



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

**RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
« QUALITE DE VIE EN RESIDENCES AUTONOMIE »**

ARGUMENTAIRE

Sommaire

PRÉAMBULE	3
Abréviations et acronymes	4
A. LE CONTEXTE GENERAL DES RECOMMANDATIONS	7
1. DU LOGEMENT-FOYER A LA RÉSIDENCE AUTONOMIE.....	7
2. LES NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENCES AUTONOMIE	7
3. ENJEUX ET OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS.....	9
B. ETAT DES LIEUX	10
Données sur les personnes âgées	10
Données sur les établissements d’hébergement pour personnes âgées : focus sur les résidences autonomie, ex logements-foyers	26
C. ARGUMENTAIRE	54
AXE 1 : LE PROJET D’ÉTABLISSEMENT COMME GARANT DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE LA STRATÉGIE D’ACCOMPAGNEMENT	54
Construire le projet d’établissement, une démarche participative.....	54
Accompagner aux changements et adapter les compétences	58
AXE 2 : ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS	61
L’accueil.....	61
Liberté et sécurité des résidents	63
Coordination/parcours.....	64
Sous thématique : Accompagner la perte d’autonomie et la fin de vie	66
AXE 3 : L’ACCOMPAGNEMENT À LA PRÉSERVATION DE LA VIE SOCIALE ET DE L’AUTONOMIE DES RÉSIDENTS	71
Chapitre 1 et 2 : favoriser le lien social (au sein de la résidence et à l’extérieur)	71
Participation sociale des personnes âgées.....	99
Activité physique et santé des personnes âgées.....	116
Prévention des maladies neuro-dégénératives (MND) et préservation de la santé mentale	138
Actions de prévention adaptées / Agir sur les facteurs de risque de perte d’autonomie	146
Annexe 1 – Recherche documentaire	171
Annexe 2 – Références	173
Annexe 3 – Critères de prescription d’activités physiques	179
Annexe 4 – Des exemples d’éléments permettant de conserver la motivation des PA à pratiquer régulièrement des activités physiques	183

PRÉAMBULE

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont des repères, des orientations, des pistes permettant aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques. Elles visent à l'amélioration de la qualité des prestations rendues aux usagers et à la mise en œuvre de la démarche d'évaluation.

Les recommandations de l'Anesm sont utilisées comme référentiel pour l'évaluation de la qualité des prestations et des activités des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les RBPP représentent l'état des connaissances qui fait consensus à un moment donné. Elles ne sont pas des dispositions réglementaires, ni un recueil des pratiques innovantes. Elles ne définissent pas non plus un référentiel d'évaluation pour le secteur social et médico-social. En effet, une pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte précis et à un moment donné, en fonction des connaissances existantes. Si elle cible des pratiques précises, une recommandation n'a pas pour but d'apporter des solutions « clé en mains »

L'élaboration de RBPP s'attache à identifier l'information la plus rigoureuse et la plus pertinente. Quelle que soit la méthode retenue pour leur élaboration, une analyse critique de la littérature disponible sur le thème à traiter est réalisée dans une perspective pluridisciplinaire (droit, médecine, sociologie, anthropologie, sciences politiques etc.).

L'argumentaire

L'argumentaire réalisé sous la responsabilité de l'Anesm, apporte des arguments sur lesquels se fondent les recommandations. Il se construit au fur et à mesure du projet et tient compte des éléments recueillis dans la revue de littérature, des échanges du groupe de travail et des éléments fournis par les enquêtes complémentaires (étude qualitative et/ou enquête quantitative). Par un système de grade, il permet d'appuyer les thèmes qui seront abordés dans les recommandations.

L'argumentaire est un outil qui est diffusé sur le site Internet en même temps que les recommandations.

Par un système de grade, il permet d'appuyer les thèmes qui seront abordés dans les recommandations.

Les recommandations « La Qualité de vie en résidences autonomie » sont téléchargeables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

Abréviations et acronymes

- **AAN** : Académie américaine de neurologie
- **AGGIR** : Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
- **Agirc** : Association générale des institutions de retraite des cadres
- **AHA** : American heart association
- **AHRQ** : Agency for healthcare research and quality
- **ALD** : Affections de longue durée
- **AMP** : Aide médico-psychologique
- **ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance
- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ANSES** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- **AP** : Activités physiques
- **APA** : American psychiatric association
- **APL** : Aide personnalisée au logement
- **APS** : Activité physique et sportive
- **Arrco** : Association des régimes de retraites complémentaire
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **ASPA** : Allocation de solidarité aux personnes âgées
- **ASV** : Adaptation de la société au vieillissement
- **AVC** : Accident vasculaire cérébral
- **BEH** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- **BMJ** : British medical journal
- **BVA** : Brulé, Ville et Associés
- **CARE** : Capacités, Aides et Ressources des seniors
- **CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- **Cat.** : Catégorie
- **CCAS** : Centre communal d'action sociale
- **CCG** : Commission de coordination gériatrique
- **CCH** : Code de la construction et de l'habitation
- **CEP** : Certificat d'études primaires
- **CEPES** : Centre d'études politiques, économiques et sociales
- **CépiDc** : Centre d'épidémiologie des causes de décès
- **ChuPADom** : Chutes des personnes âgées à domicile
- **CIAS** : Centre intercommunal d'action sociale
- **CINAHL** : Cumulative index to nursing and allied health literature
- **CISMeF** : Catalogue et index des sites médicaux francophones
- **CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- **CMU-C** : Couverture maladie universelle et complémentaire
- **CNA** : Conseil national des aînés
- **CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- **CPBVAA** : Centre de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco
- **CPI** : Cardiopathies ischémiques
- **CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CREDOC** : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- **CS** : Complémentaire Santé
- **CSA** : Conseil, sondages et analyses
- **CVS** : Conseil de la vie sociale

- **DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DREES** : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DIPC** : Document individuel de prise en charge
- **EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique
- **EHPA** : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EIG** : Estimation indicative globale
- **EMS** : Etablissements médico-sociaux
- **EPAC** : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
- **ERP** : Etablissements recevant du public
- **ESAI** : Etat de Santé des personnes Agées dans les Institutions
- **ESCC** : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
- **ESS** : Enquête suisse sur la Santé
- **ESMS** : Etablissements sociaux et médico-sociaux
- **ETP** : Equivalents temps plein
- **EV** : Espérance de vie
- **FCRST** : Free and cued selective reminding test
- **FESF** : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
- **FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- **FL** : Foyer-logement
- **FNORS** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- **GIR** : Groupe iso-ressources
- **GRADE** : Grading of recommendations assessment, development and evaluation
- **GT** : Groupe de travail
- **Hab.** : Habitant
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **HAPPIER** : Healthy Activity & Physical Program Innovations in Elderly Residences
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HDL** : High density lipoprotein
- **HLM** : Habitation à loyer modéré
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **IC** : Insuffisance cardiaque
- **IDM** : Infarctus du myocarde
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **IPP** : Institut des politiques publiques
- **IRA** : Infections respiratoires aiguës
- **IRDES** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- **MA** : Maladie d'Alzheimer
- **MAAD** : Maladie d'Alzheimer et autres démences
- **MAPA** : Maison d'accueil pour personnes âgées
- **MARPA** : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
- **MCO** : Médecine chirurgie obstétrique
- **MG** : Médecin généraliste
- **mhGAP** : Mental health gap action programme
- **MMSE** : Mini mental state examination
- **MSA** : Mutualité sociale agricole
- **NASEM** : National academies of sciences, engineering and medicine

- **NHS** : National health service
- **NICE** : National institute for health and clinical excellence
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONG** : Organisation non gouvernementale
- **ORS** : Observatoires régionaux de santé
- **OSCOUR – SurSauD** : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences – Surveillance sanitaire des urgences et des décès
- **PA** : Personnes âgées
- **PASE** : Physical activity scale for the elderly
- **PCH** : Prestation de compensation du handicap
- **PE** : Projet d'établissement
- **PEDro** : Physiotherapy evidence database
- **PH** : Personne handicapée
- **PICO** : méthode Patient/Intervention/Comparaison/Outcome
- **PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- **PNNS** : Programme national nutrition santé
- **PP** : Projet personnalisé
- **PSM** : Panel suisse de ménages
- **RA** : Résidence autonomie
- **RBPP** : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- **RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé
- **RSI** : Régime social des indépendants
- **SAAD** : Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SCA** : Syndrome coronaire aigu
- **SDF** : Sans domicile fixe
- **SFA** : Société française d'alcoologie
- **SFDRMG** : Société française de documentation et recherche en médecine générale
- **SFGG** : Société française de gérontologie et de gériatrie
- **SHARE** : Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe
- **SPASAD** : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
- **SRCV/SILC** : Statistiques sur les ressources et les conditions de vie/ statistics on income and living conditions
- **SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile
- **TMT** : Trail making test
- **TUG** : Timed up and go
- **UDA** : Union des annonceurs
- **UNCASS** : Union des caisses nationales de sécurité sociale
- **USLD** : Unités de soins de longue durée
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **VUB** : Vrije universiteit Brussel

A. LE CONTEXTE GENERAL DES RECOMMANDATIONS

1. DU LOGEMENT-FOYER A LA RÉSIDENCE AUTONOMIE

« Les logements-foyers pour personnes âgées se sont développés à compter des années 1960-70 dans le cadre des politiques d'amélioration de l'habitat (dès 1957, la loi-cadre sur l'urbanisme donne la possibilité d'utiliser des crédits HLM pour financer les logements-foyers). »¹

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975, réformée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a intégré les logements-foyers au rang des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

A ce titre, les logements-foyers relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF) sont tenus de mettre en place un certain nombre d'outils pour garantir les droits fondamentaux des usagers: projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, conseil de vie sociale, médiateur ou personne qualifiée, contrat de séjour ou DIPC.

En outre, les enjeux liés à la prévention sont un axe fort de la Loi de modernisation de notre système de santé (loi santé)² et de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)³. Dans cet esprit, les logements-foyers ont, pour la plupart, « basculé » en résidences autonomie⁴ et leur mission en matière de prévention de la perte d'autonomie est désormais renforcée. Le décret du 27 mai 2016 définit plus précisément le contour de ces ex-logements-foyers (voir description plus haut).

Les résidences autonomie sont soumises à une double réglementation, celle du 6° de l'article L312-1 du code d'action sociale et des familles (CASF) et celle des articles 633-1 à L. 633-3 et L. 633-5 du code de la construction et de l'habitation (CCH).

2. LES NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENCES AUTONOMIE

Le décret du 27 mai 2016⁵ fixe les nouvelles dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et notamment les celles relatives aux résidences autonomie.

Si l'évolution majeure du foyer-logement à la résidence autonomie tient à la création du forfait autonomie, le décret définit par ailleurs :

- Les prestations minimales⁶, individuelles et collectives concourant à la prévention de la perte d'autonomie. Elles concernent la mise à disposition d'un logement privatif comprenant des

¹ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE (DGCS). *Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes : préconisations du groupe de travail relatif aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) dont les logements foyers et autres formes d'habitat avec services (hors loi 2002-2)*. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'un des axes majeurs de cette loi est le renforcement de la prévention.

³ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

⁴ Les résidences autonomie sont à distinguer des résidences services, même si elles présentent des caractéristiques communes, les résidences services représentent une offre commerciale qui ne relève pas du CASF, elles ne sont pas catégorisées ESMS et ne sont pas soumises à autorisation. Elles peuvent prendre différentes formes : Maison d'accueil pour personnes âgées (MAPA), Maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA).

⁵ Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

connectiques pour recevoir la télévision et installer le téléphone ; la mise à disposition et l'entretien des locaux collectifs ; l'offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence ou à l'extérieur portant notamment le développement du lien social et de la citoyenneté, l'accès à un service de restauration interne ou à proximité, l'accès à un service de blanchisserie, l'accès aux moyens de communication y compris internet, l'accès à un dispositif de sécurité 24h/24 apportant une assistance par tous les moyens et permettant aux résidents de se signaler, l'accès à des animations collectives organisées au sein de la résidence et l'organisation d'activités à l'extérieur.

- L'attribution d'un forfait autonomie sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)⁷ entre le conseil départemental et l'établissement qui permet de financer tout ou partie des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie⁸ au profit des résidents et, le cas échéant des personnes extérieures. Ce forfait autonomie peut prendre en charge la rémunération de personnels disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie⁹. Ces derniers peuvent être mutualisés avec un ou plusieurs établissements. La résidence peut aussi recourir à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, le cas échéant mutualisés avec un ou plusieurs autres établissements. Enfin, il peut y avoir un recours à un ou plusieurs jeunes en service civique en cours d'acquisition de compétences en matière de prévention;
- Les règles relatives aux publics accueillis, notamment au regard de leur degré d'autonomie : les résidences autonomie accueillent principalement des personnes âgées de plus de 60 ans autonomes en GIR 5-6. Elles peuvent désormais accueillir des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), dans des proportions inférieures à 15% de la capacité autorisée de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 à 2 à condition que le projet d'établissement le prévoit et qu'une convention de partenariat¹⁰ soit conclue d'une part, avec un Ehpad et, d'autre part, au moins l'un des acteurs sanitaires ou médico-sociaux suivants : un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé; etc. En cas de dépassement de ces seuils, fixés pour ces établissements, une orientation vers un accueil plus adapté doit être proposée dans un délai maximum d'un an¹¹. Peuvent aussi être accueillis dans le cadre d'un

⁶ Ces prestations, autrefois facultatives constituent le socle obligatoire devant être mis en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

⁷ Dans le cadre d'un établissement qui bénéficie d'un forfait de soins, ce contrat est également conclu avec l'Agence régionale de santé.

⁸ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE (DGCS). *Fiche synthétique. Décret relatif aux résidences autonomie*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016. « Les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie portent notamment sur le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques, la nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes, le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté, l'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ainsi que la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités. »

⁹ *Ibid.* Sont notamment concernés les animateurs, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et de diététiciens, à l'exception de personnels réalisant des soins.

¹⁰ L'article D. 313-24-2 (2°) du CASF définit le contenu de cette convention qui comprend les modalités de coopération et d'intervention, le cas échéant, auprès des résidents, ainsi que les modalités d'organisation des relations et des partenariats relatifs à l'organisation ou à la mutualisation de certaines actions de prévention. Il existe des « modèle-type » pour les conventions entre résidence autonomie et les structures suivantes : Ehpad, établissement de santé MCO et SSIAD ou SPASAD, élaborés par la DGCS (consultation en cours).

¹¹ « Si une résidence autonomie dépasse légèrement, à un moment donné, les nouveaux seuils fixés par les textes, celle-ci aura en pratique le temps nécessaire pour régulariser sa situation, comme cela se pratiquait antérieurement à la loi ASV. Des variations imprévues peuvent toujours intervenir, l'important étant que le dépassement des seuils soit temporaire. » (Source : MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, *op. cit.*)

projet d'établissement à visée intergénérationnelle, des personnes handicapées, des étudiants et jeunes travailleurs dans des proportions égales ou inférieures à 15% de la capacité autorisée ;

- Le délai de préavis pour toute résiliation du contrat de séjour en résidence autonomie égal à 8 jours lorsqu'il est à l'origine du résident et à un mois lorsqu'il est à l'origine du gestionnaire de l'établissement ;
- Le contenu et les modalités des transmissions aux ARS des autorisations délivrées par les conseils départementaux aux résidences autonomie.

3. ENJEUX ET OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Dans la continuité des deux recommandations déjà produites à destination des résidences autonomie¹², les recommandations relative à « La qualité de vie en résidences autonomie » visent à **accompagner les directeurs des résidences autonomie pour la mise en œuvre effective de l'ensemble des mesures préventives mais, beaucoup plus largement, elles visent à accompagner les directeurs et leurs équipes dans la mutation du logement-foyer à la résidence autonomie.**

¹² ANESM. *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. Volet résidences autonomie*. Saint-Denis : Anesm, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/perte_autonomie_volet_resi_aut_decembre_2016.pdf>.

ANESM. *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie*. Saint-Denis : Anesm, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficience_resi_aut_230117.pdf>.

B. ETAT DES LIEUX

Données sur les personnes âgées

Même si l'intention dans cet état des lieux était de se focaliser sur les données françaises, la portée a été élargie pour y inclure un certain nombre de données européennes notamment pour avoir des éléments de comparaison (état de santé, accès aux soins et qualité de vie).

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ⚠ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
1	Rapport DREES et Santé Publique France	2017	FOURCADE, N., VON LENNEP, F., GRÉMY, I., BOURDILLON, F., (dir) DREES SANTÉPUBLIQUE FRANCE	L'état de santé de la population en France	37-46	France	<p>Synthèse : Ce rapport s'appuie sur la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux. Il est présenté sous forme de fiches thématiques.</p> <p>Bilan démographique 2017 :</p> <p>66.6 Millions de français :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition par âge : <ul style="list-style-type: none"> o 24,6 % de moins de 20 ans, o 20% ont 65 ans et plus, o 9,1 % de 75 ans ou plus - 21 000 centenaires - 65-84 ans : 10.6 millions de personnes - 85 ans et plus : 2 millions de personnes - L'espérance de vie à la naissance : <ul style="list-style-type: none"> o 78,9 ans pour les hommes o 85 ans pour les femmes en 2015 - Espérance de vie à 65 ans : <ul style="list-style-type: none"> o 20 ans pour les hommes et de 	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve	
						<ul style="list-style-type: none"> ○ 24 ans pour les femmes - Espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activités en 2015 :10,6 ans pour les femmes, 9,7 ans sur 19,0. Donc les femmes vont vivre en moyenne 14 ans avec une incapacité et les hommes 10 ans. 		
2	Enquête	2017	CSA, LES PETITS FRÈRES DES PAUVRES	La solitude et l'isolement chez les personnes âgées de 60 ans et plus		France	<p>Contexte : Enquête quantitative réalisée pour les petits frères des pauvres par la CSA</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mode de recueil : questionnaire administré par téléphone (durée : 15 min en moyenne) - Période de recueil : 15 au 30 juin 2017 - Cible interrogée : échantillon nationale de 1804 individus représentatif de la population française métropolitaine <p>Résultats :</p> <p>1- Caractéristiques des personnes interrogées</p> <ul style="list-style-type: none"> - 56% de femmes et 44% d'hommes - Agées de 60 ans et plus <p>2- Les situations d'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicateur d'isolement relationnel: sont considérées comme isolées les personnes ne rencontrant jamais physiquement les membres de leurs réseaux de sociabilité (famille, amis, voisins, acteurs associatifs) ou ayant uniquement des contacts très épisodiques avec ces différents réseaux (quelques fois dans l'année ou moins souvent) ; - 6% des PA de 60 ans et plus sont isolées à la fois des cercles familial et amical (soit plus de 900 000 per- 	C

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						sonnes) ; - à partir de 85 ans, il y a une rupture significative des cercles de sociabilité : contacts moins fréquents avec les petits-enfants, avec la famille éloignée, avec le cercle associatif, le voisinage - 2% sont isolées des 4 cercles de sociabilité (soit environ 300 000 personnes) ; - Utilisation d'internet : <ul style="list-style-type: none"> ○ 38% des personnes interrogées utilisent internet, que ce soit pour surfer sur internet, pour envoyer/recevoir des mails ou pour aller sur des réseaux sociaux. Parmi ceux-ci, 56 % des PA l'utilisent tous les jours dont 70% d'hommes ; ○ 31 % ne l'utilisent jamais parmi lesquelles on compte davantage les femmes (41%) et les Hauts-De-France (46%) - Plus d'une personne sur 3 (34%) ne sort pas de chez elle tous les jours. 3- La problématique de la solitude <ul style="list-style-type: none"> - 28% des 60 ans et plus sont préoccupés par la solitude et l'isolement ; - Cette crainte est d'autant plus marquée en milieu rural et dans les petites agglomérations ; - Plus d'1 personne sur 2 se sent seul (56%). L'expérience fréquente de la solitude s'accroît avec l'âge ; - Près d'1 tiers des 60 ans et plus n'ont aucune personne 	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>avec qui parler de choses personnelles (39% pour les 75 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lien isolement/précarité confirmé dans cette étude : <ul style="list-style-type: none"> o 40% d'ouvriers retraités o 43% sans accès à internet o 49% isolés du cercle amical et 49% du cercle de voisinage o 39% ne font pas partie d'une association - Dans ce contexte, les contacts avec les proches et en particulier avec la famille (48%) sont souvent espérés ; - Pour lutter contre la solitude et l'isolement, le maintien des services et commerces de proximité semblent prioritaires pour 58% des répondants. Arrive ensuite le développement de solutions de transport adaptées (pour 51% des répondants) et l'information sur les aides et allocations financières (pour 51%) ; - 88% des 60 ans et plus se disent heureux (plus que l'ensemble des français et 95% se déclarent autonome dans la vie quotidienne ; - Pour une grande majorité d'entre eux (84%), le souhait de vieillir chez soi (avec ou sans aide) prédomine <p>Conclusion : Face à cet isolement préoccupant d'un nombre encore trop important de seniors, les Petits frères des pauvres préconisent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un meilleur repérage des personnes isolées, par l'intermédiaire des services de proximités et des CCAS, 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - une coopération des acteurs concernés, - une sensibilisation de l'opinion publique, - une lutte sérieuse contre l'exclusion numérique des seniors, - un combat accru de la précarité (augmenter l'ASPA et rendre l'aide à domicile plus accessible financièrement). 	
3	Enquête IRDES DREES / <i>Les Rapports de l'IRDES</i> n°566	2017	CÉLANT, N., GUILLAUME, S. ROCHEREAU, T.	L'Enquête santé européenne. Enquête et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014		France	<p>Objectif de l'article : Etudier les liens existant entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance santé (publique et privée) et les caractéristiques individuelles en particulier le statut socio-économique des individus. L'article donne des éléments chiffrés (tableaux stats) concernant les inégalités de santé de la population française âgée de 15 et de 65 ans ou plus.</p> <p>Méthodologie : Questionnaires administrés (face à face ou téléphone) auprès des bénéficiaires de l'Assurance maladie vivant à domicile (ceux du Régime Général + MSA + RSI+ sections locales mutualistes - fonctionnaires et des régimes locaux et les régimes spéciaux) ainsi que les membres de leur entourage si la personne ne peut pas répondre seule. Ils sont sollicités tous les 4 ans. Le régime des étudiants n'est pas pris en compte dans l'enquête. Elle est représentative de 95% de la population vivant en ménages ordinaires.</p> <p>Principaux résultats : Les données sont classées en 5 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat de santé en 2014 (situation de santé déclarée, symptômes dépressifs, facteurs de risque comme alcool et cigarettes). - Couverture complémentaire - Renoncement et recours aux soins -Prévention (tests comme mammographie, frottis cervico-utérin, coloscopie etc.) - Conditions de travail (travail de nuit, répétitif, port de charges 	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						lourdes etc.) ETAT DE SANTE : 69 % des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarent en « bon » ou « très bon » état de santé, 23 % déclarent un état de santé « assez bon » et 7 % un « mauvais » ou « très mauvais » état de santé. Les hommes se déclarent plus souvent un « bon » ou « très bon » état de santé que les femmes : 71 % contre 68 % 38% des personnes déclarent un problème de santé chronique ou de caractère durable et 26 % des personnes déclarent une limitation dans les activités. 28% des personnes de 15 ans ou plus fument et 22% fument quotidiennement. 23% des 15 ans et plus sont consommateurs à risque ponctuel d'alcool et 7% à risque chronique ou dépendants. Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, 43,7% déclarent avoir un état de santé « assez bon », 13,5% « mauvais » et 2,5% « très mauvais ». Parmi celles âgées entre 15 et 39 ans, 9,6% des personnes déclarent avoir un état de santé « assez bon », 1,8% « mauvais » et 0,1% « très mauvais ». Parmi les personnes de 65 ans et plus qui déclarent avoir des problèmes de santé, elles souffrent pour la moitié d'arthrose (49,5%), de douleur ou affection chronique du dos et du bas du dos (38,3%) et d'hypertension artérielle (35,1%) - <u>Profil des individus qui déclarent avoir un « assez bon » et un « mauvais » état de santé :</u> Femmes âgées de 65 ans ou plus, vivant seules dans des communes isolées d'une zone urbaine, faiblement diplômées (CEP), anciennes employées de commerce, exonérées du ticket modérateur et ne percevant pas de complémentaire santé.	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>On retrouve ces mêmes caractéristiques sociologiques pour les personnes qui déclarent avoir une maladie chronique, des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activités (de soins personnels ou des activités instrumentales de la vie quotidienne).</p> <p>RENONCEMENT ET RECOURS AUX SOINS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Profil des individus ayant été hospitalisés au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes âgées de 65 ans ou plus vivant seules dans des commune de grand pôle urbain, anciennes employées de commerce, faiblement diplômées (CEP) bénéficiant de la CMU-C, exonérées du ticket modérateur et se déclarant en « très mauvais » état de santé. - <u>Profil des individus ayant été hospitalisés en ambulatoire au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes âgées de 65 ans ou plus dont le ménage est une famille monoparentale, vivant dans des commune de grand pôle urbain, inactives n'ayant jamais travaillé, faiblement diplômées (aucun diplôme ou CEP) bénéficiant de la CMU-C, exonérées du ticket modérateur et se déclarant en « très mauvais » état de santé. - <u>Profil des individus ayant eu recours à un dentiste au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes âgées de 40 à 64 ans, actives occupées ; exerçant une profession de cadre et prof intell supérieure, diplômées du supérieure, vivant en couple sans enfant dans une commune en couronne de grand pôle, ne bénéficiant pas du ticket modérateur et disposant d'une Complémentaire Santé (CS). Ces personnes se déclarent en « bon » état de santé. 	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<ul style="list-style-type: none"> - <u>Profil des individus ayant eu recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes âgées de 65 ans ou plus, retraitées, ayant exercées un emploi de profession intermédiaire, faiblement diplômé (CEP), vivant en couple sans enfant dans une commune de grand pôle. Elles sont exonérées du ticket modérateur, elles bénéficient d'une complémentaire santé et elles se déclarent en « mauvais » état de santé. - <u>Profil des personnes ayant eu recours à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes âgées de 65 ans ou plus, retraitées, ayant exercée un emploi de cadre et prof intell sup, faiblement diplômées (CEP), vivant en couple sans enfant dans une commune de grand pôle urbain. Elles sont exonérées du ticket modérateur et elles bénéficient d'une CS. Elles se déclarent en « mauvais » état de santé - <u>Profil des personnes ayant eu recours à des services de soin ou d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes de 65 ans ou plus, faiblement diplômées, vivant seules dans une commune isolée d'un pôle urbain, exonérées du ticket modérateur, bénéficiant d'une CS et se déclarant en « très mauvaise » santé. - <u>Profil des personnes ayant pris des médicaments prescrits par un médecin au cours des 12 derniers mois :</u> Femmes de 65 ans ou plus, retraitées, faiblement diplômées (CEP), vivant en couple sans enfant, exonérées du ticket modérateur, bénéficiant d'une CS et se déclarant en « très mauvaise » santé. 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
4	Enquête DREES / <i>Études et Résultats</i> , n°1029	2017	BRUNEL, M., CARRERE, A.	Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête Care « ménages »	1-6	France	<p>Objectif : L'article vise à décrire la situation des personnes âgées désignées comme « dépendantes » et vivant à domicile. Dans cet article, la dépendance est appréhendée selon trois types d'indicateurs distincts (GIR, Katz, Colvez).</p> <p>Méthodologie : Exploitation statistique de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) de 2015 réalisée auprès de 10 628 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile.</p> <p>Résultats : En 2015, 10% de personnes âgées de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie soit 1 459 000 personnes. Parmi elles, 6,7% ont un niveau de dépendance peu élevé (GIR4) et 1,8% présente une dépendance sévère (GIR 1 ou 2) soit 260 000 personnes. L'indicateur de Katz et de Colvez mettent en exergue des situations de dépendance sévère. Ils sont établis sur un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR. Avec l'indicateur Katz, 477 000 personnes âgées de 60 ans ou plus sont incapables de réaliser seules au moins une activité de la vie quotidienne, soit 3,3% des 60 ans ou plus. Selon l'indicateur Colvez, 376 000 personnes âgées de 60 ans ou plus ont besoin d'aide pour la mobilité, soit 2,6% des individus âgés de 60 ans ou plus. A partir de 75 ans, les femmes sont systématiquement et notablement plus touchées par la dépendance que les hommes, y compris pour des niveaux de dépendance peu élevés. Parmi les individus âgés de 60 à 74 ans, la prévalence de la perte d'autonomie est globalement restée stable entre 2008 et 2015. Ainsi, en 2008, selon le GIR, 16% des femmes de 75 ans ou plus vivant à domicile ou résidant en institution sont concernées par une dépendance sévère (19,2% selon l'indicateur de Colvez) contre 15,5% en 2015 (19% selon l'indicateur de Colvez).</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
5	Rapport Observatoire suisse de la Santé	2012	ZIMMERMANN-SLOUTSKIS, D., MOREAU GRUET, F., ZIMMERMAN, E.	Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution		Suisse	<p>Objectifs</p> <p>Cette étude vise en particulier à mieux connaître les principaux éléments, du point de vue des personnes âgées elles-mêmes, dans l'évaluation de leur qualité de vie et à répondre aux trois questions suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées vivant à domicile par rapport à celles vivant en institution ? 2. Quels sont les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution ? 3. Quels sont les groupes de déterminants qui expliquent le mieux la qualité de vie dans chacun des deux lieux de vie ? <p>Méthode</p> <p>3 sources de données ont été considérées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les données provenant de l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI¹³-08/09), - du Panel suisse de ménages (PSM¹⁴ 2000-2010) - et, subsidiairement, de l'Enquête suisse sur la Santé (ESS¹⁵ 2007. <p>Le concept de qualité de vie est multidimensionnel et complexe. Le</p>	

¹³ L'ESAI a été conçue pour compléter les données de l'Enquête suisse sur la santé en interrogeant les personnes vivant en institution directement ou par le biais du personnel soignant. Seuls les résultats issus d'interviews directes avec les personnes ont pu être analysés, car les données provenant de questionnaires remplis par le personnel soignant pour une partie des personnes âgées souffrant de limitations fonctionnelles et cognitives importantes ne contiennent pas d'informations sur la qualité de vie.

¹⁴ Le PSM est une base de données longitudinales dont le but est d'étudier le changement social en Suisse. L'enquête du PSM est menée annuellement auprès d'un échantillon aléatoire de ménages résidant en Suisse, tiré en 1999 et partiellement renouvelé en 2004. Il contient des informations sur la qualité de vie, mais un nombre relativement restreint de ménages composé de personnes de 65 ans et plus.

¹⁵ L'ESS a l'avantage de contenir un plus grand sous-échantillon de personnes de 65 ans et plus et de garantir une meilleure représentativité que le PSM en raison de l'absence de problèmes d'attrition longitudinale, mais n'inclut pas d'informations relatives à l'appréciation de la qualité de vie

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>modèle de la qualité de vie choisi pour l'analyse est basé sur l'hypothèse suivante : La qualité de vie des personnes âgées se trouve principalement déterminée par leur situation de vie, leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient. La santé et la maladie interviennent secondairement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. La prise en charge médicale influence indirectement la qualité de vie dans la mesure où elle contribue à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle.</p> <p>Résultats</p> <p>1- <i>Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées vivant à domicile par rapport à celles vivant en institution ?</i></p> <p>Un très fort contraste entre les personnes âgées vivant à domicile et celles qui vivent en institution confirme que ce sont bien les sévères limitations dans l'exercice des activités de la vie quotidienne qui sont le principal motif pour une entrée en institution.</p> <p>Les personnes âgées interviewées en institution sont majoritairement en mauvaise santé (57% contre 29% à domicile) et ont des problèmes de santé de longue durée (77% contre 45% à domicile). En outre, elles sont le plus souvent « fortement limitées » dans l'exercice des activités de la vie quotidienne (50% contre 12% à domicile). Ainsi, 77% d'entre elles sont incapables ou avec beaucoup de difficultés de prendre sans aide « une douche ou un bain » (3,8% à domicile), 54% de « s'habiller » (1.3% à domicile) et 49% de se rendre aux « toilettes » (1% à domicile).</p> <p>Les différences sociodémographiques sont également très importantes. Par rapport aux personnes âgées vivant à leur domicile, les personnes vivant en institution sont en très forte majorité des</p>	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>femmes (75% contre 57% à domicile) et très âgées (80% de 80 ans ou plus contre 23% à domicile). En plus, elles sont presque exclusivement de nationalité suisse (95% contre 80% à domicile) et d'un niveau de formation nettement inférieur (50% de scolarité obligatoire contre 25% à domicile).</p> <p>2- <i>Quels sont les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution ?</i></p> <p>Pour les personnes âgées résidant à domicile, le niveau moyen de satisfaction avec la vie en général est de 8.2 sur une échelle allant de 0 à 10, et pour les personnes en institution (ESAI) de 6.5. Trois quarts des personnes âgées résidant à domicile se déclarent satisfaites avec la vie en général. Près de deux tiers de celles qui résident en institution estiment que leur qualité de vie est bonne ou très bonne.</p> <p>Les principaux facteurs de la qualité de vie dans l'appréciation des personnes âgées elles-mêmes sont la participation active à la vie sociale et la disponibilité d'un fort soutien social d'une part et la santé, maladie et autonomie fonctionnelle d'autre part.</p> <p><u>Pour les personnes âgées vivant à domicile</u>, tous ces facteurs sont significativement corrélés avec la qualité de vie, et cela de manière très semblable pour les hommes et les femmes. Sont particulièrement à risque d'une mauvaise qualité de vie, les personnes sans conjoint, sans soutien social, en mauvaise santé physique ou psychique ou atteintes d'une limitation fonctionnelle sévère.</p> <p><u>Pour les personnes âgées vivant en institution</u>, ces facteurs jouent un rôle assez similaire en ce qui concerne l'effet négatif de la non-participation aux activités organisées par l'institution et du manque</p>	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>de soutien social, particulièrement auprès des femmes. Contrairement au bienfait de la présence d'un conjoint pour les personnes vivant à leur domicile, avoir vécu avec un conjoint avant l'entrée en institution se révèle plutôt négatif pour la qualité de vie des personnes en institution, très probablement en raison de la souffrance engendrée par la séparation. La mauvaise santé physique et psychique, ainsi que les limitations fonctionnelles sévères augmentent très considérablement le risque d'une mauvaise qualité de vie pour les personnes vivant en institution. D'autres éléments propres à la situation institutionnelle ont également leur importance. Les personnes ayant elles-mêmes décidé de leur entrée en EMS¹⁶ jouissent d'une meilleure qualité de vie (67% contre 52% pour les autres), de même que les personnes qui maintiennent des contacts avec d'autres résidents (66% contre 50%). Les sentiments concernant la vie en EMS qui interfèrent le plus avec la qualité de vie sont le manque de sérénité et le fait de ne pas se sentir soulagé d'être en EMS.</p> <p><i>3- Quels sont les groupes de déterminants qui expliquent le mieux la qualité de vie dans chacun des deux lieux de vie ?</i></p> <p>La bonne santé physique et psychique, ainsi que l'absence de limitations fonctionnelles jouent un rôle prépondérant pour la bonne qualité de vie des personnes âgées qu'elles vivent à domicile ou en institution. Ainsi, une mauvaise santé psychique triple le risque d'une mauvaise qualité de vie. D'autres facteurs ne sont plus statistiquement significatifs. La prise en charge médicale par exemple, très liée</p>	

¹⁶ En Suisse, les établissements médico-sociaux (EMS) désignent les établissements qui hébergent des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée.

