

RAPPORT FINAL PROJET ALAPAGE

Recherche interventionnelle visant à améliorer
l'ALimentation et l'Activité Physique du sujet AGE à
domicile pour prévenir la perte d'autonomie :
une étude de préfiguration en région

Décembre 2017

Cette recherche a bénéficié de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS)
dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'IReSP en 2015



Table des matières

1	Rappels du contexte et des objectifs du projet	3
1.1	Rappel du contexte de l'étude de préfiguration ALAPAGE	3
1.1.1	Contexte démographique et enjeux de santé publique	3
1.1.2	Intervenir dans le champ de la nutrition chez les personnes âgées à domicile : rappels des limites de l'existant et des perspectives	3
1.2	Rappels des objectifs de l'étude de préfiguration ALAPAGE	5
1.3	Calendrier, pilotage, partenariats et orientations du projet.....	5
1.3.1	Calendrier, pilotage et partenariats.....	5
1.3.2	Orientations du projet.....	5
2	Identification des structures opérationnelles potentiellement partenaires du projet de recherche interventionnelle (OS1)	7
2.1	Rappel des objectifs.....	7
2.2	Méthodologie.....	7
2.2.1	Zone d'étude.....	7
2.2.2	Sources des données.....	7
2.2.3	Critères d'inclusion/exclusion et description des actions	8
2.2.4	Sélection d'une vingtaine de structures.....	8
2.3	Résultats.....	8
2.3.1	Recensement des actions : synthèse et valorisation des résultats.....	8
2.3.2	Structures sélectionnées	9
3	Définir, par co-construction avec quelques structures opérationnelles et la population visée, les principes de la recherche interventionnelle (OS2)	10
3.1	Rappel des objectifs.....	10
3.2	Méthodologie.....	10
3.2.1	Des recherches bibliographiques pour alimenter la bibliothèque de l'existant..	10
3.2.2	Sélection des structures suite à des entretiens téléphoniques approfondis.....	11
3.2.3	Entretiens qualitatifs de groupe et individuels avec des seniors	11
3.3	Résultats.....	13
3.3.1	Recherche bibliographique sur les interventions portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique chez les seniors	13
3.3.2	Recherche bibliographique sur les interventions mettant en œuvre l'utilisation d'outils issus des TIC	14
3.3.3	Recherche bibliographique sur les freins et leviers à la participation aux actions de prévention « nutrition senior »	17
3.3.4	Entretiens téléphoniques, identification et engagement de trois structures partenaires du projet de recherche interventionnelle.....	20
3.3.5	Entretiens avec des seniors.....	22

4	Elaboration du protocole de la recherche interventionnelle par co-construction (OS3) ..	25
4.1	Rappels des objectifs	25
4.2	Méthodologie	25
4.2.1	Organisation de 4 groupes de travail thématiques pour co-construire le protocole	25
4.2.2	Participants	25
4.3	Résultats.....	26
4.3.1	Groupe de travail sur le recrutement	26
4.3.2	Groupe de travail sur le contenu des ateliers de prévention nutrition et activité physique auprès des seniors	29
4.3.3	Groupe de travail sur l'évaluation	32
4.3.4	Groupe de travail « synthèse »	35
5	Projet de protocole pour la recherche interventionnelle ALAPAGE2	39
5.1	Objectifs de la recherche interventionnelle ALAPAGE2.....	39
5.1.1	Objectif général	39
5.1.2	Objectifs spécifiques	39
5.2	Design général de l'étude	39
5.3	Critères d'éligibilité.....	40
5.4	Stratégies de recrutement.....	40
5.4.1	Groupe intervention.....	40
5.4.2	Groupe témoin.....	41
5.5	Mesures.....	41
5.5.1	Critères principaux	41
5.5.2	Critères secondaires.....	41
5.5.3	Coûts.....	42
5.5.4	Autres données recueillies.....	42
5.6	Description de l'intervention	42
5.6.1	Modèle théorique de l'intervention	42
5.6.2	Format et contenu de l'intervention ALAPAGE2.....	42
5.6.3	Groupe témoin.....	45
5.7	Analyses statistiques.....	45
5.8	Evaluation qualitative	45
6	Conclusion.....	46
7	Références	47
8	Annexes	52

1 Rappels du contexte et des objectifs du projet

1.1 Rappel du contexte de l'étude de préfiguration ALAPAGE

1.1.1 Contexte démographique et enjeux de santé publique

Du fait de l'avancée en âge des populations du *baby-boom*, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) prévoit, d'ici 2040 (scénario central de projection) que 26 % des Français auront 65 ans ou plus et 15 % 75 ans ou plus (respectivement 18 % et 9 % en 2013) [1].

Avec le vieillissement de la population, la problématique de la dépendance (ou perte d'autonomie¹) des personnes âgées constitue un enjeu majeur pour la société française, comme la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement le souligne. Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie insiste notamment sur l'importance de promouvoir une alimentation favorable à la santé, de développer la pratique d'activités physiques et sportives, de lutter contre l'isolement et de favoriser le lien social. Ce plan rappelle aussi la nécessité de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé [2].

La nutrition constitue un enjeu important du vieillissement. Telle qu'actuellement définie en France [3], elle englobe alimentation et activité physique. L'alimentation influence pratiquement tous les facteurs de sénescence. Elle a un effet préventif sur la survenue de certaines maladies chez les sujets d'âge moyen ou avancé, permettant de rester le plus longtemps possible en bonne santé. Elle peut aussi contribuer à limiter l'évolution ou les conséquences d'une pathologie déjà acquise. Par ailleurs, le vieillissement peut lui-même avoir un retentissement sur le statut nutritionnel de la personne (perte d'appétit, rassasiement précoce, diminution du goût...) [4,5].

1.1.2 Intervenir dans le champ de la nutrition chez les personnes âgées à domicile : rappels des limites de l'existant et des perspectives

L'état des lieux que vous avons réalisé lors de la réponse à l'appel à projet avait abouti aux constats suivants concernant les interventions dans le domaine de la nutrition des personnes âgées en France :

- Un manque de données objectives sur l'efficacité des actions menées auprès des personnes âgées, tel que souligné par Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Inpes).

Il s'agirait moins d'un manque d'actions efficaces qu'un manque d'évaluation de la performance des interventions à l'aide de mesures objectives [6]. La nécessité de produire des données quantifiées permettant de déterminer l'efficacité de futures interventions constitue donc un enjeu majeur, d'autant plus que de nombreuses actions sont financées par des fonds publics (cf. outil d'Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé -- OSCARS -- www.oscarsante.org).

- Plus spécifiquement, un manque d'évaluations médico-économiques, dont l'objectif est d'identifier les interventions les plus efficaces (i.e., présentant le meilleur rapport entre l'efficacité et le coût).

Ce constat a notamment été fait dans le cadre de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur la prévention des chutes [7], mais aussi, de façon plus générale,

¹ En France, le terme de « dépendance » est généralement utilisé pour faire référence au besoin d'aide chez les personnes âgées de 60 ou plus. Avant 60 ans, le terme de « handicap » est utilisé. Cependant, au-delà de cette catégorisation, le terme de « perte d'autonomie » est également utilisé pour qualifier la situation de l'ensemble des personnes qui rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne, du fait d'une maladie, d'un handicap ou de l'âge.

dans un rapport de Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur l'évaluation médico-économique en santé [8].

- Un manque d'essais d'intervention en conditions réelles, ceci constituant une limite quant à l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Ce constat a notamment été fait dans le cadre de l'expertise l'Inserm concernant la prévention des chutes [7], laquelle recommande que les futures interventions développent des « approches pragmatiques », en collaboration avec les acteurs de terrains. Les experts recommandent par ailleurs de détailler clairement le protocole d'intervention afin de pouvoir déterminer son potentiel de généralisation.

- Une exploration insuffisante de l'apport potentiel d'outils innovants utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

En 2013, en France, 88 % des ménages de 60-75 ans possédaient un téléphone portable et 67 % avaient une connexion à Internet [9]. Selon l'Insee, 71 % des personnes âgées de 60 à 75 ans et 31 % des plus de 75 ans ont internet à la maison. En termes d'utilisation, 61 % des 60-74 ans se sont connectés à internet au cours des trois derniers mois et 45 % tous les jours ou presque (respectivement 21 % et 15 % chez les 75 ans ou plus). Les chiffres sont en constante augmentation depuis 2007 [10].

Les nouvelles technologies, et notamment la e-santé (définie par la commission européenne comme « l'application TIC à l'ensemble des activités en rapport avec la santé » et/ou « la fourniture de soins à distance » [11]) offrent des perspectives intéressantes dans le champ de la nutrition chez les personnes âgées mais sont encore peu utilisées. Aujourd'hui, les nouvelles technologies à destination des personnes âgées et/ou des aidants concernent le domaine social (applications pour interagir avec l'entourage), médical (suivi de sa prise de médicaments, suivi de paramètres de santé...) et des loisirs (applications de *serious game*). Le projet collaboratif national Réseau Vivre à Domicile (REVAD) est un exemple d'application à visée d'aide à l'autonomie et au maintien à domicile des personnes âgées mais n'inclut pas d'outils dans le domaine de la nutrition (cf. partie 3.3.2). Dans ce domaine, de nombreux outils destinés à la population générale existent (générateurs de menus personnalisés, bilans nutritionnels personnalisés, outils de listes de courses, etc. – cf. par exemple les outils développés dans le cadre du Programme national nutrition santé – PNNS -- www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Vos-outils) mais ils ne sont pas nécessairement adaptés à la population âgée. La pertinence et l'efficacité d'outils innovants utilisant les TIC dans des interventions de prévention auprès des personnes âgées restent à évaluer [7].

Plus généralement, notre analyse préalable de la littérature portant sur la prévention nutritionnelle ciblant le sujet âgé à domicile, semblait indiquer l'absence de recherches interventionnelles en santé des populations (RISP) dans ce domaine. Selon L. Potvin [12], ce type de recherche a pour objectifs la conception, la mise en œuvre et l'évaluation scientifique d'interventions en santé publique, avec deux enjeux clés : d'une part une nécessaire coopération entre chercheurs, acteurs de terrain et décideurs en santé publique pour construire les questions et projets de recherche, et d'autre part une attention portée à la transférabilité des interventions.

Notre projet avait pour ambition de combler ce manque, en proposant un protocole de recherche interventionnelle sur l'alimentation et l'activité physique pour prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile. L'objectif était de se baser sur l'analyse d'actions existantes, potentiellement associées à des outils innovants (mettant en œuvre par exemple des outils issus des TIC) et d'intégrer des indicateurs objectifs de son efficacité (notamment du point de vue médico-économique). Une méthode basée sur la co-construction avec les acteurs de terrain et les personnes âgées était envisagée pour définir les contours de cette recherche interventionnelle, en tenant compte des besoins et attentes des personnes âgées et de leurs aidants et des conditions de mise en œuvre de l'intervention en situation réelle.

1.2 Rappels des objectifs de l'étude de préfiguration ALAPAGE

L'objectif général de cette étude de préfiguration était de préparer la mise en œuvre d'une recherche interventionnelle visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique du sujet âgé à domicile pour prévenir la perte d'autonomie.

Les objectifs spécifiques de cette étude de préfiguration (aussi appelée ALAPAGE1) étaient les suivants :

- Objectif spécifique 1 (OS1) : Identifier des structures opérationnelles potentiellement partenaires du projet de recherche interventionnelle ;
- Objectif spécifique 2 (OS2) : Définir, par co-construction avec quelques structures opérationnelles et la population visée, les principes de la recherche interventionnelle ;
- Objectif spécifique 3 (OS3) : Elaborer le protocole du futur projet de recherche interventionnelle (aussi appelé ALAPAGE2).

Un schéma décrivant les étapes de l'étude de préfiguration est présenté en Annexe 1.

1.3 Calendrier, pilotage, partenariats et orientations du projet

1.3.1 Calendrier, pilotage et partenariats

Selon le calendrier initial, la durée de l'étude de préfiguration ALAPAGE1 était de 12 mois. Au cours du projet, il est apparu nécessaire de demander une prolongation de 5 mois afin de pouvoir organiser plusieurs réunions de co-construction avec les partenaires du projet dans de bonnes conditions. Cette demande a été acceptée par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). Le calendrier de réalisation de l'étude de préfiguration et la liste des livrables produits sont disponibles en Annexe 2.

Le pilotage du projet a été assuré par un comité réunissant les membres de l'équipe projet (membres de l'UMR NORT puis MOISA et de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur – ORS PACA) et des représentants des partenaires opérationnels du projet de recherche, identifiés et sollicités lors des premières phases de l'étude de préfiguration (cf. OS1 et OS2).

Ce partenariat a été formalisé par la signature d'un **accord de coopération** entre l'Institut national de la recherche agronomique (INRA), l'ORS PACA, la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail du sud-est (Carsat Sud-Est), la Mutualité Française de Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'association Géront'O Nord (Pôle Info Seniors Marseille-Nord) le 20 juin 2017.

1.3.2 Orientations du projet

Au cours de la réalisation de cette étude de préfiguration, le comité de pilotage a dû revoir ou préciser certaines orientations du projet en raison de modifications du contexte institutionnel ou des résultats obtenus dans les premières phases du projet :

- Zone géographique : pour des raisons de faisabilité et par souci d'homogénéité du contexte géographique, il avait été prévu de limiter le recensement des actions existantes à celles réalisées en milieu urbain et dans un nombre limité de territoires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Du fait du changement de l'unité de rattachement de la coordinatrice principale du projet intervenue au cours de sa réalisation (rattachement à l'UMR MOISA située à Montpellier au 1^{er} janvier 2016), il a également été jugé pertinent d'inclure la zone de Montpellier (région Occitanie) dans cette phase de recensement. Cette zone n'a par contre pour le moment pas été incluse dans le projet de protocole de la recherche interventionnelle en raison des coûts supplémentaires que cela

induirait et des budgets susceptibles d'être obtenus dans les appels à projets de recherche.

- Population cible : la population cible de l'étude de préfiguration était les sujets âgés vivant à domicile. En raison de la diversité des publics et problématiques au sein de ce groupe (prévention « amont » & promotion du « bien vieillir » vs. prévention chez des sujets âgés plus fragilisés & problématique du repérage de ces situations de fragilité), il a été nécessaire d'orienter le projet vers l'une de ces problématiques plus spécifiquement. En raison des compétences et champs d'action des partenaires du projet (prévention « amont »), il a été décidé de resserrer les objectifs du projet autour de la promotion du « bien vieillir » et de la prévention de la perte d'autonomie en s'intéressant à une population cible de seniors (55 ans ou plus, en cohérence avec la limite d'âge fixée dans les documents de communication du PNNS [13,14] et les pratiques des partenaires du projet) autonomes vivant à domicile.
- Problématique du ciblage des actions : dès le début du projet, le recrutement de personnes isolées socialement est apparu comme un axe important à étudier en raison des difficultés à toucher ce type de public dans les actions existantes. Pour le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE), l'isolement social est la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger [15].

Partant du constat qu'il manque de données objectives sur l'efficacité des actions existantes et que mener des actions auprès de personnes isolées est très difficile, il a été décidé de ne pas restreindre la population cible du projet à venir aux seniors isolés mais de tester l'efficacité de différents modes de recrutement pour favoriser la participation de ces personnes.

Dans cet objectif, afin de mieux comprendre les freins et leviers à la participation des seniors aux actions de prévention et identifier les stratégies pertinentes à mettre en œuvre pour améliorer le ciblage des actions, le projet a été enrichi d'un volet spécifique sur cette problématique, non prévu initialement. Il a fait l'objet d'un stage Master 2 de psychologie sociale de la santé (Aix Marseille Université).

2 Identification des structures opérationnelles potentiellement partenaires du projet de recherche interventionnelle (OS1)

2.1 Rappel des objectifs

Cette première étape du projet avait pour objectif de réaliser un recensement et une description (lieu, public visé, modalités d'intervention...) des actions réalisées dans la zone d'étude, destinées aux sujets âgés vivant à domicile et portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique.

A partir de ce recensement, il s'agissait ensuite de sélectionner une vingtaine de structures potentiellement partenaires du futur projet de recherche interventionnelle afin de les contacter pour recueillir des informations complémentaires sur leurs actions, leurs retours d'expériences, leur intérêt pour participer à un projet de recherche, etc. (cf. OS2).

2.2 Méthodologie

2.2.1 Zone d'étude

Pour des raisons de faisabilité et par souci d'homogénéité du contexte géographique, le recensement a été limité aux actions réalisées dans les principales zones urbaines de la région Paca (Marseille, Nice, Toulon, Avignon). Du fait du changement de l'unité de rattachement de la coordinatrice principale du projet, intervenue au cours de sa réalisation (cf. supra), il a également été jugé pertinent d'inclure la zone de Montpellier (région Occitanie) dans cette phase de recensement.

2.2.2 Sources des données

Le recensement a été réalisé en juin-juillet à partir de bases de données d'actions existantes et complété par des contacts avec des personnes/structures ressources et par la méthode « boule de neige ».

a) Bases de données

Plusieurs bases de données ont été consultées :

- OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) pour la région Paca : outil cartographique des actions régionales de santé animé par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Paca. Accessible à : www.oscarsante.org
- Banque d'expériences de l'action sociale locale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) : banque d'expériences conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les centres communaux/intercommunaux d'action sociale. Accessible à : www.unccas.org
- @priles (Agence des pratiques et initiatives locales) : le rôle d'Apriles (portée par l'Observatoire national de l'action sociale, Odas) est d'identifier, de valoriser et de faire connaître un ensemble d'initiatives susceptibles d'être reproduites sur d'autres territoires. Accessible à : www.apriles.net

b) Contacts avec des personnes/structures ressources

Au total, 14 personnes/structures ressources ont été contactées pour enrichir le recensement des actions par la méthode « boule de neige ». Parmi ces personnes/structures, 7 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou Pôles Infos Seniors dans le département des Bouches-du-Rhône ont été contactés.

2.2.3 Critères d'inclusion/exclusion et description des actions

Nous avons inclus dans le recensement les actions menées dans les principales agglomérations de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la zone montpelliéraine en région Occitanie, destinées aux personnes âgées de 55 ans ou plus, vivant à domicile et portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique. Dans un premier temps, nous avons également inclus des actions menées auprès de personnes âgées dans d'autres domaines que l'alimentation et l'activité physique (mémoire par exemple) mais qui pouvaient être intéressantes pour le projet, par leur impact positif sur le lien social par exemple. Nous avons exclu les actions menées auprès de publics spécifiques (public précaire hébergé dans des structures d'accueil par exemple), les actions d'éducation thérapeutique du patient ou portant sur des thématiques hors champ (participation au dépistage des cancers par exemple).

Chaque action incluse dans le recensement a été décrite selon une grille de critères renseignant notamment : le nom et le type du porteur (association, mutuelle, collectivité territoriale...), le lieu et la portée de l'action (territoriale, régionale...), la durée de l'action et la ou les thématiques concernées (alimentation, activité physique...), le public visé (seniors, aidants...), le nombre de personnes concernées, les modalités de l'action (par exemple, le nombre de séances, les outils utilisés) et de l'évaluation. Lorsque cela a été nécessaire, les structures ont été contactées par téléphone afin de compléter la description des actions. L'ensemble de ces renseignements ont été colligés dans une base de données sous Excel.

2.2.4 Sélection d'une vingtaine de structures

A partir du recensement effectué, une vingtaine de structures ont été sélectionnées afin de réaliser des entretiens téléphoniques plus approfondis (cf. OS2). Ces structures ont été sélectionnées par l'équipe projet selon différents critères à partir de la base de données constituée et des échanges avec les personnes ressources contactées. Nous avons en particulier sélectionné les actions portées par des organismes régionaux et visant un nombre relativement important de personnes mais aussi des actions portées par des structures locales utilisant des modalités d'intervention originales ou ciblant des problématiques particulièrement pertinentes pour le projet (par exemple, le repérage des personnes isolées).

2.3 Résultats

2.3.1 Recensement des actions : synthèse et valorisation des résultats

Au total, 63 actions ont été incluses dans le recensement et décrites, dont 45 concernaient l'alimentation et/ou l'activité physique des seniors. Les résultats concernant ces 45 actions sont présentés ci-dessous. Les résultats détaillés concernant l'ensemble des 63 actions sont disponibles en Annexe 3.

a) Principaux porteurs d'actions dans ce domaine

Le recensement des actions a montré qu'au niveau régional, plusieurs acteurs (caisses de retraites, mutuelles...) sont fortement impliqués dans le champ de la prévention « nutrition senior ». Ils sont engagés dans une démarche de coordination des actions, de mutualisation des moyens et d'amélioration de la visibilité de l'offre (en particulier *via* les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'Association de santé, d'éducation et de prévention sur les territoires de Provence-Alpes-Côte d'Azur, ASEPT Paca).

Au niveau local, les actions sont essentiellement portées par des associations, les CLIC (Pôles Infos Seniors dans les Bouches-du-Rhône) et les CCAS.

b) Principales caractéristiques des actions existantes

Parmi les 45 actions incluses, 27 concernaient à la fois l'alimentation et l'activité physique, 13 l'activité physique uniquement et 5 l'alimentation uniquement.

La majorité des actions (31/45) étaient à destination des seniors exclusivement, 7 visaient à la fois les seniors et leurs aidants (familiaux ou professionnels), 4 ne concernaient que les aidants professionnels et 3 étaient à destination des seniors mais aussi d'autres groupes de population.

Le plus souvent, l'ensemble de la population des seniors était visée, sans ciblage particulier. Quelques actions visaient néanmoins un public avec un petit budget ou des territoires prioritaires identifiés à partir d'indicateurs de fragilité. Le nombre de personnes concernées par action était très variable (entre 2 et 800 ; médiane = 40).

La modalité d'intervention la plus fréquente était l'organisation d'ateliers de groupe (32/45), comprenant chacun entre 2 et 12 séances. La seconde modalité d'intervention était l'organisation de réunions d'information ou de conférences (13/45). Six actions incluaient un bilan ou des consultations individuelles. Quelques modalités d'intervention originales ont été relevées : actions intergénérationnelles, théâtre-débats par exemple.

L'évaluation des actions reposait principalement sur le recueil d'indicateurs d'activité (nombre de participants, satisfaction...). Une évaluation de l'impact de l'action selon une méthodologie de type « avant-après » était mentionnée pour environ un quart des actions (connaissances et savoirs, tests d'équilibre et de marche, consommations alimentaires déclarées...) ; une seule mentionnait la présence d'un groupe témoin.

c) Valorisation des résultats

Ces résultats ont été présentés sous forme de communication affichée lors du 5^{ème} Congrès francophone sur la Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie (Paris, 16-17 mars 2017) [16] (cf. communication affichée en Annexe 4).

2.3.2 Structures sélectionnées

Au total, 18 structures ont été retenues pour un entretien téléphonique approfondi (cf. OS2) :

- Organismes régionaux (n=6) : ASEPT Paca, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat) Sud-Est, Irips (Centre de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco Paca), Mutualité Française Paca, Mutualité Sociale Agricole, Pôle Services à la Personne.
- Organismes locaux (n=12) : associations Le Bon Temps et Ma Vie (Gard), CCAS de Marseille, Nice, Toulon, Bouc-Bel-Air, La Ciotat, centres sociaux la Rougère et Malpassé (Marseille), Contrat Local de Santé du Haut-Allier², municipalité de Nice, Pôle Infos Seniors Marseille Nord (association Géront'O Nord).

Une synthèse des entretiens téléphoniques réalisés avec ces structures est présentée ci-après – cf. partie 3.2.2).

² Le territoire concerné par cette action ne faisait pas initialement partie de la zone d'étude mais des experts de la zone montpelliéraine nous ont orientés vers cette initiative en raison de modalités originales « d'aller vers » des personnes isolées socialement.

3 Définir, par co-construction avec quelques structures opérationnelles et la population visée, les principes de la recherche interventionnelle (OS2)

3.1 Rappel des objectifs

Dans cette deuxième phase du projet, il s'agissait :

- D'élaborer une « bibliothèque de l'existant » rassemblant les éléments nécessaires à l'élaboration de la recherche interventionnelle (protocoles d'intervention et d'évaluation, outils d'intervention, outils et critères d'évaluation...), sur la base de différentes sources (recensement des actions réalisés dans le cadre de l'OS1, d'interventions identifiées dans la littérature et ayant fait la preuve de leur efficacité, en particulier celles mettant en œuvre l'utilisation d'outils issus des NTIC...).
- De sélectionner quelques structures opérationnelles susceptibles d'être partenaires pour la co-construction des principes de la recherche interventionnelle.
- De définir, en co-construction avec les partenaires opérationnels et le public cible, des principes de la recherche interventionnelle.

3.2 Méthodologie

3.2.1 Des recherches bibliographiques pour alimenter la bibliothèque de l'existant

Pour constituer cette « bibliothèque de l'existant » et rassembler les éléments nécessaires à l'élaboration de la recherche interventionnelle, plusieurs recherches bibliographiques (recherches dans la littérature scientifique et la littérature grise) complémentaires ont été réalisées.

a) Recherche bibliographique sur les interventions portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique chez les seniors

Cette recherche bibliographique a été réalisée sur la base de données MEDLINE (via PubMed) sur la période 2005-juin 2016 en utilisant des combinaisons de mots clés suivants : diet, physical activity, nutrition / intervention, programme, counseling, education / senior, elder, aging, older adults. Les études réalisées dans des pays en voie de développement ou portant sur des populations de patients présentant des pathologies spécifiques ont été exclues.

b) Recherche bibliographique sur les interventions mettant en œuvre l'utilisation d'outils issus des NTIC

Outre la recherche bibliographique précédente, une recherche complémentaire spécifique a été réalisée sur MEDLINE sur les interventions utilisant des nouvelles technologies, en élargissant les populations concernées (population adulte en général) et en utilisant des combinaisons de mots clés suivants (en anglais) : programmes d'intervention, conseils, éducation / alimentation, activité physique, nutrition / nouvelles technologies (eHealth, mHealth, site web ou vidéo).

De plus, des recherches ont été effectuées sur différents sites qui répertorient les applications (<http://www.windowsphone.com/fr-fr/store/top-free-apps/di%C3%A9t%C3%A9tique-nutrition/dietandnutrition>, <http://www.dmdpost.com>, <https://play.google.com/store/search?q=senior&c=apps>), en utilisant les mots clés suivants (en français et en anglais) : nutrition personnalisée senior / conseils nutritionnels seniors / Plan de menus senior / applications seniors / applications nutritionnelles seniors / santé seniors / ehealth senior / conseils nutritionnels personnes âgées.

c) Recherche bibliographique sur les freins et leviers à la participation aux actions de prévention « nutrition »

Dès le début du projet et les premiers échanges avec les structures organisant des actions « nutrition » auprès des seniors, la problématique du ciblage et de la participation du public à ces actions a émergé. Les professionnels font le constat que ces actions touchent essentiellement les seniors dynamiques et déjà sensibilisés par la thématique mais beaucoup moins les personnes isolées socialement. Il a donc semblé pertinent de réaliser une recherche bibliographique (non prévue initialement) spécifiquement sur ce sujet afin d'enrichir la bibliothèque de l'existant par des éléments de connaissance sur les freins et leviers à participation aux actions de prévention.

Cette recherche bibliographique a été réalisée dans le cadre d'un stage de Master 2 de psychologie sociale de la santé. L'objectif était en particulier d'éclairer les processus psychosociaux à l'œuvre dans le choix de participer ou non à ce type d'action de prévention. Elle a mobilisé des ressources issues de différentes disciplines (psychologie sociale, psychologie clinique, sociologie, santé publique, épidémiologie), provenant de différentes bases de données (Medline, Cairn, Researchgate, ScienceDirect, Revues.org).

3.2.2 Sélection des structures suite à des entretiens téléphoniques approfondis

Des entretiens téléphoniques approfondis ont été réalisés en septembre-octobre 2016 auprès de la vingtaine de structures pré-sélectionnées lors de la première phase du projet (cf. OS1). Une grille d'entretien a été élaborée par l'équipe projet. Outre une description de la structure (activités, nombre de salariés...) et des actions réalisées auprès des seniors dans le domaine de la nutrition (type, nombre, fréquence, ancienneté, financement, publics cibles, intervenants...), cette grille abordait également la question du recrutement des participants (modalités, difficultés), les perceptions des professionnels sur les freins, limites et pistes d'amélioration de ces actions, sur la pertinence/faisabilité d'interventions au domicile et de l'utilisation d'outils NTIC auprès de seniors et l'intérêt de la structure pour le projet de recherche.

Suite à ces entretiens, une sélection de structures a été effectuée sur la base de critères de sélection décrits lors de l'étape précédente (situation géographique, actions en place proposées par les structures, cf. OS1) et de critères additionnels (motivation exprimée lors de l'échange téléphonique notamment).

3.2.3 Entretiens qualitatifs de groupe et individuels avec des seniors

a) Entretiens de groupe avec des seniors participant à des ateliers « nutrition »

Dans l'objectif de co-construire les principes de la recherche interventionnelle avec le public cible, des entretiens de groupe avec des seniors participant à des ateliers « nutrition » ont été réalisés afin d'explorer la perception des participants sur les ateliers, les bénéfices obtenus et les freins et leviers à la participation. L'équipe projet a élaboré un guide d'entretien (Annexe 5) comprenant trois principales parties explorant 1) la participation/adhésion aux ateliers (motivations des participants à venir aux ateliers, contraintes ou freins rencontrés, attentes en termes d'amélioration) ; 2) la perception des ateliers et les modifications comportementales (bénéfices perçus, aspects les moins appréciés, changements de perception sur la nutrition et les modifications comportementales suite aux ateliers) ; 3) les perceptions vis-à-vis des nouvelles technologies (attentes et souhaits quant à l'utilisation des outils de santé connectée ou des jeux virtuels lors des ateliers).

