



Référentiel « AVEC ma santé »

1. Objet du référentiel

Ce référentiel tend à définir un cadre de bonnes pratiques et de principes à appliquer dans le cadre des actions collectives de prévention de la thématique « AVEC ma santé », afin de favoriser le développement personnel, la gestion du stress et des émotions, le renforcement de l'estime de soi ainsi que l'épanouissement global des personnes âgées.

Ce référentiel a été construit par Promotion Santé Grand Est et Label Vie.

2. Contexte et référence

Le département de la Moselle comptait 246 000 habitants âgés de 60 ans ou plus en 2013 soit près du quart de sa population, et ce nombre pourrait atteindre 324 000 d'ici 2030¹. À plus long terme, ce phénomène pourrait s'accroître. En effet, d'ici 2070, le tiers de la population mosellane aura plus de 65 ans et les personnes âgées de 75 ans et plus auront doublées². Cette évolution démographique est à mettre en relation avec l'indice de vieillissement du département, aujourd'hui supérieur à 100 (101,3), traduisant un nombre de personnes âgées désormais plus élevé que celui des jeunes³.

Pour ce qui concerne les thématiques de cet appel à projet, les données n'existent qu'à l'échelle du Grand Est. On compte ainsi environ 24 % des seniors qui déclarent au moins une limitation, qu'elle soit physique, sensorielle ou cognitive⁴. Plus précisément, 6 % présentent des troubles cognitifs affectant la mémoire, la compréhension ou la prise de décision, tandis que 10 % souffrent de limitations sensorielles, incluant des déficiences visuelles ou auditives persistantes malgré un appareillage.

2.1. Contexte institutionnel

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée en 2004 en réponse à la nécessité d'un pilotage plus efficace et équitable du financement de la perte d'autonomie.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2522214>

² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7629926>

³ https://grand-est.handidonnees.fr/page/population/indicateur_indice-de-vieillessement

⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7726820>

La Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a fait de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile des personnes âgées, l'un des objectifs majeurs de notre système de santé et de l'organisation du secteur médico-social et social. Ainsi la mise en place d'une commission (anciennement conférence) des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – CFPPA –regroupant les principaux financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, est créée dans chaque département afin de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

En 2025, le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) voit le jour.

Placé sous la direction des Départements et en lien étroit avec les Agences régionales de santé, le « SPDA » fédère l'ensemble des acteurs de proximité afin que les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs aidants puissent bénéficier d'une réponse rapide.

Socle de la 5e branche de la Sécurité sociale consacrée à l'Autonomie, ce service public repose sur quatre piliers pour répondre aux besoins des personnes âgées, des personnes handicapées et des aidants :

1. Des conditions d'accueil, d'information et de l'orientation améliorée.
2. Une évaluation et une instruction des droits plus rapide et efficace.
3. Un appui direct aux personnes concernées, avec des solutions concrètes.
4. Un plus grand effort sera également porté au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie, notamment à travers une démarche « d'aller-vers ».

Dans le développement des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, point majeur de l'axe 4 du SPDA, L'approche en promotion de la santé doit jouer un rôle essentiel pour permettre aux personnes âgées de préserver leur qualité de vie et de continuer à vivre à domicile dans les meilleures conditions, en favorisant l'équilibre émotionnel, la confiance en soi et la capacité d'adaptation.

En conséquence, la CNSA a défini des thématiques prioritaires à traiter, lesquelles sont reprises des priorités de l'OMS (Tavassoli et al., 2022)et au sujet desquels les membres des CFPPA sont incités à orienter leur financement. Ces thématiques sont l'Activité physique, la nutrition, la santé cognitive, la santé mentale, la santé auditive et la santé visuelle. Dans la mesure où l'alimentation et la nutrition ainsi que la santé mentale sont déjà des thématiques faisant l'objet d'un appel à projets dans le cadre de la CFPPA de Moselle, la décision a été prise de proposer un référentiel et un appel à projet portant sur 4 thématiques à savoir la santé cognitive, la santé visuelle, la santé auditive et l'activité physique.

2.2. Références méthodologiques et bibliographiques

Cette synthèse de la littérature s'inspire de la méthode des revues de littérature narratives. Les références ont été sélectionnées en fonction de leur cohérence avec le sujet et de leur intérêt pour une approche en promotion de la santé. Les publications institutionnelles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du National Institute on Aging et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont été privilégiées pour les définitions et les cadrages généraux autour des quatre thématiques explorées. Elles ont été complétées par des

publications scientifiques permettant d'éclairer les interactions entre santé cognitive, santé sensorielle (santé visuelle et santé auditive) et activité physique⁵.