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							aux divers aspects de la santé, n'a pas d'influence indépendante sur la qualité de vie. Les facteurs de la qualité de vie se différencient selon le lieu de vie des personnes âgées : A domicile, la participation associative et le soutien social contribuent très positivement à la qualité de vie en plus des éléments liés à la santé. Au-delà de ces trois facteurs, la nationalité et le niveau de formation jouent également un rôle. Les Suisses d'origine et les personnes les mieux formées jouissent d'une meilleure qualité de vie que les étrangers non naturalisés et les personnes n'ayant achevé que l'école primaire. Les femmes âgées les moins bien formées sont particulièrement à risque d'une mauvaise qualité de vie. En institution, les personnes qui participent aux activités qui y sont organisées jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent. Seule l'absence de tout soutien pratique et émotionnel apparaît affecter négativement la qualité de vie. Quel que soit le lieu de vie, les résultats indiquent d'une manière très nette qu'un mauvais état de santé et une limitation fonctionnelle influencent significativement le risque d'une moindre qualité de vie. Toutefois, le modèle réduit aux déterminants communs des deux lieux de vie atteste d'un meilleur pouvoir explicatif pour les personnes vivant à domicile que pour celles qui vivent en institution. Par ailleurs, il s'avère que les personnes âgées en mauvaise santé participent dans une moindre mesure à la vie sociale et estiment bénéficier d'un moindre soutien social. Ainsi, les personnes en mauvaise santé subissent une détérioration de leur qualité de vie par l'effet direct qu'exerce leur mauvaise santé sur leur qualité de vie, mais aussi par un effet indirect au travers de la diminution de leur participation sociale et du soutien social plus	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
						<p>faible dont elles bénéficient.</p> <p>Conclusions Pour les personnes âgées quel que soit leur lieu de résidence, la mauvaise santé détériore de façon importante leur qualité de vie. <u>Pour les personnes vivant à domicile</u> et majoritairement en meilleure santé que celles en institution, la participation associative et le soutien social y contribuent très positivement et cela indépendamment de leur niveau de santé. <u>Pour les personnes en institution</u> et majoritairement en mauvaise santé, le niveau de santé prend une importance prépondérante pour la qualité de vie. En institution, la qualité de vie des personnes âgées apparaît fortement influencée par l'état de santé physique et psychique comme si la vie sociale se « rétrécissait » à la seule dimension sanitaire. Toutefois, on peut se demander si l'absence d'effet du soutien social extérieur à l'institution résulte du rétrécissement de l'univers social propre au cadre institutionnel et/ou de la sévère diminution des capacités physiques et mentales des personnes âgées qui y résident. En effet, les contacts avec l'extérieur de l'institution tout en étant vécus positivement pourraient également rappeler « l'enfermement » par rapport à la vie antérieure « libre » à domicile.</p> <p>Apports et limitations de l'étude : Les résultats observés mettent en évidence l'intérêt des études sur la qualité de vie et la pertinence du modèle d'analyse adopté, démontrant que la qualité de vie n'est pas réductible aux seules dimensions sanitaires. En plus, ils laissent entrevoir que les facteurs associés à la qualité de vie des personnes âgées devraient être réfléchis et élargis</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>en tenant davantage compte de la disponibilité du soutien social en relation avec la santé physique/psychique et des limitations fonctionnelles, ainsi que des opportunités et limitations propres à chacun des lieux de vie. L'exclusion de l'étude des personnes n'ayant pas pu être interviewées donne une image trop positive de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes vivant en institution. En quoi consiste la qualité de vie de personnes physiquement et mentalement si fortement diminuées au point de ne plus être capables de s'exprimer à leur sujet ? Le « design hiérarchique » et la faible taille de l'échantillon de l'ESAI donnent lieu à des intervalles de confiance particulièrement larges. Par conséquent, les coefficients « odds ratios » peinent à atteindre le seuil de signification statistique de p.05, tout en étant d'une ampleur comparable à ceux du PSM.</p> <p><i>A intégrer dans les RBPP (Partie « Objectifs et enjeux ») : « La médecine se trouve souvent démunie pour soulager les personnes âgées atteintes dans leur santé et encore davantage pour les guérir. Par conséquent, les efforts pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées devraient se focaliser prioritairement sur la participation et le soutien social, ainsi que le maintien et le rétablissement de leur autonomie fonctionnelle dans la vie quotidienne par des moyens appropriés. »</i></p>	
6	Document de travail	2017	SECRETARIAT GÉNÉRAL DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES	Les limitations d'activités après 65 ans entre 2008 et 2014 dans cinq pays		France Allemagne Suède Italie Royaume-	<p><u>Objectif</u> : Donne pour genre et tranche d'âge le pourcentage de personnes limitées dans leurs activités dans 5 pays européens.</p> <p><u>Méthodologie</u> : enquête SRCV-SILC de l'INSEE</p>	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
			européens dont la France		Uni	<p>Résultats : En moyenne, entre 2008 et 2014 en France, plus de 50% des hommes et femmes de 65 ans et plus se déclarent limités dans leurs activités.</p> <p>Le pourcentage de personnes limitées dans leur activité est en France à un niveau moyen (par rapport aux 4 autres pays européens étudiés). Ce niveau augmente avec l'âge.</p>	

Données sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées : focus sur les résidences autonomie, ex logements-foyers

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
7 Enquête DREES (premiers résultats) / <i>Études et résultats</i> n°1015	2017	MULLER, M.	728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015		France	<p>Premiers résultats de l'enquête nationale menée en 2015 auprès des EHPA</p> <p>Fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un EHPA où y vivent, soit 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus et 1/3 de celles âgées de 90 ans ou plus.</p> <p>Méthodologie/spécificités de la vague 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données de l'enquête Ehpa ont été collectées uniquement via internet => taux de réponse de 73%. La non réponse a fait l'objet de redressements statistiques, afin d'assurer la représentativité des résultats au niveau national ; - Evolution du fichier national des établissements sanitaires 	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
						<p>et sociaux (FINESS), induites par la refonte de l'enregistrement des établissements hébergeant des personnes âgées (instruction de 2014) ;</p> <p>Principaux résultats relatifs aux RA :</p> <p><u>Nombre de résidents/places installées (Tableau 1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au 31 décembre 2015, 101 880 personnes âgées sont hébergées en RA, majoritairement publics, soit 14% des résidents ; - Si le nombre de personnes accueillies en RA diminue légèrement entre 2011 et 2015, l'accueil en RA privé lucratif, qui reste rare, tend à se développer (13% de personnes supplémentaires accueillies en 2015 par rapport à 2011) ; - En 2011, sur 100 places installées, 95 étaient occupées, contre 93 fin 2015 => taux d'occupation plus bas en 2015 <p><u>Répartition des résidents selon leur tranche d'âge (Graphique 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les moins de 80 ans représentent 1/3 des résidents accueillis en RA (alors qu'en Ehpad, par exemple, la moitié des résidents ont 88 ans ou plus) ; - De manière générale, les femmes en établissement sont plus souvent sans conjoint que les hommes : 91% contre 75% d'entre eux. « <i>La surreprésentation des femmes s'accroît au fur et à mesure de l'avancée en âge des résidents. A partir de 68 ans, elles deviennent majoritaires chez les résidents de leur âge. Parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus, elles représentent 78% des résidents</i> » ; <p><u>Niveau de dépendance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de dépendance des résidents augmente dans tous les types d'hébergement. Les Ehpad sont plus touchés 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>par cette hausse (pas de chiffres pour les RA) ;</p> <p>Age moyen à l'entrée en 2015 (Tableau 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours de l'année 2015, 18 970 personnes sont accueillies en RA sur un total de plus de 291 000 entrées en établissement ; - En 2015, les personnes accueillies en RA sont moins âgées que celles intégrant un Ehpad (en moyenne 80 ans et 9 mois, soit 10 mois de plus qu'en 2011) ; <p>Situation avant admission en RA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes accueillies en RA viennent plus souvent de leur domicile (77%) que les personnes intégrant un Ehpad (56%) ou une USLD (15%) ; - Le délai d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée dans l'établissement était inférieur ou égal à un mois pour 50% des résidents entrés en 2015 en RA (Graphique 4) <p>Durée de séjour et motifs de sortie de la RA</p> <ul style="list-style-type: none"> - au cours de l'année 2015, 17 930 résidents ont quitté une RA. Ils étaient restés en moyenne 4 ans et 9 mois dans la RA ; un quart sont restés moins de 1 an et 1 mois, un autre quart plus de 7 ans et 2 mois ; (Tableau 3) - « près de la moitié des sorties sont des départs volontaires : seules 12% des sorties sont dues à la résiliation du contrat de séjour décidée par l'établissement en raison de l'inadaptation de l'état de santé de la personne aux possibilités d'accueils » ; - Du reste, 60% des résidents de RA quittant leur établissement pour un motif autre que le décès s'orientent vers un Ehpad. 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
8	Enquête nationale	2018	Anesm	Analyse des résultats de l'enquête nationale « Qualité de vie en résidences autonomie »		France	<p>Objectifs de l'enquête : Cette enquête dresse un état des lieux national des caractéristiques des résidences autonomie. L'objectif est d'avoir une meilleure connaissance des modes de fonctionnement, des pratiques en matière d'accueil et d'accompagnement de ces établissements. Cette enquête complète trois autres enquêtes déjà réalisées: l'Enquête Santé Publique France de 2015/2016 axée sur la prévention de la perte d'autonomie dans les résidences autonomie, l'Enquête Drees « Ehpa 2015 » ainsi que l'Enquête CNAV portant sur l'état du parc des foyers-logements 2015-2016.</p> <p>Méthodologie : Cette enquête a été élaborée par l'équipe projet de l'Anesm. Elle est fondée sur l'exploitation d'un questionnaire.</p> <p>Les directeurs de résidences autonomie et leurs équipes ont été interrogés sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le profil de l'établissement (caractéristiques des locaux, nombre de résidents, moyens en personnels, la mise en œuvre des outils de loi 2002-2, etc.) - Les caractéristiques des résidents (âge, statut matrimonial, isolement, etc.) - L'accueil et l'admission des résidents (procédure d'intégration, projet de vie, etc.) - La perception et l'utilisation du forfait autonomie - Les partenariats établis dans le cadre de la préservation du lien social, et la vie sociale de l'établissement - La coordination avec les professionnels de santé de la prévention de l'autonomie et du maintien de l'autonomie 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>Les résidences autonomie identifiées dans la base FINESS ont été contactées par mail. Le remplissage du questionnaire s'est effectué via l'outil statistique SOLEN entre le 8 mars et le 15 mai 2017. Ainsi, 2046 mails ont été envoyés et 1065 réponses ont été collectées (soit un taux de participation de 52%).</p> <p>Les chiffres portant sur les résidents et les professionnels sont toujours donnés en moyenne par établissement et non à partir d'une moyenne calculée sur la base de la population nationale des résidents et professionnels de résidences autonomie.</p> <p>Dans ce rapport, nous avons regroupé dans nos croisements de données les résidences privées associatives et les résidences privées lucratives, car ces dernières sont trop peu nombreuses dans notre échantillon de répondants. Ces croisements sont réalisés afin de déterminer si le déploiement de certaines pratiques a un impact sur d'autres données interrogées. L'ensemble des sorties statistiques a fait l'objet de test d'inférence (Chi 2 de Bravais Pearson, Test T de Student, Analyse de la variance). Tous les résultats présentés dans le rapport sont statistiquement significatifs au seuil minimal de 10%.</p> <p>Principaux résultats en 2017 :</p> <p>A propos des établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> - 59% des RA perçoivent le forfait autonomie ; - 67% des RA ont un statut public et 33% sont privées a but associatif ; - la capacité d'accueil des RA est comprise entre 30 et 60 résidents ; 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - en moyenne, tous secteurs confondus, elles accueillent 48 personnes âgées ; - 30% des établissements associatifs possèdent des places temporaires contre 20% pour les RA publiques <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a en moyenne, 7,45 équivalents temps plein (ETP) dans les résidences autonomie. - Les ETP se répartissent de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • 40% pour le personnel d'entretien, • 22% pour la restauration, • 19% pour le personnel administratif, • 10% pour les soignants (Le personnel soignant est représenté majoritairement par les aides-soignantes (61%) et les infirmiers (14%), • 6% pour les animateurs, • 4% pour les AMP ou accompagnant éducatif et social. - Le nombre d'ETP varie fortement selon que la résidence perçoit ou non un forfait soins : une résidence qui perçoit le forfait soins a en moyenne 12,2 ETP (avec un taux d'encadrement de 0,21) et celles qui ne le perçoivent pas ont en moyenne 6,3 ETP (avec un taux d'encadrement de 0,13). <p>Profil du public accueilli</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résidents entrent en moyenne à 81 ans et sont majoritairement autonomes : 75% des résidents ont un GIR compris entre 5 et 6, 2% sont en GIR 1 ou 2 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - L'espérance de vie est en moyenne de 5 ans. - Dans les résidences autonomie tout secteur confondu, 2% des personnes accueillies sont des personnes handicapées vieillissantes. - Les résidences autonomie ont en moyenne 3 résidents âgés de moins de 60 ans. Parmi eux, en moyenne, 4 résidents bénéficient d'une protection juridique et sont bénéficiaires de l'aide sociale. - Dès lors qu'une résidence autonomie a des personnes âgées isolées, les directeurs en dénombrent 7 en moyenne en leur sein. <p>Les outils de la loi 2002-2</p> <ul style="list-style-type: none"> - en 2016, la grande majorité des gestionnaires des résidences autonomie indiquent qu'ils ont remis 4 outils de la loi 2002-2 au résident lors de son admission: entre 90% et 99%¹⁷ ; - Les résidences autonomie appartenant au secteur associatif ainsi que celles avec un forfait soin ont majoritairement mis en œuvre un projet d'établissement : 86% contre 65% dans le secteur public. Les établissements disposant d'un forfait soins ont, eux aussi davantage mis en place un projet d'établissement : 85% contre 69% ; - en 2016, la majorité des résidences-autonomie (78%) ont mis en place un CVS. Parmi ces résidences, plus de la moitié (51%) ont réalisé trois réunions annuelles et 81% des présidents sont 	

¹⁷Les outils qui ont été retenus sont ceux qui sont remis directement aux résidents. Nous avons donc enlevé la personne qualifiée, le conseil de vie sociale et le projet d'établissement

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>des résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - formes de participation alternatives proposées : 63% des établissements organisent des commissions et formalisent des enquêtes de satisfaction annuelle auprès de leurs résidents. Enfin, 62% des établissements mettent en place des réunions de résidents pour exprimer leur point de vue. <p>Le projet personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> - en 2016, une minorité des résidences autonomie (38%) ont élaboré des projets personnalisés dans les 6 mois suivant l'arrivée des résidents. Les résidences privées associatives mettent davantage en place le projet personnalisé par rapport aux établissements publics : 46% contre 33% ; - Parmi les motifs de non formalisation du projet personnalisé en résidence autonomie, les structures évoquent principalement le manque de temps (59%) et le manque de moyens (39%). De plus, près de 14% des structures se heurtent à un refus du résident. 56 % parmi les établissements qui le mettent en place, le réactualisent tous les ans. <p>Utilisation du forfait autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - une majorité des résidences autonomie (79%) utilisent ce forfait pour solliciter ou plusieurs intervenant(s) extérieur(s) alors que 41% d'entre elles recrutent du personnel de prévention : - le recrutement concerne en grande majorité un profil d'animateurs (91%). Quelques résidences autonomie recrutent des diététiciens (13%) et du personnel paramédical comme des 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>ergothérapeutes et des psychomotriciens (respectivement 4%),</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40% du personnel de prévention est mutualisé avec une autre résidence : 34% pour les intervenants extérieurs et cela concerne 23% pour les jeunes en service civique. - 16% des résidences autonomie font appel à des jeunes en service civique ; - 43% des établissements ont redéployé en interne le personnel (augmentation du volume horaire, formations, etc.) et 24% ont recours à des intervenants extérieurs hors activités de prévention ; - L'utilisation du forfait autonomie diffère selon le statut de l'établissement. Ainsi, les résidences autonomie publiques utilisent davantage leur forfait autonomie pour recruter du personnel de prévention et des jeunes en service civique : 44% et 18% contre 32% et 11% pour les résidences privées associatives ; - <p>Prestations des RA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécurité => 96% des établissements disposent d'un ou plusieurs dispositifs permettant d'assurer la sécurité des personnes âgées de jour comme de nuit : 64% des établissements utilisent une téléalarme, 51% ont une astreinte de nuit et 48% disposent d'un veilleur de nuit. 4% des résidences autonomie sont équipées de PC sécurité ; - Activités/animations => une large majorité des établissements ont développé des activités culturelles (jeux de société, artistiques ou de loisirs) (95% et 81%), 85% ont mis en place des activités physiques adaptées (85%) et 80% organisent des activi- 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>tés extérieures. Les ateliers mémoire sont aussi très fréquemment mis en place (78%). Enfin, 24% des résidences autonomie mettent en place des ateliers informatique. Parmi la catégorie « autres », les ateliers « cuisine » et des activités bien-être sont proposés pour 6% des résidences et le jardinage pour 8%.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la semaine précédant l'enquête, 80% des résidences ont accueilli au moins une personne pour participer à une activité. Plus de 50% des établissements accueillent au moins une personne venant de l'extérieur pour participer à des actions de prévention. L'atelier informatique rassemble 49% de personnes venant de l'extérieur. - Ouverture sur l'extérieur => 73% des établissements ont mis en place des actions pour favoriser les liens des personnes accueillies et les habitants du quartier. - la grande majorité des établissements (90%) ont des résidents qui sortent pour une activité extérieure. Seulement 10% des résidences autonomie ont des résidents qui ne sortent jamais. - Repas => La semaine précédant l'enquête, un peu moins de la moitié des résidences (44%) déclare qu'entre 1 et 4 personnes extérieures sont venues manger dans la résidence. Presque 1/3 en accueillent entre 5 et 9. Au total, 80% des résidences accueillent au moins une personne pour les repas. <p>Parcours du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% des résidences autonomie demandent des éléments médi- 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>caux dans le dossier de pré-admission ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les évaluations des déficiences cognitives et sensorielles sont rarement demandées : respectivement 8% et 4% ; - Alors que l'accueil est un moment qui nécessite une attention particulière puisqu'il impacte durablement sur l'adaptation et la qualité de vie perçue de la personne, les actions mises en place en amont de l'admission sont peu courantes (sauf pour la visite de la résidence autonomie) ; - 44% des établissements ont systématiquement un personnel référent pour accueillir le nouvel arrivant et 14% mettent en place un parrainage. <p>Partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grande majorité (96%) des résidences autonomie a noué des partenariats formalisés ; - Parmi ces partenariats, ceux développés avec les centres hospitaliers sont les plus nombreux (35%) mais les contacts les plus courants se font avec les professions libérales (59%) ; - Le forfait soins permet une meilleure coordination avec le médecin traitant ; - Les motifs de coordination sont variables selon que la résidence autonomie dispose ou non d'un forfait soins mais pour celles qui n'ont pas de forfait soins, les échanges qui portent sur le recours à l'hospitalisation à domicile et la mise en place des soins palliatifs sont peu développés. <p>Perte d'autonomie/santé des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résidences autonomie qui ont un forfait soins ont davan- 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							tage recours à une HAD que celles qui n'en disposent pas; - Lors d'une HAD, les établissements communiquent auprès de leur personnel et adaptent leur environnement ; - Les résidences qui bénéficient d'un forfait soins ont davantage recours à une hospitalisation de leur résident ; - Parmi les motifs de départ, 51% résidents ont eu un état de santé qui s'est aggravé et 23% des résidents sont décédés.	
9	Enquête Santé Publique France	2017	GRÉBIL, N. et LÉON, C.	Résidences autonomie : des acteurs dynamiques de prévention. Comment les soutenir ? Préserver l'autonomie des résidents au sein des résidences autonomie.		France	<p>Objectifs : réaliser un état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des personnes habitant dans les logements foyers en France pour mieux comprendre l'organisation des activités qui sont proposées aujourd'hui (types d'actions, moyens et ressources) et voir quels leviers activer pour les développer et/ou les renforcer.</p> <p>Objectifs spécifiques Après des responsables de logements-foyers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les axes prioritaires de la prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence - Relever les actions liées à la prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre et leurs modalités - Identifier les types d'activités qui participent le plus à la prévention de la perte d'autonomie selon les responsables d'établissements - Identifier les acteurs /institutions qui proposent les activités et ceux qui prennent part à leur élaboration - Identifier les freins à la mise en place de celles-ci, les besoins et attentes en la matière <p>Après des résidents</p>	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
						<ul style="list-style-type: none"> - Caractériser le profil socio démographique des résidents - Evaluer leur qualité de vie et leur état de santé perçus - Déterminer leur niveau de participation aux activités proposées dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie - De mesurer les freins à la participation à ces activités et d'identifier les attentes en la matière <p>Méthodologie :</p> <p>Logements-foyers sollicités pour participer à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ceux dont la gestion est effectuée par un établissement public, l'Etat ou une collectivité territoriale - ceux dont la gestion est effectuée par un organisme privé à but non lucratif - ceux ne bénéficiant pas de forfait de soins Les logements-foyers privés à caractère commercial ainsi que les logements-foyers bénéficiant d'un forfait de soins ont été exclus du champ de l'enquête <p>Deux enquêtes successives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquête qualitative (juin 2015), auprès de 14 responsables de logements-foyers et de 22 résidents : entretiens semi structurés d'1h30 en face à face ou par téléphone - Enquête quantitative (Mars-juin 2016, BVA) auprès d'un échantillon représentatif¹⁸ de 500 résidences via un questionnaire téléphonique de 15 mn pour les responsables et un auto-questionnaire papier pour les résidents à retourner. 	

¹⁸ Par méthode des quotas appliquée à : la région UDA 5, la catégorie d'agglomération (milieu rural/villes de 2000 à 100 000 hab / > 100 000 hab), la capacité d'accueil autorisée de l'établissement (Petite (<30 résidents)/ Moyenne (30 à 60 résidents) / Grande (>60 résidents)).

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>⇒ 502 responsables et 7986 résidents de ces structures ont participé</p> <p>⇒ Échantillon d'étude : 25% des résidences ; 41% de leurs résidents</p> <p>Principaux résultats :</p> <p>1/ caractéristiques des RA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure couverture de l'offre de résidences-autonomie (hors établissements privés à but commercial) dans la moitié Nord de la France que dans la moitié Sud et en milieu urbain que rural - 45% des résidences autonomie sont situées dans une agglomération de plus de 100 000 habitants tandis que 18,5% sont en milieu rural. - Les RA hébergent en moyenne 46 résidents - Les RA sont des structures de tailles variées : 29,7% d'entre elles ont moins de 30 résidents et 28,0% plus de 60 résidents. - 59% des RA ont 6 ETP ou moins et 41 % ont 7 ETP ou plus - 97,2% des résidences autonomie ont au moins un résident classé en GIR 1 à 4. Seules 3% des RA n'ont que des résidents en GIR 5 ou 6 ; 41% des RA ont plus de 25% des résidents en GIR 1 à 4 ; sur l'ensemble des résidences : 2% des résidents sont en GIR 1 ou 2, 24% en GIR 3 ou 4 et 74% en GIR 5 ou 6 <p>2/ caractéristiques sociodémographiques et de santé perçue des résidents interrogés</p> <p>Population âgée (83 ans en moyenne), plus féminine qu'en population générale à âge égal (78% de femmes), mais sex ratio cohérent avec celui observé chez les personnes vivant seules (90% de résidents concernés)</p>	

Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
						<ul style="list-style-type: none"> - 15,7% habitent la résidence depuis moins de 1 an et 16,3% depuis plus de 10 ans. - Un quart (24,6%) des résidents ont un niveau inférieur au certificat d'étude primaire. - 13,5% des résidents perçoivent leur situation financière comme difficile ou se disent endettés. - 84% des résidents se considèrent en « très » ou « plutôt » bonne santé et 91,4% estiment qu'habiter en RA a un impact positif sur leur santé ou leur bien-être. - Cependant, 57,4% éprouvent, depuis au moins 6 mois, certaines difficultés à effectuer des gestes courants à cause d'un problème de santé ou d'un handicap. - Enfin, la moitié (51%) des résidents ont déclaré au moins un symptôme de nature dépressif¹⁹ <p>Motifs d'entrée en RA Les facteurs particulièrement déterminants dans le choix des résidents à entrer dans une résidence autonomie sont principalement liés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'envie de garder une certaine indépendance tout en bénéficiant d'un environnement sécurisant (pour 57% d'entre eux), - dans des proportions moindres, afin de bénéficier d'une présence de jour comme de nuit (34,6%), de se sentir moins isolé (33%) et de ne pas être un poids pour leur famille (31,3%). Le besoin de préserver sa santé concerne 28,4% des résidents et le souhait d'avoir un logement adapté pour minimiser les risques d'accident ou de chute 27%. - La nécessité de bénéficier d'animations ou d'activités convi- 	

¹⁹ Parmi les symptômes suivants : se sentir découragé et triste, avoir le sentiment que sa vie est vide, être malheureux la plupart du temps, ou avoir l'impression que sa situation est désespérée.

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>viales correspond à 18,2% résidents.</p> <p>3/ politique de prévention de la perte d'autonomie au sein de l'établissement</p> <p>Les trois préoccupations prioritaires en matière de prévention de la perte d'autonomie selon les responsables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'offre de services (qui recouvre la sécurité, la restauration, la blanchisserie et les animations) pour 62% d'entre eux, - la vigilance et l'accompagnement individuel (61%), et enfin, la dimension sociale de ce type de lieu (50%). - Les partenariats développés avec les acteurs du territoire (36%), la participation des résidents à la vie de l'établissement (32%) et les conseils ou activités proposés pour permettre de vieillir en bonne santé (29%) sont des dimensions beaucoup plus secondaires. Le constat est aussi le même sur le lien avec les services de soins, puisque cette thématique est citée par seulement 16% d'entre eux. - Partenariats privilégiés dans l'élaboration des activités de prévention : CCAS (67%), élus (50%), CLIC (44%), conseils départementaux (35%). <p>41% des résidences autonomie se tournent vers une autre résidence autonomie ou un EHPAD pour être accompagnées (27%), et dans une moindre mesure un hôpital ou une clinique (10%). Les acteurs de la sphère éducative (36%) ainsi que les caisses de retraite (39%) peuvent être également sollicités sur le sujet. les ARS sont très peu associées (16%).</p> <p>4/ activités proposées en lien avec la prévention de la perte d'autonomie</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - Des activités impulsées majoritairement par le directeur ou responsable ou un animateur de la RA (90%) - 100% des établissements proposent des activités ou des animations en lien avec la prévention de la perte d'autonomie au moins de temps en temps. - Types d'activités organisées au cours des 12 derniers mois par catégorie : <ul style="list-style-type: none"> o Activités visant à promouvoir l'activité cérébrale : jeux collectifs, ateliers manuels, atelier mémoire, atelier culturel. Seuls 32% des RA ont organisé un atelier informatique o Activités visant à encourager la participation sociale : activités festives ou culturelles, rencontres intergénérationnelles, stimulation de l'estime de soi (soins esthétiques, soins bien-être, coiffeur). Les actions visant à développer la participation citoyenne à la vie du quartier/commune sont organisées par 58% des RA. o Activités visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine et équilibrée : gym et prévention des chutes. Les réunions d'information ou atelier, yoga, danse ont été moins organisés. o Activités visant à prévenir les traumatismes et maladies (67% des RA ont en organisées) - Quasiment tous en ont proposé au cours des 12 derniers mois et, si l'on ne tient pas compte des activités festives ou culturelles et des ateliers manuels, les actions dédiées aux jeux collectifs (71,2%) et à la promotion de l'activité physique (gym et prévention des chutes : 76,2% et danse : 75%) ainsi qu'à la stimulation des fonctions cognitives (ateliers mémoires : 58% et les ateliers informatiques : 63%) ont lieu au moins une fois par 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>semaine</p> <p>5/ Freins et attentes : Point de vue des responsables</p> <ul style="list-style-type: none"> - 41% des responsables avouent avoir des difficultés à mettre en place ou développer des activités en lien avec la prévention de la perte d'autonomie - Freins organisationnels (98% des responsables en font part) : <ul style="list-style-type: none"> o financiers (80%) o humains (62%) o manque de compétences en animation d'actions de prévention de la perte d'autonomie est soulevé par 46 % des responsables. o difficultés liées au manque de temps (45%) o manque de participants (44%) o manque de partenariats avec des acteurs référents ou d'actions innovantes (30%) - Freins liés aux profils des résidents (89% des responsables en font part) : <ul style="list-style-type: none"> o Difficultés liées aux capacités physiques et/ou psychiques des participants (47%) o Hétérogénéité des publics (45%), que ce soit en termes d'âge, d'autonomie ou de niveau social o Coût financier supporté par les résidents selon 39% des responsables o 36% estiment qu'il y a une certaine appréhension des participants à suivre ces activités à cause du risque de stigmatisation ou du caractère jugé parfois infantilisant de certaines activités - Attentes : 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> ○ Besoin de formation adaptée pour le personnel (50%) ○ Avoir des outils pour le personnel pour 47 % des responsables (guides de bonnes pratiques, plateforme d'échanges, logiciels...) ○ Développer ou renforcer les partenariats avec des acteurs intervenant dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie (60%) <p><u>Point de vue des résidents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freins liés aux résidents (93%) <ul style="list-style-type: none"> ○ problèmes de santé (au sens large) évoqués pour 64% des résidents : fatigue (36%), difficultés physiques (35%), etc. ○ Freins liés à des appréhensions (31% des résidents) : peur de chuter ou de se blesser (19%), peur du regard des autres (8%), etc. ○ Manque d'intérêt pour les activités ou animations proposées (21%) ○ Coût financier (16%) ○ Manque de temps (8%) ○ .../... - Freins liés à l'organisation des activités (32%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Planning peu adapté des animations avec leur quotidien, notamment le week-end (15%) ○ Manque de participants (9%) ○ .../... <p>⇒ Les résidents qui ne participent que rarement ou jamais aux activités sont, en proportion, plus nombreux que les autres à</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>déclarer les freins liés au manque d'intérêt pour les activités proposées (27,8%), à la peur du regard des autres (10,5%), au manque de temps (10,4%)</p> <p>⇒ Les résidents qui déclarent participer régulièrement sont plus nombreux à se plaindre du coût financier (16,7%), du manque de participant (10,7%) et du nombre trop réduit d'activités proposées le week-end (18%)</p> <p>- Attentes des résidents en termes d'activités pour améliorer leur santé ou bien-être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Exercer sa mémoire (pour 39,6% des résidents) ○ Faire plus d'exercices physiques (32,7%) ○ Prendre soin de soi (30,8%) ○ Etre plus souvent avec sa famille ou ses amis ou d'autres résidents (30%) <p>- Principaux motifs qui incitent les résidents à participer aux activités ou animations proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Passer un moment agréable, se divertir et rire (pour 55% des résidents) ○ Discuter et échanger avec les autres (41%) ○ Ne pas rester seul ou isolé (38,7%) <p>⇒ La participation sociale semble être un critère important pour les résidents dans le choix des activités</p> <p><u>Pistes pour repenser la prévention de la perte d'autonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la participation et la mobilisation de tous les résidents par un travail en amont de la mise en place des activités - Outiller les RA et les professionnels par des ressources adap- 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>tées et facilement accessibles afin de renforcer les actions de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les professionnels afin de favoriser le développement des partenariats et de développer des réseaux professionnels d'échanges de pratiques - Renouveler les actions de prévention santé en s'adaptant aux profils des résidents que ce soit en termes de critères socio-économiques et de perception de la santé afin de préciser les modalités et la fréquence à adopter 	
10	Rapport d'étude CNAV/ <i>Cadr'âge</i> n°32	2016	AOUICI, S., GALLOU, R.	Choisir de vivre en logement-foyer, entre indépendance et collectivité		France (île de France)	<p>Synthèse et Méthodologie : La CNAV a réalisé en 2012 une étude par questionnaire des services et des besoins auprès de responsables de 200 logements-foyers d'Île-de-France. En complément, 50 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de responsables de logements-foyers, d'intervenants du secteur médico-social et de résidents. L'analyse s'appuie sur des entretiens approfondis réalisés auprès de 25 d'entre eux (5 hommes et 20 femmes) âgés de 82 ans en moyenne.</p> <p>Principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seize de ces résidents habitaient déjà la commune où se trouve leur logement-foyer, ce qui est le signe d'un ancrage local fort. - les résidents dans leur ensemble ont pris eux mêmes la décision d'entrer en logement-foyer <p>Les motifs d'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les préoccupations liées à la santé du résident ou à celle de son conjoint constituent un facteur décisif. - la volonté de prévenir une situation difficile (anticipation du décès du conjoint, problèmes d'accessibilité) 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - Les autres motifs évoqués sont le rapprochement géographique d'un membre de la famille ou d'un quartier, des difficultés liées au logement antérieur (hébergement par un tiers, logement isolé ou devenu trop difficile à entretenir), ou encore le souhait de rompre avec la solitude. - L'un des premiers critères d'entrée en logement-foyer repose sur la crainte de vivre dans un logement inadapté ou dont l'accès deviendrait difficile - le logement-foyer ne constitue pas une solution uniquement pour des ménages âgés précaires ou des individus isolés ; il peut être également attractif pour ceux qui entrevoient progressivement l'impossibilité de se maintenir dans un logement difficile à entretenir - L'anticipation de problèmes de santé futurs peut inciter des individus à opter pour la vie en logement-foyer, avant que les difficultés ne surviennent. Ce choix anticipé concerne aussi bien des personnes en couple que des personnes seules. <p>A retenir :</p> <p>Le logement-foyer constitue une solution lorsque le domicile précédent est devenu inadapté, insalubre, trop difficile à entretenir ou que les retraités ne parviennent pas, du fait de leur âge, à accéder au parc de logements classiques. Ces difficultés sont particulièrement prononcées en Île-de-France.</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
11	Enquête DREES / <i>Études et résultats</i> n°877	2014	VOLANT, S.	L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011		France	<p>Résultats à partir de l'enquête Ehpa 2011</p> <p>Caractéristiques des RA <u>Tableau 1, p.3</u> : L'enquête Ehpa 2011 recense 2233 logements-foyers en 2011 dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1538 établissements publics - 612 privés à but non lucratif - 83 privés à but lucratif (augmentation de 41%, par rapport à la fin 2007) <p>Caractéristiques du public accueilli en RA <u>Tableau 4, p.6</u> : Selon les résultats de l'enquête Ehpa 2011, au 31 décembre 2011, 77% des résidents en logements-foyers sont en GIR 5-6, 21% en GIR 3 ou 4, 2% en GIR 1 ou 2</p>	
12	Rapport d'étude CNAV/ <i>Cadr'âge</i> n°25	2013	AOUICI, S. et GALLOU, R.	A la (re)découverte des logements-foyers		France	<p>Méthodologie : d'après les résultats des enquêtes Ehpa de la Drees 2007 et 2011</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le maillage local s'est affaibli avec la disparition de près d'un tiers de l'offre disponible en une décennie. Cette baisse singulière est liée à la réforme de la tarification et de la réglementation de 2003 qui a conduit certains logements-foyers accueillant un public très âgé et de moins en moins autonome à se transformer en Ehpad pour assurer une prise en charge des soins des résidents. Le recul des logements-foyers est également une conséquence d'arbitrages politiques qui ont conduit à l'arrêt de leur construction dès les années 1990, au profit notamment des Ehpad - Il y a un décalage important entre l'image désuète des logements-foyers et la place que ce mode d'habitat, mal 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>connu de la population, occupe réellement. Malgré ce déficit d'image, la demande à l'entrée reste forte et les résidents interrogés plébiscitent ces logements-foyers</p> <ul style="list-style-type: none"> - La bonne santé des candidats et leur autonomie constituant un critère d'entrée, les résidents des logements foyers sont donc plus jeunes que dans l'ensemble des Ehpa. En Île-de-France, le phénomène est encore plus marqué : la population est plus jeune et plus souvent autonome (74 ans en moyenne contre 76 ans) - Les responsables évoquent des difficultés liées à la coexistence de deux générations de résidents, aux besoins et aux attentes différents. La gageure consiste à faciliter la cohabitation des nouveaux arrivés, plus jeunes, indépendants et motorisés, avec les plus âgés installés de longue date. - L'enquête révèle une certaine confusion autour des fonctions de gardiennage. Le gardien est contraint d'assurer des fonctions plus complexes et pour lesquelles il n'a pas été formé. - Les responsables enquêtés jugent nécessaire l'adaptation et la rénovation des logements-foyers, ainsi que le développement de nouveaux services pour mieux accompagner le vieillissement des résidents les plus âgés <p>Prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la grande majorité des cas, les résidents disposent d'un espace collectif dédié à la restauration ou à l'animation (90 %), d'un service de gardiennage et d'une téléassistance (80 %). deux établissements sur trois offrent des services d'hébergement pour les proches. Ces « chambres d'hôtes » sont très appréciées des résidents et 	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							de leur entourage ; - En parallèle à ces prestations relativement classiques au sein de structures d'hébergement collectif, les établissements ont développé leur offre de services afin de retarder l'apparition de handicaps ; - Plus de 90 % des structures proposent ainsi des animations et des activités collectives visant à développer la vie sociale.	
13	Enquête UNCCAS / <i>Enquêtes et Observations sociales</i> n°4	2012	KANNER, P.	Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS		France	<p>Contexte/objectifs de l'étude : 70% des FL sont gérés par des CCAS, 25% des CCAS gèrent des établissements d'accueil tel que les FL. Les CCAS gèrent 60% des EHPA.</p> <p><i>« Cette enquête présente un portrait détaillé des modalités de fonctionnement de ces établissements, plus que jamais utiles à une politique ambitieuse d'accompagnement du vieillissement »</i></p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données présentées dans cette étude sont issues des 455 réponses collectées entre avril et juin 2012 auprès des 999 adhérents UNCCAS²⁰ ayant déclaré gérer un ou plusieurs logement(s) foyer(s) lors du recensement effectué par l'Union en 2010. - Le taux de retour global est de 46 %. - la répartition géographique des répondants étant très proche celle de l'ensemble des CCAS gestionnaires, les résultats obtenus sont considérés comme représentatifs de 	

²⁰ Le cas de Paris étant particulier (le CASVP gère 101 résidences appartements et 23 résidences services dont le fonctionnement diffère des logements-foyers « classique »), les données relatives aux établissements parisiens ne sont pas intégrées aux résultats présentés ici. Le nombre de places et de résidents a en revanche été pris en compte pour l'estimation des volumes nationaux et du niveau de dépendance des résidents.