Six entretiens de groupe ont été réalisés, chacun comprenant entre 5 et 14 participants (62 personnes âgées de 60 à 85 ans au total, en grande majorité des femmes). Les groupes de participants ont été sélectionnés en concertation avec les structures opérationnelles associées

au projet suite aux étapes précédentes (cf. ci-dessus). Les entretiens de groupe ont eu lieu dans les locaux des structures sociales qui organisent les sessions des ateliers « nutrition » soit à la fin du dernier atelier du programme (durée moyenne : 30 mn) soit lors d'une séance supplémentaire lorsque cela était possible (durée moyenne : 2 h). Dans le premier cas, la première partie du guide d'entretien était abordée en priorité. Tous les participants ont donné leur accord et ont été informés de la garantie de l'anonymat et de la confidentialité des données ainsi que du droit de rétractation dont ils disposaient.

b) Entretiens individuels avec des seniors n'ayant pas participé à des ateliers « nutrition »

Afin de disposer d'éléments de connaissances complémentaires sur la question spécifique de la participation du public à ces actions, il a semblé pertinent d'explorer les représentations vis-à-vis des ateliers « nutrition » de personnes n'ayant pas participé à ce type d'actions et d'identifier les raisons pour lesquelles elles participeraient ou non à ces ateliers.

Pour cela, en complément des entretiens de groupe, deux entretiens non-directifs ont tout d'abord été réalisés dans un centre de prévention auprès de seniors âgés de 60 et 86 ans (un homme et une femme). Pour ces entretiens, une seule question ouverte a été proposée au participant en début d'entretien : « Pouvez-vous me parler de ce qui vous motiverait à venir participer à des ateliers de nutrition/activité physique et ce qui vous empêcherait de participer à des ateliers de nutrition/activité physique ? ».

Puis, pour préciser les freins et leviers à la participation aux ateliers de prévention en nutrition, six entretiens semi-directifs ont été réalisés au sein du même centre de prévention (4 hommes, 2 femmes). Le guide d'entretien utilisé pour mener ces entretiens (cf. Annexe 6) a été élaboré à partir des résultats des entretiens de groupe et des entretiens non-directifs. Il comportait la même consigne inaugurale que celle utilisée pour les entretiens non-directifs puis sept questions permettant de relancer le discours du sujet sur les points non abordés spontanément : par exemple, intérêt d'acquérir des connaissances et compétences sur la nutrition ou l'activité physique ou de tester ses connaissances ; intérêt d'exercices pratiques et des activités variées lors des ateliers ; adaptation aux besoins et capacités de chacun dans le déroulement de ces ateliers ; qualités que l'animateur devrait posséder pour donner envie de participer ; possibilité de faire des rencontres, de partager un moment convivial avec les participants du groupe lors de ces ateliers.

c) Analyse des entretiens

Une analyse de contenu thématique a été menée à partir du matériel discursif recueilli lors des six entretiens de groupe. Pour recenser les différents thèmes, une analyse verticale (subjective) a été menée afin de repérer les différents éléments *a priori* pertinents pour répondre à notre problématique de recherche en les classant sous forme de catégories. Dans une deuxième phase, le nombre d'apparition de chaque élément et catégorie dans chaque entretien a été décompté (mesure fréquentielle) afin d'identifier les thèmes les plus souvent évoqués au cours des interactions entre les participants de chaque groupe. Enfin, une analyse horizontale (transversale) a été menée afin d'établir la fréquence d'apparition de chacune des catégories dans les différents entretiens.

Une analyse de contenu thématique a également été réalisée à partir des données recueillies lors des entretiens individuels, selon les mêmes principes de catégorisation que ceux utilisés pour l'analyse des entretiens de groupe. Cette analyse avait pour objectif d'identifier et confronter les catégories les plus souvent évoquées au sein de deux populations différentes (participants à des ateliers de prévention nutrition et personnes n'ayant jamais participé à ce type d'atelier).

3.3 Résultats

3.3.1 Recherche bibliographique sur les interventions portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique chez les seniors

La recherche bibliographique a abouti à l'identification de 142 études, la moitié ayant été réalisées aux Etats-Unis et 20 % en Europe. Quelques études concernaient plusieurs pays d'Europe, dont la France (par exemple [17]). La majorité de ces études (56 %) portaient uniquement l'activité physique, 23 % uniquement l'alimentation et 21 % sur les deux thématiques à la fois. Ces études étaient de différents types : étude d'impact, protocole d'intervention, analyses des freins et leviers, revue de la littérature.

L'objectif de cette recherche bibliographique n'était pas de faire une revue systématique de la littérature *stricto sensu* mais d'alimenter la « bibliothèque de l'existant » du projet et d'identifier des initiatives originales concernant les interventions et leur évaluation. Les résultats les plus intéressants au regard des objectifs du projet et quelques études originales sont présentés ci-dessous.

Dans la plupart de ces études, les interventions sont construites sur la base des théories psychosociales des changements de comportements (en particulier, théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein, théorie sociale cognitive de Bandura, théorie des étapes du changement selon le modèle transthéorique de Prochaska). Les interventions consistent le plus souvent en la réalisation d'exercices physiques et/ou la délivrance de conseils alimentaires, lors d'ateliers de groupe ou *via* l'envoi de supports papier ou par téléphone. Dans la littérature, plusieurs études concernent les problématiques du faible taux de participation aux interventions et de la difficulté à recruter les personnes ciblées, notamment les personnes isolées. En matière d'évaluation, les méthodologies reposent le plus souvent sur l'utilisation de questionnaires (activité physique, consommations alimentaires, qualité de vie...) et/ou de mesures (activité physique mesurée à l'aide d'un podomètre, indice de masse corporelle, profil lipidique...). Seules quelques publications portaient sur les aspects médico-économiques (évaluation du rapport coût-efficacité des interventions) (par exemple : [18–20]).

Parmi l'ensemble des publications identifiées, quelques approches sont apparues comme particulièrement originales pour agir sur les trois composantes présentées ci-dessous.

a) Améliorer le recrutement des seniors

- Programme 'Active Living Every Day' (ALED) [21]

Cette étude analyse les stratégies de recrutement de seniors dans un programme de promotion de l'activité physique selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (phases du changement de comportement : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance). Dans cette étude, les participants étaient principalement dans les phases de contemplation (38 %) et de préparation (46 %). Les principaux obstacles à la participation identifiés étaient les incompatibilités au niveau des horaires (46 %), le coût (23 %), penser faire assez d'exercice (8 %), ne pas être intéressé (8 %), ne pas se rappeler du programme (8 %). Cette étude suggère qu'une méthode de recrutement fondée sur la théorie améliore l'efficacité du recrutement.

- Programme 'Community Healthy Activities Model Program For Seniors' (CHAMPS) [22]

Dans le cadre de la diffusion de ce programme auprès de seniors pauvres et/ou issus d'une minorité ethnique, une étude qualitative a été menée auprès de différents publics et acteurs (47 focus groups, n=197) pour analyser les attitudes, ressources, besoins et freins vis-à-vis de la pratique d'activités physiques dans ces populations et les possibilités de diffusion de ce

programme dans ces populations. Les résultats de cette étude mettent en avant la nécessité d'utiliser les médias locaux et/ou communautaires, d'aller à la rencontre de ces publics « partout » (centres, porte à porte, rue, magasins...), le rôle majeur des pairs (ambassadeurs) et du « bouche à oreille » ainsi que des médecins et personnels soignant.

b) Introduire une composante « comportement pro-social » dans les interventions

Le protocole de l'intervention américaine '*Program for Active Aging and Community Engagement*' (PACE) de promotion de l'activité physique chez les seniors vise à améliorer la motivation des participants en couplant l'activité physique à un comportement pro-social (volontariat, dons à des personnes dans le besoin). Par exemple, en fonction du temps consacré chaque semaine à l'activité physique et au volontariat, la gratification d'un participant prend la forme d'un colis alimentaire offert à la banque alimentaire [23].

Le protocole d'une autre étude émet l'hypothèse d'un impact positif de l'engagement dans des activités bénévoles (1h/semaine, pendant 6 mois) sur l'activité physique/sédentarité, l'état de santé physique et l'état psychologique des participants [24].

c) Améliorer les perceptions des seniors vis-à-vis du vieillissement

Une étude allemande a montré un impact positif d'un module visant à améliorer les perceptions des seniors vis-à-vis du vieillissement sur l'efficacité d'une intervention sur l'activité physique (n=234 personnes âgées de 65 ans ou plus ; essai contrôlé randomisé sur 10 mois) [25].

3.3.2 Recherche bibliographique sur les interventions mettant en œuvre l'utilisation d'outils issus des TIC

Le principal résultat de cette recherche bibliographique est le suivant : des applications et tablettes pour seniors existent dans différents domaines, mais les outils sur l'alimentation des seniors se présentent essentiellement sous forme de guides.

a) Des applications et tablettes pour seniors recensées dans différents domaines...

La plupart des outils de type applications (smartphones ou tablettes) pour les seniors recensés visent à faciliter le contact des seniors avec leur médecin ou avec leurs proches. Dans le domaine de la prévention en santé, elles concernent des problématiques telles que la mémoire (jeux), les prises médicamenteuses, ou le suivi de paramètres tels que la tension ou le rythme cardiaque, tel qu'illustré par les quelques exemples ci-dessous.

- Aide dans la vie de tous les jours :

- « BugMe ! » : permet de prendre des notes et d'organiser les activités, programmer des alertes facilement.
- « Tel&Age » : permet de réaliser de nombreuses actions selon trois univers (loisirs : communication avec les proches, photos ; bien être : information santé, pilulier ; service : assistance pour contacter des aides à domicile ou autres).
- « Sorties senior » : facilite les sorties culturelles pour les seniors.
- « Family net » : réseau social sur mobile réservé aux familles.
- « Service Senior », « Senior citizen », « icompagnon » : contact avec les aidants.
- « Doro » : faciliter l'ensemble des fonctionnalités d'une tablette.

- Mémoire :
 - « J'entretiens ma mémoire », « Cérébral Challenge », « azaGame ».
- Surveiller sa santé :
 - « Acuity » : tests visuels
 - « Kenkou » : analyse de paramètres tels que le poids, la pression artérielle...
 - « Pedometre »
 - « Ipills » : application pour surveiller sa prise de médicament et enregistrer des rappels.

Il existe par ailleurs le « Réseau vivre à domicile » (REVAD, www.revad.fr/#le-projet), projet mis en place suite à un appel de projet national « e-santé 1 – santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique ». L'objectif est d'élaborer le premier prototype de plateforme de services pour l'autonomie, la sécurité et le bien-être des personnes, notamment des personnes âgées. Dans le cadre de ce projet, une application sur tablette couvrant 4 domaines a été créée : « vie sociale » (gestion des interactions avec l'entourage), « santé » (interaction avec le personnel soignant), « confort » (interaction avec les aidants) et « loisirs » (accès à des jeux, entre autres). Le domaine « santé » permet une mesure directe de quelques paramètres de santé et facilite l'interaction avec le personnel soignant. Le projet comprend également des *serious game* dans le domaine de la mémoire.

b) Outils sur l'alimentation des seniors : essentiellement des guides

- Destinés aux seniors

Pour la population générale, divers outils numériques existent dans le domaine de l'alimentation (liste de courses, plan de menu, proposition de recettes : « WeCook », « la fabrique à menus », « ChefPlan », « koocook », « ZipList » ; bilans/conseils nutritionnels personnalisés : « Effinut », « Betterise ») mais, à l'heure actuelle, ne sont pas spécifiquement adaptés aux seniors.

La plupart des conseils nutritionnels pour les personnes âgées sont délivrés sous la forme de guides (comme le guide PNNS « Le guide nutrition à partir de 55 ans » : www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Seniors en France) ou de conseils généraux sur internet (comme le site « Senior Nutrition » www.senior-nutrition.com en France ou celui du National Institute on Aging aux Etats-Unis www.nia.nih.gov/).

Quelques sites internet ou applications permettent également de faire un bilan nutritionnel en ligne à partir du Mini Nutritional assessment (MNA[®]) (par exemple, le site « Nutrition de seniors » www.nutritiondesseniors.fr/testez-etat-nutritionnel/). Le site « LeDiet » (www.lediet.fr/home_lediet.html), payant, propose un régime adapté pour les seniors, avec suivi d'une diététicienne et objectif de perte de poids.

A noter que pour des populations spécifiques comme les personnes souffrant de diabète, de nombreux outils utilisant les NTIC sont déjà disponibles, pour les aider au quotidien : suivi des consommations alimentaires, propositions de recettes, suivi de la glycémie, mise en relation avec d'autres personnes souffrant de diabète, etc. (cf. exemples en Annexe 7).

- Pour les professionnels de santé et/ou les aidants

Quelques applications à destination des professionnels permettent de calculer l'Indice de masse corporelle, de réaliser des tests nutritionnels (MNA[®]) ou un récapitulatif des données (par exemples, « i.geriatrie », « MNA[®] », « GérontoCalc »).

Des outils ont également été développés dans le cadre du programme « MOBIQUAL » (www.mobiquual.org/thematiques/nutrition/), porté par la société Française de gériatrie et gérontologie, qui vise à soutenir les professionnels de santé. Dans le cadre de ce projet, des guides/fiches pratiques (trucs et astuces), des outils d'évaluation (courbe de poids, MNA[®], échelle de Blandford de description des troubles du comportement alimentaire) et d'autres fiches/diaporama ont été développés pour aider les professionnels dans la prise en charge des sujets âgés.

Pour les aidants, un guide spécifique a été réalisé dans le cadre du PNNS : « Le guide pour les aidants des personnes âgées » (www.mangerbouger.fr/content/download/3819/101737/version/3/file/941.pdf).

c) Outils « activité physique et seniors »

Dans domaine de l'activité physique, de nombreuses applications mettent à disposition des outils types podomètre, accéléromètre, etc. permettant de suivre l'activité physique réalisée mais peu fournissent des conseils. Une application smartphone proposant des programmes d'activité physique spécifiques aux seniors a été recensée : « Senior Fitness - Strength & Flexibility Training ».

De nombreux guides ou conseils généraux sont par ailleurs disponibles sur des sites internet. En France par exemple, sur www.mangerbouger.fr ou d'autres sites (www.axaprevention.fr/activite-physique, etc.).

Aux Etats-Unis, le site internet du programme Go4Life du National Institute on Aging (<https://go4life.nia.nih.gov/>) fournit des conseils pratiques pour réaliser des exercices simples au quotidien. Les exercices sont illustrés par des photos de mises en situation. Une partie du site (My Go4Life) met à disposition des outils pour que chaque individu puisse réaliser un bilan de son activité, se fixer des objectifs et se créer un programme d'activité personnalisé et, enfin, suivre ses progrès.

d) Efficacité des interventions utilisant les nouvelles technologies

En 2012, Broekhuizen et al. ont publié une revue de la littérature portant sur l'efficacité des programmes d'intervention personnalisés de promotion de l'activité physique et de meilleurs comportements alimentaires, utilisant des nouvelles technologies (« computer tailored programs ») [26]. Ces programmes présentent l'avantage d'être facilement diffusables, à faibles coûts. Dans cette revue de la littérature (études publiées entre 2006 et 2012), la plupart des interventions concernant l'activité physique fournissent des feedbacks sous format électronique, directement en ligne. L'activité physique est souvent évaluée à l'aide de questionnaires (7-day physical activity questionnaire, SQUASH : Short questionnaire assessing health-enhancing physical activity ou IPAQ : International physical activity questionnaire). Peu d'études l'évaluent avec des mesures objectives (podomètre, accéléromètre...) mais ces mesures sont plus fréquemment utilisées que ce qui avait été constaté dans une précédente revue systématique incluant les études réalisées avant 2006. Les apports alimentaires sont évalués à l'aide de questionnaires de fréquences (Block Questionnaire pour la majorité des études) et 2 études utilisent des tickets de caisses d'achats alimentaires. Que ce soient des interventions sur l'activité physique, ou les comportements alimentaires ou les deux, les résultats sont positifs concernant l'efficacité des interventions personnalisées *via* des conseils relayés par ordinateur (vs. témoins recevant une intervention non personnalisée ou aucune intervention selon les études), mais aucune conclusion ne peut être établie sur les effets à long terme.

En Belgique, une étude incluant 149 participants âgés (65 ans en moyenne) a comparé l'efficacité de 3 types d'interventions (durée : 3 mois) : l'une sur internet (site web et envoi de courriels), l'une réalisée dans un centre (12 séances d'activité physique) et une dernière

combinait les deux premières [27]. Un groupe contrôle n'a reçu aucune intervention. Des évaluations du niveau d'activité physique, de la sensibilité à l'activité physique et du stade de changement de comportement par rapport à la pratique d'activité physique ont été effectuées. Les résultats ont montré une augmentation significative du niveau d'activité physique et de la sensibilité à l'activité physique après 12 mois dans le cas de l'intervention combinée. Alors que l'intervention en centre est associée à une augmentation du niveau d'activité physique des participants, l'intervention par internet a davantage d'effet sur la sensibilité à l'activité physique.

Ces résultats rejoignent en partie les conclusions d'une méta-analyse portant sur les interventions ayant pour objectif d'augmenter l'activité physique parmi les adultes en bonne santé (pas exclusivement les seniors) [28]. Les auteurs de cette méta-analyse ont conclu que les interventions portant directement sur les comportements sont plus efficaces que les interventions portant sur les facteurs cognitifs et que les interventions en face-à-face sont également plus efficaces que les interventions utilisant le courrier/courriel ou téléphone, et enfin, que les interventions personnalisées ont plus d'impact que celles s'adressant à toute une communauté.

3.3.3 Recherche bibliographique sur les freins et leviers à la participation aux actions de prévention « nutrition senior »

La recherche bibliographique réalisée a permis d'identifier différents types de freins et leviers à la participation à ce type d'actions de prévention, dont une synthèse est présentée ci-dessous. Une présentation plus détaillée de ces résultats est disponible auprès de l'équipe projet, sur demande.

a) Freins à la participation

- Représentations sociales de la vieillesse, effets de la stigmatisation

Les représentations sociales de la vieillesse entraînent de manière générale une vision négative du vieillissement comme en témoigne la notion d'« âgisme » qui, selon l'Organisation mondiale de la santé, s'apparente à une forme de discrimination envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. Les personnes âgées tendent à être considérées comme inutiles pour la société, fragiles, comme des personnes n'arrivant pas ou peu à suivre les événements du temps présent [29].

Au niveau individuel, ces représentations sociales peuvent, pour certaines personnes âgées, constituer un frein à la participation à des programmes de prévention. Face à une représentation sociale ambiante qui promeut l'anti-âge, il peut en effet sembler difficile d'engager des actions pour faire face à son propre vieillissement [30]. Certaines personnes peuvent ne pas s'identifier à ce groupe de « seniors » ou de « personnes âgées » et percevoir l'offre de programmes de prévention « Bien Vieillir » comme des « lieux de stigmatisation » [30,31], comme en témoignent certains propos de personnes âgées recueillis lors d'une étude : « *On se fait signifier devant tous les autres qu'on a des déficiences* », « *Déjà que ça m'enchante pas la retraite, mais en plus, recevoir des papiers pour aller apprendre à vieillir. Ça fout un coup sur le casque* » [31].

En réponse, les personnes âgées peuvent mobiliser une stratégie de sauvegarde de leur prestige social en dénigrant tout ce qui peut leur rappeler leurs fragilités et qui les déconsidère. Dans le cas spécifique de la prévention des chutes, les personnes peuvent aussi mobiliser une stratégie de contrôle externe qui leur permet d'attribuer des causes externes et incontrôlables à l'événement de la chute. Accepter une intervention de prévention des chutes revient alors pour elles à renoncer à certains aspects d'une vie indépendante et à son identité de personne compétente et indépendante [30].

- Facteurs psychosociaux : sentiment d'auto-efficacité, perspective temporelle...

Comme pour l'ensemble de la population, des facteurs psychosociaux tels que l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité peuvent influencer les comportements alimentaires et la pratique d'une activité physique des personnes âgées [32]. Les personnes possédant un fort sentiment d'auto-efficacité et percevant les bénéfices de l'intervention participent plus volontiers aux programmes de prévention et inversement [30]. Par ailleurs, le manque de confiance, la faible croyance en ses capacités physiques (pour l'activité physique) tel que le mauvais équilibre, la peur de tomber peuvent constituer des freins à la participation [33].

Le processus d'optimisme comparatif pourrait aussi permettre à certaines personnes de mettre à distance les risques et ainsi entraver leur motivation à participer à des actions préventives. L'optimisme comparatif se définit comme la tendance qu'ont les individus à croire que les événements positifs vont leur arriver plus probablement qu'ils ne vont arriver aux autres et, inversement, que les événements négatifs vont plus probablement arriver aux autres qu'à eux-mêmes [34]. Ce processus permettrait à l'individu de se rassurer quant à la probabilité de survenue d'événements anxiogènes [35] et ainsi diminuer l'intérêt perçu de participer à des actions préventives pour leur santé et leur bien-être.

Il a également été montré que dans le domaine de la santé, le rapport au temps est une dimension fondamentale des pratiques mises en œuvre et des représentations mobilisées face à la maladie et aux soins [36]. Les individus possèdent une orientation temporelle prédominante correspondant au registre temporel préférentiel dans lequel pense et agit l'individu [36] et la perspective « future » serait reliée aux réactions et décisions relatives à la santé [37]. Il faut par exemple une certaine capacité d'anticipation pour s'astreindre aujourd'hui à un régime alimentaire sévère et à un programme d'exercices exigeant qui favoriseront un mieux-être plus tard [38]. Les personnes âgées prioriseraient le « présent », comme en témoignent certains propos recueillis lors d'une étude [31] : « *Je vis au jour le jour et je me dis : arrivera ce qui arrivera* ». Cette orientation temporelle vers le présent pourrait constituer un frein à la participation aux actions de prévention.

- Facteurs individuels, support social

Outre les facteurs psychosociaux évoqués précédemment, divers facteurs individuels semblent influencer négativement la participation aux programmes de prévention tels que l'âge élevé, un mauvais état de santé, un sentiment de fatigue, la peur de la fatigue ou de la douleur [30,33], certains de ces facteurs étant plus spécifiquement évoqués pour les actions proposant des exercices physiques.

Le manque de soutien des membres de la famille constitue également un frein à la participation [33].

Par ailleurs, les auteurs d'une étude qualitative française rappellent qu'il ne suffit pas d'avoir des connaissances sur les comportements de prévention favorables pour la santé pour avoir de tels comportements. Selon les auteurs, cette dissonance pourrait refléter le fait que les personnes âgées souhaitent profiter de la dernière étape de leur vie sans contraintes (écho à l'orientation temporelle vers le présent) mais aussi de leurs difficultés à modifier des habitudes de vie solidement ancrées [39].

- Facteurs matériels, organisationnels

Le lieu de l'intervention de prévention semble primordial pour favoriser la participation : il doit être facilement accessible à tous (ou, à défaut, des transports *ad hoc* vers ce lieu doivent être organisés) mais aussi familier et convivial. Par exemple, la symbolique de l'hôpital est jugée trop négative pour participer à une action dans ce lieu [30,33].

D'autres facteurs susceptibles de favoriser la participation sont évoqués par les individus tels que la gratuité du programme, la qualité de l'animateur, le sentiment d'être acteur au sein du programme, le rythme des séances, une durée de séance modérée, utilisation de la langue la plus adaptée au public cible [30,33].

b) Stratégies à mobiliser pour favoriser la participation

- Adapter les stratégies de recrutement à la population cible

Pour favoriser la participation de personnes âgées défavorisées et/ou issues de groupes ethniques minoritaires à des actions de promotion de la santé, une revue de la littérature montre que les rencontres en face-à-face et le porte-à-porte sont les stratégies les plus pertinentes, avec la présentation de toute l'équipe de professionnels et chercheurs associés à l'intervention. Pour les personnes issues de groupes ethniques minoritaires, le taux de participation est également plus élevé lorsque le bouche-à-oreille a fonctionné avant les actions [33].

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude visant à favoriser la participation à une intervention permettant de réduire la consommation de boissons sucrées, dans l'ensemble de la population. Par rapport aux stratégies de recrutement passives (message incitant à la participation diffusée dans les journaux, par mail, etc.), les stratégies actives (visites dans les structures locales, auprès des populations) recrutent moins de participants, sont plus coûteuses mais favorisent la participation de participants issus de milieux défavorisés. Les stratégies passives en revanche atteignent en majorité des participants avec un haut niveau d'éducation et un revenu moyen plus élevé [40].

- Définir les cadres de la prévention et les adapter à la population cible

Il ne s'agit pas ici de rappeler les principes fondamentaux de la promotion de la santé, mais plutôt de souligner certains aspects plus spécifiques susceptibles de favoriser la participation de la population aux actions de prévention (sans aucune ambition d'exhaustivité).

La pertinence d'un message préventif dépend notamment de la capacité de l'individu à intégrer son contenu [41]. Il s'agit donc de rendre flexible les approches utilisées en fonction des caractéristiques des personnes visées [33]. Pour les personnes âgées par exemple, certains auteurs soulignent qu'il apparaît indispensable de dissocier les messages en direction des seniors autonomes, actifs, de ceux en direction des personnes plus fragiles ou dépendantes [39].

La confiance accordée aux intervenants ou émetteurs des messages de prévention semble être aussi corrélée avec l'efficacité d'une action de prévention, tout comme les compétences de l'émetteur ainsi que son attitude désintéressée et objective [42].

- Favoriser le collectif et l'approche communautaire

Une revue de la littérature consacrée aux facteurs associés à la participation aux actions de prévention des chutes chez les personnes âgées souligne que la dimension sociale du programme de prévention est un facteur d'adhésion fréquemment relevé dans la littérature [30]. Pour les personnes ayant participé aux actions, la dimension sociale de l'intervention de prévention semble être bénéfique, tandis que celles qui n'ont jamais participé à une intervention sont en attente de résultats en termes de lien social. La valorisation des aspects participatifs en groupe est un des postulats de l'approche communautaire. Elle implique réflexions en commun, expression et participation des groupes dont on prend en compte les caractéristiques sociales ethniques et culturelles [42].

La psychologie communautaire a développé depuis quelques années des actions qui permettent aux populations d'agir et de participer au maintien de leur état de santé. Il s'agit de prendre en compte des déterminants socio-environnementaux de l'individu [43]. L'approche

communautaire vise également à valoriser les compétences de l'individu en favorisant « l'empowerment », cette notion qui désigne la capacité des personnes à mieux comprendre et contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie dans le but d'agir pour les améliorer [44]. Il faut toutefois prêter attention aux formes trop extrêmes de responsabilisation des individus concernant la santé que l'empowerment promeut. Celles-ci ne doivent négliger les difficultés déterminées par le contexte social et économique auxquelles se confrontent les individus.

Dans une action communautaire, l'intervenant doit laisser une place primordiale à l'individu en agissant comme facilitateur, catalyseur et non pas comme expert représentant une autorité. Une relation symétrique doit s'instaurer entre les professionnels et les individus impliqués. Il s'agit aussi pour le professionnel de « préserver » les relations au niveau du groupe [45].

3.3.4 Entretiens téléphoniques, identification et engagement de trois structures partenaires du projet de recherche interventionnelle

a) Structures contactées

Suite à la pré-sélection d'une vingtaine de structures lors de la première phase du projet (OS1), 16 entretiens téléphoniques ont été réalisés en septembre-octobre 2016.

Les structures contactées étaient : Mutualité Française Paca, CARSAT Sud Est, MSA, ASEPT Paca, IRIPS (Centre de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco Paca), Ville de Nice, Centre Social la Rougère, Centre Social Malpassé, CCAS Nice, CCAS Toulon, CCAS Bouc Bel Air, CCAS La Ciotat, Pôle Info Seniors Gêront'O Nord, Contrat Local de Santé du Haut-Allier, Association Le Bon Temps, Association Ma Vie.

Toutes les structures ont répondu favorablement et il a été possible de mieux caractériser leurs activités et d'obtenir des informations par rapport aux différents thèmes de la grille d'entretien.

b) Offre de prévention

On observe une très grande hétérogénéité des structures aussi bien au niveau de la taille (de quelques personnes à plusieurs centaines), que de la zone géographique de couverture des actions (de la petite commune à la région).

La coordination des actions commence à s'organiser avec la mise en place des conférences des financeurs et la montée en puissance de l'ASEPT. L'objectif est notamment d'améliorer la visibilité de l'offre des actions en direction des seniors.

L'offre des activités de prévention pour les seniors est importante, ce qui confirme les résultats de l'OS1. Cependant, les centres sociaux de Marseille proposent peu d'activités étant donné que l'Entraide Solidarité 13 (association proposant des activités de loisirs pour les retraités de plus de 55 ans dans les Bouches-du-Rhône) est très présente sur le territoire.

c) Problématiques associées au recrutement des seniors

Toutes les structures confirment leur préoccupation concernant le recrutement des seniors isolés socialement. Des initiatives sont mises en place comme le repérage à partir des bases de données (CARSAT, CLIC...), de la connaissance des administrés des petites communes (CCAS, élus...) ou des adhérents d'associations locales (centres sociaux, associations socio-culturelles...).