Les ressources bibliographiques qui ont permis la construction de ce référentiel :

BANDURA A., 1997, *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York, Worth Publishers, 604 p.

BEAUCHAMP M.R., RUISSEN G.R., DUNLOP W.L., ESTABROOKS P.A., HARDEN S.M., WOLF S.A., LIU Y., SCHMADER T., PUTERMAN E., SHEEL A.W., RHODES R.E., 2018, « Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: Exercise adherence outcomes », *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37, 5, p. 451-461. <https://doi.org/10.1037/hea0000615>

BILLE M., MARTZ D., 2010, *La tyrannie du bien vieillir*, Lormont, le Bord de l'eau (Clair & net).

BLANCHET S., CHIKHI S., MALTAIS D., 2018, « The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 16, 2, p. 197-205. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0734>

BURTON M.J., RAMKE J., MARQUES A.P., BOURNE R.R.A., CONGDON N., JONES I., TONG B.A.M.A., ARUNGA S., BACHANI D., BASCARAN C., BASTAWROUS A., BLANCHET K., BRAITHWAITE T., BUCHAN J.C., CAIRNS J., CAMA A., CHAGUNDA M., CHULUUNKHUU C., COOPER A., CROFTS-LAWRENCE J., DEAN W.H., DENNISTON A.K., EHRLICH J.R., EMERSON P.M., EVANS J.R., FRICK K.D., FRIEDMAN D.S., FURTADO J.M., GICHANGI M.M., GICHUHI S., GILBERT S.S., GURUNG R., HABTAMU E., HOLLAND P., JONAS J.B., KEANE P.A., KEAY L., KHANNA R.C., KHAW P.T., KUPER H., KYARI F., LANSINGH V.C., MACTAGGART I., MAFWIRI M.M., MATHENGE W., MCCORMICK I., MORJARIA P., MOWATT L., MUIRHEAD D., MURTHY G.V.S., MWANGI N., PATEL D.B., PETO T., QURESHI B.M., SALOMÃO S.R., SARAH V., SHILIO B.R., SOLOMON A.W., SWENOR B.K., TAYLOR H.R., WANG N., WEBSON A., WEST S.K., WONG T.Y., WORMALD R., YASMIN S., YUSUFU M., SILVA J.C., RESNIKOFF S., RAVILLA T., GILBERT C.E., FOSTER A., FAAL H.B., 2021, « The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020 », *The Lancet Global Health*, 9, 4, p. e489e551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)

CNSA, 2026, *Santé sensorielle : quels programmes mener pour préserver la santé auditive et visuelle ? État des lieux des connaissances scientifiques*, rapport, Paris, CNSA.

INSPQ, 2017, « La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé ».

LIN F.R., METTER E.J., O'BRIEN R.J., RESNICK S.M., ZONDERMAN A.B., FERRUCCI L., 2011, « Hearing loss and incident dementia », *Archives of Neurology*, 68, 2, p. 214-220. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.362>

LIVINGSTON G., HUNTLEY J., LIU K.Y., COSTAFREDA S.G., SELBÆK G., ALLADI S., AMES D., BANERJEE S., BURNS A., BRAYNE C., FOX N.C., FERRI C.P., GITLIN L.N., HOWARD R., KALES H.C., KIVIMÄKI M., LARSON E.B., NAKASUJIA N., ROCKWOOD K., SAMUS Q., SHIRAI K., SINGH-MANOUEX A., SCHNEIDER L.S., WALSH S., YAO Y., SOMMERLAD A., MUKADAM N., 2024, « Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission », *The Lancet*, 404, 10452, p. 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficiences_resi_aut_230117.pdf

TAVASSOLI N., SOUTO BARRETO P. DE, BERBON C., MATHIEU C., KERIMEL J. DE, LAFONT C., TAKEDA C., CARRIE I., PIAU A., JOUFFREY T., ANDRIEU S., NOURHASHEMI F., BEARD J.R., SOTO MARTIN M.E., VELLAS B., 2022, « Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study », *The Lancet. Healthy Longevity*, 3, 6, p. e394-e404. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00097-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00097-6)

Organisation Mondiale de la Santé, 2021, *World Report on Hearing*, 1st ed, Geneva, World Health Organization, 1 p.

Organisation Mondiale de la Santé, 2024, « Cognitive Health and Older Adults », *National Institute on Aging*.