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>l'ensemble du parc géré par les adhérents à l'UNCCAS.</p> <p>Résultats :</p> <p>⇒ 78 % des établissements répondants sont implantés en milieu urbain, 13 % en milieu semi-urbain et 9 % en zone rurale. 97 % d'entre eux sont gérés par un CCAS et 3 % par un CIAS²¹.</p> <p>la mise en œuvre de la démarche qualité : les outils de la loi 2002.2 sont perçus comme des exigences trop lourdes au regard des équipes restreintes et de la charge de travail. Les ressources humaines constituent le frein majeur quant à sa mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre restreint de personnel ; - Absence de directeur sur site (52% des FL ont un directeur, 41% ont pour direction le directeur du CCAS ou adjoint) ; - Mise en œuvre des formations spécifiques aux nouveaux publics peu développées ; - Polyvalence des agents entraînant un glissement de tâches du fait du besoin d'accompagnement global des résidents (connaissances transversales et multiples) ; - Cette polyvalence est subie et est une contrainte supplémentaire car elle n'est pas préparée. <p>La démarche qualité est mise en place de manière informelle du fait de la proximité agent/résident. La formalisation est difficilement intégrée dans les pratiques. Le questionnaire annuel d'évaluation de la qualité des prestations n'est pas une pratique répandue. Pour tous, 19% des FL ne le réalise pas.</p> <p>l'application des outils 2002-2 : 80% des FL ont mis en place un CVS</p>	

²¹ Dans cette étude le choix a été fait d'utiliser le terme CCAS pour désigner l'ensemble des répondants (CCAS et CIAS).

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>et 36% un PE (49% dans les villes de + de 50000hab / 21% dans les villes de – de 10000hab). Les résidents sont associés à la construction du PE dans 43% des cas, les partenaires de la commune dans 28% des cas et les partenaires extérieurs dans 14% des cas.</p> <p>74% des FL ont un contrat de séjour, 69% un règlement de fonctionnement, 67% un livret d'accueil, 28% un règlement intérieur (CCH), 20% un autre mode d'expression et 19% un contrat d'occupation (CCH).</p> <p>30% des FL ont fait une évaluation interne (plus particulièrement dans les grandes villes (51%)). 4% ont eu une évaluation externe.</p> <p>les prestations : 93% des FL proposent de l'animation interne, 84% une présence de nuit, 74% de la restauration, 73% des actions à l'extérieur ; 65% à des actions de prévention, 58% aux services d'appel malade, 43% aux services de blanchisserie, 37% à la télé alarme, 30% à des livraisons repas, 43% à des soins esthétiques</p> <p>le personnel : 82% du personnel est de cat C. Si l'on considère l'ensemble des établissements répondants, la répartition du personnel s'établit comme suit : 54 % des agents des FL relèvent des services généraux</p> <p>19% relèvent de personnel administratif, 15 % de personnel médical et 12% du personnel d'intervention sociale ou d'animation.</p> <p>En tête des postes relevant des services généraux, on trouve les agents d'entretien ou de service, présents dans la quasi-totalité (93 %) des établissements, suivis par les veilleurs de nuit, employés par plus la moitié des logements-foyers (54 %), les agents de cuisine ou de restauration (47 %) et les cuisiniers (24 %).</p>	

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats	Niveau de preuve
							<p>la qualification des directeurs : 41% sont titulaire d'un diplôme de niveau 2, 14% de niveau 1 (dont 22% dans les grandes villes), 19% ont un diplôme de niveau 3 et 21% un diplôme inférieur au niveau 3.</p> <p>le besoin de formation des directeurs : pour 51% des directeurs de FL, le besoin se porte sur la démarche qualité en lien avec les outils de la loi 2002-2. Pour 46% il s'agit d'«un besoin de formation sur la réglementation des FL, pour 31% des directeurs il s'agit d'un besoin de formation sur la réglementation liée au bâti, 18% sur la gestion du personnel, 27% sur la gestion de projet, 25% sur le management, 18% sur les bonnes pratiques gériatriques et 14% sur les connaissances PA.</p> <p>les besoins en formation du personnel : 50% des salariés ont besoin de formation relative à la démarche qualité, 44% ont besoin de formation sur la réglementation et sur les obligations des FL et 16% sur les évaluations des ESMS.</p> <p>l'accueil de nouveaux publics : 29% des FL accueillent des PH de moins de 60 ans (38% dans les FL sur de petits territoires), 18 % accueillent des SDF (plus particulièrement dans les moyennes ou grandes villes), 44% accueillent des personnes avec troubles psychiques (particulièrement dans les grandes villes) et 9% accueillent des publics avec des addictions, sous tutelle...</p>	

C. ARGUMENTAIRE

AXE 1 : LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT COMME GARANT DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE LA STRATÉGIE D'ACCOMPAGNEMENT

1. Analyse de la littérature

Construire le projet d'établissement, une démarche participative

	Type de document/ nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
14	Article / Direction(s) n°153	2017	CROZAT, B.	Les bonnes pratiques du projet d'établissement		France	<p>Synthèse : Le projet d'établissement est un outil de management au service des équipes. Il doit avoir une visée opérationnelle et être accompagné d'un plan d'actions pour évaluer la mise en œuvre des objectifs. C'est une ambition partagée, les différentes parties prenantes doivent y être associées et chaque corps de métier doit être représenté. Leur participation est essentielle pour faire évoluer leurs pratiques. Pour se faire, un comité de pilotage appuie la direction, comprenant notamment des représentants de la gouvernance, il peut dans un premier temps construire la philosophie du projet. C'est à lui que revient la formalisation. Ce document se doit d'être réévalué tous les six mois, un an.</p>	

2. Avis du groupe de travail

GT	Année	 Points à retenir pour les RBPP	Consensus ou non
#1	11/05/2017	<p>Le GT rappelle quelques préalables pour l'élaboration du PE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La stabilité du responsable et des équipes : en effet, il s'agit d'une démarche longue et toute rupture remet en question son bon déroulement ; - S'appuyer sur les résultats des évaluations internes et externes pour construire le PE ; - La capacité des équipes à s'interroger sur leurs pratiques. <p>Points de vigilances:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs du PE doivent être corrélés au CPOM, au projet stratégique de l'association, au projet social du CCAS - Les résidences autonomie sont soumises aux déclarations des effets indésirables associés aux soins. Un texte précisant le type de déclarations est en préparation. Un membre du groupe souligne qu'il serait intéressant de faire figurer dans le PE, comment ont été analysés les EIG et pas seulement la procédure de déclaration. Cette problématique est importante pour les Conseils départementaux. - Le tableau de bord de l'ANAP sur la performance dans le secteur médico-social ne concerne pas les RA (source vérifiée auprès de l'ANAP) - Toutes les personnes en situation de handicap, indépendamment de leur âge, relèvent du seuil de 15% fixé dans le décret du 27 mai 2016 concernant l'accueil de personnes handicapées, de jeunes travailleurs et d'étudiants en résidences autonomie. Par conséquent, il n'est pas possible d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes relativement autonomes en dehors de ce seuil. S'assurer que cela ne dépend pas du fait que la personne bénéficie de l'APA et de la PCH (vérification en cours) - La convention APL logement-foyer pour personnes âgées ne permet pas l'accueil de personnes de moins de 60 ans. Pour cela, il faudrait une convention APL famille ou alors l'absence de convention APL (vérification en cours) - Possibilités d'hébergement d'un tiers en RA (cf. Article R633-9 et Article L633-2 du CCH). Toutefois, le règlement intérieur permet d'encadrer cette disposition ainsi que le contrat de séjour. 	Oui

		<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements recevant du public (ERP) de 5^e catégorie (petits établissements sans locaux de sommeil) ne sont pas soumis à la commission de sécurité sauf à la demande du Maire. Les résidences peuvent se renseigner auprès de leur tutelle ou encore auprès du SDIS de leur département pour avoir plus de renseignements sur leurs obligations. - Le nombre de repas peut être imposé par la résidence comme il peut ne pas l'être. Le contrat de séjour peut mentionner cette caractéristique au titre de la vie sociale par exemple. - Le gestionnaire ne peut accéder au local privatif du résident qu'à la condition d'en avoir fait la demande préalable et dans les conditions prévues par le règlement intérieur. Le gestionnaire peut toutefois accéder au local privatif du résident dans les conditions prévues pour la mise en œuvre de l'accompagnement personnalisé défini dans le contrat de séjour conclu entre le résident et le gestionnaire en application de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. En cas d'urgence motivée par la sécurité immédiate de l'immeuble ou des personnes, le gestionnaire peut accéder sans autorisation préalable au local privatif du résident. Il en tient informé ce dernier par écrit dans les meilleurs délais. - la conformité au décret ne se limite pas qu'aux prestations, la mise en œuvre effective d'une démarche de réorientation de résident dont le niveau de dépendance entraîne un dépassement des seuils autorisés dans un délai d'un an, doit figurer dans les obligations réglementaires. - La sécurité et le respect des libertés individuelles : l'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir est selon certains directeurs le seul moyen leur garantissant de garder au sein de leur établissement et notamment durant des périodes de transition (en attente de place en ehpad) des personnes en perte d'autonomie, présentant des dépendances éventuellement inadéquates avec la résidence. La question émergente sur ce point est quels sont les risques encourus par le directeur en cas de fugue, de mise en danger ? Le directeur a une obligation de moyen et non de résultat néanmoins il doit mettre en place tous les moyens pour assurer la sécurité. Quelles sont les limites de l'obligation de sécurité de manière à ne pas entraver la liberté individuelle du résident ? <p>Cette annexe figure dans le bilan des obligations réglementaires mais fait également l'objet du point 5 « accompagner les transitions ».</p>	
#4	12/10/2017	<p>Élaboration du PP pour un public en situation de précarité (SDF, etc.) : Lorsque les établissements accueillent des personnes suivies par ailleurs, il est proposé de préciser que ce sont bien l'ensemble des autres partenaires qui co-construisent le PP.</p> <p>Projet d'établissement à visée intergénérationnelle : l'action d'étudiants au sein de la résidence doit être cadrée (à</p>	

		<p>travers un contrat d'engagement par exemple), leurs actions auprès des résidents ne devant pas s'apparenter à du travail dissimulé.</p> <p>Certains membres évoquent la possibilité d'accueillir des jeunes dans la résidence dans le cadre de travaux de réparation pénale ou travaux d'intérêt généraux, pour une durée variable. Pour cela, des partenariats sont établis, avec des centres de formation d'apprentis. Cet exemple pourra être repris comme illustration.</p>	
--	--	--	--

Commentaires :

Les recommandations du chapitre 1 s'appuient principalement sur les RBPP de l'Anesm portant sur le projet d'établissement²².

Pour accompagner les recommandations, il a été décidé par consensus lors du premier groupe de travail, d'élaborer une fiche-repère qui portera sur l'élaboration du projet personnalisé en résidence autonomie. Cette fiche-repère reprend les grands principes issus des recommandations transversales de l'Anesm dédiées au projet personnalisé²³.

²² Anesm. *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

²³ Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint Denis : Anesm, 2008.

Accompagner aux changements et adapter les compétences

	Type de document/ nom de la revue	An- née	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Ni- veau de preuv e
15	Fiche-repère	2018	Anesm	La commission de coordination gériatrique		France	<p>Objectifs : Cette fiche-repère vise à préciser les objectifs, les modalités de mise en œuvre et le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique (CCG). Cette instance a vocation à être un lieu d'échanges et de réflexions partagés entre les professionnels salariés et libéraux dont le médecin traitant au bénéfice de la qualité de l'accompagnement des résidents au sein de chaque établissement. Cet échange est d'autant plus indispensable au regard de l'évolution de la population accueillie en Ehpad. Les résidents sont de plus en plus âgés et plus en plus dépendants. Cette évolution impacte sur les besoins en soins et en accompagnement au sein de ces établissements. Pour autant, 6 ans après la parution de l'arrêté du 05 septembre 2011, les CCG ont du mal à être mises en place. Cette fiche-repère a donc pour objectif d'outiller les Ehpad pour faciliter sa mise en œuvre.</p> <p>Méthodologie : Cette fiche-repère s'est appuyée sur un appel à contribution concernant la CCG, lancé par l'Anesm durant l'été 2017. Plus de 1 000 établissements ont répondu à cette enquête. Parmi les répondants, 66% d'entre eux ont mis en place une CCG et parmi eux, 57% l'ont réunie au moins une fois par an.</p> <p>Cet appel à contribution a eu pour but, d'identifier les freins</p>	

						<p>éventuels à la mise en place de la CCG (absence de certains professionnels de santé, manque d'intérêt, etc.), mais aussi d'identifier les conditions favorables à son bon déroulement.</p> <p>Cette fiche-repère s'articule autour de trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Axe 1 : le rôle de la commission de coordination gériatrique➤ Axe 2 : le rôle et la contribution des participants➤ Axe 3 : les apports de la CCG <p><u>A retenir pour les RBPP :</u></p> <p>S'inspirer de la CCG pour encourager l'instauration, au moins une fois par an :</p> <ul style="list-style-type: none">- des réunions avec les partenaires externes, médecins traitants, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, etc.- des réunions d'échange entre les professionnels de la résidence autonomie et l'ensemble des intervenants au bénéfice de la qualité de l'accompagnement. <p>Il est particulièrement recommandé que les membres du CVS représentant les résidents puissent y participer.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

1. Avis du groupe de travail

GT	Année	 Points à retenir pour les RBPP	Consensus ou non
#2	08/06/2017	<p>Le relai des équipes : de nombreuses expériences ont été formulées (recours à des stagiaires en écoles de soins, jeunes retraités, remplacement par des titulaires, pool de remplacement contractuel non formé, recours à l'externalisation donc remplacement géré par le prestataire, stagiaire de direction pour remplacement du directeur ou cellule de directeur remplaçants connus par l'association, etc.)</p> <p>Les temps de transmission d'informations : le GT demande de distinguer les intérêts des transmissions journalière, hebdomadaires (ou autres)</p>	Oui
#4	12/10/2017	Il est rappelé que l'intervention des jeunes en service civique est souvent de courte durée (6 mois) et n'ont pas forcément les compétences nécessaires pour mener des actions auprès des résidents.	

AXE 2 : ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS

1. Analyse de la littérature

L'accueil

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
16	Article /Revue de Gériatrie T.40 n°7	2015	DUPRÉ-LÉVÊQUE, D. CHARLANNE, D.	Entrée et accueil des personnes âgées en Ehpad	409-416	France	A retenir pour les RBPP : <i>« Entrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un événement marquant dans la vie d'une personne et de ses proches mais aussi dans la vie des établissements. C'est un événement qui se prépare à différents niveaux. La préparation concerne la personne âgée et sa famille, mais elle concerne aussi les professionnels de l'EHPAD et l'ensemble des autres résidents. Les professionnels doivent être particulièrement prêts, car le vécu de ces premiers moments au sein de l'établissement est primordial. En effet, il va influencer assez durablement sur l'adaptation ou non du résident au sein de ce nouveau lieu de vie. Selon l'analyse réalisée par la Drees,</i>	

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
 Qualité de vie en résidences autonomie
 Argumentaire

							<p><i>cette première impression impacte longuement la satisfaction et la qualité de vie du résident. Partant de ce constat on comprend que l'entrée est un moment décisif pour les résidents et leur entourage, et sur lequel les établissements doivent être particulièrement attentionnés. Cet article insistera sur les points déterminant les conditions d'accueil les plus favorables : de l'anticipation de l'entrée à l'accompagnement tout au long du premier mois. »</i></p> <p>=> idée principale à rappeler dans l'introduction de l'axe 2</p>	
17	Article / Dossier solidarité et santé, n°18	2011	PRÉVOST, J.	La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007.	28-36	France	<p><i>« Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'établissement. Pour les personnes qui l'ont bien vécue, les chances de se sentir bien aujourd'hui sont six fois plus élevées que pour les personnes ayant mal vécu leur entrée, toutes choses étant égales par ailleurs. »</i></p>	

Liberté et sécurité des résidents

	Type de document/nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
18	Article / <i>Revue hospitalière de France</i> , n°506,	2005	BOUTTAZ, M.	Liberté et sécurité des résidents en Ehpa : Concilier l'inconciliable	65-67	France	<p>Résumé : Les Ehpa ont une obligation de surveillance nécessaire au maintien de la sécurité des résidents. Il ne s'agit pas d'une obligation de résultat mais d'une obligation de moyen. Dans la mesure où la prise de risque est inhérente à la vulnérabilité des personnes âgées : la problématique se situe dans le niveau de sécurité à engager en vue de limiter les risques face à l'entrave de la liberté des choix et des mouvements des résidents. L'équilibre se situe dans le compromis : un maximum de liberté et un minimum de contraintes. C'est pourquoi les mesures prises par l'établissement doivent être personnalisées et réévaluées afin que le bénéfice/risque soit au centre de la réflexion.</p> <p>Le risque est ainsi mesuré, adapté et partagé de par l'implication de la personne concernée et sa famille dans le choix de la prise en charge.</p>	

Coordination/parcours

19	Enquête DREES / <i>Études et Résultats</i> n°1034	2017	REY, D., LESCHER, S., PARAPONARIS, A., VERGER, P., ZAYTSEVA, A., BARLET, M. <i>et al.</i>	Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital		France	<p>Objectifs : Cet article permet d'avoir des données sur le rôle et les fonctions des médecins généralistes dans le suivi des patients atteints de cancer. Il éclaire aussi les relations avec les oncologues (faible collaboration).</p> <p>Méthodologie : Questionnaires menés auprès de 1 193 praticiens inscrits au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) c'est-à-dire ceux inscrits à l'Ordre des Médecins. Ils ont été remplis par téléphone ou bien par Internet.</p> <p>Résultats : Plan Cancer 2014-2019 insiste sur le rôle central du médecin généraliste après le traitement initial du cancer et sur l'importance de la coordination ville-hôpital. 55% des médecins ont rempli moins de 10 demandes de mise en ALD pour cancer, 34% entre 10 et 20 et 11% plus de 20. 70% des médecins considèrent qu'ils jouent un rôle important dans l'accompagnement de la fin de vie et dans le soutien psychologique des malades.</p> <p>Mais ils sont assez peu formés en oncologie (11% des médecins généralistes) et 16% sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs. Les confrères spécialistes représentent une source d'information sur le cancer la plus citée : 92% des médecins l'évoquent, devant les revues médicales (84%) et les guides de bonnes pratiques de la HAS (54%). Plus de la moitié des médecins consultent des sites sur Internet et 23% des revues médicales internationales. La participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire est rare (10%). L'étude montre qu'il existe un manque de communication entre les médecins hospitaliers et leurs confrères généralistes. Moins d'un médecin sur 5 reçoit systématiquement l'information sur les effets secondaires attendus des traitements et plus d'un 1/3 ne sont jamais sollicités pour donner leur avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile.</p> <p>Dans l'étude, les médecins ont posé un diagnostic de cancer le plus souvent au niveau du sein (27%), du poumon (16%), de la prostate (10%), du colon-rectum (10%) et pour les autres cancers digestifs (9%). La moitié des patients concernés sont âgés de 60 à 79 ans et 1/3 de 40 à 59 ans. Dans les ¾ des cas, le médecin déclare avoir participé directement à l'annonce du diagnostic et dans la</p>	
----	--	------	--	---	--	--------	---	--

						<p>moitié des cas, il a été le premier à l'évoquer.</p> <p>L'étude illustre un cas clinique d'une patiente présentant une fièvre de 39°C avec signes de gravité (frissons, vertiges, hypotension) apparue 10 jours après une séance de chimiothérapie pour un cancer du sein. En semaine, 29% des médecins assurent en première intention la prise en charge (22% le week-end), 50% contactent l'oncologue (38% le samedi), 15% contactent le service d'oncologie pour une hospitalisation (18% le samedi) et 6% adressent directement la patiente aux urgences. En revanche, pendant le week-end, le médecin ayant des difficultés à contacter l'oncologue, le recours aux services d'urgence est beaucoup plus fréquent (22%).</p> <p>⇒ La difficulté des échanges entre ville et hôpital ne permet pas au médecin d'envisager une hospitalisation sans passer par les urgences.</p> <p>Les jeunes médecins suivent plus fréquemment les recommandations que leurs confrères plus âgés : en semaine, 78% des médecins de moins de 50 ans contactent en première intention l'oncologue référent ou le service d'oncologie contre 59% des plus de 58 ans.</p> <p>La majorité des médecins (78%) ont déclaré avoir un confrère référent pour la prise en charge des douleurs et connaissent un professionnel pouvant être contacté en cas de suspicion d'effet indésirable d'un traitement. En revanche, seulement la moitié dispose d'un référent diététique (48%) ou d'une personne contact susceptible de traiter des problèmes sociaux (50%). Les médecins formés en cancérologie ou membres d'un réseau sont significativement plus nombreux à avoir des référents parmi les professionnels assurant les soins de suite (82% pour la douleur, 81% pour la pharmacologie, 57% pour la prise en charge sociale et 54% pour la nutrition).</p> <p>Pour la prise en charge des douleurs chez les patients cancéreux, les médecins femmes recommandent l'acupuncture et l'hypnose plus souvent que leurs confrères hommes (25% contre 14% pour l'acupuncture et 22% et 10% pour l'hypnose).</p> <p>Environ la moitié des médecins déclarent donner systématiquement des conseils diététiques à leurs patients en rémission d'un cancer (50% aux patients de plus de 60 ans et 40% aux patients plus jeunes) et 80% leur fait la promotion d'une activité physique régulière quelques soient l'âge du patient. Concernant la consommation tabagique, 40% des médecins affirment interroger systématiquement leurs patients sur leur consommation de tabac et 70% proposent un</p>
--	--	--	--	--	--	---

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
 Qualité de vie en résidences autonomie
 Argumentaire

						<p>sevrage tabagique à tous les fumeurs.</p> <p>Les 2/3 des médecins éprouvent des difficultés « assez » et « très importantes » pour accompagner les patients en fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements à moyen et long termes et prendre en charge les séquelles du cancer. Ces difficultés augmentent significativement avec l'âge du médecin et avec l'insatisfaction par rapport aux consignes reçues de l'équipe ou du médecin spécialisées.</p> <p>Les difficultés ressenties par les médecins sont principalement liées à un défaut de transmission de l'information par les confrères spécialistes et à l'insatisfaction qui en découle.</p> <p>⇒ C'est une véritable collaboration qui semble faire défaut dans les échanges ville-hôpital. Elle impliquerait à la fois une définition claire des rôles respectifs des oncologues et des médecins généralistes dans le suivi à long terme des patients souffrant de cancer et une communication sans intermédiaire dans les temps et dans les deux sens.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

Sous thématique : Accompagner la perte d'autonomie et la fin de vie

20	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et fiches-repères	2016	Anesm	Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, volet		France	Objectifs : Améliorer l'appréciation de l'évolution de l'autonomie des personnes et adapter leur accompagnement en conséquence ; intégrer les éléments de vie des personnes dans l'évaluation de leur situation pour anticiper une éventuelle détérioration de leur autonomie ; repérer les risques d'aggravation de la situation des personnes âgées et savoir lesquels transmettre au respon-	
----	---	------	-------	---	--	--------	--	--

				résidences autonomie		<p>sable de l'encadrement ; accompagner et orienter les personnes âgées dans la prise en charge de problèmes de santé pouvant influencer sur leur qualité de vie ;</p> <p>Méthodologie : Cf. <u>méthodologie d'élaboration des RBPP</u> (analyse documentaire, appel à contribution auprès des services à domicile et des établissements pour connaître les outils de repérage utilisés, groupes de travail, visites sur sites...)</p> <p>Résultats :</p> <p>Recommandations :</p> <p>1/ mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins (encourager les personnes à exprimer leurs besoins et attentes, recommander aux aidant.e.s d'informer le médecin traitant et/ou les intervenant.e.s de tout comportement préoccupant, porter attention aux demandes ou aux plaintes récurrente, conseiller aux personnes et à leurs aidant.e.s un suivi régulier par le médecin traitant)</p> <p>2/ partager l'analyse des signes repérés des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation</p> <p>3/ adapter les réponses lorsque les personnes accompagnées montrent des signes de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie.</p> <p>Des fiches-repères sont élaborées sur les sujets suivants : mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation, chutes, risques liés à la prise des médicaments, souffrance psychique et physique, troubles du comportement et troubles cognitifs, risque sur la santé des aidant.e.s.</p>	
--	--	--	--	----------------------	--	--	--

2. Avis du groupe de travail

GT	Année	⚠ Points à retenir pour les RBPP	Consensus ou non
#1	11/05/2017	<p>Des éléments médicaux sont demandés dans le dossier de pré-admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - grille AGGIR rempli par le médecin traitant - Certificat/dossier médical rempli par le médecin traitant <p>S'agissant de la procédure d'admission en RA, des exemples de pratiques ont été citées par le GT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la commission d'admission centralisée - La visite médicale avec le médecin de l'établissement (pour ceux qui en bénéficient) - La visite à domicile (par des professionnels présentés au préalable) - Un questionnaire famille pour penser les attentes <p>Concernant l'accueil du nouveau résident, les exemples suivants ont été donnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mot d'accueil dans l'appartement du résident - Présentation à l'ensemble des résidents - Rencontre avec le président du CVS - Apéro d'accueil - Proposition de rencontre avec le CVS (information qui figure dans le livret d'accueil) - Cahier de bienvenue remis par un membre du CVS - Désignation d'un résident référent qui accompagne du 1^{er} jour jusqu'au 3^e mois où est proposé le projet de vie individualisé (projet personnalisé) - Projet de vie individualisé engagé dans les 6 mois suivant l'arrivée du nouveau résident - Présentation du personnel au fil de l'eau - .../... 	
#3	04/07/2017	<p>Accompagner les transitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant le plan d'intervention APA à mettre en œuvre suite à une perte d'autonomie, prendre en compte les ressources du territoire : il peut s'agir du CCAS, de l'assistante sociale de secteur/ du département /commune, du CLIC, etc. Cela peut être également le SAAD qui 	

		<p>fait la démarche de demande.</p> <ul style="list-style-type: none">- Les membres du groupe de travail montrent des disparités dans les pratiques de repérage de la perte d'autonomie : pour certains cela relève de la survenue d'un événement indésirable (chutes par exemple), pour d'autres il s'agit d'observer par exemple si le résident a bien pris son repas lors d'une intervention dans le logement. Il est donc important de redéfinir dans ces RBPP le repérage des premiers signes de perte d'autonomie.- Rajouter un chapeau introductif entre «dès lors que le résident présente une pathologie chronique et « l'accompagnement de fin de vie au sein de la résidence » de manière à ne pas laisser penser que les personnes présentant des troubles cognitifs importants puissent finir leur vie en résidences autonomie de manière générale.- Encourager les résidents à participer à des activités en Ehpad, à rendre visite à des anciens résidents en Ehpad, etc. est un moyen recommandé. Le but étant qu'ils puissent se « familiariser » avec ce lieu de vie, dédramatiser l'image qu'ils en ont. Les participants constatent que c'est encore l'ancienne image de l'Ehpad qui prévaut.- Partage d'expériences : des activités sont mises en lien avec l'Ehpad de proximité dans le cadre des olympiades en lien avec le CLIC:<ul style="list-style-type: none">➤ Quiz musical➤ Jeux d'adresse➤ Parcours moteur➤ Cage de foot➤ Quiz connaissance➤ spectacle <p>L'accompagnement de la fin de vie en résidence autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le groupe insiste sur le fait que l'accompagnement de la fin de vie doit être abordé en CVS ainsi que dans le projet d'établissement- Une question a été posée sur la sédation profonde, elle doit être inscrite dans les directives anticipées de la personne d'où l'intérêt de demander leurs existences en amont. <p>L'accompagnement d'un décès au sein de la résidence :</p>	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Certains membres du groupe attestent que les résidents décèdent souvent à l'hôpital néanmoins des fins de vie peuvent avoir lieu dans leur établissement. L'HAD peut être mise en place dans ce cas mais celle-ci est très cadrée.- Selon certains directeurs, le plus dur à gérer n'est pas la souffrance du personnel vis-à-vis du décès du résident mais vis-à-vis de la famille du résident face à leur peine.- La veille du corps au sein de la résidence n'est pas une demande connue, plutôt propre au domicile et non pas aux résidences qui constituent une étape « institutionnelle ».- Exemples d'illustrations issues du GT :<ul style="list-style-type: none">o organiser un goûter en l'honneur du résident décédé peut être mal perçu par les autres résidents, c'est ce que constate une directrice du groupe. D'autres réalisent une cagnotte pour payer une fleur, etc., organise un transport pour les résidents souhaitant aller aux obsèques ;o lors d'un décès, les résidents sont invités à rester dans leur logement le temps de laisser les services funéraires sortir le corps du défunt par la porte d'entrée. Le personnel est invité à participer aux funérailles. Systématiquement l'information est communiquée par affichage, un membre du groupe suggère qu'une photo devrait y être ajoutée car les personnes ne sont pas toujours connues par la résidence notamment lorsqu'elles sont isolées.	
--	--	--	--

Commentaires :

Les RBPP sur la thématique de l'accompagnement de la fin de vie sont essentiellement issues des RBPP « Accompagner la fin de vie à domicile et en Ehpad » élaborées par l'Anesm²⁴.

²⁴ Cf. Anesm. *Accompagner la fin de vie à domicile et en Ehpad*. Saint-Denis : Anesm, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/web_rbpp_findevie_ehpad.pdf>

AXE 3 : L'ACCOMPAGNEMENT À LA PRÉSERVATION DE LA VIE SOCIALE ET DE L'AUTONOMIE DES RÉSIDENTS

Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats  Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
----------------------------------	-------	-----------------	-------	-------	------	--	------------------

Chapitre 1 et 2 : favoriser le lien social (au sein de la résidence et à l'extérieur)

Mots-Clés : Lien social, vie sociale, participation sociale, capital social, isolement social, personnes âgées, logement-foyer, MARPA, habitat pour personnes âgées, habitat intermédiaire, mobilité résidentielle, intergénérationnel, SHARE, isolation, loneliness.

1. Analyse de la littérature

Solitude et isolement social des personnes âgées

21	Enquête CREDOC	2016	FONDATION DE FRANCE	Les solitudes en France. Rapport 2016.		France	<p>Methodologie : Etude réalisée en ligne entre décembre 2015 et janvier 2016 auprès d'un échantillon représentatif de 3050 personnes âgées de 15 ans et plus sélectionnées selon la méthode des quotas. "Ces quotas (région, taille d'agglomération, âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme) ont été calculés d'après les résultats du dernier recensement général de la population. Un redressement a été effectué pour assurer la représentativité par rapport à la population nationale de 15 ans et plus"</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 français sur 10 est en situation objective d'isolement²⁵ ; - 22% des français ont des liens réguliers dans un seul réseau social (le voisinage arrivant en tête) et 68% ont des liens nourris dans plusieurs milieux différents ; - 26% des français se sentent exclus, abandonnés ou inutiles ; - le taux d'isolement augmente progressivement avec l'âge : 7% chez les moins de 25 ans, 11% chez les 25-39 ans et 12% au-delà et jusqu'à 69 ans ; - les autres facteurs aggravant identifiés sont : la pauvreté et l'accès à l'emploi ; - les personnes isolées tendent à se replier sur elles-mêmes avec un sentiment de méfiance envers l'autre, les institutions et les associations. <p>A retenir pour les RBPP (chapeau axe 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition de personnes isolées objectivement ; - Le sentiment d'isolement augmente avec l'âge. 	
----	----------------	------	---------------------	--	--	--------	--	--

²⁵ Selon le rapport : « Sont considérées comme isolées objectivement les personnes ne rencontrant jamais physiquement les membres de tous leurs réseaux de sociabilité (famille, amis, voisins, collègues de travail ou activité associative) ou ayant uniquement des contacts très épisodiques avec ces différents réseaux : quelque fois dans l'année ou moins souvent. ».