L'ensemble de ces démarches aboutit à une rencontre avec les seniors isolés. Il s'agit « d'aller vers » les personnes afin de les inciter à s'inscrire à des ateliers de prévention. Les structures contactées insistent sur la nécessité d'une rencontre individuelle afin de créer un lien social.

Parallèlement, il existe aussi des initiatives collectives comme l'organisation de conférences, d'actions intergénérationnelles ou de repas afin d'inciter les personnes à venir participer à des ateliers de prévention.

Des moyens sont aussi mis à disposition comme le transport en voiture ou en minibus, afin de ne pas faire obstacle à la participation.

Le plus souvent, des actions de communication pour les ateliers de prévention sont réalisées via des courriers, brochures, journaux, affiches, un affichage lumineux, etc.

Selon les structures, les freins identifiés à la participation des personnes isolées sont : principalement le manque d'adaptation des ateliers aux personnes qui ne maîtrisent pas ou mal la langue française et le manque de temps (et donc de moyens financiers) nécessaire pour « aller vers » les personnes isolées et les inciter à participer.

d) Utilisation des nouvelles technologies

Les « jeunes » retraités sont friands des nouvelles technologies, mais il existe le problème de la fracture numérique, les plus « anciens » n'étant pas intéressés et/ou pas formés. Les structures indiquent que l'utilisation des NTIC par les seniors devrait progresser mais que pour le moment ce n'est pas un moyen adapté pour faire de la prévention auprès de ce public.

e) Identification et engagement de structures partenaires du projet de recherche

A la suite de l'exploitation de ces entretiens téléphoniques et des objectifs du projet ALAPAGE1, l'équipe projet a proposé à 3 structures d'être partenaires du projet de recherche ALAPAGE2 : CARSAT Sud-Est, Mutualité Française Paca, association Géront'O Nord. Les deux 1ères structures ont été retenues en raison de leur portée régionale (et potentiellement bien plus large du fait de leur appartenance à un réseau national) et la 3^{ème} en raison de son dynamisme au niveau local et du projet innovant qu'elle a récemment initié sur la thématique « alimentation et petit budget ». Ces 3 structures permettent d'avoir une bonne représentativité de ce qui est réalisé sur le terrain et un équilibre de taille. Elles ont toutes les 3 accepté de participer activement au projet ALAPAGE1. Cette volonté de collaboration s'est concrétisée par la signature d'un accord de coopération entre ces trois structures, l'ORS PACA et l'INRA précisant les objectifs et les modalités de la co-construction du protocole ALAPAGE2 dans le cadre de l'étude de préfiguration ALAPAGE1.

f) En résumé

- Seize structures contactées : hétérogénéité en taille et en implantation géographique.
- Confirmation d'une offre importante d'actions de prévention en direction des seniors.
- Difficultés de « recrutement » des seniors isolés socialement évoquées par l'ensemble des structures. Des actions spécifiques sont réalisées par certaines structures.
- Peu d'intérêt actuellement des seniors pour les NTIC.
- Accord de 3 acteurs pour la suite du projet : CARSAT Sud-Est, Mutualité Française Paca, association Géront'O Nord, et signature d'une convention de co-construction du protocole d'une recherche interventionnelle avec l'ORS PACA et l'INRA.

3.3.5 Entretiens avec des seniors

a) Principaux résultats des entretiens de groupe

Au total, l'analyse de contenu des entretiens de groupe a abouti à l'identification de 13 catégories. Seules les plus fréquemment citées sont présentées ci-après. Les deux catégories les plus fréquemment retrouvées sont celles relatives aux motivations à la participation et aux bénéfices tirés des ateliers. Au sein de la première catégorie, les thèmes les plus fréquemment évoqués se réfèrent à la question du savoir (penser acquérir de nouvelles connaissances, vouloir vérifier ses connaissances personnelles et les informations obtenues *via* les médias) et au fait de vouloir améliorer son état de santé et manger plus sain. Au sein de la deuxième catégorie, les bénéfices attendus les plus souvent évoqués sont le fait de savoir équilibrer son alimentation (acquisition de connaissances nutritionnelles), réguler la consommation de certains aliments ou encore prendre plaisir à manger certains aliments et faire la cuisine. D'autres bénéfices sont également évoqués comme le fait de créer des liens avec les autres participants ou écouter les expériences des autres.

Concernant les freins à la participation, les plus souvent évoqués sont un mauvais état de santé et des difficultés à se déplacer pour accéder au lieu de l'action.

Dans la catégorie « Attentes des participants et propositions d'amélioration », l'élément « Organiser un repas (source de convivialité, consolider le lien social) » est assez fréquemment évoqué, en cohérence avec l'importance accordée aux relations affectives et sociales lors de la participation aux ateliers. Les autres facteurs facilitants évoqués sont en rapport avec l'organisation d'activités pratiques, de jeux ou avec la nécessité d'adapter les ateliers aux besoins alimentaires.

Les participants exposent également leurs difficultés à maintenir une alimentation équilibrée. Dans la catégorie « Rapport à l'alimentation » par exemple, l'élément « Alimentation peu saine/Négligence des repas » est apparu dans la majorité des entretiens. Les difficultés sont en rapport avec l'état de santé (pathologies, capacités physiques) mais aussi avec le sentiment de solitude, d'isolement.

b) Entretiens de groupe et individuels : synthèse des résultats & discussion

La confrontation des analyses des entretiens de groupe et individuels a permis d'identifier les principales problématiques suivantes :

- Déplacements et mobilité des seniors

Pour une majorité de participants, la proximité du lieu s'avère être une condition à la participation. Les participants évoquent les efforts nécessaires aux personnes âgées pour se déplacer, dans les cas où cela est encore possible : les déplacements des seniors sont un acte « coûteux ». L'importance de l'accessibilité et la proximité du lieu des ateliers est également mise en évidence à travers l'analyse des entretiens de groupe.

- Des difficultés pour modifier son comportement alimentaire

Au cours des entretiens semi-directifs, les individus évoquent de manière importante les différentes difficultés qu'ils rencontrent à maintenir un équilibre nutritionnel adéquat. Ces difficultés renvoient notamment au réseau social de l'individu vieillissant mais aussi au soutien social (i.e., la façon dont l'individu perçoit l'aide d'autrui [46]) qui impacte selon eux la volonté à maintenir une alimentation équilibrée. L'impact de la solitude sur les comportements alimentaires est également évoqué dans les entretiens de groupe par des participants aux ateliers. Les différentes étapes du vieillissement, telles que la retraite, le veuvage ou encore le décès des proches, constituent des bouleversements identitaires qui peuvent conduire à des

situations de solitude qui impactent toutes les activités quotidiennes. Le sentiment de solitude rend compte également d'une place sociale peu considérée, qui peut entraîner les personnes âgées dans ce que Blanc (2011) appelle « l'invisibilité sociale » (in [47]). A travers le sentiment de solitude on peut voir les conséquences d'une stigmatisation de la vieillesse décrite plus haut qui fait état de l'isolement social des seniors. A l'inverse, la solitude peut être « liée à un autre mécanisme, celui de l'étrangeté à soi et au monde » (in [47]). Les personnes âgées ne reconnaissent plus le monde dans lequel elles évoluent et ont des difficultés à faire face aux évolutions matérielles, relationnelles, identitaires.

D'autre part, les interviewés évoquent la difficulté pour une personne vieillissante à engager un changement dans ses pratiques alimentaires qui apparaissent très ancrées pour les participants, parfois influencées par les habitudes alimentaires du passé. La volonté de conserver ses habitudes alimentaires anciennes est aussi à interpréter aux prismes des appartenances sociales, culturelles et générationnelles. Ces comportements alimentaires maintenus par les seniors peuvent constituer un moyen de préserver leur identité au dépend de la sauvegarde d'une alimentation équilibrée.

Les éléments issus de l'analyse des entretiens de groupe confirment par ailleurs certains résultats de la littérature témoignant du fait que « les recommandations nutritionnelles sont connues, mais les individus expriment à leur égard une résistance, liée à la difficulté à les mettre en œuvre » [48].

- Le groupe & la convivialité comme condition à la participation

Les discours recueillis lors des entretiens semi-directifs comme lors des entretiens de groupe mettent en avant l'importance de la convivialité du groupe. Le groupe est source de motivation pour participer aux ateliers, dont la fonction sociale semble être privilégiée par les personnes interviewées. Les participants aux entretiens de groupe évoquent également les bénéfices du groupe.

Les relations sociales émergentes du groupe d'atelier peuvent apparaître comme une façon de renouer le lien social. Les supports collectifs (être impliqué dans un groupe, une association...) ont été identifiés comme l'un des supports facilitant la transition de la retraite [49]. Les supports relationnels (se référant plus au soutien social) apparaissent également comme facilitateurs de cette transition. Les interventions de prévention en groupe favorisent la participation sociale des seniors en permettant les interactions sociales au sein du groupe. Cette valorisation de l'échange dans le groupe peut constituer également un moyen de rompre la solitude [47].

- Connaissances : frein et motivation à la participation

Lors des entretiens semi-directifs, les connaissances des interviewés sur la nutrition sont apparues comme pouvant constituer un frein à la participation aux ateliers de prévention. Certains jugent leur alimentation équilibrée et leur niveau d'activité physique satisfaisant. La plupart connaissent et ont intégré les recommandations nutritionnelles comme une hygiène de vie, même si certains font face à des difficultés. Ils ne se sentent pas concernés par la participation à ces ateliers car ils suivent déjà, selon eux, les recommandations nutritionnelles. Pour d'autres seniors interviewés dans les entretiens semi-directifs, le fait de confirmer ses connaissances et corriger ses erreurs représente toutefois une motivation à participer à un atelier de prévention.

A l'inverse, dans les entretiens de groupe, les participants font état d'un fort besoin d'acquérir ou de compléter leurs connaissances. Apprendre, notamment pour essayer d'adapter leur alimentation, de modifier des pratiques qui ne sont pas en adéquation avec une alimentation équilibrée. Certains participants peuvent se sentir désorientés vis-à-vis des informations contradictoires parfois diffusées dans les médias sur le thème de l'alimentation et envisagent

l'atelier comme un moyen de calmer leurs inquiétudes quant aux « bonnes » pratiques alimentaires. Les ateliers semblent répondre à cette demande puisque les participants des entretiens de groupe évoquent souvent comme bénéfices tirés des ateliers le fait de savoir équilibrer son alimentation (acquisition de connaissances nutritionnelles) ou encore de rompre les préjugés vis-à-vis de l'alimentation.

Par ailleurs, certains participants (dans les deux analyses) perçoivent les recommandations nutritionnelles comme une contrainte, inadaptées aux envies des participants puisque selon eux, elles conduiraient à évincer le plaisir que procure l'alimentation. Ces perceptions négatives pourraient constituer un frein à la participation aux actions de prévention et permettraient de préserver le plaisir éprouvé dans l'acte alimentaire. Ces éléments, tirés du discours des participants peuvent être considérés comme des éléments socio-représentationnels des recommandations nutritionnelles et de la nutrition en général. Ils peuvent permettre aux individus de justifier des comportements (fonction justificatrice de la représentation sociale) [50].

- Compétences de l'animateur des ateliers

Améliorer son alimentation et faire face aux différentes sources d'informations contradictoires, laisse supposer pour les participants que l'animateur détient des compétences et connaissances en nutrition. Les résultats de l'analyse des entretiens semi-directifs montrent également l'importance de faciliter la transmission de ces connaissances aux individus. Plusieurs éléments du discours des participants font écho à la littérature scientifique dans le domaine de la prévention en rappelant comme le dit Peretti-Watel (2009) que la prévention doit « se professionnaliser » en s'appuyant sur des modèles pédagogiques moins rigides et hiérarchiques qui oublient la relation asymétrique d'un professeur et d'un élève [51]. De plus, pour la moitié des participants, il semble que la capacité de l'intervenant à animer soit un aspect important à leurs yeux. En effet, l'animateur doit permettre l'entente et la cohésion entre les membres du groupe. Il s'agit une fois encore de privilégier la convivialité du groupe à travers la posture de l'animateur.

Par ailleurs, lorsque les participants sont questionnés sur les différents aspects permettant d'adapter les ateliers à leurs besoins, ils évoquent avant tout le respect et l'écoute dans le groupe : il s'agit pour eux de favoriser le cadre de la communication dans le groupe. L'animateur doit également être attentif aux difficultés de chacun en élaborant avec les personnes concernées des moyens d'y répondre. Ces résultats rendent compte de l'importance de deux principes que l'on retrouve dans les approches humanistes de l'individu et notamment à travers l'approche centrée sur la personne [52] : l'acceptation inconditionnelle de l'autre (elle permet de montrer à l'individu que leur interlocuteur essaye de le comprendre et l'accepte dans sa totalité) et le non-jugement (il s'agit de ne pas dénigrer l'autre, de ne pas porter un jugement).

4 Elaboration du protocole de la recherche interventionnelle par co-construction (OS3)

4.1 Rappels des objectifs

L'objectif initial était, à partir des résultats de l'OS2, d'élaborer le protocole de la recherche interventionnelle ALAPAGE2 : élaborer le protocole et le modèle logique de l'intervention ; définir le type de méthodologie et la population cible ; définir les données à recueillir, les outils de mesure et les modalités de recueil ainsi que les méthodes d'analyses statistiques.

Au cours du projet, il s'est avéré pertinent de prolonger la phase de co-construction amorcée dans le cadre de l'OS2 et d'y adjoindre plusieurs réunions de travail thématiques pour élaborer le protocole avec les partenaires du projet.

4.2 Méthodologie

4.2.1 Organisation de 4 groupes de travail thématiques pour co-construire le protocole

A partir des résultats de l'OS2, trois thèmes sont apparus comme particulièrement importants dans le cadre de l'élaboration du protocole de la recherche interventionnelle : le recrutement des seniors, la forme et le contenu des ateliers et l'évaluation des interventions. Afin d'avancer dans la co-construction du projet de recherche interventionnelle, nous avons proposé aux partenaires d'organiser 4 groupes de travail thématiques d'une demi-journée chacun :

- 1. **Le recrutement** (4 mai 2017) : quelles modalités de recrutement des seniors ? quels seniors recrutés ? quels freins et quels leviers pour le recrutement de seniors isolés socialement ?
- 2. **La forme et le contenu** (14 juin 2017) : quelle organisation pratique des ateliers ? quels intervenants et quelle formation des intervenants ? quels outils pour quel contenu ?
- 3. **L'évaluation** (19 juin 2017) : quelle(s) méthodologies ? quelles données collectées ? quel(s) groupe(s) comparatif ? quel suivi ?
- 4. **La synthèse des échanges** (4 juillet 2017) en vue de la co-construction du projet commun.

Les trois premiers groupes de travail ont été organisés en 3 temps : 1) présentation de l'existant, des pratiques habituelles des partenaires ; 2) éclairages apportés par la littérature ou les entretiens qualitatifs réalisés par l'équipe projet dans le cadre de l'OS2 ; 3) discussion et identification des pistes à retenir pour le projet de recherche interventionnelle ALAPAGE2. La réunion de synthèse a consisté en un rappel des principales conclusions des groupes de travail précédents et en une validation des axes du protocole de recherche interventionnelle.

4.2.2 Participants

Chaque groupe de travail a réuni au moins un représentant de chaque partenaire (Carsat Sud-Est, Mutualité Française PACA, Gêront'O Nord) et les membres de l'équipe projet.

Pour certains groupes de travail, d'autres personnes ont été spécifiquement sollicitées pour apporter leur expertise sur un sujet spécifique. Par exemple, pour le groupe de travail sur la forme et le contenu des ateliers, des animateurs sportifs intervenant dans les ateliers « nutrition » ou « éveil corporel » auprès des seniors ont été sollicités, ainsi qu'Agnès Vinet, Professeur des Universités, responsable du Laboratoire de Pharm-Ecologie Cardiovasculaire LaPEC EA4278 – Université d'Avignon, pour son expertise dans le domaine de l'activité physique.

4.3 Résultats

Les parties suivantes présentent les comptes rendus détaillés de chacun des groupes de travail. Les diaporamas de chacun de ces groupes sont également disponibles en annexe (cf. Annexes 8 à 11).

4.3.1 Groupe de travail sur le recrutement

Objectif de la réunion

La difficulté à mobiliser les seniors isolés socialement pour participer à des actions de prévention a été soulevée par de nombreux acteurs interviewés lors du projet ALAPAGE1 et est également discutée dans la littérature scientifique.

Partant de ce constat et en s'appuyant sur les pratiques habituelles, des éléments de la littérature, des exemples originaux et en tenant compte des contraintes de terrain, l'objectif de cette réunion était d'identifier des pistes de recrutement à tester dans ALAPAGE2.

Modalités de recrutement habituellement utilisées par les partenaires

Chaque partenaire a décrit les modalités de recrutement actuellement appliquées pour recruter les seniors participants aux ateliers de prévention : cf. présentation détaillée sur les diapositives 8 à 10 en Annexe 8.

En résumé :

- Carsat Sud-Est :
 - Le recrutement des seniors est essentiellement réalisé par les partenaires locaux qui constituent les groupes et font remonter les demandes à la Carsat (rôle de pilotage) sur la base de l'offre de service proposée.
 - La Carsat organise également des conférences et envoie des invitations à des personnes ciblées *via* les bases de données.
 - La Carsat reçoit aussi des demandes de la part de médecins exerçant en centres de santé qui souhaitent orienter des personnes vers des ateliers (réflexion en cours sur les modalités pratiques d'orientation).
- Géront'O Nord :
 - Pour la 1^{ère} action « alimentation petit budget » réalisée en 2016-2017 : recrutement des binômes « senior - aide à domicile » délégué aux structures d'aide à domicile mais nombreuses difficultés rencontrées.
 - Pour la 2^{ème} action (démarrage prévu en Septembre 2017) : élargissement du recrutement à des seniors isolés repérés parmi les bénéficiaires du Pôle et *via* les partenaires : CCAS, centres sociaux, clubs seniors, associations intervenant auprès des seniors isolés... et à des binômes senior-aidant familial *via* une association d'aidants familiaux.
- Mutualité Française Paca :
 - Le recrutement des seniors est essentiellement réalisé par structures locales partenaires (objectifs en termes de nombre d'ateliers et de lieux fixés par les financeurs) avec organisation d'une séance « 0 » pour vérifier que le nombre de participants est suffisant et faire signer un formulaire d'engagement.
 - La Mutualité Française PACA organise également des forums check-up (journées de dépistage, repérage) avec information *via* affiches, mutuelles, CLIC, etc.

Les stratégies suivantes ont été repérées comme étant particulièrement intéressantes :

- Rencontrer le participant avant le début des ateliers pour questionner ses attentes (Géront'O Nord).
- Séance « 0 » qui permet d'expliquer le déroulement des séances (peut être une séance d'accroche pour « engager » les participants à participer aux ateliers) (Mutualité).
- Engagement écrit par les participants à participer à tous les ateliers (Mutualité).
- Repérage de participants potentiels lors des forums santé, réalisation de « check-up santé ».

Retour d'expérience des partenaires opérationnels concernant les difficultés de mobilisation des personnes isolées socialement pour participer à des actions de prévention

Tous les partenaires présents confirment rencontrer ce type de difficultés lors de leurs actions de prévention.

Freins identifiés dans la littérature et lors des focus groupes réalisés avec des seniors participants à des ateliers nutrition dans le cadre de ALAPAGE1 : cf. diapositives 12 à 14 en Annexe 8.

En complément, les participants ont évoqué les freins suivants, regroupés en deux catégories :

- Freins administratifs/organisationnels :
 - La phase de mobilisation des personnes est souvent réalisée trop rapidement lors de la mise en place des projets notamment à cause du temps imparti par les financeurs pour terminer l'action (contraintes de calendrier).
 - Difficultés pour la Carsat de prendre du temps pour travailler sur le recrutement des personnes aux ateliers car le recrutement est délégué à des acteurs locaux qui sont nombreux.
 - Difficultés liées au fait que le recrutement est délégué aux acteurs locaux : certains acteurs peuvent s'éloigner du cahier des charges initial (sentiment de perte de sens de la prévention pour les pilotes des actions) ; certains acteurs « bouclent » leurs groupes et il n'y a alors plus de place pour accueillir des seniors qui seraient recrutés par un autre biais ; dans certains cas, des « enjeux » locaux peuvent aussi empêcher la participation de personnes ne résidant pas dans la commune où l'atelier est organisé.
- Freins plus spécifiquement liés à la thématique « nutrition » :
 - Certains partenaires évoquent le problème de la nutrition en elle-même qui semble être un thème moins attractif que d'autres thèmes proposés (mémoire ou sommeil notamment). Cette thématique semble susciter moins d'intérêt qu'au début des années 2000 lors de la mise en place des premiers PNNS.
 - L'alimentation renvoie à des pratiques personnelles, culturelles et peut être perçue comme quelque chose d'intime. Certaines personnes peuvent avoir peur du jugement du professionnel ou des autres participants. La mise en avant du lien social paraît être une porte d'entrée plus pertinente que le sujet alimentation ou santé, perçu comme trop « sérieux ».

Discussion sur des pistes de recrutement à tester dans ALAPAGE2

Prérequis

Tous les participants sont d'accord avec le fait que les stratégies de recrutement à tester dans ALAPAGE2 pour améliorer la participation des seniors socialement isolés doivent répondre à certains prérequis :

- Etre basées sur le contact humain.
- Etre viables après l'expérimentation.
- Pouvoir être mises en œuvre à grande échelle.

Pistes discutées

Les pistes discutées pour favoriser le recrutement des seniors sont les suivantes :

- Recours à des acteurs relais/partenaires notamment pour le recrutement de seniors isolés :

Divers acteurs de proximité, ayant un lien de confiance avec les seniors, pourraient être impliqués dans le recrutement de seniors isolés, ceux-ci pouvant éventuellement varier selon le territoire :

- CLIC, CCAS... : structures déjà impliquées mais qui pourraient avoir une démarche plus active envers des seniors isolés. Ceci pourrait passer par une révision du cahier des charges et de la convention de partenariat avec les organisateurs/financeurs des ateliers.
- Centres d'exams de santé : possibilité d'inscrire les participants aux ateliers directement *via* les médecins ou professionnels de santé exerçant dans les centres de santé. Une réflexion de ce type est en cours avec la Carsat et la Mutualité Française mais a montré la nécessité de faciliter les démarches d'inscription aux ateliers.
- Professionnels de proximité (ex : pharmaciens, infirmiers, aides ménagères, coiffeurs) ou autres acteurs de proximité pour mobiliser des seniors à s'inscrire aux ateliers. Ceci pourrait passer par des conventions avec différents professionnels de terrain pour prospecter auprès des populations dans les lieux de vie, quartiers.
- Autres partenaires : par exemple les organismes de service civique, des bénévoles, etc. Mais ce type de dispositif pose la question de sa pérennité et, pour les bénévoles, de la structure porteuse.
- Les médecins : mais leur mobilisation peut être difficile (temps disponible...).

Plus globalement, il faudrait améliorer le travail en réseau : lier davantage les professionnels qui s'occupent de la logistique des ateliers et les acteurs locaux qui organisent les séances dans les différents lieux.

Il faudrait aussi réfléchir aux objectifs que l'on souhaite atteindre : détermination d'un nombre minimum de seniors isolés socialement par atelier et aux critères pour définir l'isolement social : quelques questions issues de la grille FRAGIRE ? du score EPICES ?

- Communication sur les ateliers :
 - Le thème « nutrition » étant de moins en moins attractif, il semble nécessaire de revoir la communication sur ces ateliers : communiquer sur l'action sans trop cibler « la nutrition » en tant que telle mais plutôt sur « l'alimentation » pour éviter l'emploi de termes jugés trop « sérieux » et mettre en avant les bénéfices en termes de lien social.

- Communiquer à travers les événements phares (lotos, fête de Noël...) des CCAS et autres structures locales CLIC mais la question de la temporalité est soulevée, les seniors ne se projetant pas facilement dans le temps.
- Aspects organisationnels/contenu des ateliers :
 - Mettre en place une phase de mobilisation en amont : par exemple une séance type « séance 0 » comme le fait la Mutualité pour amener les personnes à s'inscrire aux ateliers et à faciliter leur participation à l'ensemble des séances. Ceci pose toutefois la question du professionnel chargé de l'animation de cette rencontre : les acteurs locaux ne seraient peut-être pas toujours en mesure répondre aux questions des seniors sur le contenu du programme ; l'animation par les animateurs des ateliers paraît plus appropriée pour amorcer un lien de confiance. Mais, en amont, il faut déjà que les personnes participent à ce T0.
 - Mettre en place une séance introductive pour faire parler les participants de leurs habitudes alimentaires, dans le but de mettre en confiance le public et le professionnel.
 - Dans l'idéal il est préférable que les plannings soient déjà fixés pour que les personnes puissent s'inscrire immédiatement lors de la sollicitation.
 - Rendre le contenu des séances plus attractif.

4.3.2 Groupe de travail sur le contenu des ateliers de prévention nutrition et activité physique auprès des seniors

Objectif de la réunion

A partir des pratiques existantes, d'éléments de la littérature, d'exemples originaux, et en tenant compte des contraintes de terrain, l'objectif de cette réunion était d'identifier des possibilités d'harmonisation de la forme et du contenu des ateliers à tester dans ALAPAGE2.

Il est bien précisé qu'il ne s'agit pas de parvenir à une standardisation des actions existantes mais de définir un cadrage minimal des actions (« tronc commun ») afin de pouvoir réaliser une évaluation pertinente lors du projet ALAPAGE2. En effet, une hétérogénéité trop importante des actions menées lors du projet ALAPAGE2 ne permettrait pas de pouvoir évaluer de façon fiable l'impact des actions et d'identifier les actions les plus efficaces.

Présentation et description des ateliers actuellement organisés par les partenaires

Chaque partenaire a présenté les différents ateliers de prévention qui sont menés à l'attention des seniors en lien avec l'alimentation et/ou l'activité physique et a décrit de façon plus détaillée le contenu des ateliers « nutrition » (alimentation et activité physique) : cf. présentation détaillée sur les diapositives 8 à 10 en Annexe 9.

En résumé :

- Carsat Sud-Est :
 - Deux types d'ateliers : « Nutrition & éveil corporel » (5 séances de 2h dont 2 d'activité physique) et « Bougez mieux » (12 séances d'activité physique d'1h avec une séance 0 d'information).
 - En 2018, la Carsat devra faire évoluer les ateliers « Nutrition & éveil corporel » réalisés dans le cadre de l'ASEPT pour respecter le référentiel « Nutrition »³ élaboré au niveau national sous le label « Pour Bien Vieillir » (caisses de retraite et Santé Publique France). Ceci impliquerait notamment de passer de 5 à 6 séances.

³ <http://www.pourbienvieillir.fr/nutrition>

- Concernant l'activité physique, le principal objectif des 2 séances est d'agir sur la motivation des personnes et les rassurer afin qu'elles participent ensuite aux ateliers « Bouger mieux » (notion de parcours prévention) ou s'inscrivent dans un club, etc. Aucun impact ne peut être attendu sur les capacités physiques après 2 séances de 2h (min. 3 à 6 mois).
- Gêront'O Nord :
 - Pour la 2^{ème} année de l'action « Alimentation, plaisir, santé & petit budget », l'action comportera 4 séances animées par une diététicienne et/ou une conseillère en économie sociale et familiale et 4 ateliers cuisine de mise en pratique (en alternance).
 - Pas contre une adaptation de l'action, mais en gardant certaines spécificités propres à la structure (en particulier les ateliers cuisine).
- Mutualité Française Paca :
 - Deux types d'ateliers : « Nutrition » (6 séances de 2h30 dont 1 d'activité physique en S5, avec parfois une séance T0 pour présenter atelier et vérifier effectifs) et « Prévention des chutes » (12 séances d'activité physique d'1h avec parfois une séance S0).

Remarques complémentaires :

- Dans le domaine de l'activité physique, il existe une importante variabilité du niveau de formation des intervenants. Certains ont une formation universitaire de niveau Master (STAPS) et ont les compétences nécessaires pour adapter la pratique aux situations individuelles (connaissances sur l'étiologie des pathologies, etc.). D'autres ont une formation beaucoup plus courte et plus « technique »⁴.
- Bien que le cahier des charges signé par les structures dans lesquelles ont lieu les ateliers définisse les conditions matérielles d'accueil, il y a souvent des problèmes matériels. Ceci doit être pris en compte pour évaluer la faisabilité d'utiliser de nouveaux outils d'animation.

Discussion sur les possibilités d'harmonisation pour l'intervention ALAPAGE2

Principes généraux

- Il y a un consensus concernant l'intérêt d'une **séance S0** pour présenter l'atelier dans son ensemble (alimentation et activité physique), favoriser la participation à l'ensemble des séances et ainsi réduire la baisse de participation souvent constatée entre la 1^{ère} et 2^{ème} séance. L'idéal serait que cette séance soit co-animée par la diététicienne et l'animateur sportif en charge de l'atelier (mise en confiance). La faisabilité de cette séance supplémentaire devra être rediscutée avec les partenaires.
- Concernant l'**activité physique**, 1 ou 2 séances ne suffisent pas pour induire des changements de paramètres physiques mesurables (souplesse, force, endurance, équilibre...). Elles ont pour principal objectif d'agir sur la motivation (intention) des participants à participer à un autre atelier dédié à l'activité physique ou à s'inscrire à une activité (club...). Néanmoins, il serait peut-être possible d'optimiser l'impact de ces séances en les associant à la pratique d'exercices physiques à domicile entre les séances, lesquels pourraient être poursuivis par les participants après la fin de l'atelier. En

⁴ Selon le référentiel : BPJEPS (brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport), CQP (certificat de qualification professionnelle animateurs sportifs).