3. Définition et cadre théorique

Le vieillissement de la population s'accompagne depuis plusieurs années d'une valorisation du « bien vieillir », largement diffusée par les politiques publiques et les médias. Cependant, ce modèle est critiqué par certains chercheurs qui le considèrent comme une norme sociale exigeante, voire contraignante, imposant aux individus de rester autonomes, performants et en bonne santé malgré l'âge. Cette vision peut faire peser une responsabilité excessive sur les personnes âgées, en négligeant l'impact des inégalités sociales et des conditions de vie (Billé et Marz, 2010)

En réponse, une approche de promotion de la santé propose de considérer le vieillissement de manière plus globale et inclusive. Elle insiste sur la nécessité de créer des conditions favorables permettant à chacun de vieillir dignement, selon ses ressources (sociales, culturelles, personnelles, économiques, matérielles, symboliques, etc.) et ses valeurs.

Les recherches récentes montrent également que différentes dimensions de la santé (cognitive, auditive, visuelle et physique) sont étroitement liées et contribuent ensemble à la qualité de vie et à la participation sociale. Enfin, selon l'OMS, bien vieillir consiste avant tout à pouvoir continuer à mener des activités ayant du sens, en fonction de ses capacités et de son environnement.

La santé cognitive : une capacité cardinale

La santé cognitive peut être définie comme le renforcement et la préservation des fonctions mentales qui permettent de penser, d'apprendre, de se souvenir, de communiquer, maintenir des liens sociaux et d'accomplir les activités « normales » de la vie quotidienne. En 2023, le National Institute on Aging définissait la santé cognitive comme la capacité à penser, apprendre et se souvenir clairement (National Institute on Aging, 2024). L'INSPQ en propose une lecture plus large : la santé cognitive contribue au maintien des liens sociaux, du sentiment d'utilité, de l'autonomie et de la capacité d'adaptation face aux événements de santé ou aux « limitations fonctionnelles » (INSPQ, 2017).

La Santé cognitive ne doit pas être réduite à des capacités individuelles ni à un éventuel « entraînement du cerveau ». Elle est influencée par le sommeil, la santé mentale, les maladies chroniques, les interactions sociales, l'activité physique, les traumatismes, mais aussi par la santé sensorielle, en particulier auditive et visuelle (INSPQ, 2017 ; National Institute on Aging, 2023).

Du point de vue des opérateurs d'actions individuelles ou collectives, cela signifie que soutenir la santé cognitive ne revient pas seulement à proposer des exercices de mémoire. Les leviers les plus cohérents avec la littérature sont plus larges : proposer des environnements intellectuellement stimulants, favoriser les échanges, les activités culturelles et créatives, accompagner l'usage du numérique, préserver le sommeil, réduire le stress, maintenir les liens sociaux, agir sur la santé sensorielle et encourager l'activité physique (INSPQ, 2017 ; National Institute on Aging, 2023 ; Livingston et al., 2024).

Il peut être pertinent de proposer des programmes d'entraînement cognitif (mémoire, attention, fonctions exécutives), des aides environnementales (agenda, rappels visuels, structuration des tâches) ou encore un accompagnement permettant la réduction de la charge cognitive des personnes âgées, c'est-à-dire la diminution de l'effort mental nécessaire à la réalisation d'une tâche quotidienne tout en maintenant leur autonomie. Par exemple, lors de la préparation d'un repas comportant plusieurs étapes, l'utilisation d'une liste de courses détaillée, d'un plan de préparation séquencé et de minuteurs pour les temps de cuisson permet de limiter les sollicitations de la mémoire de travail et de l'attention, réduisant ainsi la charge cognitive associée à cette activité. Ces aménagements aident la personne à accomplir la tâche de manière plus efficace et avec moins de fatigue cognitive. D'autre part, les interventions doivent aussi chercher à renforcer la réserve cognitive en stimulant durablement les individus à travers des activités intellectuelles, sociales et physiques et ainsi soutenir les capacités d'adaptation spontanée du cerveau. Les activités ne doivent pas être ponctuelles ou exceptionnelles au sens où les participants n'auraient pas les moyens matériels de la répliquer dans leur environnement de vie quotidienne. Il est également important d'encourager la flexibilité stratégique (par exemple privilégier des stratégies verbales plutôt qu'écrites, des aides externes ou des routines qui favorisent l'exercice des capacités cognitives) et de valoriser les compétences préservées. Cela signifie qu'il faut s'appuyer sur les ressources encore disponibles chez la personne (donc avoir réalisé un diagnostic en amont) et de l'aider à identifier et mobiliser concrètement différentes stratégies dans chaque situation rencontrée. Par exemple, une personne présentant des difficultés de mémoire épisodique pourra être encouragée à reformuler oralement une information importante ou à l'associer à un événement marquant plutôt que de tenter de la mémoriser de manière répétitive. De même, l'utilisation d'un agenda, d'un calendrier affiché dans le logement ou d'alarmes sur téléphone peut servir d'aide externe pour gérer les rendez-vous et les activités quotidiennes. Les routines peuvent également constituer un support efficace : prendre ses médicaments à heure fixe après le petit-déjeuner ou déposer systématiquement ses clés dans un endroit dédié permet de réduire les oublis tout en maintenant l'autonomie. Enfin, les interventions gagneront à valoriser les compétences préservées, par exemple en s'appuyant sur les connaissances acquises au cours de la vie, les capacités de communication ou les savoir-faire pratiques de la personne, afin de renforcer son sentiment d'efficacité et son engagement dans les activités proposées.