22	Enquête	Juillet 2014	FONDATION DE FRANCE	Les solitudes en France. Rapport 2014.	France	<p>Methodologie : entretiens téléphoniques auprès de 4007 français de 18 ans et plus, conduits entre le 8 janvier et le 4 Février 2013 selon la méthode des quotas. (4ème enquête depuis 2010)</p> <p>Objectifs de l'enquête : Evaluer la situation des Français en regard de l'isolement relationnel. Il prend comme point d'entrée la fréquence des relations sociales au sein des cinq réseaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et de voisinage.</p> <p>Résultats en population générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12% de personnes sont en situation d'isolement a augmenté 2013, (contre 9% en 2010) - 30% des Français n'ont qu'un réseau de sociabilité actif, contre 23% en 2010 (= soit un réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et de voisinage) - 25% n'a pas de réseau amical - 39 % des Français n'ont pas ou peu de contacts dans leur entourage familial contre 33 % en 2010 ; - 36 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs voisins contre 31 % en 2010 ; - 20 % des actifs ne disposent pas d'un réseau professionnel générateur de relations sociales régulières <p>27% de personnes qui vivent avec moins de 1499€ sont en situation d'isolement (la pauvreté facteur aggravant d'isolement) Le vécu et le ressenti de l'isolement : Isolement ressenti : ce sentiment concerne plutôt les femmes, les faibles revenus, les demandeurs d'emploi et les personnes vivant seules : 78% des personnes sont concernés par des ruptures biographiques (séparations, pertes d'emploi, décès du conjoint, handicap, déménagement).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 41 % des personnes ressentant l'isolement disent se sentir abandonnées, exclues ou inutiles, soit un chiffre supérieur à celui observé en 2013 (36 %). Ce résultat est de 9 % sur l'ensemble de la population. <p>Sur l'ensemble de la population ressentant l'isolement, 22 %</p>
----	---------	--------------	---------------------	--	--------	---

						<p>déclarent en éprouver une souffrance (soit 5 % de la population française).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55 % des personnes en situation d'isolement relationnel considèrent « que si elles le souhaitent, elles pourraient facilement se faire de nouveaux amis ». C'est donc, pour elles, moins le rejet des autres qui est la cause de leur isolement que leur tendance à éviter les contacts sociaux <p>A retenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la progression de l'isolement chez les personnes âgées ; - la difficulté croissante des individus à développer leurs sociabilités de proximité ; - la difficulté accrue des individus à diversifier leur vie sociale (en 2010 , 36% des individus disposaient de 3 réseaux ou plus, contre 23% en 2013 = une baisse de 13 points) <p>Le handicap</p> <p>La perte d'autonomie, la maladie, jouent de manière très négative sur le maintien ou le développement de la vie sociale. Les personnes déclarant souffrir d'un handicap physique invalidant sont près de deux fois plus exposées à l'isolement relationnel qu'en moyenne (22% contre 12% sur l'ensemble de l'échantillon).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 38 % des personnes exposées au handicap ne disposent pas d'un réseau amical actif contre 25 % sur l'ensemble de la population ; - 46% des personnes exposées au handicap n'ont pas ou peu de contacts dans leur entourage familial contre 39 % en moyenne ; - 37 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs voisins contre 36 % en moyenne ; - 24 % des actifs ne disposent pas d'un réseau professionnel générateur de relations sociales régulières contre 20 % en moyenne. - L'impact du handicap est d'autant plus fort que les personnes en perte d'autonomie sont plus souvent confrontées à la pauvreté (18 % disposent de revenus inférieurs à 1 000 €
--	--	--	--	--	--	--

						<p>par mois, contre 8 % en moyenne) et à la précarisation de leur situation (54 % disent que leur situation économique s'est dégradée au cours des deux dernières années contre 40 % en moyenne).</p> <p>Résultats pour les + de 75 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27% des personnes âgées a de plus de 75 ans personnes sont en situation d'isolement relationnel soit 15 points de plus que la moyenne (taux équivalent pour les hommes comme pour les femmes) - 36% des personnes âgées de 75 ans et + ont un mono-réseau (contre 25% en 2010) - Cette augmentation a partie liée avec plusieurs phénomènes : augmentation de la part des personnes âgées en situation de handicap (+5 points comparativement à 2010), baisse relative des pratiques associatives, desserrement des relations familiales et ancrage territorial plus faible. - Bénéficiaire d'une situation économique plus favorable ne garantie pas d'intégration à la vie sociale - A partir de 75 ans, la fréquence des relations amicales diminue <p>L'éloignement géographique des enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sociabilités des personnes âgées dépendent très fortement du lien parents-enfants-petits-enfants. Les personnes de plus de 75 ans n'ayant pas eu d'enfants sont de ce point de vue nettement plus désavantagées (36 % d'entre elles sont en situation d'isolement relationnel contre 25 % des personnes ayant eu des enfants). - Les contacts avec les enfants et les petits-enfants restent resserrés pour une partie des seniors : - 32 % des personnes âgées ont des contacts au moins une fois par semaine avec leurs enfants (dont 12 % tous les jours ou presque) et 50 % échangent très régulièrement avec eux par téléphone, courrier ou internet ; - 23 % sont en contacts réguliers avec leurs petits-enfants
--	--	--	--	--	--	---

						<p>et 17 % les accueillent très ou assez souvent chez eux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les liens avec les autres membres de la famille apparaissent beaucoup moins fréquents. - Le fait de pouvoir faire perdurer ces liens parents-enfants a un impact fort sur le maintien de la vie sociale. L'éloignement géographique ne favorise pas le maintien de ces liens et accentue le risque d'exposition à l'isolement relationnel. dans 81 % des cas les personnes âgées en situation d'isolement relationnel ont en commun de ne pas avoir d'enfants résidant dans la même commune qu'eux (contre 69 % des personnes âgées non isolées). - Les personnes âgées en situation d'isolement relationnel ont dans 81% des cas des enfants ne résidant pas dans la même commune qu'eux contre 69% des personnes âgées non isolées - Le lien parent-enfant-petit enfant est un facteur clé des sociabilités des personnes âgées. 36% des personnes âgées sans enfant sont en situation d'isolement social contre 25% des personnes ayant des enfants - Les plus de 75 ans cumulent les facteurs de risque d'isolement (ils vivent seuls, n'ont plus d'enfant au foyer, ont un réseau familial réduit et sont plus souvent confrontés à une maladie ou à un handicap) - Les plus de 75 ans vivant dans une ville de plus de 100000 habitants ont plus de difficultés à nouer des liens avec leur voisinage - Les personnes âgées ressentent moins l'isolement qu'ils ne le subissent en comparaison avec les autres populations - Le ressenti de solitude est souvent associé à la disparition du conjoint ou aux décès des proches. - Le handicap demeure la variable jouant le plus fortement sur l'exposition au risque d'isolement relationnel. <p>A retenir pour les RBPP : un quart des personnes âgées de 75 ans et plus en France sont touchés par la solitude et l'isolement</p>	
23	Rapport	2013-2014	LE CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS	Rapport sur l'isolement social des aînés	Canada	<p>Contexte : En août 2013, la ministre d'État (Aînés), le ministre de l'Emploi et du Développement social du Canada et la ministre de la</p>	

						<p>Santé ont demandé au CNA de consulter les aînés et les acteurs clés des secteurs publics, privé et sans but lucratif pour évaluer les répercussions de l'isolement social chez les aînés du Canada et pour trouver des moyens de prévenir ou de réduire ce phénomène. Le présent rapport a pour but de présenter les contributions reçues dans le cadre des efforts de consultation du Conseil sur la question et de soumettre au gouvernement fédéral, aux fins d'examen, des conseils sous forme de propositions de mesures qui pourraient contribuer à prévenir et réduire l'isolement social des aînés au Canada.</p> <p>Méthodologie : L'approche adoptée par le CNA ne se limitait pas à la compréhension des causes et des conséquences de l'isolement social, mais visait également à déterminer les moyens permettant aux aînés de mener une vie active et engagée afin d'en bénéficier eux-mêmes et d'en faire bénéficier leur collectivité et la société. Le CNA a recueilli les points de vue des aînés et des intervenants dans le cadre de tables rondes régionales, de rencontres avec des représentants communautaires et d'une consultation en ligne. Quatre-vingt-trois (83) intervenants ont pris part aux tables rondes régionales. Les membres du Conseil ont en outre rencontré individuellement 22 organismes d'intervenants dans les régions. Cent soixante-dix-neuf (179) individus ont rempli le questionnaire en ligne, 9 personnes ont soumis des réponses écrites aux questions et 12 chercheurs et praticiens ont pris part à la table ronde nationale. Le Conseil s'est servi des critères suivants pour choisir l'emplacement des tables rondes : le type de collectivité (éloignée, rurale ou urbaine), la diversité ethnique, la présence d'aînés autochtones et immigrants, la proportion d'individus âgés de 65 ans ou plus dans la collectivité, la représentation régionale et des langues officielles. En complémentarité, le CNA a effectué une revue exploratoire de la littérature.</p> <p>Principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le principal problème émergent auquel les aînés sont con-
--	--	--	--	--	--	---

							<p>frontés au Canada réside dans le maintien de leurs contacts sociaux et de leurs activités.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'isolement social suppose peu de relations sociales et peu de rôles sociaux ainsi que l'absence de rapports mutuels gratifiants. L'isolement social diffère de la solitude, qui désigne la perception par les aînés d'un manque d'interaction ou de communication avec les autres - les hommes âgés de plus de 80 ans affichent le taux de suicide le plus élevé de tous les groupes d'âge - des études révèlent que l'absence d'un réseau de soutien social est liée à une augmentation de 60 % du risque de démence et de régression cognitive, tandis que les modes de vie socialement intégrés protègent contre la démence. - Il a été établi que la santé est un facteur déterminant de l'isolement social; il y a donc des avantages à tirer de la promotion du vieillissement actif et en santé <p>L'impact de l'isolement social sur la qualité de vie et le bien être des aînés</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'isolement social est considéré comme un facteur de risque de maltraitance envers les aînés, ce qui comprend l'abus financier, et peut accentuer la crainte d'un acte criminel ou d'un vol, ce qui rend les aînés encore moins susceptibles de participer aux activités sociales. - Le réseau social d'un aîné peut influencer positivement de bonnes habitudes en matière de santé, comme amener avec succès à cesser de fumer ou à rester actif. - À l'inverse, les aînés isolés socialement sont plus à risque d'adopter un comportement négatif pour leur santé, notamment la consommation d'alcool, le tabagisme, un mode de vie sédentaire et l'absence d'une bonne alimentation,
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>sont plus susceptibles de chuter, et ont de quatre à cinq fois plus de risques de se faire hospitaliser. La recherche montre également que l'isolement social est un indicateur de mortalité des suites d'une maladie coronarienne ou d'un accident vasculaire cérébral</p> <ul style="list-style-type: none">- L'isolement social a également une incidence sur la santé psychologique et cognitive des aînés. Il est associé à des niveaux supérieurs de dépression et de suicide. D'après la recherche, un aîné sur quatre vit avec un problème de santé mentale (comme la dépression, l'anxiété ou la démence) ou la maladie et de 10 % à 15 % des individus âgés de 65 ans ou plus qui vivent au sein de la collectivité souffrent de dépression- Environ 50 % des gens de plus de 80 ans disent se sentir seuls et les hommes âgés de plus de 80 ans présentent le taux de suicide le plus élevé de tous les groupes d'âge. <p>Les facteurs qui contribuent à l'isolement social des aînés dont les transitions importantes de la vie</p> <ul style="list-style-type: none">- Les facteurs: vivre seul; être âgé de 80 ans ou plus; avoir un état de santé chancelant, dont de nombreux problèmes de santé chroniques; – ne pas avoir d'enfants ou de contacts avec la famille; le manque d'accès au transport; avoir un faible revenu; la modification des structures familiales, la migration des jeunes pour des raisons professionnelles et le fait de laisser pour compte les aînés, et le lieu de résidence. De plus, les transitions importantes de la vie, comme la retraite, le décès d'un conjoint ou la perte du permis de conduire, augmentent le risque d'isolement social.- Les autres facteurs identifiés par le CNA : le manque de	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>sensibilisation ou d'accès aux services et programmes communautaires; les craintes, les attitudes ou les stigmates liés au vieillissement (interne et externe) qui empêchent les aînés d'avoir accès à des services et programmes communautaires ou d'être actifs socialement dans leur collectivité; le manque d'options de transport accessibles et abordables; le manque d'options de logement et de soins abordables et convenables pour répondre aux divers besoins des aînés; la perte du sentiment d'appartenance à la communauté; des problèmes de santé permanents, comme les incapacités; des états invalidants tardifs ou liés à l'âge, comme l'incontinence ou la crainte de tomber lors d'allées et venues; les difficultés liées à la technologie notamment l'accès et les coûts, le degré d'aisance avec les technologies.</p> <p>Obstacles intrinsèques et extrinsèques à la participation</p> <ul style="list-style-type: none"> - La ville amie des aînés : Ce modèle, élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé de concert avec le gouvernement du Canada, couvre huit domaines clés de la vie communautaire qui permettent aux aînés ayant des capacités et des besoins variés de vivre en sécurité et en bonne santé et de participer pleinement à la société. - Le milieu bâti peut en lui-même constituer un obstacle à la participation sociale. Même l'accès limité aux installations sanitaires publiques peut limiter ou inhiber certaines personnes, surtout celles qui sont aux prises avec certaines formes d'incontinence - Le fait d'être un proche aidant résidant avec le bénéficiaire des soins a été relevé comme un facteur majeur de
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>l'isolement social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les obstacles culturels peuvent également faire augmenter le risque d'isolement social chez les immigrants âgés au Canada - Des obstacles liés à la langue ont été mentionnés comme représentant des entraves à l'inclusion sociale et à la participation des aînés. Les participants ont indiqué que les individus ont de la difficulté à trouver des établissements de soins et des programmes sociaux qui peuvent les servir dans la langue de leur choix - Quelque 85 % des Canadiens âgés de plus de 55 ans souhaitent demeurer dans leur résidence actuelle le plus longtemps possible - En raison des pénuries ou de la rareté des options abordables, certains aînés doivent accepter des lits dans des établissements qui se trouvent à l'extérieur de leur collectivité, qui n'acceptent pas les animaux de compagnie, qui n'offrent peut-être pas de services dans la langue de leur choix ou qui ne répondent pas à leurs besoins culturels - Les participants ont mentionné que les homosexuels âgés sont confrontés à une double discrimination — celle de l'âge et de l'orientation sexuelle — dans de nombreux domaines : les soins de santé, les soins à domicile, les affaires juridiques et les loisirs. - il arrive fréquemment que les aînés qui ont des maladies mentales ou d'autres problèmes de santé mentale ne demandent pas ou sont incapables de demander l'aide dont ils ont besoin, ce qui les isole davantage. - La mobilité est un aspect a été désigné comme l'un des facteurs clés influençant la capacité des aînés de participer à 	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>des programmes communautaires</p> <p>Les mesures proposées par le CNA au gouvernement fédéral:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mieux sensibiliser le public à l'isolement social des aînés Mesure proposée : mener un travail en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et régionaux et avec des partenaires communautaires pour promouvoir l'inclusion sociale, lutter contre l'âgisme et favoriser l'engagement des aînés en sensibilisant davantage les intéressés aux avantages de la participation sociale des aînés, en célébrant la diversité au sein de la population canadienne vieillissante et en montrant des images réalistes du processus de vieillissement au moyen d'une approche basée sur le parcours de vie.- Promouvoir l'amélioration de l'accès à l'information, aux services et aux programmes pour les aînés : envisager de miser sur les succès des initiatives et des mécanismes existants pour appuyer et faciliter un meilleur accès à l'information, aux services et aux programmes pour les aînés, leurs proches aidants, et les navigateurs dans les systèmes et services- Renforcer la capacité collective des organismes et des collectivités d'adopter des solutions viables pour s'attaquer à l'isolement social des aînés : favoriser une culture qui engendre l'innovation sociale et qui mise sur les rapports de confiance entre les gouvernements, les entreprises, les organismes sans but lucratif, les organismes communautaires, les réseaux professionnels et les aînés pour exercer des activités qui tireraient parti des compétences et des ressources collectives dans les collectivités pour s'attaquer à l'isolement social des aînés	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la recherche pour mieux comprendre le problème de l'isolement social : continuer d'appuyer la recherche pour mieux comprendre le problème de l'isolement social et les liens entre l'isolement social et les autres problèmes liés aux aînés. 	
24	<p>Article / <i>Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences</i> 2016 vol.2 n°1</p>	2016	<p>ROBINS, L-M., JANSONS, P., HAINES, T.</p>	<p>The impact of physical activity interventions on social isolation among community-dwelling older adults</p>	62-71	Australie	<p>Objectif de l'étude: analyser l'effet des interventions en activité physique sur l'isolement social ou la solitude des personnes âgées vivant en communauté « older community-dwelling adults ».</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revue systématique incluant des méta-analyses et des synthèses narratives pour l'analyse des données ; - recherche conduite en avril 2012 et actualisée jusqu'en avril 2014 ; - bases de données exploitées : MEDLINE, CINAHL, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycInfo and Social Sciences Citation Index. - Types d'interventions : tout type d'intervention en activité physique <p>Principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 études incluses dans la synthèse narrative et 4 études dans la méta-analyse - les activités physiques de groupe sont associées à une diminution plus importante de l'isolement social chez les personnes âgées qui vivent en communauté par rapport à une activité sociale seule. Toutefois, cet effet n'est pas maintenu sur le long terme ; - il est possible qu'une intervention en activité physique sans 	

						<p>interaction sociale réduise aussi l'isolement social ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les auteurs recommandent aux professionnels de sante de prendre en compte l'environnement de la personne avant de prescrire une activité physique (personne avec qui elle vit, état de sante actuel, situation économique, expérience dans la pratique d'activité physique en groupe - <i>"Future observational and experimental studies may be able to differentiate the effect that social interaction in a group exercise environment has on social isolation from the effect that the physical benefits of participating in a physical activity program have on social isolation. "</i> <p>A retenir pour les RBPP : La pratique d'une activité physique limite l'isolement social chez les personnes âgées vivant en communauté.</p>
25	Etude IPSOS	2012	VANDENBROUCKE, S., LEBRUN, J.M., VERMULEN, B., DECLERCQ, A., MAGGI, P., DELYE, S. <i>et al.</i>	Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique	Belgique	<p>Résultats de l'enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique</p> <p>Objectifs de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une idée du nombre de seniors qui se sentent seuls et/ou sont socialement isolés en Belgique. - vérifier les facteurs en lien avec la solitude et l'isolement social. - faire la comparaison avec des résultats scientifiques existants en Belgique, pour déterminer entre autres si les seniors d'aujourd'hui sont plus ou moins isolés qu'avant. <p>Méthodologie : 1507 interviews de 2011 à 2012 auprès de personnes âgées de plus de 65 ans. 1210 auprès de PA vivant au domicile et 297 auprès de PA résidant en maison de soins. 3 régions ont été ciblées : Bruxelles, les Flandres et Wallonie, pour plus de représentativité 500 interviews ont été menés dans chacune de ces régions. Dans l'échantillon, les répondants sont répartis proportionnellement aux populations des trois régions : 60 % habitent en</p>

							<p>Flandre, 31 % en Wallonie et 8 % à Bruxelles.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Près de la moitié des seniors (45%) peuvent être décrits comme 'bien armés socialement'. Ils peuvent compter sur un large réseau social et ne se sentent pas seuls. Environ un senior sur dix est 'pauvre en contacts': bien qu'entourés d'un petit réseau social, ces seniors ne se sentent pas seuls. Les seniors restants (46%) se sentent seuls. Environ la moitié d'entre eux se trouvent dans une situation d'isolement social, car ils combinent un petit réseau social avec des sentiments de solitude. Nous considérons l'autre moitié comme 'solitaires': ils se sentent seuls en dépit du large réseau social dont ils disposent. - L'enquête confirme que les personnes âgées de plus de 85 ans sont plus isolées socialement que les seniors plus jeunes. - Des enquêtes antérieures ont en outre montré que la solitude chez les jeunes entre 15 et 24 ans est aussi fréquente que chez les plus âgés d'entre nous. - Il est donc frappant que le fait d'être bien armé socialement est déterminé entre autres par le capital économique des personnes âgées. La proportion de personnes isolées socialement atteint même 40% dans le groupe disposant du niveau de revenu le plus bas, contre 15% chez les seniors bénéficiant des revenus les plus élevés - Le nombre de seniors socialement bien armés est plus élevé chez les personnes âgées à domicile que chez les personnes âgées en maison de repos et de soins qui ont moins d'enfants et un réseau moins large. - L'isolement social est plus fréquent chez les résidents de 	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>maisons de repos et de soins qui souhaiteraient souvent avoir plus de contacts, surtout avec leurs petits-enfants. Les sentiments de solitude expliquent en partie que ces personnes âgées sont dépressives;</p> <ul style="list-style-type: none">- Une étude récente montre qu'un capital social insuffisant constitue un facteur de risque de décès au moins aussi important que d'autres facteurs plus connus, tels que le tabagisme, l'obésité ou la pollution.- Ainsi, nous comptons relativement plus de personnes solitaires et socialement isolées chez les seniors les plus âgés (plus de 85 ans), chez les femmes, chez les veufs et les veuves, chez les personnes âgées souffrant de problèmes de santé et chez les personnes âgées qui peinent à joindre les deux bouts- les personnes âgées offrent plus souvent une écoute attentive qu'elles ne peuvent compter elles-mêmes sur une personne de confiance <p>solitude et isolement/ solitude émotionnelle</p> <ul style="list-style-type: none">- L'isolement social est déterminé de manière objective sur la base de l'ampleur des fréquences de contact. L'isolement social est le contraire de la participation sociale. La solitude est toujours une expérience subjective. La solitude est un sentiment et ce sentiment est en partie déterminé par la personnalité. la solitude est aussi bien influencée par la quantité que par la qualité des relations sociales. La solitude est donc le résultat de la disparité entre les contacts sociaux que l'on a et ceux que l'on aimerait avoir.- La solitude émotionnelle résulte du manque de relations significatives intimes ou durables. Vous pouvez vous sentir	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>seul sur le plan émotionnel même avec un vaste réseau de contacts sociaux. Le poids de la solitude émotionnelle est souvent plus lourd à porter que celui de la solitude sociale. C'est en présence à la fois de la solitude sociale et de la solitude émotionnelle que les effets négatifs sont les plus importants</p> <p>Causes de la solitude <u>Trois types de causes :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Les causes intra-individuelles : Une méta-analyse de Pinquart & Sórensen (2003) démontre que les femmes ressentent plus souvent la solitude que les hommes. le sexe n'est pas le seul facteur explicatif, d'autres facteurs, tels que l'âge, l'état civil et la composition du ménage jouant un rôle plus important dans la compréhension de la solitude. Les personnes âgées avec un faible niveau de formation et de faibles revenus sont plus souvent solitaires- Les causes interindividuelles : Ces causes sont à rechercher dans le contact avec les autres. La situation conjugale contribue ainsi de manière importante à expliquer la solitude. Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées sont plus souvent socialement isolées que les personnes âgées séparées- Les facteurs sociaux entre les différentes sociétés : Ainsi les personnes âgées des pays d'Europe du Nord se sentent-elles moins seules que les personnes âgées des pays d'Europe du Sud. Dans les pays du Sud, les attentes relationnelles sont plus élevées. <p>Conséquences de la solitude</p> <ul style="list-style-type: none">- Le sentiment de solitude se traduit par des problèmes de santé tant physique que psychique. La solitude va ainsi de	
--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>pair avec la dépression, la régression cognitive, l'hypertension et les maladies cardiaques</p> <ul style="list-style-type: none">- Les personnes âgées isolées bougent moins, oublient plus souvent de prendre leurs médicaments, s'alimentent moins sainement et ne consultent pas leur médecin régulièrement- Les chercheurs sont depuis longtemps déjà convaincus qu'un réseau social solide favorise la santé physique et psychique des personnes âgées <p>Lien avec les caractéristiques sociodémographiques</p> <ul style="list-style-type: none">- En Belgique, il y a une différence entre les villes et les campagnes. En ville, les personnes isolées socialement sont plus nombreuses, par contre en milieu rural le sentiment de solitude est plus élevé- C'est le réseau social des seniors bruxellois qui est le moins développé. En Wallonie, les seniors peuvent relativement peu compter sur la famille au sens large. C'est en Flandre que la part des non-parents est la plus étendue dans le réseau social.- C'est à Bruxelles que le souhait d'entretenir plus de contacts est le plus présent en ce qui concerne les relations familiales verticales et collatérales- Les femmes se sentent plus souvent seules. La solitude est plus importante chez les personnes qui ont des moyens financiers plus restreints- Les personnes âgées qui ont du mal à joindre les deux bouts sont beaucoup plus souvent seules, aussi bien sur le plan émotionnel que social.- Les femmes sont plus souvent isolées socialement que les hommes (25 % vs. 19 %). En outre, elles sont beaucoup	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>plus souvent 'seules' : malgré un grand réseau, les femmes se sentent plus souvent seules que les hommes (27 % vs. 17 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus les revenus du senior sont faibles, plus le souhait de davantage de contacts avec les enfants est important - On note des différences entre les Régions. Le pourcentage de personnes souffrant de sentiment de solitude est plus élevé en Wallonie (26%) qu'en Flandre (22%) ou à Bruxelles (19%). En termes d'isolement, c'est Bruxelles qui a le taux le plus élevé (29%), pour 24% en Wallonie et 21% en Flandre. <p>Lien avec la participation sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau social des seniors qui ne participent pas (activement) à la vie associative compte moins de (beaux-)frères/sœurs et d'amis ou de connaissances. Ils ont également moins de frères/sœurs, connaissent moins de voisins/personnes du quartier et ont moins d'amis et de connaissances. Les seniors qui participent activement à la vie associative ont deux fois plus d'amis que ceux qui n'y participent pas. - C'est avec leurs enfants que les seniors entretiennent les contacts les plus étroits. - les seniors qui n'ont jamais ou que rarement des contacts directs (= pas de contact face à face au moins hebdomadaires) ne compensent que partiellement par des contacts à distance tels que le contact téléphonique ou par internet. Deux-tiers des seniors qui ne voient personne durant la semaine ont néanmoins des contacts téléphoniques hebdomadaires avec le cercle familial ou des non-parents. Un tiers des seniors qui ne voient personne durant la semaine
--	--	--	--	--	--	---

						<p>ne parlent donc à personne de vive voix. Quatre-vingt-quatre pour cent des seniors qui ont régulièrement des contacts directs ont également des contacts téléphoniques réguliers.</p> <p>Utilisation d'internet</p> <ul style="list-style-type: none">- 21% des personnes âgées interviewées utilisent internet, un senior sur cinq utilise internet pour communiquer. Les seniors qui utilisent le plus internet sont les hommes, les seniors les moins âgés, les couples, ceux qui disposent d'un revenu permettant de joindre facilement les deux bouts et les Bruxellois. Un quart des personnes âgées qui utilisent internet se sentent au moins parfois seules. C'est bien moins que parmi les personnes âgées qui n'utilisent pas internet pour communiquer.- La solitude est beaucoup plus présente chez les personnes âgées qui n'utilisent pas internet : celles-ci souffrent d'un sentiment de solitude dans 1 cas sur 2. <p>Analyse en fonction de l'habitat</p> <ul style="list-style-type: none">- C'est dans les zones urbaines que les seniors entretiennent les modèles relationnels les plus larges : ils sont plus souvent en contact aussi bien avec la famille directe et au sens large qu'avec des non-parents; ils sont moins souvent en contact exclusivement avec la famille directe. En zones rurales, il en va autrement : les seniors y sont plus souvent uniquement en contact avec la famille directe <p>Modèle relationnel en fonction du sexe</p> <ul style="list-style-type: none">- Les hommes ont plus souvent des contacts exclusivement avec le cercle familial; ils sont en outre plus fréquemment pauvres en contacts que les femmes. Les femmes entre-
--	--	--	--	--	--	---

							<p>tiennent plus fréquemment des contacts exclusivement avec le cercle vertical et les non-parents.</p> <p>Analyse en fonction de l'état de santé subjectif/ objectif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les seniors en bonne santé entretiennent plus souvent des contacts avec le cercle familial aussi bien direct qu'indirect que les seniors en moins bonne santé - Les seniors qui jugent leur santé moins bonne souhaitent significativement plus souvent entretenir davantage de contacts avec toutes les catégories de référence. - La solitude touche beaucoup plus les personnes âgées dont l'état de santé est moyen ou mauvais que les personnes âgées qui se disent être en bonne santé. Nous constatons ces différences aussi bien en ce qui concerne la solitude émotionnelle que la solitude sociale. - L'état de santé subjectif a un impact clair sur le risque d'isolement social. Plus d'un tiers des personnes âgées dont l'état de santé est mauvais est isolé socialement - À tous points de vue, les seniors en mauvaise santé disposent d'un réseau social plus restreint. Un senior en mauvaise santé sur cinq n'a pas d'amis. <p>Analyse en fonction de la présence d'aide aux autres/ fonction associative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modèles relationnels les plus larges sont ceux des seniors qui offrent bénévolement de l'aide aux autres : parmi eux, 1 sur 4 a des contacts aussi bien avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents (contre 17 % pour ceux qui n'offrent aucune aide aux autres). Les seniors qui ne fournissent pas d'aide aux autres sont significativement plus souvent en contact exclusif avec la famille proche. 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none">- Les seniors qui ne prennent pas part à la vie associative sont significativement moins satisfaits de leurs contacts avec les petits-enfants, voisins et amis et connaissances.- Les seniors qui viennent en aide aux autres sont significativement plus satisfaits de leurs contacts avec les enfants, petits-enfants, frères/sœurs, voisins et amis.- Cinquante-quatre pour cent des seniors ne sont membres d'aucune organisation sociale ou culturelle. Sur la population totale de seniors, un peu plus de 1 personne sur 5 est donc un membre actif d'une association.- Les personnes qui aident souvent les autres se sentent moins souvent seules : 7 sur 10 ne se sentent jamais seules, comparé à la moitié des personnes âgées qui n'apportent pas leur aide aux autres.- les seniors en bonne santé, qui ne sont pas tombés l'année dernière, qui, dans leurs déplacements, ne sont pas limités à l'habitation ou la chambre, qui viennent en aide aux autres, qui ne ressentent pas de sentiments dépressifs et qui ne sont pas dépendants de l'aide sont significativement plus souvent membres d'une association.- Les personnes âgées qui ne participent pas à la vie d'une organisation se trouvent presque deux fois plus souvent dans une situation d'isolement social que les personnes âgées qui sont membres d'une organisation sociale ou culturelle (29 % vs. 17 %). <p>Analyse en fonction de la dépression</p> <ul style="list-style-type: none">- Pour les seniors sujets à des sentiments dépressifs, l'aspiration à davantage de contacts est plus grande que chez les seniors qui ne ressentent pas de tels sentiments. <p>Analyse en fonction de troubles sérieux de la mémoire</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none">- Les seniors sujets à des problèmes sérieux de mémoire souhaitent nettement plus souvent davantage de contacts avec tout le monde que les seniors qui ne sont pas concernés par ces problèmes.- Plus d'une personne âgée sur quatre qui souffre de graves problèmes de mémoire est isolée socialement <p>Analyse en fonction de la dépendance de l'aide/ dépendance aux soins</p> <ul style="list-style-type: none">- Les seniors dépendants de l'aide semblent aussi satisfaits des contacts avec les enfants et petits-enfants que les seniors qui, dans leurs activités journalières, ne sont pas dépendants des autres- La dépendance aux soins influence surtout la solitude émotionnelle. <p>Personne de confiance</p> <ul style="list-style-type: none">- Environ 1 senior sur 5 n'a, dans son entourage, personne à qui se confier ou demander conseil.- Le fait de disposer d'une personne de confiance diminue le risque de solitude émotionnelle : 44 % des personnes âgées qui ont une personne de confiance ne sont pas seules émotionnellement, par opposition à seulement 1 personne âgée qui n'a pas de personne de confiance sur 3. <p>Analyse en fonction de la fréquence des chutes et de la mobilité</p> <ul style="list-style-type: none">- Les seniors dont la mobilité est réduite et qui sont tombés l'année dernière éprouvent plus souvent un sentiment de solitude : 6 personnes âgées sur 10 dont la mobilité n'est pas réduite ne se sentent jamais seules, comparé à 4 personnes âgées sur 10 dont la mobilité est réduite. <p>Personnes âgées à domicile/ personnes âgées en maison de soins</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<ul style="list-style-type: none">- Les personnes âgées en maison de repos n'ont pas plus ou moins de sentiments dépressifs que les personnes âgées qui habitent chez elles.- Les résultats de l'enquête indiquent que 66 % des personnes âgées qui ont un animal domestique ne se sentent jamais seules, alors que seulement 59 % des personnes âgées qui n'en ont pas ne ressentent jamais de sentiment de solitude.- Les personnes âgées en maison de repos ont moins souvent des enfants que les personnes âgées qui habitent chez elles. Elles ont, à tous les égards, un réseau social moins étendu.- Par contre, l'isolement social est plus fréquent chez les personnes âgées en maison de repos, tout comme le sentiment de ne pas forcément se sentir seules lorsqu'elles ont un petit réseau social. <p>Les stéréotypes relatifs à la solitude</p> <ul style="list-style-type: none">- Les stéréotypes négatifs liés à l'âge et concernant la solitude sont néfastes pour les personnes âgées, car ils sont intériorisés.- À un âge plus avancé, cela entraîne des conséquences biosychosociales, car les personnes âgées qui intériorisent des stéréotypes négatifs liés à l'âge considèrent leur propre santé comme moins bonne, font moins de prévention santé, se remettent moins vite des maladies et vivent également moins longtemps <p>A retenir pour les RBPP Isolement : fréquence et qualité des contacts (niveau de satisfaction) Solitude : plus difficile à mesurer → subjectif</p>
--	--	--	--	--	--	--

26	Article/ <i>Ageing & Society</i> vol.25 n°1	2005	CATTAN, M., WHITE, M., BOND, J. et LEARMOUTH, A.	Preventing social isolation and loneliness among older people : a systematic review of health promotion interventions	41-67	UK	<p>Objectif : déterminer l'efficacité des interventions qui ciblent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.</p> <p>NB : en raison de la variabilité des définitions de l'isolement social et de la solitude dans la pratique et la recherche, les auteurs ont décidé d'inclure les études qui ont porté sur l'un ou l'autre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La solitude (ou l'isolement affectif) est défini comme un état subjectif, un sentiment désagréable de manque ou de la perte de compagnie - l'isolement social est considéré comme l'absence ou la rareté objective des contacts et des interactions entre une personne âgée et un réseau social (Townsend 1957 ; Weiss 1982) <p>La promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux personnes âgées les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (définition à partir de celle de l'OMS)</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - type d'étude : revue systématique - stratégie de recherche : <ul style="list-style-type: none"> o sélection d'études publiées entre 1970 et 2002 o pas de langues des restrictions o bases de recherche : Medline, BIDS SCI et SSCI, EMBASE, PsychInfo, ASSIA, CINAHL, SweMed, FirstSearch, Academic Search Elite, SIGLE, The Cochrane Library, et LILACS o 5 catégories de mots-clés: population/groupe cible ; problème posé ; prévention/sujet de promotion ; intervention/méthode ; type d'article <p>Caractéristiques des études incluses</p>	
----	---	------	--	---	-------	----	---	--

						<ul style="list-style-type: none"> - sur 680 articles identifiés au départ, 42 ont été inclus dans l'étude dont 30 études quantitatives et 12 études observationnelles. La moitié des études avaient été conduites aux USA et le reste au Canada et dans des pays Européens. Parmi les études incluses, 16 étaient des essais randomisés contrôlés et un tiers étaient des études non randomisés. - classés par catégorie d'interventions : interventions de groupe (17 études), interventions individuelles (10 études), prestations de services (3 études), développement communautaire (1 étude) - Participants <ul style="list-style-type: none"> o Nombre variant entre 22 et 1555 individus selon les études o 4 études avec uniquement des femmes o 5 études évaluaient les activités visant à réduire la solitude chez les aînés endeuillés - Types d'activités : groupe de soutien/discussion ou d'entraide, activation sociale, formation, programme d'activités physique et d'éducation pour la santé, - Lieux d'interventions : immeuble pour personnes âgées, domicile (surtout pour les interventions individuelles), centres communautaires, centres de quartier (voisinage) <p><u>Activités de groupe avec une dimension éducative :</u></p> <p>Activités de groupe proposant un soutien social qui ont montré une réduction significative du sentiment de solitude ou de l'isolement social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme d'activation sociale dans un immeuble pour personnes âgées - Groupe de soutien ou d'entraide pour les époux âgés endeuillés depuis 2-3 mois : groupes animés par des pairs veufs depuis 4 à 5 ans ou des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières spécia-
--	--	--	--	--	--	---

							<p>lisées en psychosociologie), basés sur un modèle d'auto-aide où le responsable agit comme facilitateur du processus de groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe de discussion type « focus group » pour les personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale, - groupes de conseils ou de discussions animés par les pairs ou des professionnels pour les aidantes (filles adultes et belles-filles). <p>Caractéristiques des interventions jugées efficaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 études sur 10 étaient des interventions de groupe avec une démarche éducative, ou elles proposaient des activités de soutien ciblées dans 4 études sur 10 ; - 7 études sur 10 ciblaient des groupes spécifiques (femmes, soignants, veuves, inactifs ou des personnes avec de sérieux problèmes de santé mentale ; - La majorité des études (5 sur 6) jugées partiellement efficaces ciblaient également des groupes spécifiques ; - Elles ont établi que les échantillons expérimentaux étaient représentatifs du groupe ciblé - Elles ont évalué un service ou une activité existant(e) ou ont été développées ou conduites au sein d'un service existant ; - Les participants ont été identifiés à partir de listes (médecins généralistes, services sociaux, services de listes d'attentes), des notices nécrologiques, ou à travers des sollicitations auprès du grand public ; - 6 études sur 10 avaient inclus une procédure d'évaluation jugée élevée - Seules 2 études sur 10 ont montré que la pratique d'une activité physique était efficace dans la réduction de la solitude bien que l'une des études a montré un effet inverse après 12 mois 	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire

							<p>Conclusion : Les activités de groupe requérant une participation active des personnes s'avèrent particulièrement efficaces pour lutter contre l'isolement social et la solitude.</p> <p>Limite de l'étude: la majorité des études ayant été menées en Amérique du nord, la transférabilité des résultats doit être considérée avec prudence.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Participation sociale des personnes âgées

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
27	Analyse documentaire	2008	RAYMOND, É., GAGNÉ, D., SÉVIGNY, A., TOURIGNY, A.,	La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire		Québec	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse documentaire basée sur une recherche bibliographique menée dans 21 banques de données ; - 15 termes associés à la notion de participation sociale (engagement social, citoyenneté, etc.) ; - période couverte : 2003-2007, sauf pour la dimension des interventions, qui couvre les années 1970 à 2007. <p>⇒ Au total, 1 049 articles ont été recensés; le corpus à l'étude est constitué de 98 d'entre eux. Les articles associés à chacune des quatre dimensions ont d'abord été considérés comme un ensemble et comparés. Par la suite, un travail de lecture et d'analyses croisées a été effectué, afin de faire des liens entre les dimensions de l'analyse documentaire et ainsi, favoriser une vision globale de la problématique.</p> <p>A retenir pour les RBPP :</p> <p>Définitions</p> <p>4 grandes familles de participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement dans la vie quotidienne : participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.); - Interactions sociales : participer socialement se réalise dans des situations d'interactions sociales, qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou d'activités hors du domicile ; - Réseau social : participer socialement suppose de faire partie d'un réseau 	

						<p>d'interrelations présentant un minimum de stabilité et de réciprocité, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associativité structurée : participer socialement signifie prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés. <p>Facteurs influençant la participation sociale 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs sociodémographiques : âge, sexe, niveau de scolarité, statut civil; facteurs personnels : revenus, état de santé, emploi et retraite, expériences de vie, motivations; - facteurs environnementaux : accessibilité, représentations culturelles, attitudes des professionnels. Certains de ces facteurs, telle l'accessibilité des lieux de participation, peuvent être modifiés afin de favoriser la participation sociale des aînés ; - Autres facteurs, comme l'âge et le sexe, sur lesquels on ne peut agir, et qui doivent également être pris en compte si l'on veut concevoir des interventions mieux adaptées. <p>Lien entre participation sociale et santé des aînés : ralentissement du déclin cognitif et fonctionnel, une diminution de la consommation de médicaments et des symptômes dépressifs, une amélioration de la perception de l'état de santé et une augmentation de la sensation de bien-être.</p>		
28	Étude	2012	GILMOUR, H.	Participation sociale et santé et	2-13	Canada	<p>Contexte : La participation sociale est associée à la santé et au bien-être chez les adultes</p>	C

				<p>bien-être des personnes âgées au Canada</p>		<p>âgés.</p> <p>Objectifs : Cette étude examine la relation entre le nombre d'activités sociales auxquelles les personnes âgées participent «fréquemment»²⁶ et trois mesures de la santé et du bien-être, à savoir l'autoévaluation positive de l'état de santé, la solitude et l'insatisfaction à l'égard de la vie.</p> <p>Méthodologie : Etude à partir des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé menée en 2008-2009²⁷ au moyen d'interviews sur place assistées par ordinateur. L'auteure examine le rapport entre la participation sociale fréquente et l'autoévaluation de l'état de santé, la solitude et l'insatisfaction à l'égard de la vie, auprès d'un échantillon de 16 369 personnes âgées de 65 ans et plus représentatif de la population nationale.</p> <p><u>Mesures de la santé et le bien-être:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoévaluation de l'état de santé à travers la question suivante aux participants : « En général, diriez-vous que votre santé est... » Les choix de réponse ont été dichotomisés de manière à obtenir une <i>autoévaluation</i> positive (excellente/très bonne/bonne) ou mauvaise (passable/ mauvaise) <i>de l'état de santé</i>. - la solitude : L'instrument nommé <i>Three-Item Loneliness Scale</i> sert à mesurer le degré de solitude d'une personne. Les participants à l'enquête ont répondu aux questions sur la solitude en fonction d'une échelle de Likert de trois points (à peu près jamais, parfois, souvent). On leur a demandé « À quelle fréquence vous arrive-t-il :
--	--	--	--	--	--	--

²⁶ Une « participation fréquente » s'entendait d'une participation :

- *au moins hebdomadaire* à l'égard des activités suivantes : activités avec des membres de la famille ou des amis, à l'extérieur du foyer; activités d'un groupe confessionnel (p. ex. un service religieux, un comité ou un chœur); activités sportives ou physiques, avec d'autres personnes; autres activités récréatives, avec d'autres personnes, y compris passe-temps, bingos et jeux divers.