Australie, un programme de prévention des chutes (programme LiFE⁵) a par exemple montré que la pratique d'exercices physiques intégrés dans la vie quotidienne peut permettre de réduire significativement le risque de chutes.

- Le besoin de « **piqûres de rappel** » après la fin de l'atelier a été exprimé par des participants aux ateliers nutrition rencontrés lors de focus groupes réalisés dans le cadre du projet ALAPAGE1 (cf. diapositive 11) et est reconnu par l'ensemble des professionnels présents. Néanmoins, les questions relatives au format, à la faisabilité et au coût de ces rappels sont soulevées.
 - Comme dans le programme australien LiFE, des rappels téléphoniques pourraient être envisagés mais cela pourrait être très coûteux.
 - Des rappels SMS pourraient aussi être envisagés (moins coûteux). Mais cela pose aussi des questions de faisabilité (qui gère les envois, comment ?).
 - Géront'ONord, dans le cadre de son action, envisage d'inviter des « anciens » participants aux nouveaux ateliers. Cela permettrait à la fois de valoriser l'expérience « d'anciens participants » et de favoriser le maintien d'éventuels changements de comportements.
 - Siel Bleu a par exemple mis en place une plateforme Internet avec des conseils, des informations sur l'activité physique et l'alimentation.
 - L'idée a également été lancée de mettre en place entre les séances et à la fin des ateliers un système de coaching réciproque entre les participants eux-mêmes, qui s'engageraient à s'appeler et à se tenir au courant (selon un calendrier pré-établi) de la mise en pratique des exercices et conseils délivrés pendant les ateliers.

Synthèse des échanges

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des échanges qui ont eu lieu lors de ce groupe de travail concernant la forme et le contenu des ateliers qu'il semblerait intéressant de mettre en place et évaluer dans le projet ALAPAGE2. Cette 1ère proposition devra bien entendu être rediscutée lors de la ½ journée de synthèse (4 juillet 2017) et adaptée en fonction des contraintes, marges de manœuvre, moyens, etc. de chaque partenaire (cf. partie 4.3.4).

Séance	Contenu séance	Evaluation (spécifique au projet ALAPAGE)*
S0 – 1h	Animateurs : diététicienne, animateur sportive et éventuellement responsable atelier Objectif : présentation de l'atelier, mise en confiance, engagement, attentes	/
S1 – 2h/2h30	Animateur : diététicienne Contenu : séance ALIM n°1	Evaluation T0 : alimentation + activité physique (motivation, pratique déclarée) + autres (qualité de vie...)

⁵ Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ* 2012;345:e4547–e4547.

S2 – 1h30	Animateur : animateur sportif Contenu : séance AP n°1, podomètre, exercice type, manuel, mesures	Evaluation T0 : activité physique (tests paramètres physiques : force, souplesse...)
S3 -- 2h/2h30	Animateur : diététicienne Contenu : séance ALIM n°2	/
S4 -- 2h/2h30	Animateur : diététicienne Contenu : séance ALIM n°3	/
S5 -- 2h/2h30	Animateur : diététicienne Contenu : séance ALIM n°4	/
S6 – 2h/2h30	Animateur : animateur sportif et diététicienne Contenu : séance AP n°2 (1h30) puis 1h diététicienne pour évaluation alimentation	Evaluation Tf : alimentation + activité physique (motivation, pratique déclarée) + autres (qualité de vie...)
...	Pratique exercices physiques à domicile + rappels (SMS, téléphone, Internet, repas partagé...) ?	/
S6+3 mois	/	Evaluation Tf+3mois : alimentation + activité physique (motivation, pratique déclarée + tests)

* Ces éléments seront rediscutés de façon plus détaillée lors du groupe de travail « Evaluation ».

4.3.3 Groupe de travail sur l'évaluation

Objectif de la réunion

Suite aux deux précédents groupes de travail (recrutement et contenu des ateliers), l'objectif de cette réunion était de définir l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'évaluation de l'intervention ALAPAGE2 et de discuter de la méthodologie et des mesures qui pourraient être utilisées.

Nota Bene : il s'agit bien ici de discuter de l'évaluation qui sera mise en œuvre dans le cadre du projet de recherche interventionnelle ALAPAGE2 et non de l'évaluation des ateliers réalisée « en routine ».

Un des résultats secondaires de l'intervention ALAPAGE2 pourrait être de proposer des indicateurs à recueillir en routine (ou au moins régulièrement) auprès des participants aux ateliers (ou au moins un échantillon d'entre eux, car l'exhaustivité du recueil est très coûteuse).

Evaluations habituellement réalisées par les partenaires et données collectées

Chaque partenaire a décrit les évaluations actuellement réalisées et les données collectées dans le cadre des actions mises en œuvre : cf. présentation détaillée sur les diapositives 6 à 8 en Annexe 10.

En résumé :

- Carsat Sud-Est : en 2008, des questionnaires avaient été élaborés par la Carsat Sud-Est pour évaluer les connaissances et les pratiques à T0 et Tf (actions Prévent'Age). En 2010, ces questionnaires ont été allégés (cf. diapositive 6). Ils ne sont pas saisis en routine ; ceux de 2016-2017 devraient l'être prochainement.

La Carsat présente également les questionnaires d'évaluation (T0, Tf et Tf+3 à 6 mois) annexés au référentiel « Nutrition »⁶ élaboré au niveau national sous le label « Pour Bien Vieillir » (caisses de retraite et Santé Publique France) et publié en 2016. Les actions menées par la Carsat devront tendre vers ce guide dans les mois à venir bien que les modalités pratiques de mise en œuvre ne soient pas encore définies.

- Géront'O Nord : évaluation des attentes, de la satisfaction des seniors et des aides ménagères par questionnaire et lors de réunions (cf. diapositive 7).
- Mutualité Française Paca : évaluation par questionnaire à T0, Tf et Tf+3 mois (ce dernier étant réalisé par téléphone par le niveau national). Modèles de questionnaires fournis par le niveau national. Questionnaires T0 et Tf scannés au niveau régional (et transmis au niveau national) avec exploitation pour les bilans adressés aux financeurs (ARS).

Ces évaluations sont essentiellement des évaluations de processus, avec quelques questions visant à mesurer l'impact des actions.

Les partenaires constatent que les seniors ont parfois besoin d'aide pour compléter les questionnaires. La Carsat avait par ailleurs constaté que les modalités de réponses classiques, « rédigées », n'étaient pas forcément bien lues et/ou comprises par les seniors, et les a donc remplacées par des smileys.

Discussion sur l'évaluation de l'intervention ALAPAGE2 (cf. diapositives 17-18 en Annexe 10)

Schéma général

Pour mesurer l'efficacité d'une intervention, le schéma d'étude « de référence » est l'essai randomisé, c'est-à-dire que les personnes (ou les groupes de personnes) sont réparties de façon aléatoire dans le groupe intervention et dans le groupe témoin. Cette procédure permet normalement de garantir que les groupes sont comparables et que la seule différence entre eux est le fait d'avoir reçu l'intervention étudiée. Ce schéma permet ainsi d'attribuer à l'intervention les différences de résultats (exemple : en termes d'habitudes alimentaires ou de pratiques d'activité physique...) entre les groupes.

Ce schéma étant difficilement envisageable pour ALAPAGE2 compte tenu de l'organisation des actions et des objectifs des partenaires (ceci impliquerait que certains groupes constitués ne bénéficient pas tout de suite de l'intervention), le schéma général proposé est une **étude « avant/après », avec un groupe intervention et un groupe témoin**. Le groupe témoin est indispensable pour pouvoir quantifier l'impact réel de l'intervention, en comparant l'évolution « avant-après » dans le groupe intervention et dans le groupe témoin (« différence de différences »). Sans groupe témoin, il ne serait par exemple pas possible d'attribuer une amélioration de certains paramètres dans le groupe intervention à l'intervention elle-même (un autre événement concomitant à l'intervention ayant pu induire ce changement). Inversement, en cas d'absence d'amélioration d'un paramètre, sans groupe témoin, il ne serait pas possible de savoir si cette stabilisation aurait été également observée en l'absence d'intervention (ou si on aurait observé une dégradation chez les témoins par exemple).

⁶ <http://www.pourbienvieillir.fr/nutrition>

Groupe témoin

L'idéal serait de recruter dans le groupe témoin des **seniors intéressés par les ateliers nutrition mais ne pouvant pas participer au moment du recrutement en raison de contraintes pratiques** (pas disponibles aux dates fixées...). Plusieurs pistes ont été évoquées pour recruter ces seniors :

- Lieux de recrutement possibles : forum santé, CLIC, CCAS...
- Critères selon lieu d'implantation de la structure (comme pour les groupes intervention).
- Problème des effectifs : le recrutement des seniors du groupe témoin étant *a priori* plus compliqué que celui des seniors du groupe intervention, il faudrait étudier la possibilité de recruter 2 cas pour 1 témoin et recalculer les effectifs nécessaires (il était initialement envisagé de recruter 200 cas et 200 témoins)⁷.

Le **recrutement de seniors participant à un autre type d'atelier (mémoire par exemple) a été évoqué mais pose plusieurs problèmes**. Ceci ne permettrait pas d'étudier l'impact des ateliers nutrition sur le lien social puisque les autres ateliers sont également des ateliers de groupe favorisant le lien social. Ceci pose également le problème du nombre de questionnaires à remplir puisque les partenaires évaluent systématiquement les ateliers avec des questionnaires spécifiques.

La nécessité de prévoir une **incitation** (financière, bon d'achat...) pour les témoins a été abordée. Le cas échéant, la question se pose de rétribuer de la même façon les participants aux ateliers, ce qui n'est pas fait en routine dans les ateliers proposés par les partenaires. La question devra être posée à un comité d'éthique. En effet, si la participation aux ateliers peut être considérée comme un bénéfice pour les participants du groupe intervention, alors il ne serait peut-être pas nécessaire de les rétribuer.

Evaluation activité physique

Lors du groupe de travail sur le contenu des ateliers, il a été proposé que les tests complets (Senior Fitness Test) ne soient réalisés qu'à T0 et Tf+3 mois car les bénéfices mesurables n'étaient pas forcément attendus à Tf (durée d'intervention trop courte). Néanmoins, il paraît intéressant d'intégrer en S6 une mesure susceptible d'avoir évolué positivement, pour montrer aux personnes qu'elles ont progressé (effet sur la motivation).

Evaluation médico-économique

Cette évaluation nécessite un recueil des différents coûts associés à l'intervention (cf. exemple diapositive 15) par l'équipe de recherche, en collaboration avec les partenaires.

Outils d'évaluation

Afin de rendre l'évaluation plus ludique, l'idée a été émise d'utiliser des outils numériques type boîtiers électroniques par exemple.

⁷ Ces effectifs avaient été déterminés sur la base de calculs de puissance statistique et en utilisant les résultats de l'impact, sur les achats de fruits et de légumes, d'une précédente intervention sur l'alimentation (Opticourses), pour estimer la taille des effets attendus.

Autres remarques

Remarques formulées sur le bilan du groupe de travail sur le contenu des ateliers :

- Pour la Mutualité Française, le passage de 1 à 2 séances d'activité physique risque d'être compliqué à mettre en pratique. Ce point devra être rediscuté.
- GérontONord rappelle qu'elle souhaite maintenir la réalisation d'ateliers cuisine même si ceux-ci ne peuvent pas être intégrés dans le protocole de l'intervention ALAPAGE2 (car non généralisables dans toutes les structures de terrain partenaires de la Carsat et de la Mutualité).
- Remarque concernant la faisabilité d'intégrer un coaching individuel *via* les nouvelles technologies. Les focus groupes réalisés avec des seniors ayant montré un attrait mitigé de la part des seniors pour les nouvelles technologies, cette piste n'a pas été retenue pour le moment. La dimension « individualisée » sera dans la mesure du possible intégrée dans l'intervention, par exemple, *via* l'identification d'exercices d'activité physique à privilégier (au sein d'un carnet présentant plusieurs exercices par exemple) suite aux tests réalisés à la 1^{ère} séance d'activité physique.
- Il sera nécessaire de discuter lors de la réunion de synthèse de l'intérêt de chaque partenaire à participer à ALAPAGE2, la Carsat devant appliquer dans l'avenir le référentiel nutrition « Pour Bien Vieillir ».

4.3.4 Groupe de travail « synthèse »

Objectif de la réunion

Suite aux trois précédents groupes de travail (recrutement, contenu des ateliers et évaluation), l'objectif de cette réunion était de valider les principaux axes de l'intervention ALAPAGE2 (pré-protocole). Certains aspects de la méthodologie seront précisés et définis lors de la 1^{ère} année du projet.

Recrutement

Rappel de l'objectif du projet ALAPAGE2 sur le recrutement (cf. diapositive 3 en Annexe 11)

Adapter l'offre existante d'actions de prévention *via* une amélioration du ciblage des actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées.

Axes retenus & remarques

Les pistes identifiées à l'issue du groupe de travail sur le recrutement (cf. diapositive 5) ont été rediscutées et détaillées.

Différents acteurs « relais » ont été identifiés pour participer au recrutement de personnes socialement isolées (cf. infra). Le renforcement des dispositifs de recrutement de ces personnes nécessite au préalable d'**améliorer la lisibilité de l'offre d'ateliers nutrition existante** (lieu, calendrier...) et de **faciliter l'orientation et l'inscription des seniors**. Une 1^{ère} étape consisterait à réaliser une **cartographie de l'ensemble des lieux où sont organisés les ateliers**. Les dates des ateliers étant fixées au minimum un mois à l'avance, il paraît également possible de mettre à disposition des relais un **planning des ateliers** à venir pour faciliter l'inscription des seniors repérés. ➔ *Suite à la réunion, l'équipe projet soumet l'idée de la création d'un répertoire cartographique interactif afin de mettre l'ensemble de ces informations à disposition des acteurs relais et des seniors. La faisabilité d'un tel outil devra être rediscutée avec les partenaires. [Suite à la réunion, l'équipe projet a eu connaissance d'un projet porté par l'ASEPT PACA se rapprochant de cette proposition. Ce projet devrait aboutir courant 2018].*

Plusieurs acteurs relais ont été identifiés pour participer au recrutement des personnes socialement isolées dans ALAPAGE2 :

- **Acteurs de terrain type CCAS, centres sociaux...** : l'implication de ces partenaires dans le recrutement des seniors isolés devra passer par une révision du cahier des charges que la Carsat et la Mutualité soumettent à ces structures.
- **Centres d'examens de santé (CES)** : les CES du Vaucluse et du Var collaborent déjà avec la Mutualité pour orienter des personnes vers les ateliers de prévention (les médecins du CES font remplir une fiche au patient et la transmettent à la Mutualité afin que celle-ci rappelle les personnes). Les modalités de collaborations avec la Carsat sont un peu différentes (inscription aux ateliers *via* Internet qui se heurte à des difficultés pratiques). Le CES des Bouches-du-Rhône ayant déjà collaboré avec l'équipe lors du projet Opticourses et collaborant avec Sport Pour Tous, il est probable qu'il accepte de collaborer avec les partenaires du projet pour orienter les seniors vers les ateliers prévention. ➔ *Contact à prendre avec le CES 13.*
- **Médecins généralistes** : ces professionnels de santé peuvent jouer un rôle majeur dans le recrutement de seniors isolés puisqu'ils les voient en consultation et/ou au domicile et qu'ils entretiennent une relation privilégiée et de confiance avec leurs patients. Certains médecins peuvent cependant avoir des réticences à adresser leurs patients à des professionnels (diététicien, animateur sportif) qu'ils ne connaissent pas (qualité de l'offre, compétences...) ➔ *Il est suggéré de rencontrer le Président de l'URPS-ML PACA pour lui présenter le projet. Autre porte d'entrée possible : les associations de médecins existant dans certains territoires.*
- **Autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens)** : mêmes remarques et suggestions que pour les médecins généralistes.
- **Evaluateurs de la Carsat** : ces professionnels vont au domicile des personnes et rencontrent une grande proportion de personnes autonomes. Ils pourraient proposer la participation aux ateliers.
- **Seniors ambassadeurs** : le recrutement de seniors isolés par des seniors ambassadeurs (i.e., seniors ayant déjà participé à un atelier nutrition ou ayant été « formés » pour présenter les ateliers) paraît envisageable pour la Mutualité Française car un atelier nutrition sera réalisé sur le même territoire tous les ans pendant 4 ans. Pour la Carsat, ceci ne paraît pas réalisable partout mais pourrait l'être dans certains centres sociaux.

Aspects méthodologiques

- Concernant le **repérage des personnes isolées** :
 - Un outil assez simple qui pourrait être utilisé est un questionnaire de 3 questions permettant de mesurer le sentiment de solitude : University of California at Los Angeles –UCLA-- Three-Item Loneliness Scale⁸. Le score varie de 3 à 9 ; un score ≤ 6 indiquant une situation de solitude.
 - D'autres outils pourraient aussi éventuellement être utilisés :
 - Item 14 du CES-D (Au cours de la semaine écoulée... Je me suis senti(e) seul(e) ; échelle de fréquence).

⁸ Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging* 2004;26:655–72.

Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. *Psychosom Med* 2016;78:904–9.

- Les 2 items de la dimension environnementale de la grille FRAGIRE⁹ : 1 item sur le sentiment de solitude et 1 item sur la perception du niveau de ressources (l'existence de seuils de référence pour cette dimension doit être vérifiée).
- Afin d'évaluer l'impact du recrutement « actif » sur les caractéristiques sociales des participants aux ateliers, il faudra par ailleurs recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des participants et les modalités de recrutement des personnes.

Contenu

Rappel de l'objectif du projet ALAPAGE2 sur le contenu (cf. diapositive 3)

Adapter l'offre existante d'actions de prévention *via* une analyse approfondie des protocoles et pratiques existants pour proposer et négocier des principes d'intervention et modalités de réalisation communs.

Axes retenus & remarques

La proposition issue du groupe de travail sur la forme et le contenu des ateliers est présentée sur les diapositives 6 et 8.

Globalement, cette proposition convient à l'ensemble des participants, mais certaines remarques sont formulées :

- La Carsat va devoir prochainement appliquer le référentiel national Nutrition « Pour Bien Vieillir » mais ne pourra pas à la fois appliquer ce référentiel et le protocole ALAPAGE2 (évaluations trop lourdes en particulier – une évaluation à 3 mois étant demandée dans le cadre du référentiel). Il pourrait être opportun que l'équipe projet contacte la Cnav pour présenter le projet et pour voir dans quelle mesure la Carsat Sud-Est pourrait obtenir un régime dérogatoire concernant l'application du référentiel national. La forme et le contenu des ateliers envisagés pour ALAPAGE2 étant en accord avec du référentiel, ALAPAGE2 pourrait peut-être être présenté à la Cnav comme un dispositif permettant d'évaluer le référentiel.
- La Carsat Sud-Est a besoin d'une approbation au niveau national lui confirmant que le protocole ALAPAGE2 est bien conforme au référentiel national, et l'autorisant à ne pas déployer les questionnaires d'évaluation du référentiel le temps du projet ALAPAGE2.
- L'idéal serait qu'il y ait un référent pour chaque atelier (personnel de la structure de terrain type CCAS pour la Carsat ; pour la Mutualité Française, ce rôle est actuellement assuré par la diététicienne) pour assurer une continuité sur toutes les séances. Cela pourrait être inscrit dans le cahier des charges de ces structures.
- S0 : la présence de l'animateur sportif à cette séance va induire un surcoût pour les partenaires. L'objectif de cette présence est de rassurer les personnes, de « faire du groupe » et récupérer des informations pour préparer la séance 2 sur l'AP (mais peut-être que ces informations pourraient être recueillies par la diététicienne ?). Piste : étudier la faisabilité de présenter l'animateur sportif *via* une vidéo.
- S6 : la Mutualité Française doit évaluer le coût de cette séance d'AP supplémentaire.

⁹ Vernerey D, Anota A, Vandel P, et al. Development and validation of the FRAGIRE tool for assessment an older person's risk for frailty. BMC Geriatr 2016;16:187.

- Concernant la piquêre de rappel, il y a consensus pour que cela repose sur une construction, dès le début de l'atelier, d'un programme d'activités et d'échanges entre participants du groupe après la 6^{ème} séance, pendant 3 mois.

Evaluation

Rappel de l'objectif du projet ALAPAGE2 sur l'évaluation (cf. diapositive 3)

Evaluer le processus et l'impact de ces actions, leur rapport coût-efficacité, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie.

Axes retenus & remarques

Les objectifs de l'évaluation de l'intervention ALAPAGE2 sont présentés sur la diapositive 7.

Globalement, cette proposition convient à l'ensemble des participants, mais certaines remarques sont formulées :

- Concernant l'AP, l'objectif principal des ateliers étant d'agir sur la motivation des participants aux ateliers, il est essentiel d'évaluer cette dimension. Le questionnaire EMAPS (**'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique** en contexte de Santé', validé en français¹⁰) pourrait être utilisé.
- Le programme ALAPAGE2 envisagé incitant les personnes à refaire les exercices d'activité physique à domicile, il serait aussi intéressant d'inclure le questionnaire ETBQ¹¹ sur le « **fardeau** » **lié à la réalisation des exercices physiques** (c'est-à-dire l'ensemble des difficultés et contraintes qui peuvent gêner les personnes dans la réalisation de leurs exercices).
- Du point de vue méthodologique, et pour pouvoir mesurer l'impact réel des ateliers, le **groupe témoin** doit être constitué de personnes ayant des caractéristiques (sociodémographiques, alimentation, activité physique, intérêt pour ces thématiques...) les plus proches possibles de celles des personnes participant aux ateliers. L'idéal serait donc de les recruter selon les mêmes modalités que les personnes participant aux ateliers. Il s'agirait de personnes intéressées par les ateliers nutrition mais n'étant pas disponibles pour participer aux dates proposées. Des effectifs de 200 « cas » et 200 « témoins » avaient été estimés (cf. ci-dessus). L'ORS fera des calculs pour un ratio de 2 cas pour 1 témoin (ceci a été réalisé suite à la réunion de groupe de travail, cf. partie 5.2).

¹⁰ Boiche J, Gourlan M, Trouilloud D, Sarrazin P. Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Sante: A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. J Health Psychol 2016. doi:10.1177/1359105316676626.

¹¹ Martin W, Palazzo C, Poiradeau S. Development and Preliminary Psychometrics of the Exercise Therapy Burden Questionnaire for Patients With Chronic Conditions. Arch Phys Med Rehabil 2017. doi:10.1016/j.apmr.2017.03.015.

5 Projet de protocole pour la recherche interventionnelle ALAPAGE2

5.1 Objectifs de la recherche interventionnelle ALAPAGE2

L'ensemble des travaux réalisés dans le cadre de l'étude de préfiguration ALAPAGE1 ont abouti à la réaction d'un projet de protocole de la recherche interventionnelle, ci-après dénommée ALAPAGE2.

5.1.1 Objectif général

ALAPAGE2 est un essai d'intervention dont l'objectif général est d'améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors à domicile par adaptation de l'offre existante d'actions de prévention de la perte d'autonomie. Ce projet s'appuie sur une coopération étroite entre chercheurs et acteurs de terrain (Carsat Sud-Est, Mutualité Française PACA, Gêront'O Nord) pour assurer sa faisabilité et sa transférabilité.

5.1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques (OS) du projet ALAPAGE2 sont les suivants :

- OS1. Adapter l'offre existante d'actions de prévention *via* :
 - OS1.1. Une amélioration du ciblage de ces actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées ;
 - OS1.2. La mise en œuvre de principes d'intervention et modalités de réalisation communs.
- OS2. Evaluer l'impact de ces actions adaptées, notamment selon les modalités de recrutement, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie.
- OS3. Evaluer le rapport coût-efficacité des actions, notamment selon les modalités de recrutement.
- OS4. Evaluer, auprès des participants et des professionnels, les processus de ces actions, leur acceptabilité et les leviers, notamment psychosociaux, qu'elles ont pu activer.

5.2 Design général de l'étude

ALAPAGE2 est une étude quasi-expérimentale de type avant-après avec groupe contrôle, réalisée sur une vingtaine de sites de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En bref, l'intervention ALAPAGE2 est destinée à des seniors autonomes vivant à domicile, invités à participer à un atelier de prévention sur l'alimentation et l'activité physique composé d'une séance introductive suivie de 6 séances hebdomadaires (4 sur l'alimentation, 2 sur l'activité physique), sur une période de 6 semaines. Elle comprend également la réalisation d'exercices d'activité physique à domicile et la mise en place d'un programme d'activités et d'échanges entre participants de chaque atelier au-delà des 6 semaines d'intervention. Les pratiques alimentaires, certains paramètres d'activité physique et d'autres critères secondaires seront évalués au début de la participation (avant) à la fin des 6 semaines d'intervention puis 3 à 5 mois plus tard (après).

L'objectif est de recruter environ 300 participants dans le groupe intervention (environ 15 par site) et 150 dans le groupe témoin. Sur la base de la taille des effets mesurés dans de précédentes interventions de prévention sur l'alimentation et l'activité physique (augmentation de 3 points du pourcentage d'énergie totale apportée par le groupe alimentaire des fruits et légumes) et sous l'hypothèse d'une attrition de 30 % au cours de l'étude [53], ces effectifs permettront de

mesurer l'impact de l'intervention avec une puissance d'au moins 80 % et une erreur de type I (alpha) de 5 %. Ces effectifs sont compatibles avec l'activité actuelle des partenaires opérationnels du projet.

Concernant l'amélioration du ciblage des actions, l'objectif est par ailleurs de recruter au moins 20 à 30 % de personnes isolées socialement dans chaque atelier, soit 3 à 5 personnes par site (objectif précis à valider avec les partenaires lors des premières étapes du projet ALAPAGE2).

5.3 Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité de l'étude ALAPAGE2 ont été définis de façon à recruter des personnes âgées de 55 ans ou plus, autonomes, vivant à domicile et résidant dans une zone urbaine de la région Paca identifiée comme étant prioritaire par l'Observatoire des fragilités ou par l'Agence régionale de santé (une liste actualisée de ces zones sera obtenue au début du projet).

La limite d'âge de 55 ans a été choisie en cohérence avec la population cible des actions de prévention « seniors » du Programme national nutrition santé (PNNS) et des Caisses de retraite (seuil d'attribution des pensions de réversion). Le critère d'autonomie sera appréhendé à partir de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; les personnes bénéficiant de l'APA seront exclues de la population d'étude.

Pour le recrutement de personnes isolées socialement, l'outil de repérage sera choisi au démarrage du projet, en concertation avec les partenaires et professionnels en charge du recrutement de ces personnes, sur des critères de facilité et de temps de passation en particulier. Le choix pourrait être effectué parmi les outils suivants :

- l'échelle abrégée de soutien social de Sarason validée en Français (SSQ6) [46] ;
- le questionnaire de 3 questions permettant de mesurer le sentiment de solitude de l'University of California at Los Angeles (UCLA) : « Three-Item Loneliness Scale ». Le score varie de 3 à 9 ; un score ≤ 6 indiquant une situation de solitude [54] ;
- l'item 14 de l'outil « Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) » : « Au cours de la semaine écoulée... Je me suis senti(e) seul(e) », échelle de fréquence [55] ;
- l'un des items de la dimension environnementale de la grille FRAGIRE évaluant le sentiment de solitude [56].

5.4 Stratégies de recrutement

5.4.1 Groupe intervention

Les seniors seront recrutés selon les modalités couramment utilisées par les acteurs opérationnels partenaires du projet : courriers d'information, événement d'information de type conférence ou « forum santé », groupes constitués, etc.

De plus, pour répondre à l'OS1.1, un recrutement « actif » sera mis en œuvre par trois types de personnes relais : professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, professionnels des centres d'exams de santé) ; professionnels des structures sociales (CCAS, centres sociaux, etc.) ; « seniors ambassadeurs » (i.e., seniors ayant déjà participé à un atelier nutrition ou ayant été « formés » pour présenter les ateliers). Un « kit » d'aide au recrutement sera fourni aux personnes relais afin de les aider à « convaincre » les seniors isolés socialement de participer aux ateliers de prévention. Ce développement de ce « kit » constituera une première étape du projet. Il sera réalisé en partenariat avec des représentants de chaque catégorie de personnes relais et sur la base des résultats de l'étude de préfiguration ALAPAGE1 sur les freins et leviers à la participation (bibliographie, entretiens avec des seniors...). Les résultats concernant les

perceptions sur les bénéfices des ateliers (lien social, connaissances...) seront en particulier mobilisés.

Pour chaque site de recrutement, une combinaison de ces stratégies sera mise en œuvre, en fonction des caractéristiques de la population et des acteurs présents sur le territoire [57].

5.4.2 Groupe témoin

Les modalités de constitution du groupe témoin, les critères d'inclusion et d'exclusion seront soigneusement examinés au démarrage du projet pour répondre aux enjeux méthodologiques et aux règles éthiques de ce type de recrutement et discutés avec les partenaires du consortium et avec des experts extérieurs membres du comité scientifique du projet.

Il sera envisagé de recruter les témoins selon les mêmes modalités que les personnes participant aux ateliers. Il s'agirait de personnes intéressées par les ateliers nutrition mais n'étant pas disponibles pour participer aux dates proposées.

Une attention particulière sera portée à la question de la saisonnalité qui peut avoir un impact sur les consommations alimentaires et l'activité physique ; un appariement entre le groupe intervention et le groupe témoin sur ce critère et sur la zone géographique sera discuté.

5.5 Mesures

Les informations nécessaires au projet seront collectées pour tous les participants aux actions de prévention. Des mesures seront réalisées lors de la première et dernière séance (avant/après), ainsi qu'entre 3 et 5 mois après la dernière séance (cf. Tableau xx ci-dessous). Pour le groupe témoin, les mêmes mesures et intervalles de temps seront appliqués autant que possible.

5.5.1 Critères principaux

L'évaluation de l'impact de l'intervention (OS2) sera réalisée sur les critères principaux suivants :

- Pratiques alimentaires

L'évolution des pratiques alimentaires sera évaluée *via* un jeu sur les achats (et/ou les consommations) alimentaires dans lequel les réponses des participants seront financièrement incitées afin de faciliter une révélation des vraies préférences. Cette approche empruntée à l'économie expérimentale a été développée dans le cadre de la recherche interventionnelle Opticourses (www.opticourses.fr). Cette méthode est ludique et permet de limiter les biais de déclaration et de désirabilité sociale associés aux enquêtes uniquement déclaratives [58].

Les critères de jugement issus de cette approche seront notamment les apports en différents groupes alimentaires tels que ceux définis dans le PNNS (les fruits et légumes, les féculents, le groupe viande-poisson-œufs, les produits laitiers, etc. (en pourcentage de l'énergie totale)).

- Activité physique

L'évolution de l'activité physique sera mesurée à l'aide de tests de l'évaluation de la capacité physique fonctionnelle validés issus du Senior Fitness Test et d'évaluations du niveau d'activité physique habituel par le port d'un podomètre [59].

5.5.2 Critères secondaires

Les critères de mesures secondaires seront les suivants :

- Qualité de vie : il est envisagé d'évaluer la qualité de vie à l'aide de l'échelle « WHOQOL-old », un module complémentaire du questionnaire WHOQOL-BREF

développé récemment par l'OMS pour l'évaluation de la qualité de vie chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Composée de 24 items, cette échelle évalue en plus les capacités sensorielles, l'autonomie, les activités (passées, présentes et futures), la participation sociale, les relations intimes et la relation à la mort [60].

- Soutien social et/ou sentiment de solitude : cf. § 5.3.
- Autres facteurs psychosociaux/cognitifs tels que le sentiment d'auto-efficacité, les perceptions et les connaissances dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Ces questions seront issues de précédentes enquêtes (Baromètre santé nutrition [61] par exemple).
- Activité physique : dans ce domaine, l'objectif principal des ateliers étant d'agir sur la motivation des participants, il est envisagé d'évaluer cette dimension *via* le questionnaire « Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé » (EMAPS), validé en français [62].
- Par ailleurs, ALAPAGE2 incitant les personnes à refaire les exercices d'activité physique à domicile, il serait aussi intéressant d'inclure le questionnaire ETBQ sur le « fardeau » lié à la réalisation des exercices physiques (c'est-à-dire l'ensemble de des difficultés et contraintes qui peuvent gêner les personnes dans la réalisation de leurs exercices) [63].

5.5.3 Coûts

Pour l'évaluation des coûts de l'intervention (OS3), l'ensemble des coûts unitaires et quantités nécessaires (documents, nombre d'intervenants et d'heures de travail, achat de matériel, etc.) seront listés et collectés auprès des structures partenaires [18].

Toutes les données nécessaires au calcul des coûts induits par les différentes stratégies de recrutement « actif » seront en particulier recueillies.

5.5.4 Autres données recueillies

D'autres informations seront recueillies, notamment dans le cadre de questionnaires habituellement utilisés par les partenaires : caractéristiques sociodémographiques, nombre d'heures cumulées de participation aux actions de prévention (intensité de l'exposition), participation à d'autres actions de prévention, etc.

5.6 Description de l'intervention

5.6.1 Modèle théorique de l'intervention

L'intervention ALAPAGE2 s'appuie sur le modèle socio-écologique, qui incite à prendre en compte les déterminants environnementaux de la santé (réseaux sociaux, caractéristiques des organisations et des lieux de vie...) et dont la pertinence a été montrée dans le domaine de la promotion de la santé chez les seniors. ALAPAGE2 agit notamment à l'échelle des organisations, par l'adaptation de l'offre de prévention existante ainsi qu'en favorisant les interactions entre individus *via* des actions collectives. Dans la phase de co-construction du contenu commun des actions, nous nous appuierons également sur les modèles psychosociaux des déterminants de la santé pour identifier les leviers psychosociaux qui seront visés en priorité [64].

5.6.2 Format et contenu de l'intervention ALAPAGE2

La structure générale de l'intervention ALAPAGE2 a été élaborée dans le cadre de l'étude de préfiguration ALAPAGE1, par co-construction avec les partenaires du projet (cf. Tableau xx ci-dessous). Elle comprend une séance introductive visant à favoriser l'engagement des personnes dans l'intervention et à établir un lien de confiance avec les animateurs. Elle

comprend ensuite 6 séances hebdomadaires de 1h30 à 2h30 sur une période de 6 semaines, 4 sur l'alimentation et 2 sur l'activité physique.

Les séances sur l'alimentation seront animées par une diététicienne. Les principaux thèmes abordés seront : liens entre alimentation et santé des seniors, les recommandations nutritionnelles pour les seniors, les représentations alimentaires, le plaisir alimentaire, les achats et le budget alimentaires, la prévention des pathologies, le surpoids et la dénutrition. Les outils utilisés seront principalement ceux proposés par le PNNS (site www.mangerbouger.fr) et ceux développés par les partenaires du projet.

Les séances d'activité physique seront animées par des animateurs sportifs. La première séance aura pour objectif de présenter un certain nombre d'exercices types (inspirés de l'intervention LiFE [65]) et de fournir aux participants des outils permettant de refaire ces exercices à domicile ainsi qu'un podomètre afin qu'ils puissent mesurer leur activité physique quotidienne jusqu'à la deuxième séance. Lors de la deuxième séance, les exercices types seront de nouveau présentés. Lors de la première séance, les animateurs fixeront des objectifs adaptés à chaque participant, en mettant en place des méthodes visant à inciter les participants à pratiquer des activités entre les séances. Les intervenants seront mobilisés, formés et accompagnés pour conduire cette recherche interventionnelle avec l'équipe-projet.

Le format et le contenu des séances sera compatible avec le référentiel « Nutrition »¹² élaboré au niveau national sous le label « Pour Bien Vieillir » (caisses de retraite et Santé Publique France).

Afin de favoriser le maintien de l'intervention dans le temps au-delà des 6 séances, les animateurs organiseront la construction, dès le début de l'atelier, d'un programme d'activités et d'échanges entre participants du groupe après la 6^{ème} séance, pendant 3 mois. Ces activités (appels téléphoniques, rencontres, marches...) ont pour objectif de proposer une « piqûre de rappel » des informations et exercices présentés lors des 6 séances. La phase de co-construction avec les partenaires a montré que cette méthodologie avait l'avantage d'être transposable à grande échelle, contrairement à des « piqûres de rappel » sous forme de SMS ou d'appels téléphoniques provenant des animateurs.

¹² <http://www.pourbienvieillir.fr/nutrition>

Tableau 1. Projet d'intervention ALAPAGE2

Séance	Contenu séance	Evaluation (spécifique au projet ALAPAGE)
S0 – 1h	<u>Animateurs</u> : diététicienne, animateur sportif et éventuellement responsable atelier <u>Objectif</u> : présentation de l'atelier, mise en confiance, mobilisation, engagement, attentes	/
S1 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°1 ¹³	Evaluation T0 : alimentation (jeu achats) + activité physique (questionnaire motivation, pratique déclarée) + autres (qualité de vie...)
S2 – 1h30	<u>Animateur</u> : animateur sportif <u>Contenu</u> : séance AP n°1, remise podomètre, pratiques exercices types, manuel, mesures	Evaluation T0 : activité physique (tests paramètres physiques : force, souplesse... via Senior Fitness Test + test équilibre)
S3 -- 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°2	/
S4 -- 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°3	/
S5 -- 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°4	/
S6 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : animateur sportif et diététicienne <u>Contenu</u> : séance AP n°2 (1h30) puis 1h diététicienne pour évaluation alimentation	Evaluation Tf : alimentation + activité physique (motivation, pratique déclarée + 1 test) + autres (qualité de vie...)
...	<u>Pratique exercices physiques à domicile</u> + <u>programme d'activités entre participants</u> (téléphone participant-participant, sorties, repas partagé...)	/
S6+3 mois	/	Evaluation Tf+3mois : alimentation (jeu achats) + activité physique (motivation, pratique déclarée + tests) + autres (qualité de vie...)

¹³ Les adaptations des séances sur l'alimentation (contenu et déroulé) n'ont pas été suffisamment détaillées à ce stade de la co-construction pour être validées par le groupe de travail lors de l'étude ALAPAGE1.

5.6.3 Groupe témoin

Le groupe témoin sera invité à participer aux ateliers après les évaluations, soit au minimum 6 mois après le recrutement.

5.7 Analyses statistiques

Les différences avant/après dans le groupe témoin et dans le groupe intervention (différences de différences) seront estimées et testées par des modèles de régression (modèle linéaire pour les variables quantitatives et modèles logistiques pour les variables qualitatives) avec effet d'interaction (variable groupe*temps).

La pertinence d'analyses médiationnelles (logiciel MPlus) sera explorée afin de déterminer si certains facteurs psychosociaux contribuent à expliquer l'impact des actions (identification des mécanismes d'actions).

5.8 Evaluation qualitative

L'évaluation qualitative des processus des actions (OS4) reposera sur la réalisation d'entretiens qualitatifs et/ou de focus groupes avec des seniors (n=15 à 20) et des intervenants (n=5 à 10).

Les guides d'entretiens seront élaborés de façon à permettre une exploration des processus de ces actions, leur acceptabilité, les leviers, notamment psychosociaux, qu'elles ont pu activer ainsi que les aspects liés à la transférabilité de l'intervention à d'autres contextes.

6 Conclusion

Dans le cadre du projet ALAPAGE1, une approche collaborative et dynamique a été mise en place pour co-construire, entre chercheurs et professionnels de terrain, le protocole de la recherche interventionnelle ALAPAGE2, dont l'objectif est d'améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors pour prévenir la perte d'autonomie.

Une analyse détaillée de la littérature académique et de la littérature grise a été menée sur de nombreux aspects (interventions sur la nutrition et l'activité physique ciblant des seniors, notamment celles mettant en œuvre l'utilisation d'outils issus des TIC, recherche bibliographique sur les freins et leviers à la participation aux actions de prévention chez les seniors). Cette analyse de littérature a été complétée par une identification et une analyse des actions existantes, des entretiens et des focus-groupes avec des seniors et des entretiens avec des professionnels. Ceci a permis d'identifier 3 acteurs clés de la prévention-nutrition auprès des seniors en PACA (Carsat Sud-Est, Mutualité Française PACA, Gêront'O Nord). La connaissance des difficultés et opportunités du terrain par ces partenaires, alliée à la connaissance de la littérature scientifique par les chercheurs ont permis de dégager trois thèmes majeurs : i) les modalités de recrutement des participants aux ateliers, qui devrait être améliorées pour permettre un meilleur ciblage des seniors isolés socialement ; ii) la forme et le contenu des ateliers, qui pourraient optimisés, notamment concernant l'équilibre entre alimentation et activité physique, l'harmonisation des pratiques, et la mise en place d'un système de « piqûres de rappel » post-ateliers ; iii) l'évaluation des interventions, incluant le choix de critères d'évaluation, de données à collecter, d'un groupe témoin réaliste et pertinent, et méthodologies d'évaluation performantes. Chacun de ces thèmes a fait l'objet d'une réunion de travail approfondie entre partenaires de terrain et chercheurs. Ces réunions ont contribué à créer les conditions (intérêt partagé, mise en commun d'éléments de connaissance du terrain, des publics, des méthodes, etc.) de l'élaboration, en co-construction, de la recherche interventionnelle (protocoles d'intervention et d'évaluation, outils d'intervention, outils et critères d'évaluation...).

Dans le cadre de ces groupes de travail, toutes les décisions ont été prises collectivement à l'aune i) de la faisabilité de l'intervention, en vue d'un d'essaimage ultérieur dans les réseaux nationaux des partenaires ; et ii) de l'acceptabilité de l'évaluation par le public cible, en choisissant toujours des méthodologies respectueuses des personnes, et en privilégiant autant que possible des approches ludiques.

Une quatrième réunion a permis de valider les grandes lignes d'un projet commun, le projet de recherche interventionnelle ALAPAGE2, dont les étapes sont présentées dans le Tableau 1. L'intérêt des partenaires a été renouvelé lors d'une réunion post-projet en novembre 2017, au cours de laquelle il a été décidé i) de solliciter un financement auprès de la conférence des financeurs des Bouches-du-Rhône pour aborder en priorité la question spécifique du recrutement ; ii) de soumettre le protocole ALAPAGE2 à l'appel à projets de recherche « Général – volet Prévention » ou « Handicap - Perte d'autonomie » 2018 de l'IRéSP.

7 Références

1. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee Première. 2016;n°1619:1-4.
2. Aquino JP. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie. Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale; 2015.
3. 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.
4. Ferry M, Alix E, Mischlich D, Brocker P, Constans T, Lesourd B, et al. Nutrition de la personne âgée. Aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux. Elsevier Masson; 2012. 368 p.
5. Ferry M, Daveau P, Rozenkier A. Nutrition et vieillissement. Retraite Société. 2005;45(2):188-92.
6. Barthélémy L, Bodard J, Feroldi J. Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action. Inpes. Saint-Denis: Inpes; 2014. 108 p.
7. Inserm. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Editions Inserm. Paris; 2015. (Collection Expertise Collective).
8. Jeantet M, Lopez A. L'évaluation médico-économique en santé. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2014 p. 203.
9. Gleizes F, Burricand C. De plus en plus de foyers équipés de biens électroniques. Insee Focus. 2015;20.
10. Mordier B. Enquêtes sur les TIC auprès des ménages de 2007 à 2014. Insee Résultats. 2015;(168).
11. Commission européenne. La e-santé en Europe. Les Dossiers Européens. 2009;17.
12. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Can J Public Health. 2009;100(1):Suppl I8-14.
13. Hercberg S, Chat-Yung S, Chaulia M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. Int J Public Health. 2008;53(2):68-77.
14. Programme national nutrition santé. Pour les seniors [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Seniors>
15. Serres J-F. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. Paris: Conseil Economique Social et Environnemental; 2017 p. 185.
16. Bocquier A, Dubois C, Gazan R, Pérignon M, Amiot-Carlin M, Darmon N. L'offre de prévention « nutrition senior » : une étude quantitative et qualitative exploratoire dans le

cadre de la préparation d'une recherche interventionnelle en région (projet ALAPAGE). 5ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie; Paris, 16-17 mars 2017.

17. Berendsen A, Santoro A, Pini E, Cevenini E, Ostan R, Pietruszka B, et al. A parallel randomized trial on the effect of a healthful diet on inflammageing and its consequences in European elderly people: design of the NU-AGE dietary intervention study. *Mech Ageing Dev.* 2013;134(11-12):523-30.
18. Groessl EJ, Kaplan RM, Castro Sweet CM, Church T, Espeland MA, Gill TM, et al. Cost-effectiveness of the LIFE Physical Activity Intervention for Older Adults at Increased Risk for Mobility Disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mai 2016;71(5):656-62.
19. Golsteijn RH, Peels DA, Evers SM, Bolman C, Mudde AN, de Vries H, et al. Cost-effectiveness and cost-utility of a Web-based or print-delivered tailored intervention to promote physical activity among adults aged over fifty: an economic evaluation of the Active Plus intervention. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11(1).
20. Li R, Qu S, Zhang P, Chattopadhyay S, Gregg EW, Albright A, et al. Economic Evaluation of Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 15 2015;163(6):452.
21. Hildebrand M, Neufeld P. Recruiting older adults into a physical activity promotion program: Active Living Every Day offered in a naturally occurring retirement community. *The Gerontologist.* 2009;49(5):702-10.
22. Stewart AL, Grossman M, Bera N, Gillis DE, Sperber N, Castrillo M, et al. Multilevel perspectives on diffusing a physical activity promotion program to reach diverse older adults. *J Aging Phys Act.* juill 2006;14(3):270-87.
23. Foy CG, Vitolins MZ, Case LD, Harris SJ, Massa-Fanale C, Hopley RJ, et al. Incorporating prosocial behavior to promote physical activity in older adults: rationale and design of the Program for Active Aging and Community Engagement (PACE). *Contemp Clin Trials.* 2013;36(1):284-97.
24. Pettigrew S, Jongenelis M, Newton RU, Warburton J, Jackson B. Research protocol for a randomized controlled trial of the health effects of volunteering for seniors. *Health Qual Life Outcomes.* 4 2015;13:74.
25. Wolff JK, Warner LM, Ziegelmann JP, Wurm S. What do targeting positive views on ageing add to a physical activity intervention in older adults? Results from a randomised controlled trial. *Psychol Health.* 2014;29(8):915-32.
26. Broekhuizen K, Kroeze W, van Poppel MN, Oenema A, Brug J. A Systematic Review of Randomized Controlled Trials on the Effectiveness of Computer-Tailored Physical Activity and Dietary Behavior Promotion Programs: an Update. *Ann Behav Med.* 2012;44(2):259-86.
27. Mouton A, Cloes M. Efficacy of a web-based, center-based or combined physical activity intervention among older adults. *Health Educ Res.* 2015;30(3):422-35.

28. Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR. Interventions to Increase Physical Activity Among Healthy Adults: Meta-Analysis of Outcomes. *Am J Public Health*. 2011;101(4):751-8.
29. Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et qualité de la vie. Questions-réponses sur l'âgeisme [Internet]. [cité 12 déc 2017] Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>
30. Pin S, Spini D, Bodard J, Arwidson P. Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015;63(2):105-18.
31. Alvarez S. Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir ». Grenoble, France: Université de Grenoble; 2014.
32. Meyer T, Verhulst J-F, Sarrazin P. Des facteurs psychosociaux aux ressources cognitives, émotionnelles et motivationnelles : contribution au gradient social dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. In: Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2014. p. 588. (Expertises collectives).
33. Liljas AEM, Walters K, Jovicic A, Iliffe S, Manthorpe J, Goodman C, et al. Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;17(1).
34. Milhabet I, Desrichard O, Verhulst J-F. Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif. In: J-L Beauvois, R-V Joulé & J-M Monteil. Perspectives cognitives et conduites sociales. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2002.
35. Spitzenstetter F, Moessinger M. Personnes âgées et perception des risques en matière de conduite automobile: les conducteurs âgés manifestent-ils encore de l'optimisme comparatif? *Can J Aging*. 2008;27(02):159.
36. Apostolidis T, Fieulaine N. Validation française de l'échelle de temporalité. *Rev Eur Psychol Appliquée*. 2004;54(3):207-17.
37. Rakowski W. Future Time Perspective: Applications to the Health Context of Later Adulthood. *Am Behav Sci*. 1986;29(6):730-45.
38. Bouffard L, Bastin É. La perspective future, facteur de santé mentale chez les personnes âgées. *Santé Ment Au Québec*. 1992;17(2):227.
39. Bourdessol H, Pin S. Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. *Evolutions*. 2009;17:1-6.
40. Estabrooks P, You W, Hedrick V, Reinholt M, Dohm E, Zoellner J. A pragmatic examination of active and passive recruitment methods to improve the reach of community lifestyle programs: The Talking Health Trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1).
41. Aquino JP. Le plan national " bien vieillir ". *Gérontologie Société*. 2008;2:39-52.

42. Coudin G, Paicheler G. Santé et vieillissement : approche psychosociale. Paris: Armand Colin; 2002.
43. Morin M, Terrade F, Préau M. Psychologie communautaire et psychologie de la santé : l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé. *Psychologie Française*. 2012;57(2):111-8.
44. Shankand R, Saïas T, Friboulet D. De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Prat Psychol*. 2009;15(1):65-76.
45. Jodelet D. L'approche de la dimension sociale dans la psychologie communautaire. In: T. Saïs. *Introduction à la psychologie communautaire*. Paris: Dunod; 2011. p. 27-40.
46. Bruchon-Schweitzer M, Rascle N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y, Constant A. Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie Française*. 2003;48(3):41-53.
47. Campéon A. Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie Société*. 2016;38(1):11-23.
48. Regnier F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. *Cah Nutr Diététique*. 2011;46(4):206-12.
49. Caradec V. Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. In: C. Hummel, I. Mallon, & V. Caradec. *Vieillesse et vieillissements..* Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2014. p. 273-88.
50. Abric J-C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
51. Peretti-Watel P, Moatti JP. *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Le Seuil. Paris; 2009.
52. Devonshire CM, Stora N, Suhner N. L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centrée Sur la Personne. Pratique et Recherche*. 2011;(13):23-55.
53. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD004963.
54. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*. 2004;26(6):655-72.
55. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. *Psychosom Med*. 2016;78(8):904-9.
56. Vernerey D, Anota A, Vandel P, Paget-Bailly S, Dion M, Bailly V, et al. Development and validation of the FRAGIRE tool for assessment an older person's risk for frailty. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):187.

57. Katula JA, Kritchevsky SB, Guralnik JM, Glynn NW, Pruitt L, Wallace K, et al. Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot Study: Recruitment and Baseline Characteristics: Recruitment and Baseline Characteristics. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(5):674-83.
58. Perignon M, Dubois C, Gazan R, Maillot M, Muller L, Ruffieux B, et al. Co-construction and Evaluation of a Prevention Program for Improving the Nutritional Quality of Food Purchases at No Additional Cost in a Socioeconomically Disadvantaged Population. *Curr Dev Nutr.* 2017;1(10):e001107.
59. Jones J, Rikli RE. Measuring functional. *J Act Aging.* 2002;
60. Perret-Guillaume C, Loos C, Erpelding M, Frimat L, Briancon S, Leplege A. Le WHOQOL-OLD, un nouvel outil pour évaluer la qualité de vie des sujets âgés : application à des patients insuffisants rénaux dialysés. *Rev Médecine Interne.* 2009;30:S41.
61. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis; 2009. 424 p. (coll. Baromètres santé,).
62. Boiché J, Gurlan M, Trouilloud D, Sarrazin P. Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé': A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. *J Health Psychol.* 2016;135910531667662.
63. Martin W, Palazzo C, Poiraudreau S. Development and Preliminary Psychometrics of the Exercise Therapy Burden Questionnaire for Patients With Chronic Conditions. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(11):2188-2195.
64. Michie S, Carey RN, Johnston M, Rothman AJ, de Bruin M, Kelly MP, et al. From Theory-Inspired to Theory-Based Interventions: A Protocol for Developing and Testing a Methodology for Linking Behaviour Change Techniques to Theoretical Mechanisms of Action. *Ann Behav Med.* 2016; [Epub ahead of print].
65. Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'Loughlin P, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ.* 2012;345:e4547-e4547.

8 Annexes

Annexe 1. Schéma décrivant les étapes de l'étude de préfiguration ALAPAGE1

Annexe 2. Calendrier de réalisation de l'étude de préfiguration ALAPAGE1 et liste des livrables produits

Annexe 3. Projet ALAPAGE – OS1. Recensement des actions réalisées dans la zone d'étude – synthèse des résultats

Annexe 4. Communication affichée : Bocquier A, Dubois C, Gazan R, Pérignon M, Amiot-Carlin M, Darmon N. L'offre de prévention « nutrition senior » : une étude quantitative et qualitative exploratoire dans le cadre de la préparation d'une recherche interventionnelle en région (projet ALAPAGE). 5ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie. Paris, 16 et 17 mars 2017.

Annexe 5. Guide d'entretiens collectifs

Annexe 6. Guide d'entretiens semi-directifs

Annexe 7. Exemples d'outils utilisant les NTIC destinées aux personnes souffrant de diabète.

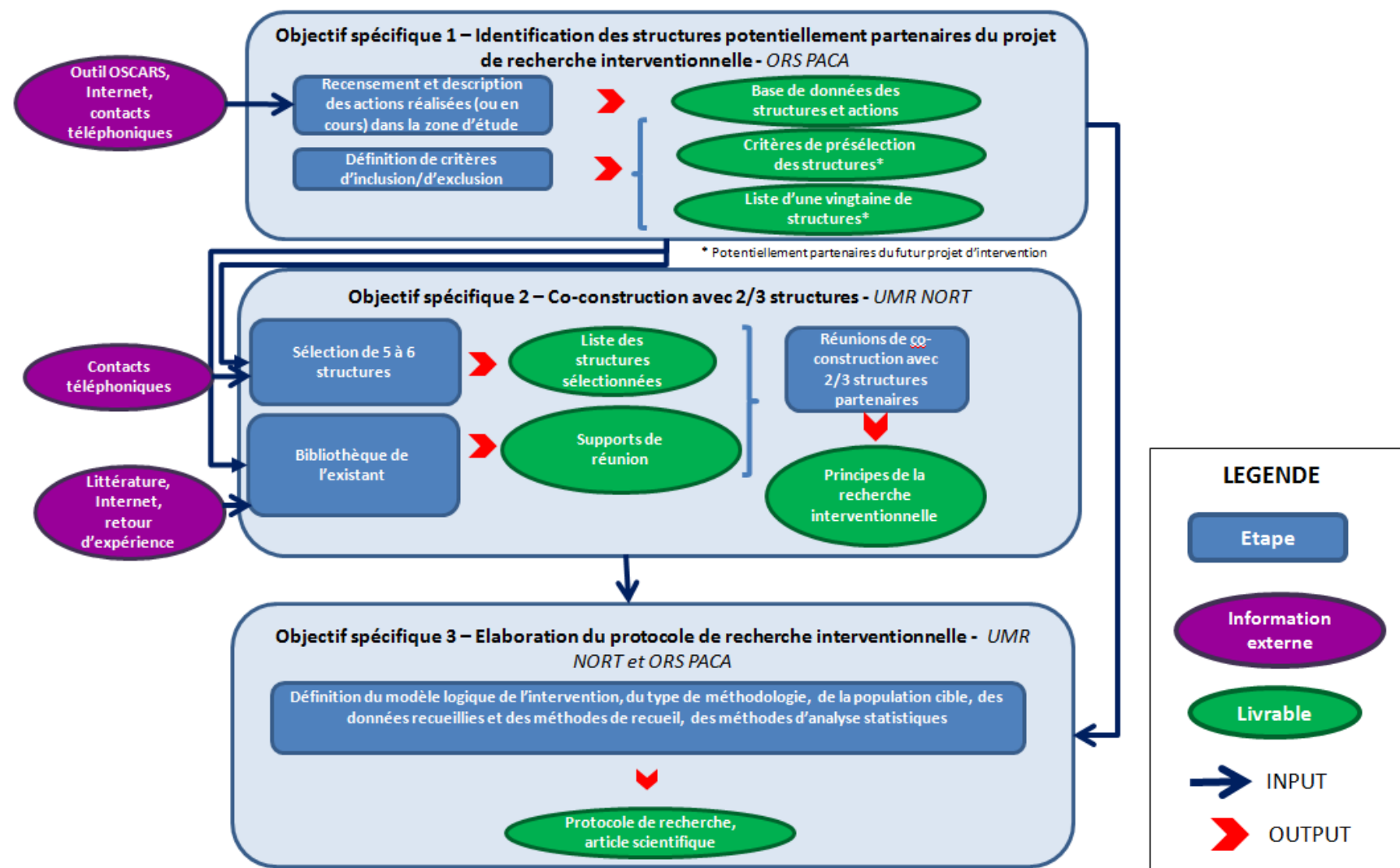
Annexe 8. Diaporama du groupe de travail sur le recrutement

Annexe 9. Diaporama du groupe de travail sur le contenu des ateliers de prévention nutrition et activité physique auprès des seniors

Annexe 10. Diaporama du groupe de travail sur l'évaluation

Annexe 11. Diaporama du groupe de travail « synthèse »

Annexe 1. Schéma décrivant les étapes de l'étude de préfiguration ALAPAGE1



Annexe 2. Calendrier de réalisation de l'étude de préfiguration ALAPAGE1 et liste des livrables produits

[illegible]

Annexe 3. Projet ALAPAGE – OS1. Recensement des actions réalisées dans la zone d'étude – synthèse des résultats

1 Rappel des objectifs et de la méthodologie envisagée

En accord avec la proposition décrite dans le dossier de candidature, il s'agit d'effectuer :

- Un recensement des actions existantes dans la zone d'étude destinées aux sujets âgés vivant à domicile et portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique. Pour des raisons de faisabilité et par souci d'homogénéité du contexte géographique, il a été décidé lors de la réunion de lancement du projet que le recensement serait exhaustif pour Marseille et Avignon et, dans la mesure du possible, pour Nice et Toulon. Vu le nouveau consortium, Montpellier sera également intégré via des contacts avec des personnes expertes.
- Une description de chaque action selon une grille de critères de « recensement » décrivant notamment : le lieu, le type de structure, le public visé, le mode de contact avec le public, le domaine (alimentation, activité physique...), les modalités de l'action et de l'évaluation, la prise en compte du risque d'accroissement des inégalités sociales de santé.

Pour cela, nous avons notamment prévu d'utiliser des bases de données existantes telles que OSCARS qui recense une partie des actions de prévention menées en Paca et fournit pour chacune d'elle un certain nombre de renseignements sous un format standardisé. Le recensement sera complété par contacts avec des personnes « expertes » et par la méthode « boule de neige ». Lorsque cela sera nécessaire, les structures seront contactées par téléphone afin de compléter la grille des critères de recensement.