- *au moins mensuelle* aux activités suivantes, pratiquées habituellement moins souvent : activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes (p. ex. suivre un cours, assister à un concert, ou aller au musée); activités d'un club philanthropique ou d'une société fraternelle; activités d'une association communautaire ou professionnelle; activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance

²⁷ L'ESCC est une enquête transversale qui fournit des données sur les facteurs, les influences et les processus qui jouent un rôle dans le vieillissement en santé. La base de sondage couvrait les personnes de 45 ans et plus des dix provinces vivant dans les logements privés.

						<ul style="list-style-type: none"> ○ de ressentir un manque de compagnie? » ○ d'avoir l'impression d'être tenu(e) à l'écart? » ○ d'éprouver le sentiment d'être isolé(e)? » <p>- l'insatisfaction à l'égard de la vie à travers la question suivante posée aux participants : « ... quel sentiment éprouvez-vous en général à l'égard de votre vie? » Ils ont répondu à l'aide d'une échelle variant de 0 (« très insatisfait(e) ») à 10 (« très satisfait(e) »).</p> <p>La régression logistique multidimensionnelle a servi à déterminer les relations significatives après prise en compte des facteurs confusionnels possibles. Sont examinés également le rôle médiateur du soutien social et la prévalence des obstacles déclarés à une plus grande participation sociale.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les aînés plus jeunes les 65-75 ans sont les moins susceptibles d'éprouver de la solitude par rapport aux autres et les plus susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé. - plus l'incapacité de la personne âgée est élevée moins leur évaluation de leur santé est susceptible d'être positive et plus elles se sentent seules ou insatisfaites - idem pour les personnes âgées ayant un faible soutien social par rapport aux personnes âgées ayant un niveau élevé de soutien social - 80% des personnes âgées participent fréquemment à au moins une activité sociale (type d'activité par ordre : Famille/amis, Groupe confessionnel, Sport, Organisme bénévole, Éducative, Club, Association, Autres). Plus le nombre d'activités augmente plus la probabilité d'une autoévaluation positive de leur santé augmente et plus leur sentiment de solitude diminue. - en majorité, il s'agit des activités avec la famille ou les amis, ce sont plus les femmes qui sont sujet à participer à ce genre d'activité, aux activités d'un groupe confessionnel et aux activités éducatives. Les hommes participent plus à des activités sportives. - les activités diminuent pour les âges plus avancés sauf pour les activités d'un groupe confessionnel. - l'obstacle majeur à la participation est la limitation de l'état de santé à 35% pour les femmes et 33% pour les hommes, le second obstacle est le
--	--	--	--	--	--	---

							<p>fait d'être trop occupé et plus particulièrement chez les hommes à 28% contre 16% chez les femmes. Les femmes sont les plus susceptibles de refuser à la participation d'une activité parce qu'elles sont seules 17% et 9% chez les hommes</p> <ul style="list-style-type: none"> - les résultats démontrent que les relations sociales ont une association significative avec la santé et le bien être, en effet plus il y a de participation d'activités sociales pratiquées plus l'autoévaluation de la santé va être positive et plus le risque d'éprouver de la solitude est faible <p>Interprétation/A retenir pour les RBPP (Objectifs et enjeux) :</p> <p><i>« La participation sociale est un corrélat important de la santé et du bien-être chez les adultes âgés. A cet égard, il se peut que le soutien social généré par les contacts sociaux soit aussi important que le nombre d'activités pratiquées fréquemment. »</i></p>
29	Étude Institut National de Santé publique du Québec	2015	RAYMOND, É., GAGNÉ, D., SÉVIGNY, A., TOURIGNY, A., BONIN, L., GUILBERT-COUTURE, A., DIALLO, L.	Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés. Fiches-synthèses et outil d'accompagnement.		Canada (Québec)	<p>Objectif :</p> <p><i>« Ce document [...] vise à combler une lacune dans la littérature scientifique. Ainsi, bien que la participation sociale soit au cœur des politiques sociales du vieillissement, les interventions favorables aux pratiques participatives des aînés sont peu connues. [...]. Cet éventail de programmes et de projet pourra guider le travail réalisé dans les milieux de participation sociale des personnes âgées, ainsi qu'inviter à documenter ces efforts grâce à un processus évaluatif. »</i></p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revue de littérature réalisée en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> o L'équipe de recherche a d'abord exploré les banques de données qui couvrent les sciences de la santé, les sciences sociales et humaines, ainsi que la gérontologie et la gériatrie à la recherche des publications présentant des programmes sociaux visant la participation sociale des aînés et ayant été évalués. Ce sont : ProQuest, EBSCOhost, EBSCO Human Resources Abstracts, OvidSP, PubMed, AgeLine, NHS Evidence, TROVE, Social Care Online, Science Direct, DeepDyve, WHO, Open SIGLE, DoPHER à la recherche. Cette recherche documentaire a été réalisée en français et en anglais pour identifier les documents publiés entre 1970 et 2012. o une seconde recherche de mise à jour a été conduite pour la pé-

						<p><i>riode de 2012 à 2014 dans les bases de données pour lesquelles la recherche documentaire avait été plus efficace lors de la fois précédente. Ce sont : Ageline, ProQuest, Ovid SP, etc.</i></p> <p>⇒ <i>Lors des deux périodes de recherche documentaire, deux séries de mots-clés ont été utilisées pour interroger les banques de données. La première concernait le concept de participation sociale et l'autre la notion de programme social.</i></p> <p>⇒ <i>Au total, plus de 11 000 publications ont été identifiées pour la période de 1970 à 2012;</i></p> <p>⇒ <i>3798 documents supplémentaires ont été identifiés à la suite de la mise à jour pour la période 2012 à 2014.</i></p> <p>⇒ <i>Par la suite, nous avons utilisé la méthode « PICO/PIER » comme outil d'inclusion des publications.</i></p> <p>⇒ <i>La mise à jour réalisée pour la période 2012-2014 a aussi permis de valider l'éventail proposé des modes d'intervention sur la participation sociale selon cinq catégories. Afin de nous assurer que la démarche suivie pour la recherche documentaire était semblable à la précédente, nous avons appliqué la requête à une période antérieure à 2012 et nous avons effectivement repéré les articles déjà identifiés par la première recherche bibliographique.</i></p> <p>Principaux résultats :</p> <p>Les interventions visant la participation sociale des aînés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interactions sociales en contexte individuel : le but des interventions est d'établir des liens avec des aînés isolés. L'intervention, individualisée, consiste à mettre en relation une personne âgée et un intervenant ou un bénévole (pairage). - Interactions sociales en contexte de groupe : le contexte est collectif, mais les participants ne partagent pas de prime abord un projet commun. L'objectif est d'outiller les aînés dans leur adaptation au vieillissement. La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique XI Institut national de santé publique du Québec Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec Institut sur le vieillissement et
--	--	--	--	--	--	---

							<p>la participation sociale des aînés de l'Université Laval</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités et démarches collectives : les participants sont amenés à s'engager activement dans la réalisation d'un projet et à se l'approprier. Mais contrairement aux deux modes suivants, la finalité de cet engagement n'est de nature ni altruiste, ni civique, ni politique. - Bénévolat organisé et non organisé : les interventions visent à soutenir les aînés désireux de faire du bénévolat, organisé ou non organisé, dans une perspective d'aide ou de mentorat. Le bénévolat organisé est l'une des formes de participation sociale les plus populaires auprès des aînés. Il s'agit aussi de la plus étudiée et de la plus reconnue socialement. - Engagement citoyen et militance : les interventions sont dirigées vers le renforcement de la citoyenneté et du rôle politique des aînés dans une optique de changement social. - Plusieurs des interventions réussissant à stimuler ou à renforcer la participation sociale des aînés comportent les mêmes éléments clés. Ces éléments sont principalement : le recours à des stratégies non traditionnelles de recrutement; l'encouragement du maintien de l'identité et le respect des caractéristiques et des préférences personnelles; des activités qui favorisent l'établissement de relations sociales significatives, la réciprocité et l'exercice d'un rôle, comme celui de mentor; une durée d'intervention suffisante pour permettre entre autres la création de liens sociaux; la possibilité de prendre part aux structures et processus décisionnels de l'organisation; l'attention accordée à la formation et aux pratiques des intervenants et des bénévoles, notamment en ce qui concerne l'évitement d'approches infantilisantes. 	
30	Article / <i>Retraite et société</i> vol. 65, n°2	2013	SIRVEN, N., DE-BRAND, T.	La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ?	59-80	11 pays ont participé à l'étude Share en 2004, dans plusieurs régions d'Europe, allant de la	<p>Synthèse : Article portant sur l'étude relative à l'analyse d'une relation causale entre participation sociale (capital social) et santé des personnes âgées en Europe.</p> <p>Méthodologie : Cohorte multidisciplinaire et transnationale sur plus de 40 000 personnes âgées de 50 ans et plus dans onze pays d'Europe de 2006 à 2009</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le capital social est considéré comme un facteur potentiellement décisif 	

					<p>Scandinavie (Danemark et Suède) en passant par l'Europe continentale (Autriche, France, Allemagne, Suisse, Belgique et Pays-Bas) jusqu'à la Méditerranée (Espagne, Italie et Grèce)</p>	<p>dans le cadre des stratégies du bien vieillir et du vieillissement en bonne santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les effets bénéfiques de la participation sociale sur la santé sont plus importants pour la sous-population des personnes âgées - Influence positive du capital social sur la santé (meilleur accès à l'information et réduction de l'adoption des comportements à risques) - Le capital social est vecteur de réduction du stress et améliore la santé mentale - Les pays nordiques ont des taux de participation sociale supérieur à 50% contre 20% pour les autres à l'exception de la Grèce qui démontre une forte participation à des activités religieuses - Un niveau d'éducation élevé réduit la probabilité d'une mauvaise santé - Les hommes perçoivent mieux leur état de santé que les femmes - Le fait de vivre en couple réduit les symptômes dépressifs et l'auto-évaluation négative de l'état de santé - La réduction de la participation sociale s'explique par la dégradation de l'état de santé - Le revenu n'apparaît pas comme un déterminant de participation sociale significatif - La participation à des activités sociales réduit considérablement la probabilité d'un mauvais état de santé - Le fait d'avoir un mauvais état de santé réduit la probabilité de participer à des activités sociales - La participation sociale a un effet négatif sur un mauvais état de santé et une mauvaise santé a un effet négatif sur la participation sociale. Les effets de la santé sur la participation sociale sont plus importants que ceux de la participation sociale sur la santé - L'effet de la santé sur la participation sociale est plus fort dans les pays nordiques que dans les pays du sud. - La participation sociale peut être un vecteur potentiel d'inégalités sociales - Les personnes qui participent à des activités proviennent d'un milieu favorisé suggérant un lien étroit entre capital social et capital humain. <p><u>A retenir pour les RBPP :</u></p> <p>la participation sociale peut aider à renforcer le bien-être et l'état de santé perçu, à améliorer la santé mentale et à contribuer à une baisse du déclin</p>
--	--	--	--	--	--	--

							cognitif et fonctionnel, de la consommation de médicaments et de l'utilisation des services de santé. Si l'effet de la participation sociale sur la santé est important, les effets de la santé sur la participation sociale le sont encore plus.
31	Article / <i>VST-Vie sociale et traitements</i> n°99	2008	ZEHNDER, G.	L'animation avec des personnes âgées dépendantes	29-33	France	<p>Principaux éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pratique d'activités crée un espace de rencontre, amène à communiquer et répond au plaisir de côtoyer un groupe d'individus. Son action est socialisatrice et les temps d'animation – espaces de rencontres – peuvent former « la trame du temps institutionnel comme du temps individuel [...] aussi bien dans la ritualisation des rencontres que dans les ruptures qu'elle introduit dans le quotidien - L'animation peut se concevoir comme une proposition de substituts de repères, c'est-à-dire un ensemble de repères nouveaux, pour pallier ceux qui ont marqué l'histoire de l'individu - Il convient donc, dans un troisième temps, de proposer des activités qui aient un sens. Elles peuvent probablement se construire autour du désir et du plaisir. - Les rôles sociaux sont les rôles que l'on a, que l'on nous donne, ou que l'on prend, à l'égard des siens et de la société. Ces rôles évoluent et se transforment tout au long de la vie. - L'animateur, par des temps d'animation construits en lien avec les activités de l'individu, effectuées ou restées à l'état de désir, peut ainsi faire resurgir un passé oublié, réintroduire la notion de plaisir, redonner un sens aux nouvelles activités et par là-même aider à réduire ce décalage. La première étape nécessaire est de connaître son public : un public âgé, fragilisé, obligé de vivre en institution. Il est par conséquent indispensable de tenir compte de ses éventuelles difficultés physiques, psychologiques et sociales. - L'animation ne se limite plus à la mise en place d'occupations régulières destinées à « remplir le temps qui passe », mais relève d'un projet plus global qui doit donner du sens à l'action. Elle est faite d'actions quotidiennes, d'activités et de loisirs qui deviennent alors des repères spatio-temporels, sociaux et existentiels.

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
32	<i>Cahier Séries thématiques du Cepess</i>	2015	MARTENS, Q.	Qualité de vie, bien-être et participation des personnes âgées à la société		Belgique	<p>Objectif : Cette étude vise à traiter de la question de l'allongement de la vie sous l'angle du bien-être des personnes âgées et de ce qui conditionne leur bonheur. Elle démontre l'ampleur des phénomènes que sont la solitude et l'isolement social qui touchent près d'un belge de plus de 65 ans sur deux en Belgique.</p> <p>Méthodologie : Recueil de données quantitatives (Nombre de personnes non précisées) centrées sur la Belgique. Recueils d'expérience/projets/actions de préventions réalisées en Europe dont la France.</p> <p>Principaux résultats : Eléments introductifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a deux âges du vieillissement, le premier de 60 à 75 ans qui est dit actif et en bonne santé et qui est associé à la grand-parentalité, les loisirs, l'engagement civique, voire la poursuite d'une activité professionnelle. Le second âge du vieillissement commence aux alentours de 75 ans. C'est durant cette phase que les risques d'isolement et les problèmes de santé s'aggravent. Cette situation exige que les personnes âgées soient de plus en plus aidées par leur entourage. - 23% de la population belge est aujourd'hui âgée de 60 ans ou plus. Selon les prévisions, cette catégorie représentera un tiers (31%) d'ici 2050 - La vieillesse est une période où l'individu doit renégocier la définition de lui-même face à la perte progressive de 	

							<p>ses rôles sociaux antérieurs.</p> <p>Vieux rime avec heureux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une étude de la VUB sur le bonheur portant sur 4.500 Belges a montré que c'est la catégorie des 66- 75 ans qui se sentait la plus heureuse (avec un score de près de 63/100). L'étude a confirmé que, de manière globale, les personnes âgées en Belgique sont heureuses. Après 75 ans, le sentiment de bonheur diminue légèrement, tout en restant sensiblement plus élevé que pour la tranche des 46-55 ans. Cela peut s'expliquer par trois facteurs : les stéréotypes négatifs que la société véhicule sur la vieillesse ; une définition du bonheur propre aux aînés ; ce qu'on appelle le « paradoxe du vieillissement » : les événements positifs priment sur les négatifs - Des études ont montré que les personnes âgées sont heureuses lorsqu'elles ont vraiment l'impression de faire partie de la société - Les personnes âgées qui intériorisent des stéréotypes négatifs liés à l'âge considèrent leur propre santé comme moins bonne, suivent moins d'actions de prévention de leur santé, se remettent moins vite des infections et vivent également moins longtemps. Les stéréotypes négatifs liés à l'âge et concernant la solitude sont néfastes pour les personnes âgées lorsqu'ils sont intériorisés. - Cette discrimination envers les personnes âgées est appelée « l'âgisme ». D'après la Plateforme pour le Volontariat, les personnes âgées correspondent à la tranche de la population la plus discriminée (devant les personnes d'origines étrangères), <p>Lutter contre la solitude et l'isolement social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes sont également plus touchées par le sentiment de solitude, en partie parce qu'elles vivent plus longtemps et sont donc plus fréquemment veuves. En Belgique, 82% des veufs ont plus de 65 ans, parmi les-
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>quels 81% sont des femmes. L'isolement social est plus fréquent chez les résidents de maisons de repos et de soins qui souhaiteraient souvent avoir plus de contacts, surtout avec leurs petits-enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sentiments de solitude expliquent en partie que ces personnes âgées sont dépressives - Par ailleurs, certains critères renforcent le sentiment de solitude : les incapacités physiques, l'appauvrissement du réseau social, la probabilité plus grande de perdre son conjoint, les difficultés de transport - De manière générale, on peut dire que les personnes âgées sont le plus souvent seules en Europe de l'Est et en Europe du Sud et moins souvent en Europe du Nord. - Passés 80 ans, les très âgés ont plus tendance au repli sur l'espace domestique et à la baisse de sociabilité. Par conséquent, le plus grand âge se caractérise aussi par un plus grand isolement <p>Les méfaits de la solitude et les bienfaits des interactions sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - La solitude est source de problèmes de santé mentale et physique importants - Elle est un facteur de risque important pour la dépression (avec un risque de suicide plus élevé), la régression cognitive, et cause d'un mauvais état de santé général - Il a été prouvé qu'interagir avec d'autres personnes participe à revitaliser le cerveau et la santé mentale. Cela stimule les cellules et les connections. Ainsi, prendre un café régulièrement avec une amie ou se balader avec ses petits-enfants diminue les risques de démence. - Un capital social insuffisant constitue un facteur de risque de décès au moins aussi important que d'autres facteurs plus connus, tels que le tabagisme, l'obésité ou la pollution - La théorie de l'activité considère que l'individu va compenser la perte de certains rôles antérieurs par l'intensification d'autres rôles comme celui de citoyen, de
--	--	--	--	--	--	---

							<p>grands-parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les achats du quotidien constituent le premier motif de sortie des personnes âgées (boulangerie, marché, pharmacie...). Dès lors, l'accessibilité à pied des commerces et services se révèle un puissant facteur d'intégration sociale, de lutte contre l'isolement et de maintien dans la vie sociale. L'existence de services médicaux et sociaux, l'absence de trop grande déclivité des rues (pas plus de 10%), la présence d'arrêts de transports en commun sont d'autres facteurs essentiels permettant aux personnes âgées de « bien vieillir » dans un quartier. <p>Les suicides en augmentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En effet, les personnes âgées (et en particulier les hommes) sont près de deux fois plus nombreuses à mettre fin à leurs jours que le reste de la population. - Au-delà de 85 ans, le taux de suicides est même le plus élevé de la population - Entre 65 et 79 ans, les hommes se suicident 3 fois plus que les femmes et au-delà de 80 ans, 5 fois plus. Ces chiffres sont similaires aux données en France. Cela s'explique en partie parce que les hommes sont moins bien armés que les femmes pour faire face à ces nouvelles formes d'adversité (dépendance, solitude, veuvage,...). De plus, les hommes semblent avoir plus de difficulté à exprimer leur vulnérabilité, ce qui s'explique notamment par une socialisation masculine qui limite l'expression émotionnelle et qu'ils disposent, en général, d'un réseau de soutien moins riche que celui des femmes. <p>Les solidarités familiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'avancée en âge et la diminution de l'autonomie ne signifient pas nécessairement la fin de la réciprocité dans les échanges ; - En Belgique, quatre personnes entre 65 et 79 ans sur dix 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>fournissent une aide ou des soins à leur entourage et trois personnes de 80 ans et plus sur dix.</p> <ul style="list-style-type: none">- En France, chaque semaine, 23 millions d'heures de garde d'enfants seraient effectuées par les grands-parents, ce qui représente l'équivalent de 660.000 emplois à temps plein. <p>Encourager à libérer la parole</p> <ul style="list-style-type: none">- Des études ont montré que, plus on se prépare à temps à ce « second projet de vie », entres autres en en discutant avec son entourage, plus on a de chances de le vivre de manière heureuse et satisfaisante, avec une bonne qualité de vie. <p>Les aidants proches</p> <ul style="list-style-type: none">- En Belgique, on considère qu'un dixième de la population est un aidant proche, ce qui représente 440.000 personnes en FWB dont 75% sont des femmes. L'aide perçue de la part des proches serait cinq fois plus importante que l'aide professionnelle.- L'aide est estimée à un volume moyen de 17.30 heures par semaine.- Les aidants proches ne se limitent donc pas aux tâches matérielles et organisationnelles (ménage, toilette, repas, gestion administrative et financière, coordination des intervenants), ils assurent également une fonction de protection et de veille ainsi qu'une fonction de maintien des liens et de protection de l'identité.- Certains aidants proches choisissent de ne pas réduire le soutien aux gestes de « faire » afin de continuer à entretenir un équilibre dans la relation. <p>Le bénévolat</p> <ul style="list-style-type: none">- Les études européennes les plus récentes confirment qu'en Belgique, il y a une forte présence de seniors dans le secteur du volontariat.	
--	--	--	--	--	--	---	--

							<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agirait de plus de 10h pour les plus de 65 ans. - Les secteurs où l'on retrouverait le plus d'aînés sont le sport et l'action sociale - L'engagement volontaire est très local (plus de 70%). - Les bénévoles seniors sont plus souvent des femmes, avec des revenus du ménage plus élevé que la moyenne et en bonne santé. On voit donc que les seniors bénévoles correspondent plutôt à une catégorie de seniors moins touché par l'isolement social - L'étude européenne SHARE a démontré qu'une personne de 60 ans pouvait gagner plusieurs années de bon fonctionnement cognitif si elle s'engageait dans une activité de volontariat, si elle maintenait une vie sociale active ou si elle continuait à travailler. En effet, le cerveau a besoin d'être stimulé par des activités. Diverses études montrent que le bénévolat comporte d'importants bienfaits sur la santé, notamment une meilleure santé physique, émotionnelle, psychologique et cognitive ainsi que de nombreux avantages sociaux - Il accroît le plaisir de vivre, stimule les contacts sociaux, incite à la responsabilité sociale, favorise le bien-être, facilite la contribution à la vie en communauté et développe des compétences et des aptitudes essentielles qui favorisent la participation à la société. Il maintient ou développe le sentiment d'utilité sociale et de reconnaissance. - Les aînés constituent donc une richesse énorme, producteurs de biens mais aussi de liens. Vu les bienfaits à la société et à eux-mêmes, le soutien à leur participation sociale constitue un enjeu qui dépasse largement la seule condition de ces personnes <p>Les obstacles au bénévolat</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73% des travailleurs âgés souhaitent participer à des activités bénévoles lorsqu'ils seront à la retraite or seulement 48% des retraités réalisent effectivement des activités
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>bénévoles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un des freins à l'engagement des aînés est le manque d'information sur les activités possibles - Parmi les obstacles, on retrouve : les procédures administratives complexes, l'augmentation de la demande des qualifications, les attitudes négatives du personnel, le manque de confiance en elles, les contraintes financières, les contraintes de temps, ainsi que les problèmes de mobilité <p>Innovations sociales efficaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des chercheurs ont réalisé une analyse de 30 études sur le sujet²⁸. Il en ressort que sur les 10 interventions les plus efficaces, 9 étaient des activités de groupes - Les interventions les moins efficaces sont des interventions individualisées (appels téléphoniques, visites à domicile,...). - Il convient toutefois d'éviter que les personnes âgées se retrouvent uniquement entre elles, sans dimension intergénérationnelle, ce qui entraînerait une forme de « ghettoïsation » des aînés 	
33	Article / Psychological Bulletin	2014	ANDERSON, N.D., DAMIANAKIS, T., KRÖGER, E., WAGNER, L.M., DAWSON, D.R., BINNS, M.A. <i>et al.</i>	The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research	1505-1533	<p>Objectifs Cette étude canadienne vise à montrer les bienfaits du bénévolat sur la santé des séniors (physique, émotionnelle, psychologique et cognitive) et sur leur vie sociale.</p> <p>Méthodologie Il s'agit d'une analyse transversale de plusieurs études consacrées à l'apport du bénévolat lorsqu'il est effectué par des personnes âgées présentant des signes de déclin cognitif et fonctionnel. Cette analyse cite des études quantitatives ainsi que des études qualitatives.</p>	

²⁸ L'étude en question de CATTAN, M. *et al.* est synthétisée juste après

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire

							<p>Principaux résultats :</p> <p>Le bénévolat contribue au ralentissement du déclin cognitif. Il constitue un très bon moyen de prévention contre la perte d'autonomie. Il peut être considéré comme un moyen à part entière de prévention de l'autonomie au même titre que l'activité physique.</p> <p>L'équipe de chercheurs préconise d'aller plus loin dans une prochaine étude afin de continuer à appréhender la vieillesse sous un angle positif (apports).</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Activité physique et santé des personnes âgées

Principaux mots-clés : personne âgée, activité physique, APA/activité physique adaptée, exercice physique, inactivité physique, prévention, chute, recommandation

	Type de document/ nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Grade
34	Expertise collective INSERM	2015	BLAIN, H., BLOCH, F., BOREL, L., DARGENT-MOLINA, P., GAUVAIN, J.B., HEWSO, D., <i>et al.</i>	Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective.	1-65	France	<p>Objectifs et origine de l'ouvrage</p> <p>Dans le cadre du plan national « Bien vieillir », le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports a souhaité définir une stratégie nationale d'action avec l'optimisation des programmes d'exercices physiques visant à prévenir les chutes chez les personnes âgées. A cet effet, l'Inserm a été sollicité pour s'assurer de l'efficacité des programmes d'activité physique et disposer d'un bilan des connaissances scientifiques sur la contribution de la pratique d'une activité physique à la prévention des chutes chez les personnes âgées.</p> <p>Méthodologie</p> <p>Réalisation d'une expertise collective autour d'un groupe pluridisciplinaire d'experts dans le champ de l'épidémiologie, l'épidémiologie clinique, la médecine physique et de réadaptation, la gériatrie et la gérontologie, la psychosociologie, la neurobiologie et l'économie de la santé. À partir des recherches bibliographiques dans les bases de données françaises et internationales, l'Inserm a constitué un fonds documentaire de 1 570 références qui ont été soumises à l'analyse critique du groupe d'experts.</p> <p>Le groupe d'experts a structuré sa réflexion sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approches épidémiologique et clinique des chutes accidentelles des personnes âgées : état des lieux, conséquences physiques, fonctionnelles et psychologiques ; - Facteurs de risque : facteurs démographiques, facteurs socioéconomiques, facteurs liés à l'état de santé et au parcours de vie ; - Tests d'évaluation des risques ; - Programmes de prévention : identification des différentes formes d'exercice physique 	C

							<p>pouvant contribuer à la prévention des chutes chez les personnes âgées et leur déclinaison selon l'état de santé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des programmes d'activité physique ou sportive de prévention des chutes qui ont déjà fait l'objet d'une validation ; - Stratégies développées pour faire adhérer les personnes âgées, notamment les plus vulnérables/fragiles aux programmes d'activité physique et sportive ; - Approche économique : coûts des chutes (coûts des soins, coûts de la dépendance qui en résulte...), coûts des programmes de prévention. <p>Ces points ont été complétés par une communication sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse de la population, espérances de vie et espérances de santé : un cadrage démographique ; - Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui ; - Évaluation de l'apport d'un programme d'activité physique et de séances éducatives dans la prévention des chutes. Le groupe d'experts a également auditionné plusieurs représentants des associations d'activité physique et sportive. À l'issue de leur analyse, les experts ont proposé une synthèse des connaissances scientifiques sur le sujet et ont élaboré des recommandations d'action et de recherche pour prévenir les chutes chez les personnes âgées et prendre en charge les sujets chuteurs. <p>Population concernée Toute personne âgée de 65 ans et plus.</p> <p>Définitions</p> <ul style="list-style-type: none"> - chute <p><i>« Perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait » (Hauer et coll. en 2006).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chutes répétées <p>Définies par la Haute autorité de santé (HAS) comme la survenue d'au moins deux chutes dans des intervalles de temps s'étendant de 6 à 12 mois. Elles sont considérées comme un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chutes graves <p>Toute chute ayant des conséquences traumatiques sévères, nécessitant une intervention médicale et/ou suivie d'une station prolongée au sol.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

						<p>- L'activité physique</p> <p>Regroupe à la fois celle liée aux activités professionnelles, celle exercée lors de tâches domestiques et de la vie courante (déplacements compris), l'activité physique de loisirs, et la pratique sportive.</p> <p>Le sport, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est un sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé. Les exercices physiques peuvent être définis comme actions ou moyens pour améliorer ses performances physiques.</p> <p>Résultats +</p> <p>Formulation de recommandations d'action destinées aux professionnels en contact avec les personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et informer sur les chutes, identifier les personnes âgées à risque de chute - Sensibiliser et informer les personnes âgées et leurs proches sur le risque de chute, les conséquences et la prévention des chutes ; - Sensibiliser les professionnels de santé à l'évaluation du risque de chute et au repérage de la fragilité ; - Agir face à la consommation excessive de médicaments psychotropes chez les personnes âgées ; - Assurer une prise en charge post-chute des patients âgés accueillis aux urgences. • Développer des programmes d'activités physiques adaptés à l'état de santé des personnes âgées - Recommander une pratique régulière d'activité physique à tout âge pour prévenir les chutes et conserver une autonomie fonctionnelle avec l'avancée en âge ; - Composer des programmes de prévention des chutes reposant sur un travail de l'équilibre ; - Adapter les exercices d'équilibre à l'état de santé et à l'état fonctionnel des personnes âgées ; - Associer d'autres types d'exercices au travail de l'équilibre ; - Proposer pour les sujets âgés fragiles et à risque élevé de chutes une approche multifactorielle et personnalisée (Enquête Cochrane de 2012, p22) • Favoriser la mise en œuvre des programmes - Susciter la motivation pour la pratique d'une activité physique ; - Améliorer la formation des intervenants dans le champ de l'activité physique et de la réé-
--	--	--	--	--	--	--

							<p>ducation ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les réseaux intégrant les acteurs du monde médical, associatif et sportif ; - Définir un cahier des charges afin de guider l'élaboration et l'implémentation de programmes harmonisés d'exercice physique pour la prévention des chutes ; - Sensibiliser les collectivités à la nécessité d'un environnement favorable à la pratique d'activité physique ; <p>l'INSERM rappelle toutefois dans sa communication que « <i>la pratique d'une activité physique reste bénéfique, à la fois pour le système cardiovasculaire et la prévention de l'obésité et du diabète. Il faut donc maintenir une bonne activité physique régulière, même d'intensité modérée, car c'est un déterminant majeur de l'état de santé à tous les âges de la vie</i> »²⁹.</p>
35	Expertise collective INSERM	2008	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Chez la personne âgée <i>IN</i> Activité physique : Contextes et effets sur la santé.	611-631	France	<p>Objectifs et origine de l'ouvrage</p> <p>À la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, l'Inserm a réuni un groupe pluridisciplinaire d'experts afin de réaliser une analyse des déterminants individuels et collectifs susceptibles de favoriser l'activité physique, une évaluation des effets de l'activité physique sur la santé, ainsi que l'analyse des contextes sociaux et environnementaux dans lesquels se sont développées les activités physiques et sportives au cours de l'histoire récente.</p> <p>Méthodologie</p> <p>Réalisation d'une expertise collective autour d'un groupe pluridisciplinaire d'experts (sociologie, épidémiologie, physiologie, clinique, biologie, psychologie, santé publique). Cette expertise est fondée sur des données scientifiques disponibles en 2007 (base documentaire de 2 000 articles).</p> <p>Populations concernées</p> <p>Femmes, enfants, adolescents et personnes âgées.</p> <p>Résultats sur les personnes âgées</p>

						<p>Pour les personnes âgées, l'activité physique régulière et d'intensité modérée est bénéfique sur la santé mentale (sensation de bien-être) ainsi que sur la santé physique.</p> <p>Conclusion sur les personnes âgées La promotion d'une activité physique adaptée doit être encouragée auprès des personnes âgées.</p>
36	Rapport de l'Institut des Politiques Publiques (IPP) n°6	2015	SENIK, C., MILCENT, C., GERVES, C.	Évaluation d'un programme d'activité physique adapté à des personnes âgées	France	<p>Contexte : En 2012, Siel Bleu, avec l'appui de l'Union européenne³⁰ et de Danone-Ecosystème, a mis en place un protocole d'évaluation portant sur un programme d'activité physique adapté destiné aux résidents de maisons de retraites : HAPPIER (Healthy Activity & Physical Program Innovations in Elderly Residences)³¹. Il s'agit de mesurer l'impact du programme sur la qualité de vie des résidents, ainsi que sur leurs facultés cognitives et physiques. Le protocole prévoyait également d'évaluer l'effet du programme sur la qualité de vie professionnelle du personnel soignant et encadrant.</p> <p>L'étude HAPPIER (Healthy Activity and Physical Program Innovations in Elderly Residences) a été portée par le Ministère de la santé français, en partenariat avec le groupe associatif Siel Bleu.</p> <p>Hypothèse : bénéfice de la pratique sportive sur l'état de santé moral et physique général des personnes âgées, ainsi que sur leur risque de chute, ces dernières constituant la source de problèmes de santé la plus grave et la plus fréquente chez les personnes âgées.</p> <p>Méthodologie : Le protocole HAPPIER s'appuie sur la méthode, désormais standard, d'identification de la causalité à l'aide d'expériences contrôlées. Il s'agit de mesurer l'impact d'une action sur un groupe de traitement en comparant ce dernier à un groupe témoin, ou groupe de contrôle, qui sert de « contrefactuel ». L'impact est mesuré par la « double-différence » entre la variation ayant affecté le groupe de traitement au cours de temps et la variation du groupe de contrôle. On mesure donc une variable d'intérêt (la santé des patients par exemple) avant la mise en place du protocole et au terme de celui-ci, dans chacun des deux</p>

³⁰ Ce projet a été soutenu par le programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale PROGRESS (2007-2013), Convention VS/2011/0059, dans le cadre de son engagement pour la promotion du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations.

³¹ Ce protocole a reçu un avis favorable de la part des trois principales instances françaises de régulation de la recherche : le Comité de protection des personnes, le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche et la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Il a été élaboré par Siel Bleu, en collaboration avec l'INSERM, le laboratoire santé-environnement-vieillessement et l'EHESP.