2 Méthodologie d'élaboration de la base de données des actions existantes

2.1 Base de données OSCARS

Une rencontre avec Marion Vallarino (diététicienne, Cres Paca) a eu lieu le 20/05/2016 afin de mieux connaître l'outil OSCARS et identifier la stratégie de recherche la plus pertinente au regard de nos objectifs. Cet outil existe pour la région PACA mais pas pour l'ex-région Languedoc-Roussillon ; pour Montpellier, le recensement reposera donc uniquement sur des contacts avec des experts (cf. infra).

2.1.1 Critères de recherche

A partir du formulaire de recherche (<http://www.oscarsante.org/actions/index.php?region=PACA>) :

- Année : sélectionner 2015 (dernière année renseignée – les fiches projets 2016 ne seront pas saisies avant fin 2016).
- Thèmes :
 - Nutrition (alimentation et activité physique)
 - Vieillesse
- Publics : Personnes de plus de 55 ans
- Type d'action : tous (ne rien cocher)
- Secteur d'activité : tous (ne rien cocher)
- Départements : tous (ne rien cocher)
- Communes (= où a lieu l'action) : Marseille, Nice, Toulon, Avignon
- Territoires de santé : tous (ne rien cocher)
- Programmes : tous (ne rien cocher)
- Autres dispositifs : tous (ne rien cocher)
- Type de structure : tous (ne rien cocher)
- Niveau géographique (= portée de l'action) : tous (ne rien cocher)
- Action reconduite (= avait été réalisée l'année précédente) : les deux (= oui ou non)
- Financeurs : tous (ne rien cocher)
- Plan national : tous (ne rien cocher)
- Catégories (= outil de catégorisation des résultats) : toutes (ne rien cocher)

Dans un second temps, la base de données est complétée par les actions de 2014 non reconduites en 2015, celles de 2013 non reconduites en 2014 et celles de 2012 non reconduites en 2013.

⇒ Au final, à la fin de cette étape, **151 actions** ont été incluses dans la base de données.

2.1.2 Critères d'exclusion

Critères exclusion :

- Actions menées auprès de publics précaires hébergés dans des structures d'accueil, foyers ADOMA, CHRS, bénéficiaires des épiceries sociales ou sans domicile fixe, familles roms, etc.
- Actions menées auprès de publics spécifiques autres (femmes exposées à des violences, personnes incarcérées, personnes souffrant de troubles psychiatriques/psychologiques,
- Actions principalement destinées à un public non âgé (enfants, parents, actifs...).
- Actions portant sur des thématiques hors champ (participation au dépistage des cancers, du diabète par exemple).
- Actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) menées auprès de patients présentant des pathologies peu fréquentes ou hors champ (patients dialysés, maladies inflammatoires chroniques intestinales, diabète de type 1, diabète gestationnel, BPCO, obèse engagés dans une démarche chirurgicale...). Lors de la réunion du 30/06/2016, il a également été décidé d'exclure les actions d'ETP menées auprès de patients diabétiques, obèses, présentant un risque cardio-vasculaire élevé. Ces actions seront toutefois passées en revue pour identifier d'éventuelles actions novatrices.

N.B. : dans un 1^{er} temps, les actions menées auprès de personnes âgées dans d'autres domaines que l'alimentation et l'activité physique (mémoire par exemple) ont été incluses afin d'identifier d'éventuelles actions favorisant le lien social par exemple.

- ⇒ Au final, **31 actions** ont été incluses à l'issue de cette sélection.
- ⇒ Motifs exclusion : ETP (46), gpe_spe_precaire (31), gpe_spe_malades (16), parents_enfants (11), theme_hors_champ (10), gpe_spe_autre (5), adultes_actifs (1)

2.2 Contacts avec des experts

2.2.1 Experts contactés

- Pour les villes de la région Paca :
 - Muriel MICHELETTI-MOURAYRE, Chargée de coordination et de projets au sein du GCS (groupement coopération sanitaire) Parcours Gérontologique de l'Agglomération Marseillaise a été contactée par téléphone le 26/06/2016.
 - Karin DELRIEU, Chef de service prévention, promotion de la santé et santé publique à la Mutualité française PACA et Julie DESSIRIER, Animatrice prévention et IPSI Référente Alimentation ont été contactées par téléphone le 04/07/2016.
 - Fahrudin BAJRIC, Chargé de mission Prospective auprès du Pôle Services à la Personne (PSP) en PACA et Valérie RIPPET, Directrice du PSP PACA ont été rencontrés le 08/07/2016.
- Pour Montpellier :
 - Mariette GERBER, ex chercheur Inserm dans une unité d'épidémiologie nutritionnelle et personnes âgées à Montpellier a été contactée par Nicole par mail (réponse le 29/06/2016).
 - Antoine AVIGNON, Start-up Aviitam, a été contacté par Nicole par mail (réponse du 18/06/2016).
 - Virginie GRZESIAK, DRAAF Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Jean-Paul ROMARIN, ARS, ont été contactés par Christophe par mail (réponses le 22/07/2016 avec renvoi vers Mme Anne-Laure Coupet de la CARSAT).
 - Anne-Laure COUPET, CARSAT Languedoc-Roussillon a été contactée le 02/08/2016.

2.2.2 Actions incluses

Les coordonnées des personnes contactées et les comptes rendus de ces entretiens/contacts peuvent être obtenus auprès de l'équipe projet, sur demande.

- ⇒ A la suite de ces contacts, 13 actions supplémentaires ont été incluses dans la base de données, portant le nombre total d'actions à **44**.

2.3 Autres recherches réalisées

2.3.1 Contacts avec les CLICs

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), dépendant des Conseils départementaux étant des acteurs clés dans le champ de l'aide aux personnes âgées, nous avons effectué des recherches complémentaires sur les sites Internet des Conseils départementaux et contacté les CLICs de notre zone d'étude par téléphone.

⇒ Nous avons inclus 10 actions supplémentaires, portant le nombre total d'actions à 54.

2.3.2 Banque d'expériences de l'UNCCAS

Sur le site Internet <http://www.pourbienvieillir.fr>, nous avons repéré l'existence de la Banque d'expériences de l'action sociale locale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS). Cette base de données a été conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les CCAS et CIAS. Elle vise à faire connaître leur savoir-faire et la diversité de leurs actions : http://www.unccas.org/-banque-d-experience-?debut_articles=70#.V5DOhjWTawY

Dans cette base de données, nous avons repéré 7 actions qui nous paraissaient intéressantes pour le projet et les avons incluses dans la base de données (actions #157 à #163).

⇒ Nous avons inclus 7 actions supplémentaires, portant le nombre total d'actions à 61.

2.3.3 Base de données de l'APRILES

Sur le site Internet <http://www.pourbienvieillir.fr>, nous avons repéré l'existence de la base de données d'actions et initiatives de l'Agence des pratiques et initiatives locales (APRILES).

Dans cette base de données, nous avons repéré 2 actions qui nous paraissaient intéressantes pour le projet et l'avons incluse dans la base de données (actions #166 et #167).

⇒ Nous avons inclus 2 actions supplémentaires, portant le nombre total d'actions à 63.

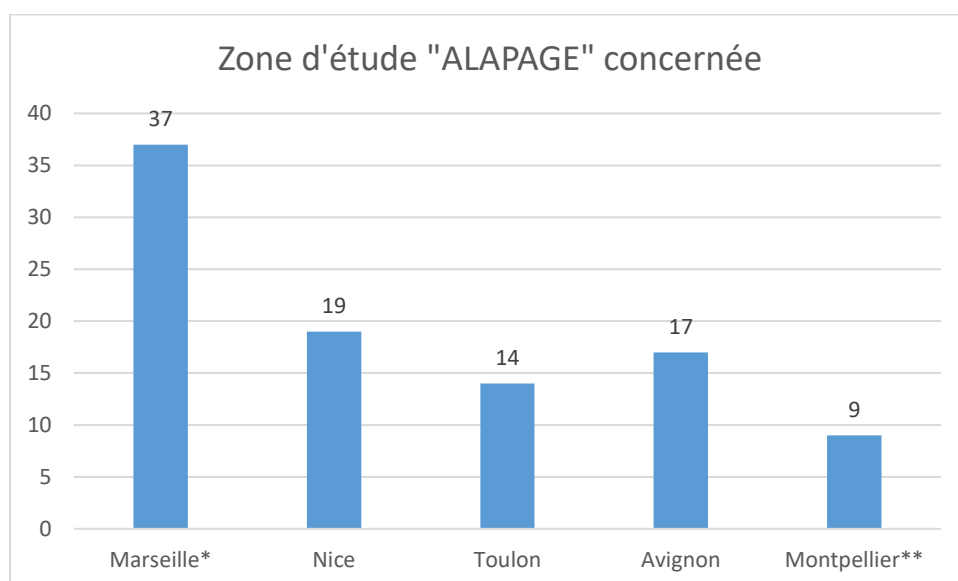
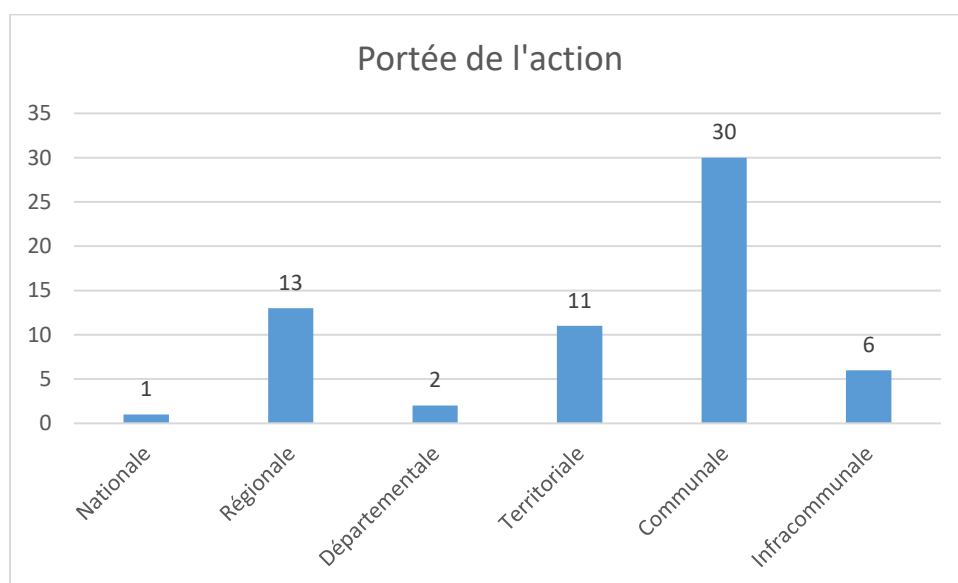
3 Synthèse des principaux résultats

3.1 Principales caractéristiques des actions identifiées

Principales caractéristiques des 63 actions incluses au 03/08/2016 (cf. détail dans la base de données Excel qui peut être obtenue auprès de l'équipe projet, sur demande).

Nota Bene : la majorité de ces actions (40) concernent l'alimentation ou l'activité physique. Néanmoins, compte tenu des critères appliqués, certaines actions ne concernent directement aucune de ces deux thématiques. Certaines actions peuvent paraître éloignées du sujet du projet mais ont été incluses car elles nous ont semblé apporter un éclairage intéressant sur un aspect particulier (exemple : repérage des personnes isolées, action intergénérationnelle...).

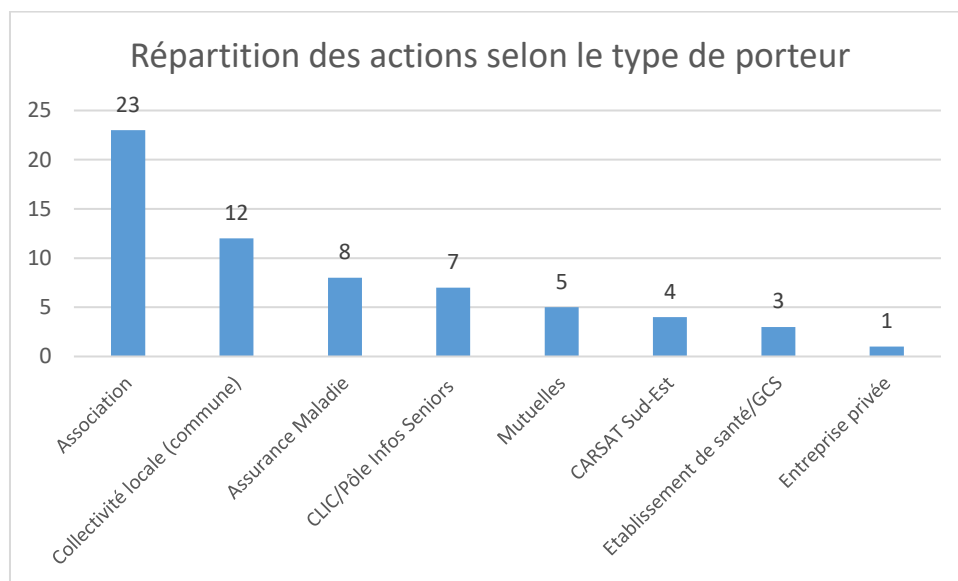
3.1.1 Portée de l'action et zone d'étude concernée



* Dont 1 à Aix, 1 à Bouc-Bel-Air et 1 à Vitrolles.

** La recherche d'actions sur cette zone ne visait pas à être aussi complète que sur les autres zones. Seules quelques actions identifiées via des contacts avec des personnes ressources ont été incluses.

3.1.2 Porteurs des actions



Associations

La majorité des actions identifiées sont portées par des associations loi 1901 (19 associations au total).

- 6 ont une portée régionale : l'Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT) de Provence Alpes Côte d'Azur, qui regroupe des caisses de retraite (CARSAT, MSA, RSI) ; le Pôle Services à la Personnes Paca, à laquelle adhèrent la moitié des structures d'aide à domicile de la région Paca ; Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire Provence Alpes Côte d'Azur ; Gulliver (implantée dans le Var) ; ARCOPRED (implantée à Montpellier) ; Ma Vie (implantée dans le Gard).
- 6 ont une portée départementale/territoriale : Association MAMI (Maison d'accueil multiservice intergénérationnelle, Toulon) ; Collectif d'Hébergement Varois ' Moissons Nouvelles (Toulon) ; Le Bon Temps (Montpellier) ; CDOMS (Comité départementale des offices municipaux du sport, Bouches-du-Rhône), La Maison de Kairos (Montpellier ?).
- 3 ont une portée communale : Institut de Gérontologie Sociale (Marseille), Pôle Plaisir Nutrition Santé (Marseille), ASPTT (Marseille).
- 4 ont une portée infracommunale : Centre Social La Rouguière (Marseille), Centre Social Malpassé (Marseille), Centre Social et Culturel Val Plan Bégudes, Stella Aide aux familles (Marseille).

Collectivités locales

Les 9 acteurs identifiés sont les CCAS de Marseille, Nice, Bouc-Bel-Air, Aix, Vitrolles ; les communes de Nice, Avignon (service des sports) et Montpellier (active dans le domaine de l'offre sportive pour les seniors) ; la Communauté de Commune du Haut Allier (exemple pour le repérage de personnes fragiles).

Assurance Maladie

Les 2 acteurs identifiés sont la MSA et la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (Camieg). Certaines caisses sont cependant regroupées au sein de l'association ASEPT, citée ci-dessus.

CLICs/Pôles Infos Seniors

Nous avons inclus dans la base de données les 4 Pôles Infos Seniors de Marseille et les CLICs de Toulon, du Grand Avignon et de Montpellier. Le Pôle Infos Senior de Marseille nord, porté par l'association GERONT'O Nord, semble particulièrement actif et va mener une action alimentation auprès de seniors et d'aide à domicile en octobre ; le Pôle de Marseille Centre semble également actif dans ce domaine.

Mutuelle

Cette catégorie renvoie uniquement aux actions portées par la Mutualité française Paca, très active dans ce domaine.

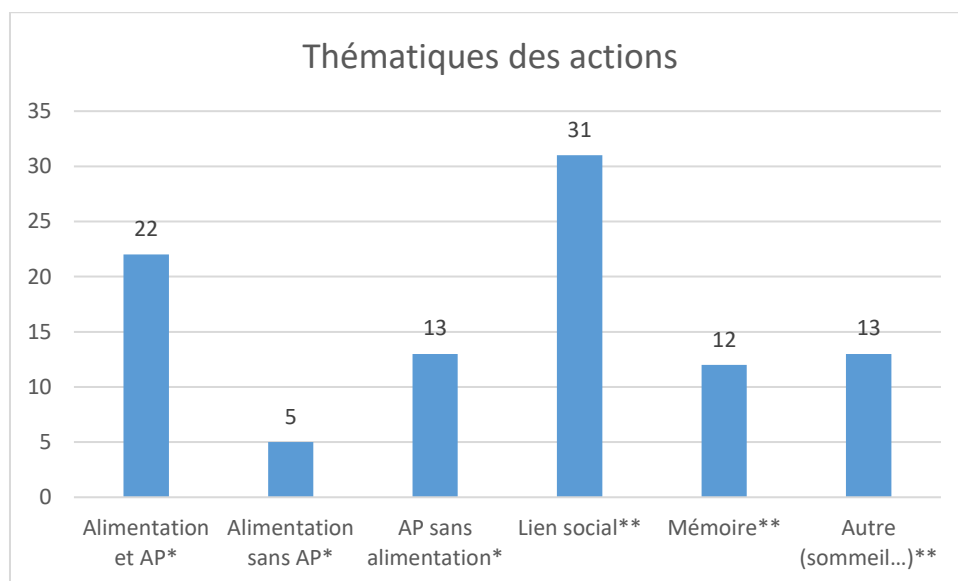
Etablissement de santé/Groupement de coopération sanitaire

Cette catégorie regroupe 2 acteurs : le Centre Gérontologique Départemental des Bouches du Rhône et le GCS (Mme Micheletti).

Entreprise privée

Start-up AVITAM (Antoine Avignon).

3.1.3 Thématiques des actions



* Ces actions peuvent aussi inclure les thématiques « lien social », « mémoire » et autre.

** Ces actions peuvent aussi inclure au moins une autre thématique.

Note Bene : La thématique « lien social » est souvent citée dans le descriptif des actions mais est rarement un point central des actions, sauf dans certaines : par exemple, « Service de lien social en faveur des seniors isolés » du CCAS de Nice, « Rompre l'isolement pour mieux vivre ensemble » de l'Association Le Bon Temps (Gard) ou (à voir), dans « La prévention canicule dans le cadre de la veille sociale » du CCAS de Marseille.

3.1.4 Population cible

La majorité (50) des actions sélectionnées est exclusivement destinée à un public de seniors, les autres pouvant concerner les seniors mais aussi d'autres groupes de population ou plus largement la population générale.

Parmi ces 50 actions, **31 sont destinées exclusivement au seniors (sans leurs aidants) ; 14 aux seniors et à leurs aidants et 5 uniquement aux aidants professionnels** (formations par la CARSAT Sud-Est et PSP Paca notamment).

Dans la majorité des cas (environ 35 actions sur 45), l'information disponible sur la population cible est assez générale et la décrit comme les personnes âgées de 55 ans ou plus (catégorie de population de l'outil OSCARS). Néanmoins, **dans certaines actions, la population est plus ciblée** : 60/65 ans ou plus ; seniors avec petit budget comme dans l'action du Pôle Infos Seniors Marseille Nord ; personnes âgées en situation de fragilité, comme dans les actions financées par la CARSAT et ses partenaires en Languedoc-Roussillon.

3.1.5 Modalités d'intervention

Les modalités d'intervention auprès des seniors les plus largement observées dans les actions sélectionnées sont :

- Des conférences/réunions d'information ;
- Des ateliers de groupe (entre 2 et 12 séances par atelier selon les actions), animés par divers professionnels (diététicienne, animateur sportif, selon les thèmes) ;
- Organisation d'un repas partagé ;
- Organisation de sorties marches/randonnée...

Dans de plus rares cas :

- Des séances/contacts individualisés sont proposés : bilan médico-social avec médecin gériatre au Centre de Gérontologie Sociale de Marseille par exemple ; rappel téléphonique à 3 et 6 mois proposé dans certaines actions financées par la CARSAT LR ;
- Rencontres intergénérationnelles (CCAS Bouc-Bel-Air, association Le Bon Temps) ;
- Séances d'élaboration de menus puis cours de cuisine pour les réaliser, à destination d'un « couple » personne âgée (ayant un petit budget) et son aide à domicile (action du Pôle Infos Seniors Marseille Nord).

3.2 Bilan qualitatif global

Cet inventaire a permis d'identifier les porteurs et acteurs « clés » dans le domaine de la prévention nutritionnelle des personnes âgées.

- La Mutualité française, la CARSAT et l'Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires de Provence-Alpes-Côte d'Azur (à laquelle adhèrent la MSA, la CARSAT, le RSI...) apparaissent comme des acteurs majeurs dans ce domaine en Paca, depuis plusieurs années. Ils proposent des ateliers sur le bien vieillir et des ateliers thématiques (alimentation, activité physique, mémoire...). Il y a une volonté de mutualisation et d'harmonisation des interventions entre ces acteurs (la Mutualité française a par exemple signé un accord de coopération avec la CARSAT).

Par ailleurs, ces organismes siègent à la Conférence des financeurs **de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, mise en place dans chaque département**

dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de fin 2015. Chaque conférence est pilotée par les Conseils départementaux (co-présidence ARS) (départements 13, 06, 04 préfigurateurs – dans le 84, juste lancée).

Dans l'ex-région Languedoc-Roussillon, une mutualisation des moyens a été initiée dès 2012 avec la mise en place d'un appel à projets commun CARSAT, MSA, RSI puis autres organismes dont ARS. Leur priorité est d'agir auprès des seniors en situation de fragilité (précarité et/ou isolement, ruptures) et ils (et certains opérateurs) ont développé des approches vraiment intéressantes pour repérer et aller vers ces personnes.

- Les Centres locaux d'information et de coordination (CLICs, ou Pôles Infos Seniors dans les Bouches-du-Rhône) et/ou les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et les municipalités sont également des acteurs locaux importants avec un niveau d'activité et d'implication dans le champ de la nutrition variable selon les territoires. A Marseille, le Pôle Infos Seniors Nord semble très actif et va initier une action originale en octobre 2016 sur l'alimentation (« couple » personne âgée – aide à domicile) ; celui de Marseille Centre également. A Marseille, dans le domaine de l'activité physique, plusieurs CLICs/CCAS semblent travailler en partenariat avec le CDOMS (Louis Cara). A Avignon, le CLIC collabore avec la CARSAT, l'ASEPT. A Montpellier, la ville a une activité forte de promotion de l'activité physique chez les seniors.
- Le Pôle Services à la Personne Paca est également très volontaire pour s'investir dans le domaine de la prévention, notamment sur la question de l'alimentation des personnes âgées et a le projet de développer une plate-forme sur cette thématique, réunissant différents intervenants. Sa « force de frappe » est assez importante (la moitié des sociétés de services à domicile adhérent au PSP, représentant 23 000 salariés et 100 000 bénéficiaires).
- A Marseille, l'Institut de gérontologie sociale (Pr Pitaut) a également développé des actions dans le domaine de la nutrition.

Annexe 4. Communication affichée : Bocquier A, Dubois C, Gazan R, Pérignon M, Amiot-Carlin M, Darmon N. L'offre de prévention « nutrition senior » : une étude quantitative et qualitative exploratoire dans le cadre de la préparation d'une recherche interventionnelle en région (projet ALAPAGE). 5ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie. Paris, 16 et 17 mars 2017.

L'offre de prévention « nutrition senior » : une étude quantitative et qualitative exploratoire dans le cadre de la préparation d'une recherche interventionnelle en région (projet ALAPAGE)



Auteurs

Aurélié Bocquier^{1,2}, Christophe Dubois³, Rozenn Gazan⁴,
Marilène Pérignon³, Marie-Josèphe Amiot-Carlin³,
Nicole Darmon³

1. ORS PACA, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France.
2. Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, Marseille, France.
3. INRA 1110, CIRAD, SupAgro, CIHEAM-IAMM, MOISA, Montpellier, France.
4. MS-Nutrition, Faculté de Médecine La Timone, 13005 Marseille, France.

Contexte

- Importance des bonnes pratiques de nutrition et de la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie (loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement).
- Au niveau international, des preuves de l'efficacité d'actions d'éducation nutritionnelle sur les consommations alimentaires et de diverses actions de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile (Bandayrel 2011 ; WHO 2009).
- En France, de multiples actions mais un manque de données objectives sur leur efficacité (Barthélémy 2014).
- Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) : des perspectives intéressantes dans le domaine de la prévention, mais un besoin d'évaluation (pertinence, efficacité...) chez les personnes âgées.

Objectifs

- **Objectif général de l'étude de préfiguration ALAPAGE1** : préparer la mise en œuvre d'une recherche interventionnelle visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique du sujet âgé à domicile pour prévenir la perte d'autonomie.
- Dans un premier temps, une analyse quantitative et qualitative de l'offre de prévention « nutrition senior » a été réalisée dans la zone d'étude pour :
 1. Identifier les acteurs du domaine ;
 2. Décrire les caractéristiques des actions existantes ;
 3. Recueillir le retour d'expérience des acteurs (difficultés rencontrées, attitudes vis-à-vis des NTIC...).

Méthode

APPROCHE QUANTITATIVE

- Réalisée en juin-juillet 2016 à partir de 3 bases de données (**Tableau 1**) et de contacts avec 14 personnes/structures ressources (dont Centres locaux d'information et de coordination –CLIC– et méthode « boule de neige »).
- **Zone d'étude** : Marseille, Nice, Avignon, Toulon et Montpellier.
- **Critères d'inclusion** : actions destinées aux personnes >55 ans vivant à domicile, portant sur l'alimentation et/ou l'activité physique. Critères d'exclusion : actions menées auprès de publics spécifiques (public précaire hébergé dans des structures d'accueil...), actions d'éducation thérapeutique du patient ou portant sur des thématiques hors champ.

Tableau 1 : bases de données utilisées pour réaliser l'inventaire de l'offre de prévention « nutrition senior »

Base de données	Description
OSCARS Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé	OSCARS est un outil cartographique des actions régionales de santé. L'animation du dispositif est assurée par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur. Accessible à : www.oscarsante.org
Banque d'expériences de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)	La Banque d'expériences de l'action sociale locale a été conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les centres communaux/intercommunaux d'action sociale. Elle vise à faire connaître leur savoir-faire et la diversité de leurs actions. Accessible à : www.unccas.org
@priles Agence des pratiques et initiatives locales	Le rôle d'Apriles est d'identifier, de valoriser et de faire connaître un ensemble d'initiatives susceptibles d'être reproduites sur d'autres territoires. L'agence Apriles est portée par l'Observatoire national de l'action sociale (Odas). Accessible à : www.apriles.net

APPROCHE QUALITATIVE

Entretiens téléphoniques approfondis réalisés en septembre-octobre 2016 auprès de 16 professionnels identifiés lors de l'enquête quantitative et exerçant dans des structures diversifiées (régionales, locales, institutionnelles, associatives...).

Résultats

PRINCIPAUX ACTEURS DU DOMAINE

- **Au niveau régional** : plusieurs acteurs (caisses de retraites, mutuelles...) fortement impliqués...
- et engagés dans une démarche de coordination des actions, de mutualisation des moyens et d'amélioration de la visibilité de l'offre (en particulier via les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'Association de santé, d'éducation et de prévention sur les territoires de Provence-Alpes-Côte d'Azur).
- **Au niveau local** : des actions portées par des associations, les CLICs et les CCAS notamment.

CARACTÉRISTIQUES DES ACTIONS EXISTANTES

- 45 actions incluses dont 27 concernaient à la fois l'alimentation et l'activité physique, 13 l'activité physique uniquement et 5 l'alimentation uniquement.
- Une majorité d'actions à destination des seniors exclusivement (**Figure 1**), le plus souvent sans ciblage particulier ; quelques actions visant un public avec un petit budget ou des territoires prioritaires identifiés à partir d'indicateurs de fragilité.
- Un nombre de personnes concernées par action très variable (entre 2 et 800 ; médiane = 40).
- Modalité d'intervention la plus fréquente : ateliers de groupe comprenant entre 2 et 12 séances (**Figure 2**). Quelques initiatives originales : actions intergénérationnelles, théâtre-débats par exemple.
- Évaluation : indicateurs d'activité (nombre de participants, satisfaction...) principalement ; évaluation d'impact de type « avant-après » dans environ ¼ des actions (connaissances et savoirs, tests d'équilibre et de marche, consommations alimentaires déclarées...).

Figure 1 : Nombre d'actions selon le public cible

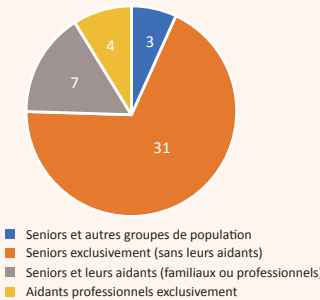
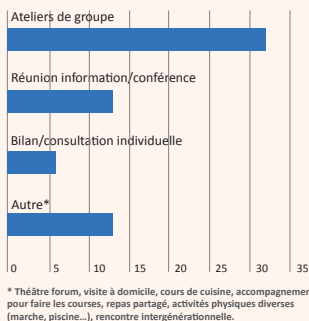


Figure 2 : Nombre d'actions selon la modalité d'intervention



RETOUR D'EXPÉRIENCE DES ACTEURS

- **Des difficultés pour recruter la population cible** : les actions touchent essentiellement les seniors dynamiques et déjà sensibilisés par la thématique mais beaucoup moins les personnes isolées socialement (besoin de rassurer, importance du contact humain).
- **NTIC** : une fracture numérique évoquée entre jeunes retraités et personnes plus âgées ; leur utilisation paraît prometteuse au sein de la population des jeunes retraités.

Conclusions

- Une offre de prévention « nutrition senior » relativement importante et inscrite dans une dynamique de coordination et de mutualisation au niveau régional.
- Un fort besoin d'évaluer l'impact des actions existantes, notamment les plus anciennes et celles qui touchent un large public, y compris du point de vue médico-économique (rapport coût-efficacité).
- Intérêt d'améliorer le recrutement et de confirmer la pertinence du recours aux NTIC dans la génération des actuels retraités.
- Perspective du projet : réaliser des focus groups avec des seniors ayant participé à des ateliers et élaborer par co-construction les principes de la recherche interventionnelle ALAPAGE2.

Références

- Bandayrel K, Wong S. Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. J Nutr Educ Behav. 2011;43(4):251-62.
- Barthélémy L, Bodard J, Feroldi J. Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action. Inpes. Saint-Denis: Inpes; 2014. 108 p.
- WHO. Interventions on diet and physical activity : what works? Summary report.

Remerciements

Cette recherche bénéficie de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRSP) en 2015.

Annexe 5. Guide d'entretiens collectifs

Présentation du cadre

Script de l'interviewer : *« Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté de nous accorder cet entretien. Nous travaillons sur un projet qui s'intitule ALAPAGE, c'est est une recherche-action sur l'alimentation et l'activité physique des seniors. Dans ce cadre, nous avons besoin de votre avis et de vos impressions sur les ateliers auxquels vous avez participé. L'objectif est que vous puissiez donner des idées et apporter votre aide pour améliorer ces ateliers proposés. Le but de la séance est de s'exprimer le plus librement possible, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tout ce que vous exprimerez est intéressant. Il n'y a aucun jugement, nous sommes là uniquement pour être à votre écoute. Tout ce qui se dit ici restera confidentiel. Les données que nous allons recueillir resterons anonymes. L'entretien est, avec votre accord, enregistré, vous pouvez demander à ce que les données soient retirées de l'étude, à tout moment.*

Participation/Adhésion aux ateliers

Question 1 : Pouvez-vous nous dire ce qui vous a motivé à participer aux ateliers ?

- *Comment avez-vous eu connaissance des ateliers ?*
- *Avez-vous rencontré des difficultés pour venir aux ateliers (matériel et conditions d'organisation dans votre vie) ?*

Question 2 : Pouvez-vous nous dire quels sont les freins et les facilitateurs à venir participer aux ateliers ?

- *Connaissez-vous des personnes qui ont entendu parler des ateliers mais ne se sont pas inscrites ou qui ont hésité ?*
- *Connaissez-vous des personnes inscrites mais qui ne viennent pas ? Pour quelles raisons ?*

Question 3 : Avez-vous des idées pour faire venir plus de participants ?

- *Que pensez-vous d'un 1^{er} contact à domicile pour faciliter la participation (ex : senior ambassadeur) ?*
- *Que pensez-vous du rôle des professionnels de santé pour vous orienter vers les ateliers ?*

Perception des ateliers et modifications comportementales

Question 4 : Pouvez-vous nous parler des ateliers, donner vos impressions et dire ce qu'ils vous ont apporté ?

- *Est-ce que votre perception sur ce qu'est une alimentation équilibrée ou une activité physique régulière a changé suite aux ateliers ? Comment l'avez-vous constaté ? Pouvez-vous nous donner un exemple ?*

Question 5 : Est-ce que vous avez modifié votre comportement alimentaire et/ou vos achats, votre activité physique? Pouvez-vous nous donner un exemple ?

- *Qu'est ce qui a favorisé ces changements et quels sont les freins ?*
- *Qu'est ce qui pourrait vous aider à maintenir ces changements dans le temps ?*
- *Pensez-vous que les professionnels pourraient vous aider à maintenir ces changements ?*

Nouvelles technologies

Question 6 : Que penseriez-vous de l'utilisation des nouvelles technologies pour réaliser des jeux dans les ateliers ?

- *Quels ont les freins de l'utilisation des nouvelles technologies ?*

Question 7 : Est-ce que vous pensez que l'utilisation des nouvelles technologies pourrait vous aider à maintenir des changements après les ateliers ?

Annexe 6. Guide d'entretiens semi-directifs

Présentation du cadre

« Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté de m'accorder cet entretien. Les données recueillies sont anonymes et confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire. L'entretien est, avec votre accord, enregistré, vous pouvez demander à ce que les données soient retirées de l'étude, à tout moment.

Cet entretien porte sur les motivations à venir participer à des ateliers de prévention pour les seniors. Je suis étudiante en sciences humaines et je travaille sur une étude qui vise à améliorer des ateliers de prévention nutrition/activité physique pour les seniors. Ces ateliers se composent de plusieurs séances qui consistent à donner des clés pour maintenir une activité physique régulière et une alimentation équilibrée. On souhaiterait avoir votre avis sur ce qui pourrait vous motiver ou pas à venir participer à ces ateliers.

Le but étant d'exprimer le plus librement possible tout ce qui vous vient à l'esprit, sans limites. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses, je ne suis pas là pour confirmer ou infirmer vos propos, tout ce que vous exprimerez sera intéressant ».

Consigne initiative

Pouvez-vous me parler de ce qui **vous motiverait** à venir participer à des ateliers de nutrition/activité physique et ce qui **vous empêcherait** de participer à des ateliers de nutrition/activité physique ?

Relances

Question 1 : Que pensez-vous de l'intérêt d'acquérir des connaissances et compétences sur la nutrition ou l'activité physique, ou de tester vos connaissances personnelles lors de ces ateliers ?

Question 2 : Que pensez-vous du fait de proposer des exercices pratiques et des activités variées (Exemple : une dégustation, élaborer une recette, pratiquer différentes formes de sport) lors de ces ateliers ? Comment pourriez-vous vous sentir actif autrement ?

Question 3 : Que pensez-vous de l'intérêt de s'adapter aux besoins et capacités de chacun dans le déroulement de ces ateliers ? De quelle manière pensez-vous que cela puisse être fait ?

Question 4 : Selon vous, quelles sont les qualités que l'animateur devrait posséder pour vous donner envie de participer ?

Question 5 : Selon vous, est-ce que les habitudes alimentaires anciennes, enseignées par les générations précédentes peuvent être un obstacle au maintien d'une alimentation équilibrée et à la participation aux ateliers de nutrition ?

Question 6 : Que pensez-vous de la possibilité de faire des rencontres, de partager un moment convivial avec les participants du groupe lors de ces ateliers ?

Question 7 : Selon vous, est-ce que se sentir seul est un obstacle pour maintenir une alimentation équilibrée et s'intéresser à la nutrition ?

Données sociodémographiques

Genre : Homme / Femme

Âge :

Profession exercée avant la retraite :

Mode de transport :

Habitez-vous seul(e) ? : Oui / Non

Annexe 7. Exemples d'outils utilisant les NTIC destinées aux personnes souffrant de diabète.

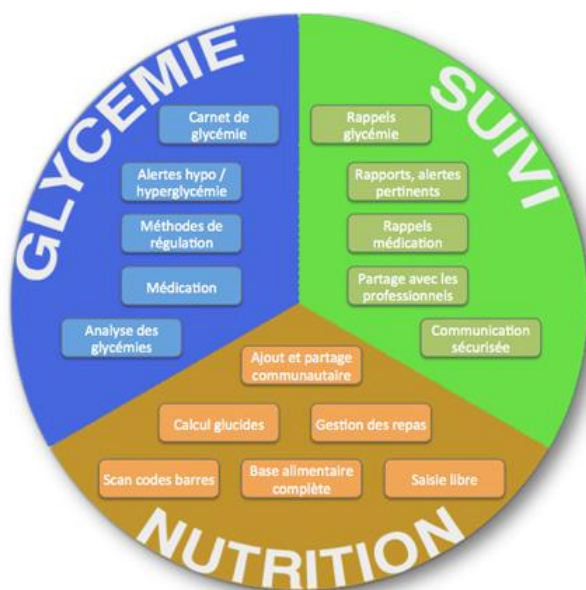
Les diabétiques étant assez en avance sur l'utilisation des nouvelles technologies pour améliorer leur bien-être, voici quelques exemples d'applications qui existent :

Diabetic audio recipe lite : Propositions de recettes et plans de menus avec informations nutritionnelles. Possibilité de suivre la recette via une écoute audio.

De nombreuses applications permettent de suivre via un journal des consommations alimentaires et médicaments, l'évolution de son taux de consommation en glucides avec estimation du besoin en insuline (« dbees », « ontrack diabete », « glucko », « diabet'TEAM », « actelin »...). Certaines applications proposent des recettes, permet de voir la valeur nutritionnelle d'un aliment, et de créer des recettes/aliments favoris.

Diabet connect : Application qui met en relation des patients diabétiques.

HubSanté : (récent et très complet) support au quotidien du patient avec saisie de la glycémie, des repas, médicaments et activité. Proposition de protocoles pour suivre les dérèglements et affiche des conseils/alertes en fonction de certaines situations. Les professionnels peuvent consulter les données de leurs patients en temps réels et reçoivent des alertes. Application 2€/mois <https://www.wellfundr.com/fr/HubSante>



Glucose buddy : Suivi de la pression sanguine, de l'apport en glucose via prise en compte des consommations alimentaires à chaque repas, suivi du poids... Possibilité d'imprimer et suivre en ligne. Rappels de médicaments

Et autre...

Fooducate (US) : Scan des aliments et classification des aliments de A à D (avec A A-...), infos nutritionnelles. Journal des conso et suivi des progrès personnalisé. Système de notation en fonction du taux de process, l'apport en nutriments (encourage les aliments riches en fibres, calcium, fer, limite les AG saturés, sodium et sucre), de la catégorie du produit, et de la fortification ou non en vitamines C.

My Netdiaries (US): <http://www.mynetdiary.com/> Journal des consommations alimentaires, calcul des apports caloriques. Création d'un plan personnalisé suivant les recommandations nutritionnelles.

Des programmes complets comme le DASH programme fournissent des conseils. Tout d'abord, un questionnaire portant sur : âge, sexe, poids, statut marital, origine/ethnicité, niveau d'activité physique, volonté de perdre du poids ou non.... Recueil des consommations alimentaires via un questionnaire de fréquence puis conseils alimentaires par rapport au profil en groupe d'aliments et portions journalières. Un « Foodtracker » permet de reporter l'ensemble de ses consommations jours après jours et calcul les apports en nutriments. Ainsi, le progrès peut être suivi semaine après semaine. Des propositions de menus sont également construites à partir de plans de menus déjà construits pour 11 niveaux différents d'apports caloriques.

Annexe 8. Diaporama du groupe de travail sur le recrutement

PROJET « ALAPAGE »

Recherche interventionnelle visant à améliorer l'ALimentation et l'Activité Physique du sujet AGE à domicile pour prévenir la perte d'autonomie :
une étude de préfiguration en région.

LA PROBLEMATIQUE DU RECRUTEMENT DES SENIORS ISOLES SOCIALEMENT POUR DES ATELIERS NUTRITION/ACTIVITE PHYSIQUE



ORIS
OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

-- GT du 4 mai 2017 --



Institut de Recherche
en Santé Publique
IReSP

Cette recherche bénéficie de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'IReSP en 2015 1.

Ordre du jour

- Tour de table
- Rappel des objectifs ALAPAGE 1 ET 2 et de la réunion
- Présentation par chaque partenaire des modalités de recrutement habituellement mises en œuvre
- Synthèse de la littérature scientifique sur le recrutement
- Initiatives originales identifiées
- Discussion sur un module recrutement à tester dans ALAPAGE2
- Synthèse
- Buffet

2

Rappel du projet ALAPAGE 1

- **Objectif général de cette étude de préfiguration :**

Préparer la mise en œuvre d'une recherche interventionnelle visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique du sujet âgé à domicile pour prévenir la perte d'autonomie.

- **Objectifs spécifiques :**

- ✓ Identifier des structures opérationnelles potentiellement partenaires du projet de recherche interventionnelle
- ✓ Définir, par co-construction avec ces structures opérationnelles et la population visée, les principes de la recherche interventionnelle
- ✓ Elaborer le protocole de cette recherche (ALAPAGE 2)

- Calendrier : juin 2016-octobre 2017

3

Les partenaires

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• UMR NORT/MOISA
Nicole Darmon
Christophe Dubois
Agnès Vinet-Jullian | <ul style="list-style-type: none">• Carsat Sud-Est
Réfèrent projet : Christelle Trotta |
| <ul style="list-style-type: none">• ORS Paca
Pierre Verger
Aurélie Bocquier
Bérengère Davin | <ul style="list-style-type: none">• Géront'O Nord
Réfèrents projet : Christine Fusinati et Caroline Ollier |
| | <ul style="list-style-type: none">• Mutualité Française PACA
Réfèrent projet : Julie Dessirier |
| | <ul style="list-style-type: none">• IRIPS |

4

Objectifs du projet ALAPAGE 2

(lettre d'intention soumise à l'IReSP)

- **Objectif général d'ALAPAGE 2 :**

Améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors à domicile par adaptation de l'offre existante d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Ce projet s'appuie sur une coopération étroite entre chercheurs et acteurs de terrain pour assurer sa faisabilité et sa transférabilité.

- **Objectifs spécifiques :**

- Adapter l'offre existante d'actions de prévention via :

- Une amélioration du ciblage de ces actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées (**objet du présent groupe de travail**) ;
- Une analyse approfondie des protocoles et pratiques existants pour proposer et négocier des principes d'intervention et modalités de réalisation communs (objet du **2^{ème} groupe de travail**).

- Evaluer le processus et l'impact de ces actions, leur rapport coût-efficacité, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie (objet du **3^{ème} groupe de travail**).

5

Objectif de cette réunion : comment améliorer le recrutement des seniors isolés ?

RETOUR D'EXPERIENCE D'ACTEURS DE PREVENTION EN PACA (entretiens téléphoniques réalisés dans ALAPAGE1)

➤ Modalités de recrutement mises en œuvre

- Repérage par les bases de données et dans les centres de soins mutualistes
- Une incitation à y participer par des courriers, affiches,...
- Une présentation des ateliers lors d'une conférence
- Par des visites à domicile des professionnels, travail en réseau

➤ Freins à la participation

- La mobilisation reste globalement difficile
- Concerne principalement les seniors « sensibilisés »
- Concerne peu les personnes isolées socialement, qui ont besoin d'être « rassurées »
- Très difficile par exemple pour les chibanis ou les personnes qui maîtrisent difficilement la langue française
- Problème de la mobilité

6

Objectif de cette réunion : comment améliorer le recrutement des seniors isolés ?

La difficulté à mobiliser les seniors isolés socialement : un constat de terrain, conforté par la littérature scientifique
⇒ Comment adapter les modalités de recrutement ?

OBJECTIF de cette réunion :

- A partir des pratiques habituelles, d'éléments de la littérature, d'exemples originaux, et en tenant compte des contraintes de terrain, identifier des pistes de recrutement à tester dans ALAPAGE 2

2

Modalités de recrutement habituelles

• Carsat Sud-Est

- La Carsat pilote le recrutement, qui est réalisé par les Partenaires locaux
- Toutes les activités sont gratuites pour les usagers (cela peut poser un problème pour l'engagement)
- Partenaires locaux : CLIC, CCAS, Mairies, Associations...
- La Carsat doit régulièrement rappeler que ce ne sont pas toujours les mêmes groupes qui doivent bénéficier des ateliers
- Cible : tous les retraités, quel que soit le régime d'appartenance
- La Carsat aide avec des outils de communication : affiches, leaflets
- Les séances sont menées par des professionnels de la prévention (Siel Bleu pour l'activité physique...)
- Les structures peuvent contacter la Carsat via Internet pour demander l'organisation d'ateliers. La Carsat propose une offre de service, financement du professionnel intervenant, et la structure organise l'organisation pratique
- Preins rattachés pour l'outil Internet
- En début d'année : définition d'un plan d'action territorial avec un SIG (via des indicateurs de fragilité)
- Dans le cadre des ateliers menés dans le cadre l'ASEPT : plan d'action devrait être croisé avec la cartographie ARS mais difficile à mettre en pratique (gouffre théorie terrain)
- Ordre de grandeur : 40 ateliers nutrition-éveil corporel/an
- Désintéressement progressif pour la nutrition (qui arrive en 4^{ème} position derrière mémoire, sommeil)
- Les seniors hyperactifs sont « gâtés » : pléthore d'offre et ils choisissent parfois comme dans une agence de voyage ⇒ Il faut augmenter l'attractivité et l'image de la nutrition
- La Carsat est évaluée sur le nombre d'actions menées dans l'année. Ce sens de la prévention est délégué aux partenaires locaux qui vont dans la facilité
- Autre modalité de recrutement : conférences, affiches, mailing ciblé (base de données) avec retour 2-3%
- Potentiel via les centres d'examen de Santé. A leur demande, des seniors en difficulté repérés par le médecin sont orientés sur des ateliers Carsat

3

Modalités de recrutement habituelles

• Géront'Onord

- C'est le premier programme alimentation/santé petit budget 2016 mené par Géront'Onord
- Cible : binômes sénior/aide ménagère à domicile, pour valoriser le rôle éducatif de l'aide ménagère (liste des courses, faire les courses, préparer les repas) => création de lien entre les deux personnes
- Contenu : 7 ateliers nutrition (diabéticien et Conseillère ESP, courses, étiquettes, ateliers cuisine)
- Partenaires : structures d'aide à domicile du territoire Nord (n=10)
- Financement : pour 24 personnes (12 binôme) => finalement, ne pouvant pas obtenir 12 binômes, des seniors ont été intégrés en cours de route (mais avec le risque de recruter les plus intéressés)
- Beaucoup de structures n'ont pas pu mobiliser l'aide ménagère : problématique pour le binôme soit partant, problématiques de calendrier
- L'aide ménagère devait être véhiculée pour accompagner le senior aux ateliers, son transport et sa présence sont rémunérés
- Action construite à partir d'un diagnostic et l'enjeu : pour pouvoir le poursuivre, on la réajuste régulièrement
- Marge de progrès identifiée : il faudrait une mobilisation individuelle à domicile de chaque senior et de chaque aide ménagère, de façon à mieux intégrer leurs attentes
- Freins successifs : mobilisation de la structure, mobilisation des aides à domicile (qui manquent de temps), mobilisation des seniors par l'aide à domicile
- Deuxième action financée en 2017 avec comme public cible sénior/aide ménagère + sénior/aident, élargissement à l'ensemble des structures d'aide à domicile de Marseille et à des seniors isolés (via diverses associations Petits frères des pauvres, Unicibis, et le public propre de Géront'Onord). Autre modalité de mobilisation à envisager : charges d'accueil pour mobiliser, mais aussi mobilisation du sénior à domicile dans le cadre de l'évaluation sociale et de l'accompagnement (une mission des CLIC label 2 et 3). Un des enjeux est d'évaluer une dépendance pour obtenir des droits et aides.
- Autre outils pour le recrutement : internet, affiches...
- Le plus onéreux est le binôme sénior/aide ménagère (coût du transport et du temps de l'aide ménagère). 30 personnes max en tout (ou plus s'il n'y a pas de binôme)
- Les missions des CLIC label 1 (informer), label 2 (informer, évaluer et proposer un plan d'actions) et label 3 (informer, évaluer, proposer un plan d'actions et accompagner le mise en œuvre de ce plan d'actions) mais hétérogénéité des équipes

9

Modalités de recrutement habituelles

• Mutualité Française PACA

- Appui sur des partenaires, pour réaliser le nombre d'ateliers défini par les financeurs dans des lieux définis par les financeurs également, généralement zones prioritaires ARS (CCAS, centres sociaux, maisons pour tous, centre de culture ouvrière...)
- Définition du lieu et du calendrier avec les partenaires, et ce sont les partenaires qui sont chargés de recruter.
- Une séance « 0 » pour expliquer ce qui va se passer, identifier le nombre de participants (il en faut au moins 10 à chaque atelier). Si à la séance '0', pas assez de personnes (il en faut au moins 15), les seniors présents sont incités à amener des voisins, amis...
- +6 séances, signature d'un formulaire d'engagement de participation
- Pour le recrutement : chaque structure fait son recrutement.
- Plaquettes affiches
- Journées de repérage : professionnels de santé font des dépistage, bilan des habitudes alimentaires, dans les locaux de la mutualité. Les personnes qui viennent à ces check-up ont été informées par des affiches, les mutuelles, les CLIC... (à compléter)

10

Modalités de recrutement habituelles

- IRIPS

11

Point bibliographique : quels freins ?

- **Les aspects matériels/organisationnels**

- Le lieu (accessibilité physique et représentations)
- Autonomie physique et état de santé de la personne
- La langue
- La durée de l'intervention

- **Les aspects identitaires**

Risque perçu de bouleversement de l'identité du sujet et de son inscription dans son groupe d'appartenance

- **Les aspects psychosociaux**

- Un faible sentiment d'auto-efficacité (SEP)
- Stigmatisation de la vieillesse, non-acceptation de la perte d'autonomie
- L'optimisme comparatif (« ça n'arrive qu'aux autres »)
- La perspective temporelle (faible possibilité de se projeter dans l'avenir)

=> Les freins dépendent à la fois de l'individu et de l'environnement dans lequel il évolue → Différents niveaux à prendre en compte

Point bibliographique : quels leviers ?

• Les aspects matériels/organisationnels

- Accessibilité physique, rythme des séances adapté, gratuité
- Dispositifs incitatifs (repas gratuits, prise en charge du transport, bon d'achat...)
- Impliquer les acteurs locaux dans la diffusion et/ou le recrutement (municipalités, professionnels de santé...)

• Les aspects identitaires

- Choisir des lieux familiers ou proches pour le recrutement (ex : services de santé, pharmacies, manifestations locales) et pour les ateliers
- Encouragement/recrutement par les pairs et/ou les proches
- Prise en compte des spécificités culturelles

• Les aspects psychosociaux

- Aller vers, se rendre disponible pour l'autre, être dans la proximité, contact en face à face (visites à domicile, ...)
- Prendre en compte les représentations de la vieillesse par les acteurs et les seniors
- Techniques d'engagement
- Agir positivement sur le sentiment d'auto-efficacité
- Faire en sorte que l'individu perçoive un bénéfice personnel à court terme (lien social, convivialité, ...)

Retour des focus groupes sur les freins, les leviers et les pistes nouvelles de recrutement

• Les freins

- Une mauvaise communication
- L'accès, le cadre
- L'état de santé (maladie, hospitalisation...)
- Les contraintes familiales (conjoint, petits enfants...)
- La qualité du groupe (incompatibilité entre personnes...)

• Les leviers

- Le lien social
- L'apport de connaissances, adapter son comportement à son âge, se rassurer
- Des conseils personnalisés
- Pouvoir expérimenter
- De la pratique, du concret

• Des pistes

- Jouer sur les leviers pour augmenter l'attractivité
- La communication : affichage, radio, bouche à oreille, professionnels
- La convivialité : repas, dégustation
- Les ambassadeurs, les relais
- Aller vers eux : restauration collective, jeux de boules...

Initiatives originales identifiées

....dans la littérature

⇒ Impact positif d'un module visant à **Améliorer les perceptions des seniors à l'égard du vieillissement** sur l'efficacité d'une intervention sur l'activité physique (n=234; >65y.; RCT; longitudinal 10mois). *Wolff, Psychol & Health, 2014.*

⇒ Recherche qualitative sur la **Diffusion d'une intervention existante** (CHAMPS, sur l'activité physique) auprès de seniors pauvres et/ou issus d'une minorité ethnique (47 focus groupes, n=197). *Stewart, J Aging Phys Act, 2006.*

- Utiliser les médias locaux et/ou communautaires
- Aller à leur rencontre partout (centres, porte à porte, rue, magasins,..)
- Via des pairs (ambassadeurs) et le bouche à oreille
- Médecins et personnel soignant

Initiatives originales identifiées

....en France et en région

⇒ La Garde (CCAS) : dispositif « Rompre la solitude » ; équipe de bénévoles-citoyens se rendant au domicile des seniors isolés.

⇒ Montpellier (association) : contact via professionnels en lien avec la personne ; 2 séances à domicile pour débiter action et rassurer avant intégration dans action de groupe.

⇒ Milieu rural, ex-région LR (CLS) : démarche porte-à-porte avec les partenaires du territoire + distribution d'un livret sur l'offre d'actions pour les seniors.

⇒ Dijon (CCAS) : des seniors bénévoles au service des autres seniors (« ambassadeurs de quartiers »).

⇒ Bordeaux (CCAS) : opération « Voisins Relais » ; appels téléphoniques par bénévole en période estivale (/ risque canicule) + implication des commerçants dans le repérage.

⇒ Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA) : relais locaux en Paca ?

Quelles stratégies adopter (à discuter)

- **Public cible**

Personnes éloignées de la santé, potentiellement désintéressées par la nutrition !
Idée d'un micro-territoire test

- **Repérage du public cible**

Pistes : CLIC, centres d'examen de santé, CCAS (qui organisent des événements phares type repas de Noël..., ou certains des repas de midi) mais problème éloignement temporel avec les séances, CIQ, Maisons de santé, Centres Sociaux

Infirmiers, pharmaciens, AMD, coiffeur

- **Modalités de recrutement / motivation**

Convention de partenariat avec pharmaciens, qui auraient un rôle de conseil et de recrutement

Il faut une phase de mobilisation et engagement en amont (type réunion zéro)

Qui doit faire le point zéro=> un professionnel ou la personne du CCAS si elle connaît bien le programme

Jeunes en service civique (mais quelle durabilité du dispositif) ou bénévoles ? => mais demande de pouvoir les encadrer

Annexe 9. Diaporama du groupe de travail sur le contenu des ateliers de prévention nutrition et activité physique auprès des seniors

PROJET « ALAPAGE »

Recherche interventionnelle visant à améliorer l'Alimentation et l'Activité Physique du sujet AGE à domicile pour prévenir la perte d'autonomie :
une étude de préfiguration en région.

FORME ET CONTENU DES ATELIERS NUTRITION/ACTIVITE PHYSIQUE



-- GT du 14 juin 2017 --

Cette recherche bénéficie de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'IReSP en 2015 1

Ordre du jour

- Tour de table
- Rappel des objectifs ALAPAGE 1 ET 2 et de la réunion
- Présentation par chaque partenaire du contenu des ateliers nutrition et activité physique seniors proposés actuellement
- Retour d'expérience des focus groups réalisés avec des participants aux ateliers
- Discussion sur les ateliers du projet de recherche interventionnelle à venir : quelle organisation pratique des ateliers ? quels intervenants et quelle formation des intervenants ? quels outils pour quel contenu ?
- Synthèse
- Buffet

2

Rappel du projet ALAPAGE 1

- **Objectif général de cette étude de préfiguration :**

Préparer la mise en œuvre d'une recherche interventionnelle visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique du sujet âgé à domicile pour prévenir la perte d'autonomie.

- **Objectifs spécifiques :**

- ✓ Identifier des structures opérationnelles potentiellement partenaires du projet de recherche interventionnelle
- ✓ Définir, par co-construction avec ces structures opérationnelles et la population visée, les principes de la recherche interventionnelle
- ✓ Elaborer le protocole de cette recherche (ALAPAGE 2)

- **Calendrier :** juin 2016-octobre 2017

3

Les partenaires

- **UMR NORT/MOISA**
Nicole Darmon
Christophe Dubois
Agnès Vinet-Jullian
- **ORS Paca**
Pierre Verger
Aurélie Bocquier
Bérengère Davin
- **Carsat Sud-Est**
Réfèrent projet : Christelle Trotta
- **Géront'O Nord**
Réfèrents projet : Christine Fusinati et Caroline Ollier
- **Mutualité Française PACA**
Réfèrent projet : Julie Dessirier
- **IRIPS**

4

Objectifs du projet ALAPAGE 2

(lettre d'intention soumise à l'IReSP)

Objectif général d'ALAPAGE 2 :

Améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors à domicile par adaptation de l'offre existante d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Ce projet s'appuie sur une coopération étroite entre chercheurs et acteurs de terrain pour assurer sa faisabilité et sa transférabilité.

Objectifs spécifiques :

- **Adapter** l'offre existante d'actions de prévention via :
 - Une amélioration du ciblage de ces actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées (GT 4 mai 2017) ;
 - Une analyse approfondie des protocoles et pratiques existants pour proposer et négocier des principes d'intervention et modalités de réalisation communs (**objectif du présent groupe de travail**).
- **Evaluer** le processus et l'impact de ces actions, leur rapport coût-efficacité, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie (objectif du 3ème groupe de travail : lundi 19 juin 2017).

5

Objectif de cette réunion : la forme et le contenu des ateliers nutrition et activité physique

Bilan ALAPAGE1

- Offre de prévention importante et diversifiée
- Manque d'évaluation, notamment en France
- L'évaluation des actions existantes est une attente des partenaires

➔ **Toute évaluation nécessite un cadrage de l'intervention mise en œuvre**

OBJECTIF de cette réunion :

A partir des pratiques existantes, d'éléments de la littérature, d'exemples originaux, et en tenant compte des contraintes de terrain,

- ➔ identifier des possibilités d'harmonisation de la forme et du contenu des ateliers à tester dans ALAPAGE 2

6

Pratiques existantes

- **Type d'ateliers :**

- **Ateliers nutrition**

- **Organisation des séances** (nombre, durée, fréquence)

- **Intervenants**

- **Contenu, méthodes d'animation et outils**

Alimentation :

Activité physique :

2

Pratiques existantes: Carsat Sud-Est

- **Type d'ateliers :** nutrition et éveil corporel : 5 séances de 2h sur 5 semaines, 3 alimentation et 2 éveil. 12 séances d'1h « bouger mieux ». + 1 TO réunion info. Référentiel national ASEPT.