						<p>groupes. L'impact du traitement est estimé à partir de la différence d'évolution de l'état de santé des deux groupes.</p> <p>Le protocole s'est déroulé sur 12 mois, à partir de janvier 2013, dans 32 maisons de retraites situées dans 4 pays : Belgique, Espagne, France et Irlande.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Sélection des maisons de retraite</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Au moins 2 ans d'existence ; - Pas de programme d'activité physique adaptée (APA) destiné au public en cours ou programmé pour 2012 ou 2013 ; - Localisées en France, en Belgique, en Irlande ou en Espagne ; - Etre en mesure de constituer les groupes de participants selon les niveaux de dépendance ; - Capacité de l'établissement à mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation de l'étude. 2. <u>Sélection aléatoire des groupes de traitement et de contrôle</u> <ul style="list-style-type: none"> - Volontaires âgés de plus de 75 ans et déclarés aptes par un certificat médical - Certains reçoivent 1h de pratique physique par semaine , d'autres 2h, selon les maisons de retraite 3. <u>Proposition d'un type d'APA par maison de retraite</u> parmi les 4 suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des chutes : programme proposé pour les individus possédant leurs facultés mentales intactes et capables de se mouvoir par eux-mêmes et sans aide, au moins au sein de leur résidence - « Gymnastique sur une chaise » : programme proposé aux individus non atteints de sénilité mentale mais souffrant de graves difficultés pour marcher. Ces individus ont leurs facultés mentales intactes ; leur autonomie de mouvement est partiellement conservée, mais ils peuvent avoir besoin d'une canne ou d'un déambulateur pour se déplacer. Leur risque de chute est très élevé (plus d'une fois par mois a priori). Ils ont besoin d'une aide quotidienne, plusieurs fois par jour, pour les activités liées à leur entretien physique. - « Gymnastique Alzheimer » : cette activité est destinée aux résidents souffrant de sénilité mentale, mais sans difficulté pour marcher. Ce groupe inclut les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou d'une autre forme de démence. Ces derniers conservent leurs facultés locomotives : ils peuvent se déplacer et accomplir les gestes du quotidien. - « Gymnastique autour de la table » : cette activité est destinée aux individus souffrant
--	--	--	--	--	--	--

							<p>à la fois de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence sénile et ayant des difficultés de locomotion. Ces individus ont besoin d'assistance pour la plupart des gestes du quotidien.</p> <p>Pour chaque groupe, le programme propose 7 catégories d'exercices physiques : résistance, endurance, souplesse, équilibre, mémoire, communication et relaxation. La durée et l'intensité de chaque exercice varient en fonction du groupe et de l'habileté des participants.</p> <p>Les sessions de pratique physique sont organisées en petits groupes de moins de 10 personnes, sous la direction d'un éducateur physique, spécialiste de l'activité physique adapté aux personnes âgées, membre de Siel Bleu et sous la surveillance d'un encadrant du centre et d'un chercheur médical.</p> <p>Pour résumer, au sein de chaque pays, chacun des quatre programmes a été proposé au groupe de traitement (choisi de manière aléatoire au sein de chaque maison de retraite), à raison d'une heure dans une résidence et de deux heures dans l'autre, soit huit maisons de retraite par pays : 32 maisons de retraite au total.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echantillon : Au total, 454 individus participent effectivement au protocole en T0, soit la moitié dans le groupe de contrôle, et la moitié dans le groupe de traitement. Celui-ci se divise également en deux groupes : un groupe de traitement d'une heure, et un groupe de traitement de deux heures. A la fin du protocole, les mesures ont pu être prélevées sur 344 résidents (les résidents qui disparaissent de l'échantillon n'ont pas été affectés d'une manière spécifique par le traitement) - Impact du programme d'APA sur plusieurs points : <ul style="list-style-type: none"> o réduction du nombre de chutes bénignes, graves et accidentelles : l'APA permet, à ceux qui en bénéficient, d'éviter environ une chute bénigne par an et une chute accidentelle tous les 18 mois (en moyenne), o amélioration de la qualité de vie mesurée par EuroQol (mesure de l'autonomie et de la santé mentale) certains scores de performance fonctionnelle, o effet positif sur l'un des items du score de dépression gériatrique (sentiment que la vie est vide) : réduction de ce sentiment dans le groupe de résident ayant participé à une APA o amélioration des performances dans les actions de la vie quotidienne
--	--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none"> ○ effets positifs sur l'IMC des résidents : prise de poids observée surtout pour les résidents les moins corpulents, dont l'IMC est inférieur à 21,9 ○ réduction de certains aspects du comportement des résidents : comportement de refus de soins, agressivité verbale et physique et refus des soins ○ Amélioration de l'équilibre statique des résidents (tests d'équilibre sur un pied et de transfert entre la position assise et debout et la marche) <ul style="list-style-type: none"> - Le programme est particulièrement efficace pour les résidents les moins âgés d'entre eux, et sur ceux dont le degré d'autonomie physique est le plus atteint. - En revanche, l'expérience n'a pas été concluante concernant le nombre d'hospitalisations en urgence et le nombre de médicaments administrés aux résidents. <p>Conclusion : la pratique d'une APA est porteuse de gains en bien-être pour les personnes âgées. Il s'agit donc surtout d'une action de préservation, dans la mesure où elle permet d'éviter la dégradation de l'état de santé des résidents et leur risque de chute.</p>		
37	Synthèse de Recommandations	2017	SANTÉ PUBLIQUE FRANCE	Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS.		France	<p><u>Contexte</u> : Volonté de vulgarisation des nouvelles recommandations pour les rendre plus accessibles au grand public ⇒ Production de recommandations vulgarisées par Santé Publique France, fidèles aux recommandations scientifiques du rapport d'expertise de l'Anses « Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ».</p> <p><u>Objectif</u> : rendre les recommandations accessibles au grand public et facilement utilisables par les professionnels travaillant à promouvoir l'activité physique et à réduire la sédentarité.</p> <p><u>Méthodologie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un groupe de travail constitué d'experts ayant contribué au rapport de l'Anses et d'une personne de la DGS - Utilisation du rapport de l'Anses comme base de travail <p><u>Recommandations pour les PA de 65 ans et plus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être actives tous les jours et pratiquer des activités physiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ d'endurance (c'est-à-dire qui sollicitent et améliorent la consommation d'oxygène par l'organisme) : au moins 30 min, d'intensité modérée et élevée, au moins 5 jours par semaine ; 	

							<ul style="list-style-type: none"> ○ de renforcement musculaire : intensité modérée à élevée 2 à 3 fois/semaine à raison d'une dizaine d'exercices répétés au moins 10 fois (ces exercices doivent solliciter des bras, des jambes et du buste) ; ○ d'équilibre : au moins 2 jours/semaine, répéter au moins 3 fois une série d'exercices variés d'au moins 10 secondes chacune ; ○ de souplesse : au moins 2 fois/semaine, répéter 3 ou 4 fois chaque exercice en maintenant un étirement pendant 10 à 30 secondes. <p><u>NB</u> : il est important de commencer doucement et d'augmenter progressivement l'activité physique jusqu'à atteindre le niveau recommandé voire plus.</p> <p>En cas de reprise d'activité physique, il est important de faire d'abord des activités physiques de renforcement musculaire (une fois/semaine par exemple) puis, au bout d'un mois, d'intégrer des exercices d'équilibre et de souplesse. Ils facilitent la réalisation des activités de la vie quotidienne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour limiter la sédentarité, il est recommandé : <ul style="list-style-type: none"> ○ De limiter le temps total quotidien passé assis ou allongé ; ○ De marcher quelques minutes et s'étirer au bout de 2h d'affilée en position assise ou allongée et faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, du bassin, des chevilles, des poignets, des mains, de la tête) ; ○ D'être plus actif au quotidien, en augmentant les activités physiques d'intensité faible. - Pour favoriser le sommeil, il est recommandé de limiter la sédentarité, et plus précisément: <ul style="list-style-type: none"> ○ De pratiquer des activités physiques d'endurance d'intensité modérée à élevée et avec déplacement (ex : la marche, la course, la marche ou du vélo à allure régulière) ; ○ D'avoir une pratique d'activité physique régulière et répartie sur la semaine ; ○ De privilégier les activités physiques en extérieur, exposant à la lumière du jour ;
--	--	--	--	--	--	--	---

							<ul style="list-style-type: none"> ○ D'éviter les activités physiques d'intensité élevée après 21 heures et de privilégier une pratique entre 15 et 19h. <p>NB : Pratiquer une activité physique et limiter le temps de sédentarité est favorable à la santé. Cela permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De maintenir le capital musculaire ; - De favoriser la santé osseuse et ainsi réduire le risque de fracture chez la PA lorsque l'activité physique est fréquente (à raison de 2 ou 3 séances/semaines) et intense ; - De limiter les manifestations du vieillissement cérébral (troubles de la mémoire, baisse des performances cognitives), en particulier grâce à des activités d'endurance. Pour lutter contre le déclin cognitif, une combinaison de ce type d'exercices avec des étirements, du Tai Chi ou un renforcement musculaire peut être encore plus efficace ; - De limiter le risque de chute 	
38	Recommandations / <i>Stroke</i> vol.45, n°12	2014	MESCHIA, J.F., BUSHNELL, C., BODEN-ALBALA, B., BRAUN, L.T, BRAVATA, D.M., CHATURVEDI, S., <i>et al.</i> , AMERICAN HEART ASSOCIATION, AMERICAN STROKE ASSOCIATION	Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association	3754-3832	Etats-Unis	<p>Contexte/objectifs :</p> <p>actualisation des recommandations sur la prévention primaire des AVC chez les personnes qui n'ont jamais été victimes d'AVC ou un accident ischémique transitoire (les dernières recommandations de l'AHA dataient de 2011). Les recommandations basées sur la preuve sont formulées notamment pour les facteurs de risque, les approches interventionnelles de l'athérosclérose et pour les traitements anti thrombotiques pour la prévention de l'AVC thrombotique et thromboembolique.</p> <p>Méthodologie :</p> <p>Date de début et fin de la recherche : janvier 2009 à décembre 2012 Stratégie de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bases consultées : PubMed, Ovid MEDLINE, Ovid Cochrane Database of Systematic Reviews, Ovid Central Register of Controlled Trials databases. - Autres sources : The Internet Stroke Center/Clinical Trials Registry (http://www.strokecenter.org/trials/) and National Guideline Clearinghouse (http://guideline.gov/) - Mots-clés (en anglais) : stroke; ischemic attack, transient; cerebral infarction; cerebral hemorrhage; ischemia; and cerebrovascular disorders - Langue anglaise - Etudes incluses : études randomisées, essais contrôlés, revues systématiques, méta- 	

							<p>analyses, cohortes.</p> <p><u>Principales recommandations en lien avec la thématique « Activité physique » :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La pratique d'une activité physique est recommandée car elle est associée à la réduction du risque d'AVC (niveau de preuve B*); - Les adultes en bonne santé de 18 à 65 ans doivent réaliser, au moins une activité physique de type aérobie d'intensité modéré à élevée pendant une durée minimale de 40 minutes 3 à 4 jours par semaine (niveau de preuve B). <p>*selon la classification de l'AHA</p> <p><u>A retenir pour les RBPP :</u> La sédentarité/l'absence d'activité physique est un des facteurs de risque de l'AVC sur lequel il est facile d'agir « Ce que montrent les études »: la pratique régulière d'une activité physique est recommandée pour prévenir le risque d'AVC</p>	
39	Article / <i>The Lancet</i> vol. 388 n°10046	2016	O'DONNELL, M. J., CHIN, S.L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H. <i>et al.</i>	Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study	761-775	Canada	<p><u>Contexte/objectif :</u> L'accident vasculaire cérébral (AVC) est l'une des principales causes de décès et d'incapacité, en particulier dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. L'étude INTERSTROKE a été conçue pour évaluer l'importance des facteurs de risque potentiellement modifiables d'AVC dans différentes régions du monde, au sein de différentes populations et pour les deux principaux types d'AVC (ischémiques ou hémorragiques). Une première phase avait préalablement été menée auprès de 6000 patients dans 22 pays et les résultats ont été publiés en 2010. Cette étude a notamment été réalisée par l'Université McMaster au Canada.</p> <p><u>Méthodologie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - étude cas-témoins internationale a porté sur environ 27 000 personnes dans 32 pays (en Asie, en Afrique, en Europe (la France n'est pas représentée), au Moyen-Orient, en Amérique du Nord et en Amérique du Sud et en Australie ; - inclusion de patients (cas) ayant subi un premier AVC aigu (dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes et 72 heures après hospitalisation). Les témoins étaient des personnes hospitalisées ou sans antécédents d'AVC. Les 2 groupes ont été appariés cas par cas suivant l'âge et le sexe suivant un rapport 1 :1. 	

						<p>Principaux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 2007 et 2015, 26 919 participants ont été recrutés ; - Ont été observés 13 447 cas d'AVC (dont 77.3% ischémiques) appariés à 13 472 témoins : <ul style="list-style-type: none"> o 10 388 AVC ischémiques (77,3%), o 3 059 AVC hémorragiques (22,7%), o âge moyen : 62,2 ans, o 40,4% de femmes. - 10 facteurs de risques modifiables « modifiable » sont responsables de plus de 90% des cas des AVC dans le monde quels que soient le sexe, la région, le groupe ethnique et l'âge (voir ci-dessous la part de risque attribuable à chaque facteur de risque) : <ul style="list-style-type: none"> o L'hypertension artérielle représente près de 48 % de risques. o Absence d'activité physique/sédentarité est responsable de près de 36 % des AVC. o L'apport trop élevé en graisses (cholestérol) est attribué à plus de 26 % des AVC. o La malbouffe totalise un peu plus de 23 % de risques. o L'obésité est un facteur de risques qui totalise près de 19 %. o Le tabagisme compte pour plus de 12 % des AVC. o Les causes cardiaques, 9%. o L'alcool est responsable de près de 6 % des AVC. o Le stress totalise le même pourcentage que l'alcool. o Le diabète est responsable de près de 4 % des AVC <p>Les chercheurs relèvent toutefois des différences régionales par rapport à la fréquence de ces risques (mentionnée ci-dessous dans chaque point), par exemple l'alcool peut être un facteur de risque plus important dans certains pays que d'autres et les problèmes de lipides semblent concerner bien plus l'Asie que le reste du monde.</p>	
40	Dossier / Soins gérontologie n°95	2012	ESCALON, H., BECK, F., VUILLEMIN, A.	L'activité physique de 55 à 75 ans	38-41	France	<p>Synthèse : Analyse d'une enquête : Le Baromètre santé nutrition 2008, enquête en population générale menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), a permis d'analyser l'activité physique des personnes âgées de 55 à 75 ans sous plusieurs angles.</p> <p>Méthodologie :</p>

							<ul style="list-style-type: none"> - Le Baromètre santé nutrition a été mené auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Il n'inclut pas les personnes résidant en institution car celles-ci sont minoritaires dans les tranches d'âge étudiées dans cet article. Des analyses descriptives ont été effectuées en fonction de l'âge et du sexe des individus, en distinguant principalement les seniors, définis comme les personnes âgées de 55 à 75 ans et les adultes plus jeunes (18-54 ans). <p>Résultats :</p> <p>Niveau de pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parmi les personnes âgées de 55 à 75 ans, 40,2 % pratiquent un niveau élevé d'activité physique, 28,1 % un niveau modéré et 31,7 % un niveau limité - l'analyse différenciée selon le sexe de la pratique d'activité physique à un niveau élevé révèle une prévalence des hommes de 55-75 ans significativement inférieure à celle des hommes plus jeunes (18-54 ans) (44,8 % vs 53,3 %) - L'analyse par sexe et par tranches d'âge plus fines montre des variations par âge différentes chez les hommes et chez les femmes. La proportion d'hommes qui déclarent un niveau d'activité physique élevé diminue nettement jusqu'à la classe d'âge des 45-54 ans puis se stabilise alors que celle des femmes reste assez stable avec l'âge <p>Contexte de pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si le temps total d'activité physique journalier diminue avec l'âge (de 2h27 parmi les 18-54 ans à 2h07 parmi les 55-75 ans) ; des tendances opposées sont observées selon les contextes. Ainsi, le temps d'activité pratiqué dans le cadre du travail diminue nettement avec l'âge. <p>Perception de sa pratique d'activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées de 55 à 75 ans s'avèrent plus nombreuses que les adultes plus jeunes à penser faire suffisamment d'activité physique (48,2 % contre 40 % des 18-54 ans) <p>Changements de comportements</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accroissement en temps disponible lié à la cessation de l'activité professionnelle est susceptible d'être à l'origine de la reprise de certaines formes d'activité physique. Ainsi, nos résultats montrent une augmentation, à partir de 55 ans, du temps d'activité physique pratiquée dans le cadre des déplacements. - La mise en avant de la mobilité douce, visant à développer notamment la pratique de la marche et du vélo en aménageant en particulier l'environnement urbain apparaît
--	--	--	--	--	--	--	--

							ainsi comme une stratégie de promotion de l'activité physique particulièrement adaptée à la tranche d'âge des seniors.
41	Rapport du Gouvernement du Québec	2002	COMITE SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC	L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus		Canada (Québec)	<p>Contexte : il s'agit du 3^e avis du Comité scientifique de Kino-Québec rédigé dans une perspective de santé publique</p> <p>Objectifs : apporter aux intervenants du domaine de la santé et aux décideurs publics un éclairage actualisé sur les modalités de « mise en activité » des PA/ « aînés » (65 ans et plus) vivant au Québec.</p> <p>Méthodologie : synthèse des connaissances disponibles sur l'apport des l'activité physique, en particulier chez les adultes avançant en âge.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des effets bénéfiques de l'activité physique reconnus : <ul style="list-style-type: none"> o Sur la santé physique et mentale : préservation de certaines facultés cognitives (mémoire, attention, contrôle psychomoteur), le soulagement des symptômes associés à la dépression et à l'anxiété, l'amélioration du sommeil, du contrôle de soit du concept de l'efficacité personnelle ; o Sur la consommation maximale d'oxygène qui augmente. Des activités physiques de type aérobie d'intensité moyenne à élevée (30-60 minutes, 3 à 5 fois par semaine et idéalement chaque jour) atténueront la diminution de la consommation maximale d'oxygène qui accompagne le vieillissement ; o Sur la force musculaire : la pratique régulière d'une activité physique peut contrecarrer la diminution de la force musculaire qui accompagne l'avancement en âge ; o Sur l'augmentation de l'espérance de vie (EV) active et la longévité : les aînés qui entreprennent des activités physiques après l'âge de 70 ans augmenteront leur EV de quelques mois, tandis qu'à partir de 90 ans l'effet de l'AP sur la longévité sera nul (mais, il y aurait un avantage dans l'amélioration ou le maintien des qualités fonctionnelles). De la même façon, un mode de vie physiquement actif, sans interruption de l'âge adulte jusqu'au 3^e âge, permet d'augmenter de 2 à 8 ans l'EV.

							<ul style="list-style-type: none"> ○ Sur l'amélioration des qualités physiques ou motrices/ « l'entraînabilité » /« trainability »³² ○ Prévention des maladies cardiovasculaires : il existe une relation inverse entre le niveau habituel d'activité physique et l'incidence des maladies cardiovasculaires et, plus précisément, de la maladie coronarienne ○ Prévention des chutes : le risque de chute chez les PA peut être réduit de 10% avec un entraînement développant les capacités physiques et de 17% lorsque cet entraînement est complété par des exercices développant l'équilibre. les programmes visant à réduire les chutes devront prendre en considération différents facteurs de risques (utilisation de médicaments, hypotension orthostatique, dangers environnementaux, mauvaise vision et mauvais fonctionnement des membres inférieurs) - Les conditions de « mise en activité » des PA pour les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ établir le profil des PA auxquelles ils s'adressent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ appréciation ou évaluation de leur état de santé à l'aide d'outils (exemple : questionnaire d'évaluation Q-AAP élaboré par le club d'activités physiques APADOR, etc.) ; ▪ évaluation de leur expérience en activité physique ; ▪ évaluation de leur capacité fonctionnelle (au moyen de questionnaires, entretus, observations, tests de la capacité fonctionnelle, tests d'autonomie et tests à l'effort adaptés). ⇒ 5 catégories de capacités fonctionnelles sont décrites : non autonome, frêle, autonome, bonne condition physique, excellente condition physique. En fonction du type de population, les objectifs d'un programme d'APS diffèrent ainsi que les éléments à travailler en priorité et les modes d'évaluation de la condition physique. ○ Prescrire des activités adaptées aux capacités fonctionnelles de la personne, à ses besoins de santé et à ses antécédents médicaux. La prescription doit être élaborée par un spécialiste du conditionnement physique pour être sécuritaire et adaptée. (voir annexe 1)
--	--	--	--	--	--	--	---

³² Le terme anglais « trainability » n'a pas d'équivalent dans la langue française. Ce néologisme désigne le potentiel d'amélioration de ses qualités physiques ou motrices par l'exercice physique

							<p>o Motiver (Cf. Annexe 2 - des exemples d'éléments permettant de conserver la motivation des PA à pratiquer régulièrement des activités physiques)</p> <p>Recommandations du comité³³ :</p> <p>1- Baser le discours en matière d'activité physique sur des connaissances éprouvées à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - On estime qu'une personne sur trois, après l'âge de 65 ans, est victime d'une chute au moins une fois par année et qu'après l'âge de 75 ans, ce problème affecte une personne sur deux. - Malgré des conditions limitatives et réduisant leur mobilité, une grande majorité de PA se perçoivent en bonne ou en très bonne santé, mais ces personnes autonomes risquent – après une maladie mineure, une chute, un accident ou un choc émotif de se retrouver subitement frêles ou non autonomes. - Les problèmes de santé qui causent le plus grand nombre de décès sont ceux que l'on peut prévenir par la pratique régulière d'activités physiques. - Le fait qu'une PA souffre d'une ou de plusieurs maladies chroniques ne constitue pas en soi une contre-indication à la pratique d'activités physiques; au contraire, dans cette situation, le rôle que peut jouer l'activité physique pour maintenir ou améliorer sa capacité fonctionnelle est accru. - L'activité physique accroît la longévité. Plus le volume d'activité physique est important, plus le risque de décès prématuré est faible. - Les personnes physiquement actives (âgées ou non) consomment moins de soins de santé. - Les personnes qui ont été inactives ou peu actives pendant une partie de leur vie et qui se mettent à pratiquer régulièrement des activités physiques bénéficieront d'une amélioration notable de leur capacité fonctionnelle, ce qui est un gage d'espérance de vie active accrue. - Quand une personne, jeune ou âgée, a une faible capacité fonctionnelle au début d'un programme de mise en forme, sa marge d'amélioration et de progrès est plus élevée. - L'activité physique a un effet particulièrement salutaire pour les personnes autonomes ou frêles, parce qu'elle retarde le moment critique où elles perdront leur
--	--	--	--	--	--	--	--

³³ Destinataires : autorités de la santé publique ; instances municipales et gouvernementales chargées des infrastructures récréatives, sportives, de transport et de déplacement, du sport, de l'activité physique et du loisir ; à l'ensemble des professionnels concernés par la qualité de vie des personnes âgées ; aux proches des aînés

							<p>autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'activité physique est l'un des meilleurs moyens d'améliorer la mobilité et l'autonomie des PA. - On peut améliorer ses qualités physiques ou sa capacité fonctionnelle jusqu'à un âge très avancé. - Les adultes ont intérêt à ne jamais cesser d'être actifs pour conserver leur qualité de vie en vieillissant (i.e. leur habileté motrice et leur capacité fonctionnelle). - Un aîné flexible aura moins mal au bas du dos, conservera plus longtemps la mobilité de ses articulations, aura moins de blessures articulaires. - Les PA ont intérêt à se donner un programme général d'activités physiques incluant des activités physiques de type aérobie et musculaires, de même que des exercices améliorant la flexibilité et l'équilibre. - Une meilleure santé et une meilleure condition physique rehaussent le sentiment de bien-être et d'estime de soi et facilitent l'intégration sociale, une composante importante de la qualité de vie. <p>2- Viser la qualité de vie des PA en augmentant l'EV active de la population</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir la maladie et entretenir la santé de la population âgée en amenant les aînés à pratiquer régulièrement des AP diversifiées - Retarder le moment critique où les aînés perdront leur autonomie fonctionnelle, en amenant particulièrement les PA autonomes et frêles à pratiquer, sur une base régulière, des exercices physiques bien ciblés et adaptés <p>3- Agir sur l'environnement physique et humain</p> <p>4- Sensibiliser la population, en particulier les PA aux conséquences fonctionnelles d'une amélioration de leur condition physique, notamment en rappelant les activités de base et les activités utilitaires de la vie quotidienne qu'elles pourront continuer de réaliser</p> <p>5- Outiller les intervenants</p> <p>6- Prescrire ce qui convient et ce qui peut être fait</p>
42	BEH n°30-31	2015	RIVIÈRE, D., RUFFEL, L., PILLARD, F.	Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans. Revue bibliographique	545-551	France	<p>Objectif : L'article traite des effets bénéfiques des activités physiques (AP) chez les personnes âgées de plus de 50 ans sur les systèmes cardiovasculaire, locomoteur, neurocognitif et immunitaire et sur leurs conséquences sur la qualité et l'espérance de vie.</p> <p>Méthodologie : Il s'appuie sur une revue de la littérature de 2002 à 2008 basée sur des revues et méta-analyses sur les bénéfices de la pratique d'une activité physique pour les personnes</p>

							<p>âgées de plus de 50 ans. Cette borne d'âge a été choisie car il repose sur des recommandations d'une expertise collective menée par l'INSERM en 2008.</p> <p>Résultats : Les bienfaits des AP pour les seniors sont un véritable enjeu de santé publique (Rapport du Pr Aquino). Les AP doivent être modérées ou « modérément intenses » et adaptées au niveau des PA pour ne pas augmenter des risques délétères potentiels de maladies cardiovasculaires et locomotrices. Plus précisément, les AP sont définies comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos ».</p> <p>En France, celles qui sont valorisées pour l'adulte de plus de 50 ans, ce sont celles de type aérobie (endurance) d'intensité modérée pendant une durée minimale de 30 min au moins 5 fois par semaine. Ce sont celles qui sont de type aérobie d'intensité élevée pendant une durée minimale de 20 min au moins 3 fois par semaine.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>AP et maladies cardiovasculaires</u> : elles permettent l'obtention d'un meilleur profil lipidique privilégiant le cholestérol HDL, la moindre production de lactate et l'augmentation de la sensibilité à l'insuline ce qui participe à la prévention et/ou la prise en charge du surpoids, de l'obésité, du diabète de type 2 et du syndrome métabolique. - <u>AP et appareil locomoteur</u> : elles augmentent la masse et la force musculaire ce qui a des effets sur le maintien voire l'augmentation de la densité minérale osseuse. - <u>AP et maladies neurocognitives</u> : elles agissent sur la plasticité cérébrale chez les sujets sains et dans certaines pathologies comme Parkinson et les démences de type Alzheimer. En matière de psychologie cognitive, elles améliorent la santé mentale (quel que soit l'âge), elles ont des effets sur le déclin cognitif, la « démence », l'anxiété et les dépressions. Plus généralement, elles améliorent la qualité de vie des personnes âgées. - <u>AP et inflammation, immunité et cancers</u> : elles favorisent l'instauration d'un processus de modulation de l'état inflammatoire qui a un rôle de prévention de certains cancers (sein, côlon). Elles réduisent également la sécrétion d'œstrogène par diminution du tissu adipeux pour les cancers hormono-dépendants. - <u>AP et espérance de vie/mortalité</u> : elles ont effets sur la longévité et la mortalité malgré des biais de sélection et de confusion dans les études. Mais toutes les recherches insistent sur ce lien. En raison des difficultés pour certains de suivre les recommandations parfois trop contraignantes des organismes sanitaires, il est désormais admis que même des exercices d'intensité et de durée inférieures aux recommandations optimales pour la santé gardent un impact positif sur la longévité. Une étude a mis en exergue qui vis-à-vis de la mortalité liée à des pathologies cardiovasculaires et/ou métaboliques, l'exercice seul avait 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>au moins autant (sinon plus dans certains cas) d'effets que les traitements pharmacologiques ce qui a été confirmé par la HAS dans son rapport sur la prescription thérapeutique validée non médicamenteuse.</p> <p><u>A retenir pour les RBPP :</u> ⇒ Développer les ateliers d'AP dans les RA</p>	
43	Article / <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> vol. 65, n°9,	2017	LOMAS-VEGA, R., OBRERO-GAITAN, E., MOLINA-ORTEGA, F.J., DEL-PINO-CASADO, R.	Tai Chi for risk of falls. A meta-analysis	2037-2043	Espagne	<p>Objectif : évaluer l'efficacité du Tai Chi sur la réduction du taux de chute, du taux de chute entraînant des blessures et sur le temps de première chute chez les personnes âgées et adultes à risque.</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revue systématique et méta-analyse: <ul style="list-style-type: none"> - recherche à partir des bases PubMed, CINAHL, Scopus et PEDro jusqu'en mai 2016 - en respectant les recommandations de la Cochrane - sans limites dans la langue de l'étude - critères d'inclusion des études : Essais randomisés contrôlés analysant les effets du Tai chi sur la survenue de chutes, chutes avec blessures et première chute en comparaison avec des interventions habituelles ou autres thérapies différentes du Tai chi. <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 études incluses dans la revue (au départ : 891 références). Le nombre de participants pour les 10 études est non spécifié - dont les interventions se sont déroulées durant 12 à 26 semaines, avec des séances d'une heure 1 à 3 fois par semaine. - Les participants étaient âgés de 56 à 98 ans. - Au terme d'un suivi à court terme (moins de 12 mois, N=1 432), le tai chi a réduit le taux de chutes de 43% par rapport à d'autres interventions, et de 13% à long terme (plus de 12 mois, N=1 546) - le tai chi réduit le risque de chute avec blessure de 50% à court terme et de 28% à long terme. Toutefois, ce résultat découle d'une étude => résultat de faible qualité selon les auteurs <p>Conclusion : la pratique du Tai chi est recommandée pour prévenir les chutes chez les per-</p>	

						<p>sonnes âgées et adultes à risque, surtout à court terme. La pratique du tai chi peut également avoir un effet protecteur sur la survenue de chutes entraînant des blessures. Toutefois, l'effet du tai chi sur les chutes entraînant des blessures et sur la survenue d'une première chute est à explorer davantage à travers de futures études.</p> <p>⇒ Encourager la pratique du Tai chi chez les personnes âgées en présentant ses bienfaits sur la santé.</p> <p>A inscrire dans le cadre d'APA</p>
44	Étude nationale AGIRC ARRCO	2015	ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES CADRES (AGIRC), ASSOCIATION POUR LE RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS (ARRCO)	Activité physique Lutter contre la sédentarité pour bien vieillir. Étude 2014.	France	<p>Objectifs de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer l'impact d'une activité physique par rapport à un groupe témoin et évaluer l'impact après un accompagnement visant à modifier leur comportement. - Identifier les facteurs associés à l'activité physique déclarée chez les bénéficiaires de 65 ans et plus - Amener les personnes sédentaires à pratiquer plus d'activité physique en participant à des ateliers Activité physique et en évaluant l'impact à court-terme de ces ateliers sur la pratique générale des activités physiques (échelle PASE), mais aussi sur d'autres aspects tels que le sommeil, le stress, l'anxiété et/ou la dépression, la douleur, l'équilibre, la force musculaire, etc. <p>MISE EN ŒUVRE</p> <p>Période de l'enquête : entre le 28 mai et le 7 novembre 2014.</p> <p>Population interrogée : 3586 personnes âgées de 65 ans et plus, en situation de fragilité et/ou à la retraite divisée en en groupe témoin et groupe Activité physique (affectation aléatoire des personnes en fonction de leur jour de naissance).</p> <p>Population visée: personnes âgées de 65 ans et plus.</p> <p>Population ayant répondu au questionnaire : âge moyen de 73 ans et majorité d'hommes.</p> <p>Méthode : 2 étapes</p> <p>1. Réponse à un auto-questionnaire recueillant des données socio-démographiques, des informations sur leur activité et les relations avec leur entourage, leur santé et la fréquenta-</p>

							<p>tion médicale et reprenant les 21 questions qui constituent l'échelle PASE (Physical Activity Scale for the Elderly) de mesure de l'activité physique.</p> <p>Le questionnaire PASE permet de repérer les personnes susceptibles d'être sédentaires et les personnes faiblement actives (par exemple, les personnes ayant un score PASE ≤ 120 sont considérées comme sédentaires).</p> <p>2. Sur la base du volontariat, proposition à ces personnes de participer à un atelier Activité physique (2 sessions d'une durée de 3 mois) organisé par les centres Agirc-Arrco et à une étude d'évaluation de l'impact à court-terme de cet atelier.</p> <p>Les membres du groupe Activité physique ont participé à la première session et au bout des 3 mois, ils ont complété le questionnaire PASE et passé les tests du bilan complémentaire.</p> <p>Les membres du groupe témoin ont débuté la seconde session au moment où le groupe Activité physique terminait la 1ère session, selon un protocole identique.</p> <p>Principaux résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score PASE est significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes et diminue avec l'âge, dans les 2 sexes. - Le score PASE est plus faible chez les personnes vivant en appartement que celles habitant en maison individuelle. Il est plus faible chez les personnes se déclarant plus isolées que chez celles qui sont bien entourées par leur famille et leurs amis. - Le score PASE chez les personnes consultant fréquemment leur médecin traitant sont moins élevés que ceux observés chez les personnes déclarant un suivi médical moins régulier. - Le score PASE s'améliore avec la pratique de la marche <p>Conclusion</p> <p>L'activité physique chez les retraités diminue avec l'âge et en fonction de la perception de leurs capacités physiques et de leur état psycho-social.</p> <p>La participation aux ateliers Activité physique, même si elle n'a pas d'impact à court-terme sur les indicateurs de condition physique étudiés ici, a pu permettre aux retraités sédentaires participants d'améliorer leur activité physique déclarée et, en particulier, leur pratique de la marche. Cette évolution est d'autant plus intéressante que la marche est accessible au plus grand nombre et peut être pratiquée à titre préventif.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

3. Avis du groupe de travail

GT	Année	 Points à retenir pour les RBPP	Consensus ou non
#3	04/07/2017	Proposition d'ajout de RBPP : encourager la participation aux différentes instances de la RA : commissions, etc.	