- **Ateliers nutrition**

- **Organisation des séances** (nombre, durée, fréquence)

Futur : de 6 à 10 séances de 2h, 2 AP et 4 alimentation. Gde marge d'adaptation du référentiel.

- **Intervenants**

Diet, structures pour AP (convention avec 3 structures), différentes formations des animateurs AP

- **Contenu, méthodes d'animation et outils**

Alimentation : 2h à 2h30. 65 à 80 ans, majorité femmes. 1-Croquer la vie, manger des fruits : (cdc groupes alim, repères), attentes, pathologies, besoins nutr seniors, nutriments et groupes, rations, rythme, ludique : 3 menus à corriger en groupe, équilibre sur la semaine. 2-Appétit, goût et sourire : (cdc risque dénutr...). Contrôle du poids, dénutrition, dépistage, solutions, recettes perso et moyens de modifier pour enrichissement, bien manger sans trop dépenser, les aliments indispensables à avoir. 3-Corriger les erreurs et valoriser son corps (cdc : étiquettes, sensibiliser surpoids) IMC, bien et mal maigrir, retour sur équilibre alim, intérêt AP, courses, étude des emballages en groupe.

Activité physique : 4 et 5-CDC : rassurer les participants sur AP. Objectif : motivation. Echauffement, adaptation ft âge, relaxation. Matériel. Objectif de parcours mais fonctionne peu. Seuil critique à passer. Effet de groupe.

12 séances. Test sur 6 séances

11

Pratiques existantes : GêrontO Nord

- **Type d'ateliers :** alimentation et petit budget

- **Ateliers nutrition**

→ **Organisation des séances (nombre, durée, fréquence)** 7 séances puis 7 cuisine, gériatre, diet, CESF

2^{ème} session sans gériatre (pb de posture) ; 4 alim et 4 cuisine. Suite avec 4 et 4. 2,5h par séance, espacement de 15 jours.

Temps de rencontre avec une psy possible mais non demandé

Seniors (GIR 4 et 6) avec aide ménagère ou aidant ou seul

→ **Intervenants ESF service :** tjs avec Christine ou Caroline

→ **Contenu, méthodes d'animation et outils**

Alimentation : 1- Diet : présentation du programme, alim des seniors, besoins, groupes alim, rations ; 2-CESF budget alim ; 3 et 4- CESF et diet : budget alim et équilibre. 1 semaine de menus (réalisés ensuite en ateliers cuisine). Lecture étiquette. Calcul du prix de revient des menus.

4 séances ateliers cuisine : mise en pratique, cuisine, puis partage, livret recettes.

Pas contre de faire évoluer

Activité physique :

9

Pratiques existantes : Mutualité Française PACA

- **Type d'ateliers :** nutrition 6 séances de 2,5h +t0 chaque semaine, même jour et même heure et prévention des chutes 12 séances d'1h + t0

- **Ateliers nutrition** 65 à 80 ans

→ **Organisation des séances (nombre, durée, fréquence)**

→ **Intervenants** diet et 5 ième séance AP, Sport pour Tous, formation interne et validation.

→ **Contenu, méthodes d'animation et outils**

Alimentation : t0 de 1h : présentation ateliers par RAPS, validation des inscriptions. 1-attentes, questionnaire, besoins alim nutriments, IMC (diapos). 2-groupes alim (diapos), substitution 3-pathologies, dénutrition, exercice menus par thème (en groupe), podomètre, carnet d'AP 4-retour carnet AP (analyse), étiquette alim, journal alim sur 3 jours, budget (astuces), plaisir (dégustation chocolat) 5-avec présence diet, échanges, compte rendu du carnet, reco nb de pas, astuces pour marcher plus, différence entre AP et sport, exercices simples et adaptés, à faire à la maison, sans ou avec du matériel selon animateur, test de la condition physique, bilan, motivation, reco OMS 6-retour journal alim, exercice menus, compléments, bilan, gâteau, questionnaire

A 3 mois : éval par tel

Activité physique :

10

Retour d'expériences (Focus groups seniors)

• Bénéfices et points positifs exprimés par les seniors

Lien social, partage d'expériences

Rompre les préjugés sur l'alimentation des seniors

Qualité de l'animateur (posture bienveillante, non-jugement...)

Expérimenter (goûter, toucher, tester...)

• Attentes des seniors

Favoriser la convivialité (organiser un repas, ...)

Expérimentation ludique (jeux, dégustations,...)

Prendre en compte les situations individuelles (pathologies, pratiques sportives, cultures alimentaires...)

Maintien dans le temps (« piqûres de rappel », NTIC...)

11

Quelles possibilités d'harmonisation de la forme et du contenu des ateliers pour ALAPAGE 2 ?

→ Organisation des séances (nombre, durée, fréquence)

6 séances

S0- 1 séance de 1h pour améliorer le recrutement, présentation, sensibilisation, 2 animateurs et responsable atelier, présentation, mise en confiance, engagement, attentes

S1- Eval TO (dont motivation, pratique AP) avec diet

S2-1,5h, AP, podomètre, exercice type, manuel (dont site internet Siel Bleu), mesures

S3-Diet

S4-Diet

S5-Diet

S6-1,5h AP puis 1h diet pour évaluation alimentation,

Rappel : sms, internet, interface Siel Bleu, tel, repas, aidants QUI LE FAIT ?????

Evaluation AP à 3 mois (mesures et questionnaires)

→ Intervenants

→ Contenu, méthodes d'animation et outils

Alimentation :

Activité physique : inciter à l'AP régulière. Ex du programme LiFE, proposer une palette de solutions (clubs et non clubs), pb du financier de l'inscription dans les clubs, ½ séance 1 ?

Annexe 10. Diaporama du groupe de travail sur l'évaluation

PROJET « ALAPAGE »

Recherche interventionnelle visant à améliorer l'ALimentation et l'Activité Physique du sujet AGE à domicile pour prévenir la perte d'autonomie :
une étude de préfiguration en région.

EVALUATION DE L'INTERVENTION ALAPAGE2



-- GT du 19 juin 2017 --



Cette recherche bénéficie de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'IReSP en 2015

Ordre du jour

- Tour de table
- Objectif de la réunion
- Présentation par chaque partenaire des données collectées et des évaluations existantes
- Différents aspects de l'évaluation (processus, impact, coût-efficacité)
- Discussion sur l'évaluation de l'intervention ALAPAGE2
- Synthèse

- Buffet

Objectifs du projet ALAPAGE 2

(lettre d'intention soumise à l'IReSP)

Objectif général d'ALAPAGE 2 :

Améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors à domicile par adaptation de l'offre existante d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Ce projet s'appuie sur une coopération étroite entre chercheurs et acteurs de terrain pour assurer sa faisabilité et sa transférabilité.

Objectifs spécifiques :

- **Adapter** l'offre existante d'actions de prévention via :
 - Une amélioration du ciblage de ces actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées (GT **Recrutement** 4 mai 2017) ;
 - Une analyse approfondie des protocoles et pratiques existants pour proposer et négocier des principes d'intervention et modalités de réalisation communs (GT **Contenu** 14 juin 2017).
- **Evaluer** le processus et l'impact de ces actions, leur rapport coût-efficacité, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie (**objectif du présent groupe de travail**).

3

Objectif de cette réunion : Evaluation de l'intervention ALAPAGE2

Bilan ALAPAGE1

- Offre de prévention importante et diversifiée
- Manque d'évaluation, notamment en France
- L'évaluation des actions existantes est une attente des partenaires

OBJECTIF de cette réunion :

- Définir l'objectif général de l'évaluation
- Définir les objectifs spécifiques
- Quelles méthodologies ? quelles mesures ? quelles données collectées ? quel(s) groupe(s) comparatif ? quel suivi ?

4

Données collectées/disponibles et évaluations existantes

- **Données collectées** : type de données, caractère obligatoire de la collecte, accessibilité pour ALAPAGE2 ...
- **Evaluations existantes** :

5

Données/évaluations : Carsat Sud-Est

- **Données collectées** : type de données, caractère obligatoire de la collecte, accessibilité pour ALAPAGE2 ...
Noms, âge, régime retraite, commune, ... satisfaction activités et des pro après les séances
- **Evaluations existantes** : questionnaire fermé, depuis 2010, exploitation de 2017
 - Pour mieux vous connaître
 - Votre participation aux ateliers
 - Contenu des ateliers
 - Les apports des ateliers
 - Satisfaction/intervenants
 - Organisation
 - Nutrition : sur connaissances basiques
 - Présentation des autres ateliers Carsat
- Pb du temps d'exploitation. Intérêt pour améliorer par la suite, évaluation du processus.
- Questionnaires seniors et structures

6

Données/évaluations : GÉrontO Nord

- **Données collectées** : type de données, caractère obligatoire de la collecte, accessibilité pour ALAPAGE2 ...

Nom, adresse, tel, âge, mail, GIR

- **Evaluations existantes** :

- 1^{er} atelier : questionnaire sur les attentes, motivations... aides ménagères et seniors
- Dernier atelier : satisfaction, accueil, contenu, réponse aux attentes
- Avant ateliers cuisine : réunion avec les structures aides domicile
- Evaluation finale 1 mois après dernier atelier cuisine : questionnaires quanti aides domicile et seniors / objectifs ; qualitatif lors repas

7

Données/évaluations : Mutualité Française PACA

- **Données collectées** : type de données, caractère obligatoire de la collecte, accessibilité pour ALAPAGE2 ...

1^{ere} séance : nom, âge, sexe, dpt, retraite, activité, connaissance des ateliers, mutuelle, autres actions, attentes

- **Evaluations existantes** :

- Questionnaire national
- To (début), dernier atelier (T1) et 3 mois après par tél (T2)
 - T0
 - Attentes
 - Santé, habitudes vie
 - Habitudes alimentaires et nb de repas
 - T1
 - Participation, satisfaction / attentes, apports des ateliers, recommande
 - Santé, habitudes de vie
 - Habitudes alimentaires
 - Intentions pour la suite
 - T2
 - Par tel
- Exploitation nationale et locale pour ARS (processus principalement)

8

Exemple d'évaluation d'impact d'une intervention sur les achats alimentaires

Le déroulé des séances Opticourses

Séance 1 : Vous et vos achats

Présentation des objectifs et échanges avec les animateurs
Discussion entre les participant(e)s (lieux de courses, « bons plans »...)
Chacun(e) repart avec un carnet de collecte des tickets de caisse du mois

Séances 2 et 3 : Connaître et repérer

Connaître les différents groupes d'aliments (jeu des cartes d'aliments, jeu des groupes)
Reconnaître dans chaque groupe, les aliments les meilleurs (jeu du SAIN LIM)
Exemples d'aliments de bonne qualité nutritionnelle pour leur prix : dinde, pois chiche, yaourts, oranges, carottes, sardines, chocolat noir, huile de colza... : liste des aliments de bon rapport QNP
Savoir acheter malin, connaître le bon prix des aliments de bonne qualité nutritionnelle : le livret prix seuil
Échange de trucs et astuces pour équilibrer ses achats alimentaires sans dépenser plus. « Moi je fais mes courses avec ma voisine, on achète en grosses quantités et on se partage. » jeu du caddy vierge
jeu des couples d'aliments : lequel conseiller à un ami qui voudrait manger équilibré avec son petit budget ?
jeu des courses : chaque participant(e) fait des courses à l'aide d'un catalogue photo

Séance 4 : Des conseils personnalisés

Analyse des tickets de caisse en prix et en poids : un objectif d'amélioration est fixé avec un professionnel. Par exemple, Mme S. a divisé par 2 son budget viande.
Jeû de dégustation à l'aveugle : bon pour le plaisir et bon pour le porte-monnaie

Séance 5 : 1 mois plus tard...

Bilan individuel et collectif complément d'informations, jeux (groupes, couples, courses).

10/29

Evaluer l'impact des ateliers Opticourses sur l'équilibre des courses alimentaires : Recours à l'économie expérimentale

Principe : Mise en situation d'achat en univers contrôlé et reproductible

Application : Courses pour 2 jours (catalogue photos de vrais produits, vrais prix)

Incitation financière : Les participants reçoivent un ticket service s'ils rapportent un ticket de caisse comprenant certains des produits qu'ils ont choisis.

Objectif => les inciter à révéler leurs vraies préférences

Mesure : Modification avant-après de la qualité nutritionnelle des courses



NB : Les participants reçoivent un autre ticket service pour leur participation



Limite les biais déclaratifs et de désirabilité sociale
Préserve l'estime de soi des participants.

10/29

Exemple d'évaluation d'impact d'une intervention sur l'activité physique

- **Exemple : « Senior Fitness Test »** [Rikli and Jones 1999]

- 6 exercices simples pour évaluer la force musculaire, la souplesse, l'agilité, l'endurance



- **Test unipodal (équilibre)**

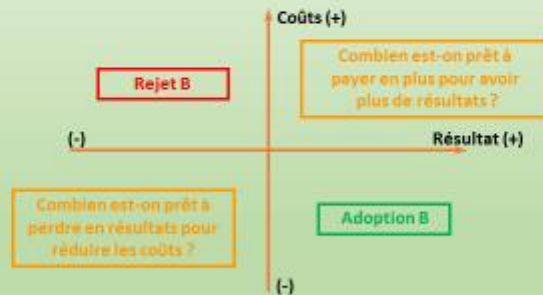
- Rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

Evaluation médico-économique – principe général

- L'évaluation économique d'une intervention (action, programme, thérapeutique, etc.) compare cette intervention à une situation de référence (ou plusieurs interventions), à la fois en termes de **coûts** et en termes de **résultats**.
- L'intervention a des effets sur la santé (amélioration de la survie, de la qualité de vie, etc.) et un coût (intervention elle-même, effets secondaires, économies potentielles).
- HAS : « L'évaluation médico-économique consiste à comparer l'intérêt médical d'un acte, d'une pratique, d'un médicament, d'une organisation innovante ou d'un programme de dépistage, etc., et les coûts qu'ils engendrent. Elle offre ainsi aux pouvoirs publics et aux professionnels de santé des informations sur les conséquences économiques de pratiques diagnostiques ou thérapeutiques ou encore de programmes de dépistage ».

Evaluation médico-économique – principe général

- Comparer une nouvelle intervention B à celle de référence A.



Evaluation médico-économique – exemple

- Intervention « LIFE » (Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study) [Groessl et al. 2016]
 - Population : personnes âgées 70-89 ans, sédentaires et à risque de limitations physiques
 - Intervention : 2 séances activité physique encadrées / semaine + exercices à la maison 3-4 fois / semaine (distribution de podomètres, poids, vidéos + incitations type stylos, t-shirts, etc.) + rappels téléphoniques pour faciliter participation
 - Contrôle : réunions d'information hebdomadaires puis mensuelles
 - Durée moyenne de suivi = 2,6 ans
- Mesures de résultats
 - Limitation physique sévère : mesurée à partir du temps nécessaire pour parcourir 400 m (sévere = temps > 15 mn)
 - Qualité de vie (Quality of Well-Being Scale Self-Administrated) – 5 sections (présence de symptômes/maladies chroniques, survenue problèmes physiques aigus au cours des 3 derniers jours, santé mentale, questions sur la mobilité, l'activité physique, la vie sociale)

Evaluation médico-économique – exemple

• Mesures des coûts (US\$) – exemple groupe intervention

Type de dépense	Professionnel	Unité (nb de séances/participant)	Temps (h)	Coût (h)	Coût total/participant
Séance AP	Animateur sportif	18,28	1,5	29,09	798
	Assistant	18,28	1,5	16,49	452
	Assistant	18,28	1,5	16,49	452
Rappels téléphoniques	Assistant	18,28	0,5	16,49	151
<i>Sous-total personnel</i>					1853
Equipeement sportif					8
Autre matériel					15
Matériel / sécurité					5
Rafrâichissements					36
Incitations					68
Location salle					38
Supervision (69% coûts personnel)					1279
Total/participant					3302

Discussion sur l'évaluation de l'intervention ALAPAGE2

Définir l'objectif général de l'évaluation

Estimer le bénéfice et le coût, pour les individus et la société, des actions de prévention sur l'alimentation et l'activité physique chez les seniors

Définir les objectifs spécifiques

- **Evaluer l'impact** de ces actions adaptées, notamment selon les modalités de recrutement, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie.
- **Evaluer le rapport coût-efficacité** des actions, notamment selon les modalités de recrutement.
- Evaluer, auprès des participants et des professionnels, **les processus** de ces actions, leur acceptabilité et les leviers, notamment psychosociaux, qu'elles ont pu activer.

Définir un protocole d'évaluation

- Quel design général ?
- Quelles méthodologies ?
- Quelles mesures ?
- Quelles données collectées ?
- Quel(s) groupe(s) comparatif ?
- Quel suivi ?

Proposition faite dans la lettre d'intention

ALAPAGE2

Plan d'étude/schéma général : étude « avant-après » avec groupe intervention et groupe témoin (200 dans chaque groupe). L'intervention est constituée d'un ensemble d'actions existantes.

(NB: Le groupe témoin sera invité à participer aux ateliers après les évaluations).

Personnes non disponibles ou qui ne veulent pas, forum santé, ateliers mémoire (ne pas faire alors évaluation lien social, pb aussi car ils font une éval pour ateliers mémoire), centre Cesam ou Irips, annonce site internet ou La Provence, loterie avec bon prix, clubs seniors
Incitation semble nécessaire pour la participation et différente de l'eco expé.
Faut-il rémunérer aussi le groupe intervention ?

Population concernée : seniors autonomes vivant à domicile âgés de 55 et plus (cf. PNNS), lieu de réalisation des ateliers dans une zone urbaine prioritaire de la région Paca (Observatoires des fragilités, ARS)

Etapes du projet et calendrier

La durée du projet est de 36 mois.

1^{ère} année : rédaction des dossiers de demandes d'autorisation, élaboration du tronc commun des actions, des outils et à la formation des intervenants

2^{ème} année : recrutement des seniors, réalisation des actions, recueil des données

3^{ème} année : analyse des résultats et à la valorisation.

Proposition faite dans la lettre d'intention

Temps de recueil des données :

1^{ère} et dernière séance (avant/après), et 3 à 5-mois après la dernière séance.

Intérêt ou non de faire l'éval activité physique en S6 ? Maintenir la motivation en S6

Pour le groupe témoin, les mêmes mesures et intervalles de temps seront appliquées.

Evaluation de l'impact

Indicateurs principaux :

- Evolution des pratiques alimentaires : jeu sur les achats (et/ou les consommations) alimentaires ?
- Evolution de l'activité physique : tests de l'évaluation de la capacité physique fonctionnelle validés issus du Senior Fitness Test et d'évaluation du niveau d'activité physique habituelle par le port d'un podomètre ?

Indicateurs secondaires :

- Qualité de vie, par questionnaire
- Sentiment de solitude
- Sentiment d'auto-efficacité personnelle sur l'alimentation et l'activité physique

Autres informations :

- Caractéristiques sociodémographiques,
- Nombre d'heures cumulées de participation aux actions (intensité de l'exposition)
- Participation à d'autres actions de prévention,
- Autres facteurs psychosociaux (perceptions, connaissances sur l'alimentation et l'activité physique...).

Evaluation des coûts de l'intervention :

l'ensemble des coûts unitaires et quantités nécessaires (documents, nombre d'intervenants et d'heures de travail, achat de matériel, etc.) seront listés et collectés auprès des structures partenaires. **Transparence sur les coûts ?**

Evaluation qualitative des processus des actions :

entretiens qualitatifs et/ou de focus groupes avec seniors (n=15-20) et intervenants (n=5-10).

Annexe 11. Diaporama du groupe de travail « synthèse »

PROJET « ALAPAGE »

Recherche interventionnelle visant à améliorer l'ALimentation et l'Activité Physique du sujet AGE à domicile pour prévenir la perte d'autonomie :
une étude de préfiguration en région.

Synthèse des trois GT sur : **le recrutement, le contenu et l'évaluation** **En prévision du projet ALAPAGE2**



-- GT du 4 juillet 2017 --



Cette recherche bénéficie de l'aide de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'IReSP en 2015 1

Ordre du jour

- Tour de table
- Objectif de la réunion
- Rappels des pistes identifiées lors des différents GT
- Discussion sur le protocole de la recherche interventionnelle ALAPAGE2
- Synthèse

- Buffet

Objectifs du projet ALAPAGE2

(lettre d'intention soumise à l'IRESP)

Objectif général d'ALAPAGE 2 :

Améliorer l'alimentation et l'activité physique des seniors à domicile par adaptation de l'offre existante d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Ce projet s'appuie sur une coopération étroite entre chercheurs et acteurs de terrain pour assurer sa faisabilité et sa transférabilité.

→ Il s'agit d'aboutir à des principes et modalités d'intervention probante et durable

Objectifs spécifiques :

- **Adapter** l'offre existante d'actions de prévention via :
 - Une amélioration du ciblage de ces actions, en adaptant notamment les modalités de recrutement des personnes socialement isolées (GT **Recrutement** 4 mai 2017) ;
 - Une analyse approfondie des protocoles et pratiques existants pour proposer et négocier des principes d'intervention et modalités de réalisation communs (GT **Contenu** 14 juin 2017).
 - **Evaluer** le processus et l'impact de ces actions, leur rapport coût-efficacité, sur l'alimentation et l'activité physique des seniors et sur leur qualité de vie (GT **Evaluation** 19 juin 2017).

3

Objectif de cette réunion : Le protocole ALAPAGE2

OBJECTIF de cette réunion :

- Synthèse des trois GT : Recrutement, Contenu, Evaluation en prévision de la rédaction d'un protocole pour ALAPAGE2
- Confirmation de l'intérêt des partenaires et de la faisabilité avant dépôt du projet

CALENDRIER :

- Réponse de l'IRESP à la note d'intention : 'fin juillet'
- Date de dépôt du projet complet : 3 octobre 12h

4

Retour du GT Recrutement

Les stratégies de recrutement à tester dans ALAPAGE2 pour améliorer la participation doivent : i) être basées sur le contact humain ; être viables après l'expérimentation ; doivent pouvoir être mises en œuvre à grande échelle.

Pistes discutées

- **Acteurs relais**/partenaires pour le recrutement de seniors isolés (CLIC, CCAS, centres d'examens de santé, professionnels de proximité...), via une révision des cahiers des charges/conventions.
- **Seniors isolés ciblés** : nombre minimum de seniors isolés socialement par atelier ? Critères pour définir l'isolement social : d'après grille FRAGIRE ? score EPICES ?
- **Communication sur les ateliers** : revoir la communication sur ces ateliers car thème « nutrition » de moins en moins attractif (plutôt alimentation, lien social).
- Intérêt d'une **séance S0**, préalable aux ateliers : mobilisation et engagement

5

Retour du GT Contenu

Forme et contenu des ateliers « nutrition » envisagés à l'issue de la réunion

Objectif pour l'activité physique : inciter les participants à pratiquer une activité physique régulière pendant et suite aux ateliers

- S0 (1h) : séance de présentation de l'atelier en présence des animateurs (alimentation et activité physique), mobilisation, signature d'un formulaire « d'engagement »
- S1 (2h/2h30) : séance alimentation + *évaluation T0 (alimentation, qualité de vie... ?)*
- S2 (1h30/2h) : séance activité physique (AP) + *évaluation T0 (tests)* + distribution podomètres + carnet d'exercices intégrés dans la vie quotidienne
- S3 (2h/2h30) : séance alimentation
- S4 (2h/2h30) : séance alimentation
- S5 (2h/2h30) : séance alimentation
- S6 (2h/2h30) : séance activité physique + *évaluations Tf (alimentation, qualité de vie... ?)*
- ... rappels toutes les 3 semaines (téléphone, sms, internet + 1 repas partagé ?)
- ... Tf + 3 mois : nouvelle évaluation comprenant tests AP (face-à-face)

6

Retour du GT EVALUATION

Objectif général de l'évaluation

Estimer le bénéfice et le coût, pour les individus et la société, des actions de prévention sur l'alimentation et l'activité physique chez les séniors

Mesures à la 1^{ère} et dernière séances, puis 3 mois après

Objectifs spécifiques

- **Evaluer la capacité de recrutement** de séniors isolés
- **Evaluer l'impact** des actions adaptées sur :
 - L'alimentation : jeu sur les achats et/ou les consommations
 - L'activité physique : senior fitness test
 - La qualité de vie, auto-efficacité et sentiment de solitude : questionnaire
- **Evaluer le rapport coût-efficacité** des actions (nécessite de lister précisément les dépenses associées à l'action elle-même (transparence), hors coûts spécifiquement liés à la recherche)
- **Evaluer les processus** de ces actions (dont entretiens qualitatifs).
- **Fournir des pistes** sur les modalités de l'évaluation des ateliers en routine (i.e. après ALAPAGE2)

Principes des méthodes utilisées pour l'évaluation

Être ludique, respecter l'estime de soi, éviter les longs questionnaires

Par exemple, pour les réponses aux questionnaires : explorer la piste des boîtiers interactifs en direct

Définition du groupe témoin

- **Incitation financière nécessaire** (la même entre témoins et interventions ?) : bon d'achats, loterie
- **Le groupe idéal** : des personnes intéressées par les ateliers mais ne pouvant pas y assister pour des raisons pratiques → limites : lieux de recrutement et effectif (200) ?
- **Autres possibilités évoquées** : recrutement via Centres d'Examen de Santé ou autres centres recevant des séniors, annonces (journaux, internet...)

Synthèse des échanges – à discuter pour ALAPAGE2

	Séance	Contenu séance	Evaluation (spécifique au projet ALAPAGE)
= 6 semaines	S0 – 1h	<u>Animateurs</u> : diététicienne, animateur sportif et éventuellement responsable atelier <u>Objectif</u> : présentation de l'atelier, mise en confiance, mobilisation, engagement, attentes	/
	S1 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°1	Evaluation T0 : alimentation (jeu achats ?) + activité physique (questionnaire motivation, pratique déclarée) + autres (qualité de vie...)
	S2 – 1h30	<u>Animateur</u> : animateur sportif <u>Contenu</u> : séance AP n°1, remise podomètre, pratiques exercices types, manuel, mesures	Evaluation T0 : activité physique (tests paramètres physiques : force, souplesse... via Senior Fitness Test ? + test équilibre)
	S3 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°2	/
	S4 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°3	/
	S5 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : diététicienne <u>Contenu</u> : séance ALIM n°4	/
3 mois	S6 – 2h/2h30	<u>Animateur</u> : animateur sportif et diététicienne <u>Contenu</u> : séance AP n°2 (1h30) puis 1h diététicienne pour évaluation alimentation	Evaluation Tf : alimentation + activité physique (motivation, pratique déclarée + 1 test ?) + autres (qualité de vie...)
	...	<u>Pratique exercices physiques à domicile + rappels (SMS, téléphone participant-participant, Internet, repas partagé...) ?</u>	/
	S6+3 mois	/	Evaluation Tf+3mois : alimentation (jeu achats ?) + activité physique (motivation, pratique déclarée + tests) + autres (qualité de vie...)

Proposition faite dans la lettre d'intention ALAPAGE2

Proposition faite dans la lettre d'intention ALAPAGE2

Plan d'étude/schéma général : étude « avant-après » avec groupe intervention et groupe témoin (200 dans chaque groupe). L'intervention est constituée d'un ensemble d'actions existantes.

(NB: Le groupe témoin sera invité à participer aux ateliers après les évaluations).

Population concernée : seniors autonomes vivant à domicile âgés de 55 et plus (cf. PNNS), ateliers réalisés dans une zone urbaine prioritaire de la région Paca (Observatoires des fragilités, ARS)

Etapes du projet et calendrier

La durée du projet est de 36 mois.

1^{ère} année : rédaction des dossiers de demandes d'autorisation, élaboration du tronc commun des actions, des outils et à la formation des intervenants

2^{ème} année : recrutement des seniors, réalisation des actions, recueil des données

3^{ème} année : analyse des résultats et à la valorisation.

Proposition faite dans la lettre d'intention

Temps de recueil des données :

1^{ère} et dernière séance (avant/après), et 3 à 5 mois après la dernière séance.

Pour le groupe témoin, les mêmes mesures et intervalles de temps seront appliqués.

Evaluation de l'impact

Indicateurs principaux :

- Evolution des pratiques alimentaires : jeu sur les achats (et/ou les consommations) alimentaires ?
- Evolution de l'activité physique : tests de l'évaluation de la capacité physique fonctionnelle validés issus du Senior Fitness Test et d'évaluation du niveau d'activités physiques habituelles par le port d'un podomètre ?

Indicateurs secondaires :

- Qualité de vie,
- Sentiment de solitude
- Sentiment d'auto-efficacité personnelle sur l'alimentation et l'activité physique.

Autres informations :

- Caractéristiques sociodémographiques,
- Nombre d'heures cumulées de participation aux actions (intensité de l'exposition)
- Participation à d'autres actions de prévention,
- Autres facteurs psychosociaux (perceptions, connaissances sur l'alimentation et l'activité physique...).

Evaluation des coûts de l'intervention :

l'ensemble des coûts unitaires et quantités nécessaires (documents, nombre d'intervenants et d'heures de travail, achat de matériel, etc.) seront listés et collectés auprès des structures partenaires.

Evaluation qualitative des processus des actions :

entretiens qualitatifs et/ou de focus groupes avec seniors (n=15-20) et intervenants (n=5-10).