Prévention des maladies neuro-dégénératives (MND) et préservation de la santé mentale

	Type de document/ nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Grade
45	Recommandations / <i>Neurology</i> vol. 90 n°3	2017	PETERSEN, R.C., LOPEZ, O., ARMSTRONG, M.J., GETCHUS, T.S.D., GANGULI, M., GLOSS, D., <i>et al.</i>	Practice guideline update summary : mild cognitive impairment	126-135	USA	<p>Objectif : Actualiser les recommandations de 2001 sur la prise en charge des troubles cognitifs légers</p> <p>Méthodologie : revue systématique de tous les articles abordant la prévalence, le pronostic et le traitement du déclin cognitif léger afin de produire des recommandations s'appuyant sur le niveau de preuve à partir des critères établis par l'AAN.</p> <p>Recommandations/préconisations pour ralentir le trouble cognitif léger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pratiquer 150 minutes d'activité physique par semaine après 65 ans pour améliorer la mémoire => la prescrire en présence d'un trouble de la mémoire ; - les approches de stimulation cognitive comme par exemple les échecs, les mots-croisés, l'apprentissage d'une langue ou d'un instrument, etc. (niveau de preuve moins élevé que l'activité physique) <p>A retenir pour les RBPP : La pratique d'une activité physique au moins 2 fois par semaine, sur une période d'au moins 6 mois, apporte un réel bénéfice (amélioration de la mémoire) pour les personnes atteintes de troubles cognitifs légers. Une activité physique d'intensité modérée comme la marche, le vélo ou la natation sont suffisantes.</p>	

46	Article / <i>BMJ</i> vol. 357	2017	SABIA, S., DUGRAVOT, A., DARTIGUES, J.F., ABELL, J., ELBAZ, A., KI- VIMÄKI, M. <i>et</i> <i>al.</i>	Physical activity, cognitive decline, and risk of demen- tia : 28 year fol- low-up of White- hall II Cohort study	France	<p>Objectif : tester les 2 hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pratique d'une activité physique n'est pas associée à la réduction du risque de démence - la phase préclinique d'une démence est caractérisée par un déclin de l'activité physique <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'étude : étude longitudinale menée par l'INSERM en collaboration avec The University College London/Cohorte Whitehall II : plus de 10 308 personnes (6895 hommes et 3413 femmes âgées de 35 à 55 ans au moment de l'inclusion) suivies entre 1985 et 2012 - Les chercheurs ont mesuré plusieurs paramètres : <ul style="list-style-type: none"> o L'activité physique à partir d'un questionnaire qu'ils ont fait passer 8 fois en 28 ans. o La fonction cognitive : évaluation tous les quatre ans (entre 1997 et 2013) avec de nombreux tests cognitifs o Le risque de démence <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude n'a pas permis de démontrer qu'il existait une association entre la pratique d'activité physique, qu'elle soit légère, modérée ou intense, et l'apparition d'une démence. - Que les personnes aient ou non suivi les recommandations de santé publique (soit plus de 2h30 d'activité physique modérée à vigoureuse), elles ont présenté un déclin des fonctions cognitives similaire. - Toutefois, il a été observé une diminution de l'activité physique dans les neuf années qui précèdent le diagnostic chez les sujets ayant développé une démence (jusqu'à 2h/semaine de moins). <p>Conclusion : l'activité physique pratiquée à l'âge adulte n'aurait pas d'effet protecteur sur la démence, quelque soit le nombre d'heures effectuées. La baisse de l'activité physique observée 9 ans avant le diagnostic de la maladie laisse penser que ce déclin pourrait faire partie des changements qui surviennent pendant la phase préclinique d'une démence.</p> <p>Ces résultats sont corroborés par deux essais d'intervention récents qui n'ont pas démontré un effet protecteur de l'augmentation de l'activité physique sur le risque de démence.</p>	A
----	----------------------------------	------	---	--	--------	---	---

47	Article/ <i>Alzheimer & Dementia</i> vol. 13, n°11	2017	FEART, C., HELMER, C., MERLE, B., HERRMANN, F.R., ANNWEILER, C., DARTIGUES, J.F. <i>et al.</i>	Associations of lower vitamin D concentrations with cognitive decline and long- term risk of de- mentia and Alz- heimer's disease in older adults	1207- 1216	France	<p>Objectifs: rechercher la relation entre le taux plasmatique de 25OHD et le déclin cognitif chez les personnes âgées française</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participants : <ul style="list-style-type: none"> o issus de l'étude des 3 cités: il s'agit d'une cohorte pour étudier l'impact des facteurs vasculaires sur le risque de démence. Un échantillon de 9264 personnes âgées de 65 ans et plus recrutées dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier, par tirage au sort sur les listes électorales entre 1999 et 2000. 5 examens de suivi ont eu lieu (2 ans, 4 ans, 7 ans, 10 ans et 12 ans après inclusion). o Seules les données collectées dans la ville de Bordeaux ont été étudiées car c'est le seul centre qui a mesuré la concentration de 25OHD à l'inclusion <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Au total, l'étude a porté sur les données de 916 participants - Evaluation des fonctions cognitives et diagnostique de la démence : passation de 5 tests neuropsychologiques à différentes étapes du suivi par des psychologues formés : MMSE, TMT A et B, Set Tests d'Isaacs, test de rétention visuelle de Benton et FCSRT (Free and Cued Selective Reminding test) - Mesure de la concentration de 25OHD (statut vitaminique D) - Autres informations collectées : données sociodémographiques, consommations (tabac, alcool, alimentaire...), antécédents médicaux, mesures anthropométriques (poids, taille,...), bilan cognitif et psychologique, mesures vasculaires, handicap, bilan biologique, examen cérébral IRM. <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echantillon de 916 participants avec une évaluation de la concentration de 25OHD : <ul style="list-style-type: none"> o dont 571 femmes et 345 hommes âgés de 73,3 ans en moyenne à l'inclusion o suis pendant 11,4 ans en moyenne o Réexaminés au moins une fois pendant la durée de suivi - sur les 916 participants ne souffrant pas de démences au début de l'étude, 177 avaient développé une maladie neurodégénérative, dont 124 cas d'Alzheimer, dans les douze années de suivi. - Parmi ceux présentant une carence (25%) ou une insuffisance (60%) en vitamine D, le 	B
----	--	------	---	---	---------------	--------	---	---

							<p>risque de développer une démence est multiplié par 2 et le risque de développer une maladie d'Alzheimer a été multiplié par trois par rapport à ceux ayant un statut satisfaisant en vitamine D</p> <p>Conclusions : une carence en vitamine D entraînerait un risque majeur de développer une maladie d'Alzheimer. Ainsi, maintenir un statut sanguin adéquat en vitamine D chez les personnes âgées pourrait contribuer à retarder ou à prévenir la démence, en particulier de type Alzheimer.</p>
48	Rapport d'experts/de consensus du National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM)	2017	DOWNEY, A., STROUD, C., LANDIS, S., LESHNER, A. I. (Éd.)	Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward ³⁴	29-51	USA	<p>Objectifs: Ce rapport soutenu par l'Institut national sur le vieillissement (National Institute on Aging, NIA) examine les preuves les plus récentes portant sur les interventions visant à prévenir le déclin cognitif et la démence.</p> <p>Méthodologie : ces recommandations ont été produites à partir d'une revue systématique réalisée par l'Agence Américaine pour la recherche et la qualité de la santé (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)</p> <p>Résultats : Cet examen de la littérature soutient 3 interventions de nature à ralentir le déclin cognitif et l'apparition de la démence. Ces dernières sont qualifiées « d'encourageantes » mais de « non concluantes » :</p> <p>1- La thérapie cognitive qui recouvre différentes pratiques visant à améliorer le raisonnement et la résolution de problèmes, la mémoire et la rapidité du traitement, informatisées ou non, fait l'objet d'un intérêt croissant de la part de la communauté médicale et scientifique, depuis ces 15 dernières années. Des preuves de bonne qualité appuient aujourd'hui la capacité de la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) à améliorer les performances sur une tâche formée, au moins à court terme. Cependant, ses bénéfices à plus long terme pour le maintien de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne restent à démontrer. Un essai contrôlé randomisé, cité par le rapport, suggère néanmoins que la thérapie cognitive dispensée au fil du temps et dans un contexte interactif peut améliorer la fonction cognitive à long terme et contribuer au maintien de la cognition et de l'autonomie. Cependant, d'autres résultats apparaissent plus mitigés.</p> <p>2- La gestion de la pression artérielle chez les personnes atteintes d'hypertension, pour prévenir, retarder ou ralentir la démence clinique de type Alzheimer, est soutenue par des</p>

³⁴ Consultation en ligne sur le site du NASEM : <https://www.nap.edu/read/24782/chapter/4#30>

						<p>preuves encourageantes mais non concluantes. Les preuves disponibles, ainsi que la forte preuve de la gestion de la tension artérielle dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux et des maladies cardiovasculaires, et le rapport bénéfice / risque des médicaments antihypertenseurs et des interventions sur le mode de vie apparaît suffisant pour justifier la communication avec le public concernant l'encouragement à une gestion de la tension artérielle, en particulier à la mi-vie, pour prévenir, retarder et ralentir la démence clinique de type Alzheimer.</p> <p>3- Les bénéfices de l'activité physique sur la santé cérébrale sont maintenant bien documentés. Plus largement, l'activité physique présente de nombreux avantages pour la santé, et certains de ces avantages - comme la prévention des accidents vasculaires cérébraux – ont des répercussions positives sur la santé du cerveau. L'examen systématique s'accorde globalement sur l'efficacité de l'activité physique accrue dans le ralentissement du déclin cognitif lié à l'âge. La preuve est jugée suffisante pour justifier un message de santé public associant une activité physique accrue au ralentissement du déclin cognitif lié à l'âge.</p> <p>Conclusions : aucune de ces interventions ne satisfait, à la lecture des études disponibles, aux critères de preuves de qualité élevée. Ce qui suggère la nécessité de recherches supplémentaires avec des améliorations méthodologiques. <i>Comparer l'efficacité de ces 3 interventions, ou des différentes pratiques de TCC ou encore des différentes activités physiques pourra donc permettre des recommandations de bonne pratique mais aussi de Santé publique pour lutter contre les démences.</i></p>	
49	Rapport Commission « <i>Dementia prevention, intervention and care</i> » du <i>Lancet</i>	2017	LIVINGSTON, G., SOMMERLAD, A., ORGETA, V., COSTAFREDA, S G., HUNTLEY, J., AMES, D., et al.	Dementia prevention, intervention, and care	UK	<p>Contexte : La commission « <i>Dementia prevention, intervention and care</i> » de <i>The Lancet</i> s'est constituée « <i>afin de consolider les avancées et les connaissances émergentes relatives à ce que nous devrions faire pour prévenir et gérer la démence</i> »</p> <p>La Commission a procédé à un nouvel examen et à une méta-analyse; à partir desquels les spécialistes ont étendu les modèles de risque actuels en y incluant la perte auditive et l'isolement social. En intégrant des facteurs de risque potentiellement modifiables tout au long de la vie, ils ont proposé un nouveau modèle de risque pour le courant de la vie, soulignant l'importance de la prévention.</p> <p>Parmi leurs principales recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être ambitieux sur la prévention. Les interventions sur les facteurs de risque avérés sont susceptibles de retarder ou de prévenir un tiers des démences. Les preuves combinées à ce jour indiquent qu'environ 35 % de tous les cas de démence sont attribuables à neuf fac- 	

							<p>teurs de risque potentiellement modifiables. Les neuf facteurs de risque modifiables comprennent : le déficit auditif (9% des cas de démence pourraient y être associés), un faible niveau d'éducation (8% des cas) et le tabagisme (5% des cas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individualiser les soins liés à la démence. Les soins appropriés à la démence couvrent les soins médicaux, sociaux et de soutien ; et devraient être adaptés aux besoins, aux préférences et aux priorités propres à chaque individu et culture. - Soins aux soignants familiaux. Les soignants familiaux encourent un risque élevé de dépression. Des interventions efficaces réduisent le risque et traitent les symptômes ; il faudrait les rendre disponibles. - Plan pour l'avenir. Les personnes atteintes de démence et leur famille apprécient les échanges concernant le futur et les décisions importantes à venir. - Gérer les symptômes neuropsychiatriques. La prise en charge des symptômes neuropsychiatriques de la démence - y compris l'agitation, l'humeur dépressive ou la psychose - est généralement d'ordre psychologique, sociale et environnemental, le traitement pharmacologique étant réservé aux symptômes plus sévères. - Tenir compte de la fin de vie. Un tiers des personnes âgées meurent dans la démence, il est donc essentiel que les professionnels œuvrant dans les soins de fin de vie déterminent si le patient est atteint de démence, dans la mesure où ce dernier est incapable de prendre des décisions entourant ses soins ou d'exprimer ses besoins et ses désirs. 	
50	Recommandations NICE	2015	National institute for health and care excellence (NICE)	Older people: independence and mental wellbeing		UK	<p>Contexte/objectif: Ces recommandations couvrent les interventions qui maintiennent et améliorent le bien-être mental et l'indépendance des personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que l'identification des personnes les plus à risque d'un déclin.</p> <p>Destinataires: Ces recommandations s'adressent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux autorités locales qui travaillent en partenariat avec des institutions qui couvrent le champ des personnes âgées - Le National Health Service (NHS) et d'autres services à destination des personnes âgées <p>Elles peuvent également être utiles pour les personnes âgées, leur familles et soignants.</p>	B

							<p><u>Méthodologie d'élaboration :</u> Propre au NICE dans le cadre de l'élaboration de recommandations notamment basées sur l'étude approfondie des preuves, la participation d'experts, des comités consultatifs indépendants, un processus transparent de consultation et de recours, une réévaluation régulière.</p> <p><u>Principales recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De manière générale, s'assurer que les activités proposées : <ul style="list-style-type: none"> o Soient clairement décrites ; o Soient mises en place dans un emplacement et un horaire réguliers ; o Donnent la possibilité de se socialiser ; o Soient complémentaires ; o prennent en compte les besoins de la PA. - Proposer des activités individuelles comme : <ul style="list-style-type: none"> o Des programmes pour aider les personnes à développer et maintenir les liens d'amitié (ex : programmes de visite à domicile par des pairs volontaires, etc.) ; o Des opportunités pour se faire des amis qui impliquent des visites brèves, des appels téléphoniques ou l'utilisation d'un autre média ; o Une information que les services nationaux ou locaux qui offrent un soutien et un accompagnement par téléphone et autre média. - Proposer un éventail d'activités de groupes multi-composantes qui combinent une ou plusieurs des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> o Programmes de chant en particulier les chorales professionnelles ; o Arts, artisanat et autres activités créatives ; o Programmes d'activité physique sur-mesure ; o Activités intergénérationnelles ; - Encourager les PA au volontariat/bénévolat - identifier les PA les plus à risque : <ul style="list-style-type: none"> o sensibiliser les services qui accompagnent les PA sur l'impact d'un bien-être mental pauvre et d'un manque d'indépendance sur sa santé mentale et physique ainsi que sur leurs interactions sociales ; o s'assurer que les équipes sont conscientes de l'importance de maintenir et amé- 	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire

								<ul style="list-style-type: none">liorer l'indépendance et le bien-être mental des PA ;○ sensibiliser les équipes sur les moments/circonstances de vie qui peuvent entraîner un déclin chez la PA : décès du conjoint dans les 2 dernières années, personnes en situation d'isolement social, divorce, séparation ou retraite récente, personnes avec de faibles revenus, etc.). Les aidants sont également des personnes à risque.- Délivrer, aux PA, des informations utiles pour améliorer leur santé et leur bien-être ou les orienter vers les partenaires qui assurent cette mission.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Actions de prévention adaptées / Agir sur les facteurs de risque de perte d'autonomie

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
51	Rapport OMS	2017	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ	Integrated care for older people : guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity		Suisse	<p>Définitions : La capacité intrinsèque se réfère à l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser à tout moment. La capacité fonctionnelle est définie dans ce rapport comme l'association et l'interaction des capacités fonctionnelles avec l'environnement dans lequel la personne habite.</p> <p>Périmètre des recommandations: elles recouvrent la perte de la mobilité, la malnutrition, la perte de la vue ou de l'audition, le déclin cognitif, l'humeur, l'incontinence urinaire et le risque de chute. La présence d'un ou plusieurs de ces indicateurs peut exprimer un déclin des capacités physiques et/ou mentales.</p> <p>Public concerné : les PA (âge non précisé). L'OMS définit la PA comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance.</p> <p>Destinataires des recommandations : en priorité les professionnels de santé de proximité et les professionnels qui mettent en place des programmes de formation en médecine, soins infirmiers ou sante publique. Les recommandations s'adressent aussi a tous les acteurs qui mettent en place des actions de sante publique (institutionnels, ONG, etc.)</p> <p>Méthodologie de production :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires ; - analyse des déclarations d'intérêts ; - définition du champ des recommandations et des questionne- 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>ments en vue de la recherche (à l'arrivée, 9 questions de recherche – PICO- ont été formulées et utilisation de la méthode GRADE pour établir le niveau de preuve);</p> <ul style="list-style-type: none"> - discussions autour des recommandations lors d'une reunion du GT pour arriver a un consensus ; - relecture par 4 pairs spécialises dans les champs suivants : psychiatrie, nutrition, activité physique et gériatrie. <p><u>Principales recommandations :</u> Déclin des capacités physiques et mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de la mobilité : la pratique d'activités physiques variées incluant des activités de force, de résistance et de souplesse pour les PA avec des capacités physiques qui déclinent - Malnutrition : supplémentation orale accompagnée de conseils en diététique pour les PA dénutries ; - Déficience visuelle : dépister une déficience visuelle en médecine de ville et fournir les soins nécessaires ; - Perte de l'ouïe : proposer un dépistage et un appareillage adapte ; - Déclin cognitif : proposer de la stimulation cognitive aux PA présentant un déclin cognitif (avec ou sans diagnostic de démence) ; - Symptômes dépressifs : proposer des interventions psychologiques brèves et structurées (Cf. <u>guide d'intervention OMS Programme d'action Comber les lacunes en santé mentale – mhGAP</u>) 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>Soutien des aidants non professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer une intervention psychologique, formation, soutien aux membres de la famille ou autres soignants informels de PA dépendantes ou qui ont des besoins en soins complexe ou lorsqu'il y a une pression forte sur l'aidant. 	
52	Dossier information	2016	INSERM	Ostéoporose. Quand les os perdent en densité			<p>Objectifs de l'article Il s'agit d'un dossier informatif rappelant les caractéristiques et la prévalence de l'ostéoporose. Il s'agit d'une maladie du squelette caractérisée par une perte de la densité osseuse. Elle est à l'origine de près de 400 000 fractures qui affectent souvent la qualité de vie des personnes en raison de douleurs persistantes.</p> <p>Facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse ; • Ménopause ; • Certaines pathologies : affections hormonales, polyarthrite rhumatoïde, certaines tumeurs, maladies sévères de l'intestin, des reins ou du foie. • Certains traitements : doses importantes de cortisone ou médicaments utilisés dans la prise en charge de cancers du sein et de la prostate. • Consommation excessive d'alcool et de tabac. <p>Il est possible de prévenir l'ostéoporose en pratiquant une activité physique. Chez les personnes âgées, l'activité physique va contribuer à</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							l'entretien de la musculature et de l'équilibre, diminuant ainsi le risque de chute et de fracture.	
53	Article / BEH 16-17	2017	THELOT, B., LASBEUR, L., PÉDRONO, G.	La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées	328-334	France	<p>Méthode La surveillance épidémiologique des chutes s'appuie sur plusieurs sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquête du baromètre santé - Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) - Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) - Base nationale des causes de décès du Centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDc-Inserm) <p>Résultats (données épidémiologiques selon les sources) :</p> <p>Baromètre santé (2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> - près d'une personne sur 12 âgée de 55 à 85 ans (7,8%) déclarait avoir subi au cours des 12 derniers mois au moins un accident suivi d'une consultation médicale ou hospitalière, sans différence entre hommes et femmes ; - Les personnes ayant subi un accident déclaraient principalement des chutes (56,5%) ; - Le fait d'avoir chuté au cours des 12 derniers mois était significativement associé à de moins bons scores de qualité de vie <p>EPAC (2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 85% des recours aux urgences pour accident de la vie courante chez les 65 ans et plus étaient dus à une chute ; - Cette proportion augmentait avec l'âge : 71% de 65 à 69 ans, 78% de 70 à 74 ans, 85% de 80 à 84 ans, 93% de 85 à 89 ans, 95% à 90 ans et plus ; - Dans 70% des cas, la chute a eu lieu à domicile ; - La proportion de personnes hospitalisées après leur passage aux 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>urgences augmentait avec l'âge, d'un quart à 65 ans à près de la moitié à 90 ans ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La durée moyenne d'hospitalisation pour chute chez les 65 ans et plus était de 12,2 jours, plus élevée que pour l'ensemble des accidents tous âges confondus (7,4 jours) ; la durée médiane était de 9 jours versus 3 jours. <p>PMSI (2014) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 76 100 hospitalisations ont été motivées par une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, trois fois plus chez les femmes que chez les hommes. Ces fractures sont survenues 9 fois sur 10 à la suite d'une chute. - Entre 2000 et 2014, le nombre de séjours pour FESF a augmenté de 3800 <p>Certificats de décès (2013, France métropolitaine) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 334 personnes de plus de 65 ans sont décédées suite à une chute accidentelle (11,2/100 000), parmi lesquelles 3 737 hommes (13,1/100 000) et 5 597 femmes (10,1/100 000). - Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge - Globalement chez les PA de 65 ans et plus, les taux standardisés de mortalité ont diminué de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2013 <p>Discussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En France, le nombre de chutes chez les PA est sous-estimé ; - Les données disponibles ne sont pas toujours suffisantes pour permettre la mise en place d'actions de lutte contre les chutes chez les PA de 65 ans et plus ; - Les situations accidentelles sont très variées dans le cas d'une chute 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							et souvent méconnues ; - avantages et inconvénients de chaque source de données: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>PMSI</u> : donne des renseignements globaux sur les effectifs de FESF mais pas sur les causes de fracture (suite à une chute spontanée) ○ <u>EPAC</u> : ces données permettent d'avoir des éléments sur les circonstances des chutes (lieu et produit impliqué), mais pas d'informations sur le profil et l'environnement physique du chuteur (conditions de vie, état de santé, logement, etc.) ○ <u>Baromètre santé</u> : données sur le profil et l'environnement physique du chuteur mais avec des lacunes sur les facteurs de risque de chute ; de plus, il s'agit de données déclaratives. ○ <u>CépiDc</u> : ne contient pas d'information sur les circonstances des chutes à l'origine du décès. <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le suivi global de l'évolution des décès par chute reste insuffisant pour conduire à des actions de prévention ; - Manque de précision sur les circonstances ou les causes de la chute et le profil des chuteurs ; - Peu d'informations sur le devenir des personnes ayant chuté, à l'exception de certains éléments sur le devenir des personnes ayant été hospitalisées pour FESF => nécessité de mener des études trans- 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							versales et/ou de cohorte ; ⇒ L'étude ChuPADom ³⁵ sur les chutes des PA à domicile, lancée en 2017, doit répondre, au moins en partie, à ces manques d'information afin de contribuer à la mise en place d'actions ciblées de prévention ⇒ L'exploitation des données du réseau OSCOUR-SurSaUD® (désormais collectées en routine et de façon quasiment exhaustive) sera susceptible de compléter EPAC et répondre en partie à cette demande de mesure de l'évolution des taux de recours aux urgences pour chute.	
54	Rapport DREES et Santé Publique France	2017	FOURCADE, N., VON LENNEP, F., GRÉMY, I., BOURDILLON, F., (dir)	L'état de santé de la population en France		France	Ce rapport s'appuie sur la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux. Il est présenté sous forme de fiches thématiques. Santé perçue : 68 % des Français déclarent être en bonne ou très bonne santé La perception d'une bonne (<i>a fortiori</i> d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus : <ul style="list-style-type: none"> - Bonne santé perçue : <ul style="list-style-type: none"> ○ 75-84 ans : 33% des femmes et 38% des hommes. ○ 85 ans et plus : 22.5 % des hommes et 20% des femmes Elle paraît corrélée au problème de santé :	A

³⁵ Critères d'inclusion : personnes de 65 ans et + ayant eu recours à un service d'urgences du réseau EPAC pour une chute accidentelle quel que soit le lieu au cours de l'année 2016, suivi d'une hospitalisation. Focus sur les chutes à domicile (64 % des chutes des 65 ans et + dans EPAC)

Objectifs : établir le profil des chuteurs de 65 ans et plus, étudier les facteurs de risque extrinsèques (habitat, produits impliqués dans la chute, activité au moment de la chute, etc.). Une étude un an après la chute

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>Moins de 15 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, contre 75 % des personnes âgées de 85 ans ou plus.</p> <p>Maladie chronique La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 75 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Par ailleurs si, pour tous âges confondus, les hommes déclarent moins de maladies chroniques (34,4 % <i>versus</i> 38,2 % chez les femmes), cette tendance est inversée entre 65 et 84 ans.</p> <p>À partir de 75 ans, une majorité de personnes déclare être limitée durablement dans les activités que font habituellement les gens. En 2015, un quart de la population de 16 ans ou plus déclare une limitation durable (depuis au moins six mois) dans leurs activités habituelles en raison de problèmes de santé. Ils étaient 23 % en 2004. Elle augmente progressivement avec l'âge, passant d'environ 30 % pour les personnes de 55 à 64 ans à environ trois personnes sur quatre pour les 85 ans et plus. Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (76,5 % contre 73,2 % pour les hommes chez les 85 ans et plus).</p> <p>Parmi les 65 ans et plus, l'arthrose, la lombalgie ou une autre atteinte chronique du dos et l'hypertension artérielle constituent les pathologies ou problèmes de santé les plus fréquemment déclarés. Si l'hypertension artérielle est déclarée dans la même proportion par les hommes et les femmes, les maladies du système ostéo-articulaire sont davantage déclarées par les femmes : 57,8 % contre 39,3 % pour l'arthrose, 40,6 % contre 35,1 % pour la lombalgie et 27,4 % contre 16,5 % pour la cervicalgie. Le</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>diabète est en revanche davantage cité par les hommes que par les femmes (22,1 % contre 17,9 %). L'incontinence urinaire est également déclarée par 11,7 % des hommes contre 16,8 % des femmes âgées de 65 ans et plus.</p> <p>Tabac en moyenne dans la population française plus de 30% des hommes fument et encore plus de 10% entre 65 et 75 ans. (Au-delà de 75 ans on échappe aux études !)</p> <p>Chutes et ostéoporose Le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieur du fémur a baissé de 25 % en 15 ans. Les campagnes de prévention des chutes et de promotion de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose sont des facteurs possibles de cette diminution.</p> <p>Maladie d'Alzheimer et autres démence L'âge représente le principal facteur de risque de maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD). Les facteurs de risque cardio-vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme et l'hypercholestérolémie, jouent également un rôle important. Des facteurs génétiques de susceptibilité ont également été associés à un risque plus élevé. A l'inverse, un niveau de scolarité élevé, un réseau social fourni, des activités de loisirs et la pratique régulière d'une activité physique seraient des facteurs protecteurs. Environ 1 200 000 de personnes souffrent de MAAD en France.</p> <p>Maladie de Parkinson 2^{ème} maladie neuro-dégénérative après Alzheimer. Sa prévalence augmente fortement avec l'âge : 23 500 personnes atteintes ont moins de 65 ans et 161 000 personnes atteintes en France.</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>Polymédication chez les personnes âgées</p> <p>« La littérature internationale a démontré qu'il existe en effet une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire augmentation de la mortalité. La poly médication est un facteur prédictif de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la réadmission hospitalière » (Monegat, Sermet, 2014). Elle pose des problèmes d'observance et augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées, c'est-à-dire dont les indications sont discutables, avec un risque d'effets secondaires ou non efficaces.</p> <p>Le vieillissement de la population et les risques iatrogéniques font de la polymédication un enjeu majeur de qualité des soins et d'efficacité de la prescription. Ces enjeux se couplent à des enjeux économiques. Outre le surcoût occasionné par la polymédication elle-même et ses conséquences en termes d'iatrogénie, l'escalade thérapeutique générée par les effets indésirables contribue encore à augmenter les dépenses et diminue l'efficacité des soins.</p> <p>En France, les cardiopathies ischémiques est la deuxième causes de mortalité. Les cardiopathies ischémiques (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque causée par le développement et les complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Cliniquement, ces lésions se traduisent par différents syndromes, de l'angor stable au syndrome coronaire aigu (SCA), dont l'infarctus du myocarde (IDM). Les principaux facteurs de risque des CPI sont l'âge, le sexe, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité.</p> <p>AVC</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>En France, en 2013, les AVC représentent la troisième cause d'années de vie perdues (selon le Global Burden of Disease), la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes), la première cause de handicap moteur non traumatique et la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Les principaux facteurs de risque d'AVC sont l'âge, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, les troubles du rythme, l'obésité et les antécédents personnels et familiaux de maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Insuffisance cardiaque : La symptomatologie de l'IC est susceptible d'impacter fortement la qualité de vie des patients atteints, en majorité âgés, voire très âgés : réduction du score physique moyen déclarée chez plus de la moitié des patients, difficultés à réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne (l'habillage ou la toilette). Dans la majorité des cas, l'IC est la complication d'une maladie cardiaque antérieure : une insuffisance coronaire (cardiopathies ischémiques) dans environ la moitié des cas.</p> <p>Hypertension artérielle : Selon l'OMS, 62 % des affections vasculaires cérébrales et près de la moitié des cardiopathies ischémiques sont attribuées à une pression artérielle élevée. La prévention de l'HTA par des mesures hygiéno-diététiques (notamment par la réduction des apports nutritionnels en sel...), sa détection et son traitement permettent de réduire le risque vasculaire global. En 2014, la prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur en France est de 18,6 %, ce qui représente plus de 12,2 millions de patients.</p> <p>La prévalence augmente de manière importante avec l'âge, passant de 3,1 % chez les 25-44 ans à 58,9 % chez les 65-84 ans et à 75,7 % au-delà</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>de 85 ans. Après prise en compte de l'âge, la proportion de personnes traitées par antihypertenseur est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (19,7 % <i>versus</i> 18,4 %).</p> <p>Hypercholestérolémie (le cholestérol) L'hypercholestérolémie est, de ce fait, avec l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète, l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. L'hypercholestérolémie peut généralement être prévenue ou traitée par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques (alimentation saine, exercice physique...) éventuellement associées à un traitement médicamenteux hypolipémies. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la réduction du cholestérol total et du cholestérol-LDL diminue le risque de maladies cardio-neuro-vasculaires.</p> <p>Diabète En 2013, la prévalence est plus élevée chez les hommes (5,2 % <i>versus</i> 4,1 %) et augmente avec l'âge pour atteindre 16,5 % chez les 75-79 ans, et diminue ensuite.</p> <p>Suicide et tentatives de suicide Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2013, il s'élève à 5,7 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et à 37,2 pour 100 000 habitants de 75 ans et plus. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 17 % du total des décès chez les 15-24 ans et moins de 0,5 % du total des décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus.</p> <p>Couverture vaccinale contre la grippe : Insuffisante</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>Limitations fonctionnelles : Les limitations fonctionnelles peuvent engendrer des difficultés dans les activités de la vie quotidienne comme la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques. Ainsi, 5 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 19 % des difficultés à accomplir les tâches domestiques. Les restrictions d'activité augmentent avec l'âge. Chez les 65 ans et plus, 16 % ont des difficultés pour les soins personnels et 43 % pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 34 % et 71 % des personnes. Avant 65 ans, la fréquence des difficultés pour les soins personnels et domestiques est très proche chez les hommes et chez les femmes. En revanche, à partir de 65 ans, pour chaque tranche d'âge, les restrictions déclarées sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes. 51 % des personnes ayant des difficultés pour les soins personnels bénéficient d'une aide.</p> <p>Atteintes de la vision : Au-delà de 65 ans, seul 3.5% de femmes et 6.1% d'hommes n'ont aucun trouble de la vision contre presque 40% des femmes qui en ont, mais qui sont mal ou pas corrigées. Chez les hommes, ce taux est de 33%. Au-delà de 85 ans, c'est plus de 60% de la population qui a un trouble mal ou non corrigé.</p> <p>Atteinte de l'audition : En 2014, les troubles sévères de l'audition touchent environ un adulte sur dix. La fréquence de ces troubles s'accroît avec l'âge : quatre personnes sur dix après 80 ans. Quatre personnes sur dix atteintes de troubles sévères de l'audition sont appareillées, ce taux augmentant avec l'âge. Cependant, moins d'une personne appareillée sur deux ne déclare plus de trouble sévère de</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>l'audition. Bien que les hommes aient plus souvent des difficultés d'audition que les femmes ils recourent moins souvent à l'appareillage auditif.</p> <p>15 % des 65-79 ans n'ont pas d'appareillage ou ont un appareillage inefficace et à 80 ans + c'est 31% des personnes qui sont concernées.</p> <p>Mortalité routière 49% des décès de piéton et une personne de 75 ans a 1.6 fois plus de risque d'être tuée sur la route que la moyenne.</p> <p>Les accidents de la vie courante Ils sont responsables en 2013 de 21 256 décès en France métropolitaine. Les causes principales de décès sont les chutes (10 159 décès), les suffocations (2 579), les noyades (980), les intoxications (1 994), les incendies (403). Pendant les 4 mois de l'été 2015, 436 personnes de tous âges ont perdu la vie par noyade. Plus de 8 000 personnes ont été hospitalisées pour brûlures en 2012. On estime que 11,5 millions de personnes ont chaque année un accident de la vie courante avec recours aux soins, dont 840 000 avec hospitalisation. Ces accidents sont évitables par des actions adaptées de prévention.</p> <p>Mortalité prématurée et évitable L'étude eurostrats estime le taux de mortalité prématurée : 31.8% pour les personnes de 75 ans et plus avec 61.2 % de mortalité évitable chez les personnes de 65 ans et plus. La mortalité évitable a été définie à partir des causes de mortalité suivantes, considérées comme pouvant être évitées par une réduction des comportements individuels à risque : les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du poumon, les psychoses alcooliques, les</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida (tableau 3). Cette liste n'est toutefois ni exhaustive, ni exclusive, dans la mesure où d'autres causes de décès peuvent être prévenues par une modification des comportements individuels (mortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive, mortalité par mélanome malin de la peau...) et/ou par une prise en charge opportune et efficace (VIH, hépatite C...).</p> <p>En conclusion : l'espérance de vie augmente, mais à partir de 80 ans, les problèmes de santé, les maladies chroniques et les déficiences deviennent particulièrement nombreux. L'état de santé des français est globalement bon, mais en raison du vieillissement de la population les poids des pathologies chroniques augmentent</p>	
55	Article / BEH n°16-17	2017	DARGENT-MOLINA, P., CASSOU, B.	Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique	336-342		<p>Objectif : identifier dans la littérature scientifique les mesures et programmes qui ont montré leur efficacité pour réduire la fréquence des chutes, et recenser les questions qui méritent des études supplémentaires afin de pouvoir transférer efficacement ces connaissances dans la pratique.</p> <p>Méthodologie : Cette étude s'intéresse aux personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à leur domicile réparties en 3 sous-groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes à faible risque de chute, sans déficience locomotrice ou autres déficiences ; - Personnes à risque moyen de chute présentant principalement une diminution des capacités locomotrices ; - Personnes à haut risque de chute qui associent déficiences locomotrices et présence de plusieurs autres facteurs de risque. 	A

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							Type d'études exploitées : <ul style="list-style-type: none"> - expertise collective de l'Inserm, résultats de l'essai « Ossébo », - revues systématiques et méta-analyses d'essais contrôlés randomisés dans le domaine de la prévention des chutes (notamment la revue de littérature Cochrane publiée en 2012 - résultats de 59 essais contrôlés randomisés d'évaluation de l'exercice, totalisant plus de 13 000 participants âgés de plus de 60 ans et vivant à leur domicile (ou dans une résidence ne fournissant pas de service quotidien de santé ou de réadaptation). <p>Résultats :</p> <p>1- Les interventions efficaces pour réduire le risque de chute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmes d'exercice physiques structurés (source : Gillespie et coll., 2012 ; échantillon : 13 000 PA de plus de 60 ans vivant à domicile) <ul style="list-style-type: none"> ○ multi-catégoriels (en groupe ou à la maison) qui comprenaient pratiquement tous des exercices de stimulation de l'équilibre et de la marche auxquels étaient associés le plus souvent des exercices de renforcement musculaire => diminution du taux de chute d'environ 30 %. Cependant, le contenu et les modalités de mise en œuvre du programme doit être adaptés à l'âge, à l'état de santé et à l'état fonctionnel de la population-cible si on veut que l'intervention soit acceptable et efficace, en particulier sur le long terme ; ○ Une stimulation efficace de l'équilibre (exercices répondant à au moins 2 des 3 critères suivants : 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>mouvement contrôlé de déplacement du centre de gravité, réduction de la base d'appui et utilisation minimale des membres supérieurs) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ une dose suffisante d'exercice (plus de 50 heures au total) ○ pour prévenir les chutes traumatiques : programme d'exercices physiques centrés sur l'entraînement de l'équilibre et le renforcement musculaire (résultats de l'étude « Ossébo ») <ul style="list-style-type: none"> - aménagement de l'habitat par des mesures simples (éclairage adapté, pose de barres d'appui, fixation des tapis, etc.), en particulier chez les personnes à haut risque de chute - révision des prescriptions de médicaments, avec en particulier la diminution progressive de la prise de médicaments psychotropes ; - supplémentation en vitamine D chez les personnes ayant des niveaux abaissés de vitamine D - prise en charge de troubles spécifiques (en particulier la correction de certains troubles de la vision ou des troubles du rythme cardiaque) - programmes de prévention multifactoriels (associant exercice physique et autres mesures de prévention ciblées sur les facteurs de risque propres à chaque personne) : ils peuvent réduire significativement le risque de chutes de 24% en milieu communautaire <p>2- les outils et stratégies de repérage des personnes à risque de chute</p> <ul style="list-style-type: none"> - tests physiques d'évaluation multidimensionnelle pour sélectionner les femmes âgées de 75 ans et plus à risque de chute : mesure du temps de marche sur 6 mètres et le test de marche funambule (capacité à faire 4 pas consécutifs le long d'une ligne) - autres tests : test d'équilibre monopodal, test Timed up and Go (TUG) 	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<ul style="list-style-type: none"> - outils de recherche des principaux facteurs de risque : sont citées par les auteurs à titre d'exemple, le questionnaire Falls Risk for Older people in the Community Scale (Frop-Com) qui englobe 13 facteurs de risque, le score de risque prédictif des chutes à 5 items (le sexe, le fait de vivre seul, la prise de psychotropes, des lésions arthrosiques aux membres inférieurs, des antécédents de chute et la nécessité d'utiliser les bras lors du test d'équilibre sur une jambe). ⇒ Les auteurs soulignent l'intérêt clinique potentiel non établi de ces différents outils et avancent par ailleurs que les données de la littérature ne permettent pas de définir quel est l'outil ou la stratégie de dépistage la plus performante pour repérer les personnes à haut risque de chute. ⇒ Pas d'outil « idéal » standard, performant en toutes circonstances. ⇒ Pour le MG, il existe en France depuis 2005, 2 référentiels pour dépister les PA à risque de chute dans le cadre de la pratique courante et guider leur prise en charge afin d'éviter une première chute : <ul style="list-style-type: none"> - les recommandations de la SFDRMG³⁶ en partenariat avec la HAS - le référentiel de bonnes pratiques de Santé Publique France ⇒ la HAS a émis en 2009 des recommandations spécifiques pour l'évaluation clinique et la prise en charge des PA faisant des chutes répétées <p>3- Réflexions en vue de l'élaboration d'une stratégie globale et efficace de prévention des chutes chez les PA vivant à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constats : <ul style="list-style-type: none"> ○ la mise en place des actions préventives, individuellement ou en population, est lente alors même que certaines actions ont montré leur efficacité 	

³⁶ Société française de documentation et de recherche de médecine générale

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>pour réduire l'incidence des chutes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ les professionnels associent encore trop souvent vieillissement et déficience. <p>⇒ La poursuite des campagnes d'information sur le risque de chutes chez les PA apparaît importante pour mieux sensibiliser les PA et leur entourage, les professionnels de santé et le public en général</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention des chutes nécessite plusieurs approches complémentaires : une approche basée sur une évaluation individuelle, qui s'adresse en premier lieu aux PA à haut risque et qui implique de multiples intervenants du domaine médical et paramédical, et une approche communautaire qui s'adresse plus largement à la population à risque, notamment à travers une offre variée de programmes d'exercices physiques efficaces - Il serait utile de recenser les programmes montrés efficaces (evidence-based), de préciser la population cible à laquelle ils s'adressent et d'apprécier leur applicabilité dans différents contextes <p>Conclusion : des recherches translationnelles doivent être menées pour permettre un transfert efficace des connaissances vers la pratique et pour construire une réelle politique de prévention des chutes des PA.</p>	
56	Article / <i>Alcoolologie et addictologie</i> vol.36, n°1	2014	PAILLE, F.	Personnes âgées et consommation d'alcool	61-72	France	<p>Ce texte présente les résultats d'un travail poursuivi par la Société française de gérontologie et de gériatrie (SFGG) et la société française d'alcoolologie (SFA) sur les complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé.</p> <p>Chez les PA, 2/3 des buveurs excessifs le sont depuis longtemps mais 1/3 ce mésusage est arrivé après 60 ans.</p> <p>En vieillissant, diminution de la masse maigre et donc cela réduit la diffusion de l'alcool et donc plus d'effet de l'alcoolémie. Facteurs aggravants : la poly pathologie, la polymédication et troubles peuvent être majorés</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>par la coexistence de troubles cognitifs (MA). Donc les PA sont particulièrement vulnérables aux effets de l'alcool. Aux EU, les recommandations pour les PA sont un verre par jour et 3 maxi en une seule occasion. Mortalité : l'alcool est serait responsable de 30 000 décès par an après 65 ans. (3 ème cause de mortalité prématurée après le tabac). Entraîne de nombreuses complications dont chute, troubles du comportement etc. la consommation impacte sur les fonctions exécutives, la mémoire, les fonctions visio-spaciales Le caractère potentiellement réversible de ces déficits justifie leur repérage et leur prise en soin Les pathologies psychiatriques : selon les auteurs, les études montrent une association fréquente entre mésusage d'alcool et troubles psychiques (anxiété, dépression, suicide).</p>	
57	INPES	2012	BODARD, J., LAMBOY, B., KERZANET, S., CLEMENT, J.	Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile : une synthèse des connaissances- Résultats saillants	1-9	France	<p>Objectif : Synthèse de littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile.</p> <p>Méthodologie : Le document prend le parti de ne présenter que les interventions efficaces auprès d'un public âgé à partir de 55 ans, indépendant, vivant à domicile de façon autonome et en relative bonne santé générale. Les documents sélectionnés sont les synthèses de littérature les plus récentes dont la qualité est reconnue par la communauté scientifique et en santé publique.</p> <p>Résultats : <u>1. Réduction des accidents de la vie courante (chutes)</u> : Des programmes internationaux sont basés sur la gestion des facteurs de risque de chutes au niveau environnemental, comportemental et physique. D'autres interventions validées consistent à apporter des compléments alimentaires (vitamine D) pour renforcer les os et réduire le taux</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>de fractures. Il y aussi des interventions centrées sur des programmes d'activités physiques individualisées et/ou des entretiens motivationnels via des visites à domicile par un professionnel de soin. Enfin, ceux centrés sur le Tai-Chi font leur preuve dans la prévention des chutes. Mais les bénéfiques sont liés à un nombre élevé de séances.</p> <p><u>2. Promotion de la santé mentale (réduction du sentiment de solitude et dépression)</u> : Des interventions visent à mettre en place des groupes de parole sur des sujets liés à la santé. D'autres programmes insistent sur la pratique des activités physiques sur le long terme, accompagnées de séances d'éducation sur des sujets de santé et menées dans des centres de quartier. Une autre intervention est de pratiquer du counseling auprès de personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint en prévention d'une dépression potentielle. Des groupes d'entraide sont alors organisés dans des centres communautaires ou des bibliothèques.</p> <p><u>3. Lutte contre les maladies infectieuses (gripes)</u> : Des interventions pour inciter le seniors à se faire vacciner gratuitement contre la grippe en milieu médical et faire intervenir <i>in situ</i> les professionnels de santé en centres de soins sont validées.</p> <p><u>4. Promotion des comportements de santé en nutrition</u> : Certaines interventions présentent une efficacité potentielle auprès des personnes âgées lorsqu'elles sont multimodales combinant counseling, éducation nutritionnelle etc. Elles sont axées sur la promotion de la santé incluant des bilans médicaux, une évaluation des habitudes/risques, des conseils personnalisés en diététique et une éducation nutritionnelle. Les seniors peuvent également bénéficier de lettres d'informations, médication etc. Une autre méthode vise à proposer l'éducation nutritionnelle seule. Ces interventions sont basées sur des programmes didactiques délivrés en groupe dans des centres de nutrition ou sur des lettres d'informations associées à des entretiens téléphoniques.</p> <p><u>5. Préservation du maintien à domicile et la prévention de</u></p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p><u>l'institutionnalisation ou de l'hospitalisation</u> : les programmes qui visent à développer les visites à domicile par des professionnels de santé. Elles permettent d'évaluer les différents besoins des personnes âgées qui peuvent bénéficier d'informations et de conseils. Une autre catégorie d'interventions à domicile présente une efficacité potentielle ce sont les visites de contrôle réalisées par des bénévoles formés aux techniques de surveillance de la dépendance.</p> <p>⇒ Développer des ateliers d'activité physiques (Tai-Chi etc.), de prévention (grippe, nutrition) et nouer des partenariats avec des associations/bénévoles pour organiser des groupes solidaires (entraide, parole) et réduire l'isolement social et le sentiment de solitude.</p>	
58	Article / BEH n°22	2017	CAMPÈSE, C.	Surveillance de la grippe en France. Saison 2016-2017	465-489	France	<p>Objectif : L'article présente le bilan épidémiologique et virologique de l'activité grippale en France durant la saison 2016-2017.</p> <p>Méthode : analyse descriptive des données de surveillance de la grippe ou des syndromes grippaux transmises par les réseaux de médecine ambulatoire, les analyses virologiques des laboratoires partenaires, les signalements d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les collectivités de personnes âgées, la surveillance des passages aux urgences et des hospitalisations codées grippe, la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en service de réanimation et les données de mortalité.</p> <p>Résultats : Elle survient généralement de manière saisonnière entre les mois de décembre et d'avril en France métropolitaine. Environ 2,5 millions de personnes sont touchées chaque année. La mortalité due à la grippe saisonnière concerne les sujets les plus fragiles : les personnes âgées de plus de 65 ans et celles présentant des facteurs de risque (ma-</p>	

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							<p>ladies chroniques, etc.).</p> <p>Pour la saison 2016-2017, l'épidémie est précoce et due exclusivement au virus A (H3N2) comme ce qui a été observé dans les pays européens. Elle a été d'une intensité modérée en médecine ambulatoire (1,9 millions) contrairement à l'épidémie de 2014-2015 où 2,9 millions de personnes ont consulté pour un syndrome grippal.</p> <p>La majorité des personnes hospitalisées étaient des patients âgés de 65 ans et plus : 13% avaient entre 65 et 74 ans et 56% avaient 75 ans et plus. Les régions du Sud-Est et l'Île-de-France ont été particulièrement touchées. La majorité des cas (92%) de malades admis en service de réanimation ont présenté au moins un facteur de risque de grippe grave, essentiellement l'âge supérieur de 65 ans et/ou la présence d'une ou plusieurs pathologies chroniques (46% pulmonaires, 34% cardiaques et 27% un diabète). Parmi les 1094 patients pour lesquels le statut vaccinal était connu, 63% n'étaient pas vaccinés. Parmi les 263 décès répertoriés, 4 étaient des enfants, 22% avaient entre 65 et 74 ans et 54% avaient 75 ans et plus. La majorité des patients décédés présentaient au moins un facteur de risque.</p> <p>On recense 1903 épisodes survenus en collectivités pour personnes âgées. Ce nombre est supérieur à celui constaté lors des quatre dernières saisons grippales. La durée moyenne des épisodes était de 104 jours. La couverture vaccinale moyenne des résidents contre la grippe était de 83% et celle du personnel de 21%. Ces valeurs sont comparables aux saisons précédentes. En comparaison, la couverture vaccinale de la population à risque reste très insuffisante (46% pour l'ensemble des sujets ciblés par la vaccination et 50% chez les personnes de 65 ans et plus). La couverture vaccinale des résidents est élevée mais celle du personnel n'a pas augmenté ces dernières années et reste très insuffisante. La vaccination reste la première mesure de prévention mais les mesures barrières (réduction des contacts avec les malades et renforcement de l'hygiène)</p>	

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
 Qualité de vie en résidences autonomie
 Argumentaire

	Type de document/Nom de la revue	Année	Nom des auteurs	Titre	Pages	Pays	Objectif de l'article/de l'étude Méthodologie Principaux résultats ▲ Points à retenir pour les RBPP	Niveau de preuve
							ainsi que l'utilisation des antiviraux pour les sujets à risque doivent la compléter pour permettre de protéger les plus vulnérables. ⇒ Développer les ateliers de prévention sur la grippe dans les RA (pour les PA et le personnel)	

1. Avis du groupe de travail

GT	Année	 Points à retenir pour les RBPP	Consensus ou non
#4	12/10/2017	<p>Les actions financées dans le cadre de la conférence des financeurs ou le forfait autonomie: Pour avoir une meilleure idée des actions à encourager, les bilans intermédiaires des départements peuvent être utiles. Le représentant de la CNAV propose de faire une recherche de son côté pour voir s'il en existe. A noter : Les priorités de financement sont définies par les départements (ex : priorité 1 : actions sur le lien social, priorité 2 : actions sur la prévention des chutes, priorité 3 : actions sur la stimulation de la mémoire)³⁷</p> <p>programme annuel d'actions ou animations au sein de la RA: Les journées nationales ou mondiales ont servi d'inspiration pour son élaboration. Les membres du groupe sont favorables à cette idée pour inspirer des initiatives au sein des résidences autonomie.</p> <p>programme mensuel d'animation: il a été jugé plus utile de proposer un programme mensuel car cela permet aux résidents de mieux s'organiser.</p> <p>Expériences de terrain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tournoi de tarot organisé tous les samedis après-midi par une résidente auquel sont conviées des personnes extérieures. - Dans une RA, l'animateur a monté une chorale qui se produit à l'extérieur. Cette activité est très appréciée des résidents. « C'est une activité qu'on peut montrer ! » - Projet de chorale inter-établissement : Ce projet sur une année permet à plusieurs résidences de travailler les mêmes chansons en parallèle, de répéter ensemble à certains moments de l'année et de se produire lors d'événements comme la fête de la musique. C'est aussi l'occasion d'associer des enfants dans le cadre d'un projet de chorale intergénérationnel. - des résidents d'une RA ont créé une Amicale des résidents. Cela permet de percevoir des cotisations et de financer des actions au sein de l'établissement.) 	

³⁷ Pour aller plus loin, voir INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

Annexe 1 – Recherche documentaire

La recherche bibliographique a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec l'équipe projet à partir des mots-clés définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de juin 2016 à décembre 2017. Une veille a été réalisée jusqu'en février 2018.

La recherche bibliographique a été effectuée par thématiques voire sous-thématiques traitées dans les recommandations.

Sources d'informations

Les sources suivantes ont été interrogées ou consultées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline (Ebsco) ;
- pour la littérature francophone : la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), CAIRN ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des institutions françaises ;

Ci-dessous, la liste des principaux sites consultés (par ordre alphabétique):

- Ameli
- American Association of Neurology
- American Psychiatric Association (APA)
- Anesm
- Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMeF
- Centre d'études politiques, économiques et sociales – CEPESS
- Cochrane Library
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Expertise collective INSERM
- Fondation de France
- France Bénévolat
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Institut national du cancer (INCa)
- Kino Québec
- Légifrance
- Monalisa
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Petits frères des pauvres
- Santé Publique France/ Pourbienvieillir.fr
- Share project
- Sport et cancer
- Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)
- Villes amies des aînés

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chacune des thématiques, des termes issus de thésaurus (descripteurs) et des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés, selon la thématique traitée, avec les termes décrivant les types d'études.

Les méta-analyses et revues systématiques ont été privilégiées dans la mesure du possible et lorsque la thématique s'y prêtait (notamment l'Axe 3 pour lesquelles cette démarche était la plus pertinente).

Critères de sélection des documents

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse par l'équipe projet avant de les inclure dans l'argumentaire.

Les méta-analyses et les revues systématiques publiées entre 2007 et 2017 ont été privilégiées selon les thématiques traitées. Davantage d'importance a été accordée aux sources d'informations plus récentes.

Toutefois, pour la majorité des questions traitées dans les recommandations, la recherche s'est étendue aux études de plus faible niveau de preuve.

Seules les études en langue anglaise et française ont été retenues.

L'exploitation approfondie et régulière des documents par l'Anesm s'est développée tout au long de l'élaboration des recommandations et a permis d'affiner et de délimiter les recherches.

Annexe 2 – Références

Cadre juridique

Lois

Loi n° 57-908 du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Décrets

Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

Références bibliographiques

1. FOURCADE, N., VON LENNEP, F., GRÉMY, I., BOURDILLON, F. (dir), DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. *L'état de santé de la population en France*. Paris : Drees, Santé Publique France, 2017. Disponible à l'adresse : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>>.
2. CSA, PETITS FRÈRES DES PAUVRES. *La solitude et l'isolement chez les personnes de 60 ans et plus. Étude 1700242*. 2017. Disponible à l'adresse : <<https://fr.calameo.com/read/002357749ac7e54978406>>.
3. CÉLANT, N., GUILLAUME, S., ROCHEREAU, T. L'enquête santé européenne. Enquête et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. *Les Rapports de l'IRDES* : septembre 2017, n°566.
4. BRUNEL, M. CARRÈRE, A. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE «ménages». *Études et Résultats* : septembre 2017, n°1029.
5. ZIMMERMANN-SLOUTSKIS, D., MOREAU-GRUET, F., ZIMMERMANN, E. *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé, 2012.
6. SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES. *Les limitations d'activité après 65 ans entre 2008 et 2014 dans cinq pays européens dont la France*. Paris : Conseil d'orientation des retraites, 2017. Disponible à l'adresse : <<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-3783.pdf>>.
7. MULLER, M. 728 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2015. *Études et résultats* : juillet 2017, n°1015.
8. ANESM. *Analyse des résultats de l'enquête nationale « Qualité de vie en résidences autonomie »*. (2018).

9. GRÉBIL, N., LÉON, C. *Les résidences autonomie sont des acteurs dynamiques de prévention : comment les soutenir ? Préserver l'autonomie des résidents au sein des résidences autonomie*. Saint-Maurice : Santé Publique France, juin 2017. Disponible à l'adresse : < http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/synthese_residence_autonomie.pdf>.
10. AOUICI, S., GALLOU, R., CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV). Choisir de vivre en logement-foyer, entre indépendance et collectivité. *Cadr'âge* : mai 2016, n°32.
11. VOLANT, S. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et Résultats* : 2014, n°877.
12. AOUICI, S., GALLOU, R., CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV). À la (re)découverte des logements-foyers. *Cadr'âge* : décembre 2013, n°25.
13. KANNER, P. Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS. *UNCASS Enquêtes et observations sociales* : octobre 2012, n°4.
14. CROZAT, B. Les bonnes pratiques du projet d'établissement. *Direction(s)* : 2017, n°153, p.40.
15. ANESM. *La commission de coordination gériatrique. Fiche-repère*. (2018).
16. DUPRÉ-LÉVÊQUE, D., CHARLANNE, D. Entrée et accueil des personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). *La Revue de Gériatrie* : septembre 2015, T. 40, n°7, pp. 409-416.
17. PRÉVOST, J. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007. *Dossiers Solidarité et Santé* : 2011, n°18, pp. 28-36.
18. BOUTTAZ, M. Liberté et sécurité des résidents en EHPA. Concilier l'inconciliable. *La Revue Hospitalière de France* : 2005, n°506, pp. 65-67.
19. REY, D., LESCHER, S., PARAPONARIS, A., VERGER, P., ZAYTSEVA, A., BARLET, M. *et al.* Suivi des patients atteints de cancer: les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. *Études et résultats* : octobre 2017, n°1034.
20. ANESM. *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet résidences autonomie*. Saint-Denis : Anesm, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/perte_autonomie_volet_resi_aut_decembre_2016.pdf>.
21. FONDATION DE FRANCE. *Les Solitudes en France. Rapport 2016*. Paris : Fondation de France, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes_2016_rapport_final_0.pdf>.
22. FONDATION DE FRANCE. *Les solitudes en France. Rapport 2014*. Paris : Fondation de France, 2014. Disponible à l'adresse : <<https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes142.pdf>>.

23. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. *Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014*. Gatineau : Conseil national des aînés, 2014. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Rapport_sur_isolement_social_des_a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>.
24. ROBINS, L.M., JANSONS, P., HAINES, T. The impact of physical activity interventions on social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review. *Research & Reviews Journal of Nursing & Health Sciences* : janvier 2016, vol. 2, n°1.
25. VANDENBROUCKE, S., LEBRUN, J.M., VERMULEN, B., DECLERCQ, A., MAGGI, P., DELYE, S. *et al. Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2012. Disponible à l'adresse : <https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_VieillirMaisPasToutSeul_2012.pdf>.
26. CATTAN, M., WHITE, M., BOND, J., LEARMOUTH, A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* : janvier 2005, vol. 25, n°1, pp. 41-67. DOI [10.1017/S0144686X04002594](https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594).
27. RAYMOND, É., GAGNÉ, D., SÉVIGNY, A., TOURIGNY, A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008. Disponible à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/859_rapportparticipationsociale_27-11.pdf>.
28. GILMOUR, H. Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé* : décembre 2012, vol. 23, pp. 2-13.
29. RAYMOND, É., SÉVIGNY, A., TOURIGNY, A., BONIN, L., GUILBERT-COUTURE, A., DIALLO, L. *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés. Fiches-synthèses et outil d'accompagnement*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, mars 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2017_interventions_participation_aines.pdf>.
30. SIRVEN, N. DEBRAND, T. La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ? *Retraite et société* : 2013, vol. 65, n°2, pp. 59-80.
31. ZEHNDER, G. L'animation avec des personnes âgées dépendantes. *VST - Vie sociale et traitements* : 2008, n°99, pp. 29-33. DOI [10.3917/vst.099.0029](https://doi.org/10.3917/vst.099.0029).
32. MARTENS, Q. *Qualité de vie, bien-être et participation des personnes âgées à la société*. Bruxelles : Centre d'études politiques économiques et sociales, 2015.
33. ANDERSON, N.D., DAMIANAKIS, T., KRÖGER, E., WAGNER, L.M., DAWSON, D.R., BINNS, M.A. *et al.* The benefits associated with volunteering among seniors : A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin* : 2014, vol. 140, n°6, pp. 1505-1533.
34. BLAIN, H., BLOCH, F., BOREL, L., DARGENT-MOLINA, P., GAUVAIN, J.B., HEWSON, D., JOEL, M.È. *et al.* *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective*. Paris : INSERM, 2015. Disponible à l'adresse : <<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6806>>.

35. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM). Chez la personne âgée. In *Activité physique : Contextes et effets sur la santé*. Paris : INSERM, 2008. Disponible à l'adresse : <<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>>.
36. SENIK, C., MILCENT, C., GERVES, C. *Évaluation d'un programme d'activité physique adapté à des personnes âgées. Rapport IPP n°6*. Paris : Institut des politiques publiques, 2015. Disponible à l'adresse : <<https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2015/01/programme-activites-pers-agees-rapport-IPP-janv2015.pdf>>.
37. AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ALIMENTATION ENVIRONNEMENT TRAVAIL (ANSES). *Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. Disponible à l'adresse : <<http://www.santepubliquefrance.fr>>.
38. MESCHIA, J.F., BUSHNELL, C., BODEN-ALBALA, B., BRAUN, L.T., BRAVATA, D.M., CHATURVEDI, S., et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke* : 2014, vol. 45, n°12, pp. 3754–3832. DOI [10.1161/STR.0000000000000046](https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000046).
39. O'DONNELL, M.J., CHIN, S.L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H. et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet* : 2016, vol. 388, n°10046, pp. 761-775. DOI [10.1016/S0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30506-2).
40. ESCALON, H., BECK, F., VUILLEMIN, A. L'activité physique de 55 à 75 ans, analyse. *Soins Gériatrie* : mai 2012, vol. 17, n°95, pp. 38-41. Disponible à l'adresse : <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/bien-veillir/pdf/soins-gerontologie.pdf>>.
41. COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC. *L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus. Avis*. Québec : Kino Québec, 2002. Disponible à l'adresse : <<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisScientifiqueAines.pdf>>.
42. RIVIÈRE, D., RUFFEL, L., PILLARD, F. Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans. *Revue bibliographique. BEH* : 6 octobre 2015, n°30-31, pp. 545-551.
43. LOMAS-VEGA, R., OBRERO-GAITÁN, E., MOLINA-ORTEGA, F.J., DEL-PINO-CASADO, R. Tai Chi for Risk of Falls. A Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* : septembre 2017, vol. 65, n°9, pp. 2037-2043. DOI [10.1111/jgs.15008](https://doi.org/10.1111/jgs.15008).
44. ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES CADRES (AGIRC), ASSOCIATION POUR LE RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS (ARRCO). *Activité physique : lutter contre la sédentarité pour bien vieillir. Étude nationale 2014*. Paris : AGIRC-ARRCO, 2015. Disponible à l'adresse : <<http://www.agircarrco-action sociale.fr/fileadmin/action sociale-v2/Documents/Donner/Etudes/Etude des CPBVAA 2014 version web.pdf>>.
45. PETERSEN, R.C., LOPEZ, O., ARMSTRONG, M.J., GETCHIUS, T.S.D., GANGULI, M., GLOSS, D. et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology* : 16 janvier 2018, vol. 90, n°3, pp. 126-135. DOI [10.1212/WNL.0000000000004826](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826).

46. SABIA, S., DUGRAVOT, A., DARTIGUES, J.F., ABELL, J., ELBAZ, A., KIVIMÄKI, M. *et al.* Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ* : 22 juin 2017, vol. 357, pp. j2709. DOI [10.1136/bmj.j2709](https://doi.org/10.1136/bmj.j2709).
47. FEART, C., HELMER, C., MERLE, B., HERRMANN, F.R., ANNWEILER, C., DARTIGUES, J.F. *et al.* Associations of lower vitamin D concentrations with cognitive decline and long-term risk of dementia and Alzheimer's disease in older adults. *Alzheimer's & Dementia*: novembre 2017, vol.13, n°11, pp. 1207-1216. DOI [10.1016/j.jalz.2017.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.03.003).
48. DOWNEY, A., STROUD, C., LANDIS, S., LESHNER, A.I. (éd.). *Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward*. Washington DC : National Academies Press, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.nap.edu/catalog/24782/preventing-cognitive-decline-and-dementia-a-way-forward>.
49. LIVINGSTON, G., SOMMERLAD, A., ORGETA, V., COSTAFREDA, S.G., HUNTLEY, J., AMES, D., *et al.* Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* : 16 décembre 2017, vol. 390, n°10113, pp. 2673-2734. DOI [10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).
50. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Older people: independence and mental wellbeing. Guidance and guideline*. Londres : NICE, 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32> >.
51. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Genève : OMS, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>>.
52. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, BERENBAUM, F., ROUSIÈRE, M. *Ostéoporose. Quand les os perdent en densité*. Paris : INSERM, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/osteoporose>>.
53. THELOT, B., LASBEUR, L., PÉDRONO, G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. *BEH* : juillet 2017, n°16-17, pp. 328-335.
54. FOURCADE, N., VON LENNEP, F., GRÉMY, I., BOURDILLON, F. (dir), DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. *L'état de santé de la population en France*. Paris : Drees, Santé Publique France, 2017. Disponible à l'adresse : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>>.
55. DARGENT-MOLINA, P., CASSOU, B. Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. *BEH* : 2017, n°16-17, pp. 336-343.
56. PAILLE, F. Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et addictologie* : 2014, vol. 36, n°1, pp. 61-72.
57. BODARD, J., CLÉMENT, J., LAMBOY, B. *Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile : une synthèse des connaissances. Résultats saillants*. Saint-Denis : INPES, novembre 2012. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/doc-sante-aîne.pdf>>.

57. CAMPÈSE, C. Surveillance de la grippe en France. Saison 2016-2017. *BEH* : 2017, n°22, pp. 465-489.

Guides-Recommandations :

- ANESM. *Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_findevie_domicile.pdf>.
- ANESM. *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad*. Saint-Denis : Anesm, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/web_rbpp_findevie_ehpad.pdf>.
- ANESM. *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf>.
- ANESM. *Qualité de vie en Ehpad. Volet 1. De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Saint-Denis : Anesm, 2011. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_qualite-de-vie_web_2018-03-16_12-32-35_294.pdf>.
- ANESM. *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie*. Saint-Denis : Anesm, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficience_resi_aut_230117.pdf>.

Annexe 3 – Critères de prescription d'activités physiques³⁸

A- Éléments clés de l'évaluation et de la prescription d'activités physiques, selon la capacité fonctionnelle de la personne âgée

³⁸ Source : Avis du comité scientifique de Kino-Québec sur l'activité physique

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire

CATÉGORIE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE	BUTS DU PROGRAMME D'ACTIVITÉS PHYSIQUES	ÉLÉMENTS PRIORITAIRES DU PROGRAMME	MODALITÉS D'ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE DE LA PERSONNE
EXCELLENTE CONDITION PHYSIQUE	<p>Maintenir le niveau actuel de condition physique</p> <p>Améliorer les performances en compétition ou lors d'activités récréatives</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Force et endurance musculaires - Endurance cardiovasculaire - Flexibilité - Agilité - Entraînement sportif spécifique - Entraînement technique - Périodes de repos adéquates pour éviter le surentraînement 	<p>Tests d'évaluation de la consommation maximale d'oxygène et de la force musculaire comme ceux qu'on utilise pour les personnes plus jeunes</p>
BONNE CONDITION PHYSIQUE	<p>Maintenir le niveau actuel de condition physique pour que la personne puisse profiter d'une vie active et autonome</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Force et endurance musculaires - Endurance cardiovasculaire - Flexibilité - Amplitude de mouvement - Équilibre et coordination - Sécurité : ne pas en faire trop - Information et éducation sur des questions de santé 	<p>Tests d'évaluation de la consommation maximale d'oxygène, de la force et de l'endurance musculaires, de la flexibilité et de l'agilité</p>
AUTONOME	<p>Maintenir ou améliorer la capacité fonctionnelle</p> <p>Permettre de demeurer autonome</p> <p>Prévenir la maladie, l'incapacité et les blessures pouvant mener à la fragilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Force et endurance musculaires - Aptitude aérobie - Flexibilité - Amplitude de mouvement - Équilibre - Coordination - Information et éducation sur des questions de santé 	<p>Tests adaptés d'évaluation de la capacité fonctionnelle (p. ex. « Senior Fitness Test »)</p>
FRÛLE	<p>Maintenir ou améliorer la capacité d'effectuer les activités de base et les activités utilitaires de la vie quotidienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Force musculaire - Endurance - Flexibilité - Amplitude de mouvement - Équilibre - Coordination - Mobilité et agilité des pieds, des orteils et des chevilles - Confiance (vaincre la peur de tomber) 	<p>Tests d'évaluation de la capacité fonctionnelle en lien avec les activités de base et utilitaires de la vie quotidienne; tests adaptés en fonction de la clientèle (personnes hospitalisées, habitant en résidence, en période de réadaptation, habitant à domicile)</p>
NON AUTONOME	<p>Maintenir ou améliorer, avec l'aide de différents mouvements, la capacité fonctionnelle nécessaire pour réaliser les activités de base de la vie quotidienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Force et agilité des doigts - Force des membres supérieurs - Amplitude de mouvement au niveau des hanches et des épaules - Force musculaire des membres inférieurs (quadriceps, fléchisseurs) - Force et amplitude de mouvement des chevilles - Mobilité et agilité des pieds et des orteils 	<p>Questionnaires, entretiens, observations, tests de la capacité fonctionnelle</p>

B- Activités physiques à prescrire selon la composante à développer

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire

FORCE-ENDURANCE				
CATÉGORIE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE	FRÉQUENCE	INTENSITÉ	NOMBRE DE SÉRIES ET DE RÉPÉTITIONS	RECOMMANDATIONS
AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	2-4 fois par semaine	60-100 % de la force maximale	1 série ^h de 8-15 RM ⁱ	<ul style="list-style-type: none"> · Débuter à une intensité faible, puis augmenter graduellement à toutes les 2 à 4 semaines. · Faire de 8 à 10 exercices pour solliciter les principaux muscles des membres inférieurs, des bras, des épaules, des hanches, du dos et de la poitrine. · Respirer normalement^j. · Ne pas dépasser 60 minutes de travail par séance.
FRÊLE	2-3 fois par semaine	50-80 % de la force maximale (peut aller jusqu'à 100 % chez certains)	1 série de 8-12 RM ou 12-15 répétitions non maximales	<ul style="list-style-type: none"> · Débuter à une intensité faible, puis augmenter graduellement à toutes les 2 à 4 semaines. · Faire 6 à 8 exercices pour solliciter les muscles des membres supérieurs et inférieurs de même que ceux du tronc. · Respirer normalement^j. · Ne pas dépasser 60 minutes de travail par séance.
NON AUTONOME	2-3 fois par semaine	Débuter à une faible intensité et augmenter de façon progressive	1 série de 8-12 répétitions	<ul style="list-style-type: none"> · Faire des exercices pour solliciter les principaux muscles des membres supérieurs et inférieurs. · Faire les exercices lentement avec une grande amplitude de mouvement. · Respirer normalement^j. · Ne pas dépasser 60 minutes de travail par séance.

APTITUDE AÉROBIE				
CATÉGORIE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE	FRÉQUENCE	INTENSITÉ	DURÉE	RECOMMANDATIONS
AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	5 à 7 fois par semaine	Moyenne	Minimum de 30 min. d'activité continue	<ul style="list-style-type: none"> · Augmenter graduellement la durée des séances plutôt que leur intensité.
FRÊLE	Au moins 3 fois par semaine	Faible à moyenne	Minimum de 20 min. d'activité continue	<ul style="list-style-type: none"> · Faire des exercices qui sollicitent de grosses masses musculaires. · Ces exercices doivent être faits après ceux qui développent la force-endurance et l'équilibre.
NON AUTONOME				<ul style="list-style-type: none"> · Pour cette population, l'accent ne doit pas être mis sur l'amélioration de l'aptitude aérobie, mais plutôt sur la capacité d'effectuer avec succès les activités de base de la vie quotidienne.

h Il est démontré qu'il n'y a pas d'avantages à faire plus d'une série d'un exercice donné.

i RM = répétitions maximales, i.e. un nombre de répétitions d'un exercice tel qu'à la dernière répétition la personne se sent incapable d'en faire une de plus. À noter qu'il n'est pas recommandé de mesurer la force maximale des personnes âgées à l'aide du test de 1 RM.

j Il faut éviter de faire la manœuvre de Valsalva, qui consiste à comprimer ses poumons en bloquant son expiration.

Suite, tableau 9

ÉQUILIBRE-AGILITÉ			
CATÉGORIE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE	FRÉQUENCE	RECOMMANDATIONS	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	2-4 fois par semaine	<i>Si possible, combiner des exercices d'équilibre avec des exercices de force-endurance.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tai chi - Danse sociale - Exercices sur ballon suisse - Exercices avec transfert de poids - Exercices statiques et dynamiques - Activités aquatiques - Programme P.I.E.D.³⁵
FRËLE	2-3 fois par semaine	<p><i>Si possible, combiner des exercices d'équilibre avec des exercices de force-endurance.</i></p> <p><i>Les activités ou exercices doivent suivre une évolution graduelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire progressivement la base de support (p. ex. debout sur une jambe); - mouvements dynamiques qui perturbent le centre de gravité (p. ex. tourner en cercle); - stress postural qui sollicite des groupes musculaires importants dans la posture (p. ex. se tenir sur les talons); - réduction d'autres apports sensoriels (p. ex. vision). 	<ul style="list-style-type: none"> - Activités aquatiques - Exercices en position assise ou debout (avec l'aide d'une chaise)
NON AUTONOME	2-3 fois par semaine	<p><i>L'intervention met surtout l'accent sur l'agilité.</i></p> <p><i>S'assurer que les exercices choisis combent un besoin immédiat, suscitent une amélioration et sont sécuritaires.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Techniques de respiration et de relaxation - Exercices pour la dextérité - Exercices de mobilité pour les chevilles, les pieds et les orteils - Activités aquatiques supervisées - Exercices en position assise qui se rapportent à chacune des activités de base de la vie quotidienne

FLEXIBILITÉ			
CATÉGORIE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE	FRÉQUENCE	RECOMMANDATIONS	
AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	Tous les jours	<ul style="list-style-type: none"> - Commencer l'échauffement et le retour au calme avec une activité de faible intensité (p. ex. marche légère). - Exécuter des exercices d'étirement au début et à la fin de chaque séance. - Faire 6 à 10 exercices pour solliciter les muscles suivants : quadriceps, ischio-jambiers, ceinture scapulaire, bas du dos, ceinture pelvienne. - Faire des étirements statiques jusqu'à un point d'inconfort léger, tenus pendant 10 à 30 sec. - Faire 4 répétitions de chaque exercice d'étirement. 	
FRËLE	Tous les jours	<ul style="list-style-type: none"> - Commencer l'échauffement et le retour au calme avec une activité de faible intensité (p. ex. marche légère). - Exécuter des exercices d'étirement au début et à la fin de chaque séance. - Faire 4 à 6 exercices pour solliciter les muscles suivants : quadriceps, ischio-jambiers, ceinture scapulaire, bas du dos, ceinture pelvienne. - Faire des étirements statiques jusqu'à un point d'inconfort léger, tenus pendant 10 à 30 sec. - Faire 4 répétitions de chaque exercice d'étirement. 	
NON AUTONOME	Tous les jours	<ul style="list-style-type: none"> - Accorder une place prépondérante aux exercices d'étirement. - Mettre l'accent sur des exercices qui maintiennent ou améliorent l'amplitude de mouvement des hanches, des épaules, des genoux, des chevilles et des poignets. 	

Annexe 4 – Des exemples d'éléments permettant de conserver la motivation des PA à pratiquer régulièrement des activités physiques³⁹

<i>Participation à un programme d'activité physique ou de sport</i>
<i>Perception de son niveau de santé ou de ses habiletés motrices</i>
<i>Influence ou soutien du conjoint, de la famille et des amis</i>
<i>Activité physique simple techniquement qui favorise l'adoption d'une routine quotidienne</i>
<i>Participation en groupe ou accompagné et sentiment d'appartenance (groupe, équipe, etc.)</i>
<i>Facilité d'accès aux équipements (coût, déplacement, nombre suffisant)</i>
<i>Temps libre</i>
<i>Conditions climatiques favorables</i>
<i>Amélioration de la qualité de vie sociale et psychologique (rencontre avec d'autres personnes, apparence, humour, musique)</i>
<i>Atteinte des objectifs, évaluation périodique, programme de récompenses</i>
<i>Intégration des séances d'exercice dans l'horaire quotidien</i>
<i>Prévision à l'avance des périodes d'absence (p. ex. vacances, mauvaise température, visite d'amis) et tentative de pallier ces absences par d'autres moyens (cassette vidéo d'exercices, programme maison avec élastique « Terraband », etc.)</i>
<i>Lieux de pratique sécuritaires</i>
<i>Pratique d'activités physiques qui suit une progression dans la durée, l'intensité et le niveau de difficulté</i>

Cotton, Ekeroth et Yancy, 1998; National Institute on Aging, 2001

³⁹ Tableau issu de l'avis du comité scientifique du Kino-Québec (p.41)

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Qualité de vie en résidences autonomie
Argumentaire