La littérature insiste sur l'importance d'une approche individualisée dans la mesure où les mécanismes compensatoires (en cas de déclin ou déficit) varient selon les expériences de vie et les ressources propres de chaque personne, ce qui implique d'adapter les interventions aux besoins, aux habitudes et au niveau de fonctionnement cognitif de chacun.

La santé sensorielle :

Dans le présent référentiel, il sera fait référence à la santé sensorielle pour parler ensemble de santé auditive et santé visuelle. Il ne tient pas compte des autres formes de sens habituellement présents également dans la santé sensorielle (odorat, toucher, goût)

La santé auditive : un levier majeur pour la communication, la cognition et la participation sociale

La santé auditive correspond à la capacité d'entendre, comprendre et interpréter les sons au quotidien (Organisation mondiale de la santé, 2024) ... Elle est aujourd'hui abordée de manière globale, incluant, la prévention, le dépistage précoce, les soins, la réhabilitation et l'accès équitable aux aides techniques (Organisation mondiale de la santé, 2021).

Une perte auditive non traitée ne touche pas seulement l'audition : elle affecte aussi la communication, les interactions sociales, le sentiment d'isolement, la solitude, la stigmatisation et les capacités cognitives (Organisation mondiale de la santé, 2024)... À l'inverse, les aides auditives peuvent contribuer à ralentir ce déclin (National Institute on Aging, 2023).

Ainsi, en promotion de la santé, la santé auditive peut être considérée comme une condition de la participation sociale des personnes âgées. Cela implique non seulement le repérage précoce et l'accès aux aides auditives, mais aussi un travail sur les environnements sonores, l'accessibilité de la parole, les conditions d'accueil dans les activités collectives et la lutte contre la banalisation de la perte auditive ou contre la honte liée à l'appareillage (Organisation mondiale de la santé, 2024).

La santé visuelle : un enjeu d'autonomie et d'accès à l'environnement

La santé visuelle ne se limite pas à l'absence de maladie des yeux : elle concerne aussi la qualité de la vision et la capacité à rester autonome au quotidien (se déplacer, lire, s'orienter, participer à la vie sociale).

L'OMS souligne qu'une grande partie des troubles visuels pourrait être évitée ou corrigée grâce à un meilleur accès à la prévention, au dépistage, aux lunettes et aux soins.

Les problèmes de vue peuvent avoir de nombreuses conséquences : isolement social, baisse de l'activité physique, difficultés d'accès à l'information, risque accru de chutes, troubles de l'humeur ou symptômes dépressifs (Burton et al., 2021). Ils pourraient également être liés à un risque plus élevé de déclin cognitif.

Pour agir efficacement, il est important non seulement de soigner la vision, mais aussi d'adapter l'environnement : bon éclairage, contrastes visibles, supports lisibles, repères spatiaux clairs et déplacements sécurisés.

L'activité physique : une thématique transversale

L'activité physique regroupe tous les mouvements du corps qui demandent de l'énergie : sport, déplacements, tâches ménagères, loisirs ou activités du quotidien.

Ses bénéfices pour la santé sont largement démontrés. Pratiquée régulièrement, elle aide à prévenir ou mieux gérer les maladies cardiovasculaires, les AVC, le diabète, certains cancers, l'hypertension et la prise de poids. Elle améliore aussi la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie. Chez les personnes âgées, elle favorise l'équilibre, la mobilité, la force musculaire, l'autonomie et réduit le risque de chute.

Elle soutient également les fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives) et peut ralentir le déclin cognitif lié à l'âge (Livingston et al., 2024). Les effets sont plus importants lorsque la pratique est régulière et durable (Blanchet, Chikhi et Maltais, 2018).

Les programmes les plus efficaces sont souvent ceux qui associent exercices aérobiques, renforcement musculaire et une dimension cognitive ou sociale affirmée dans le programme. Cela peut prendre l'exemple d'activités de danse ou de théâtre où le geste, répété, appris et travaillé contribue à la santé cognitive. Ces programmes ne peuvent remplacer les interventions portant sur l'accès à l'activité physique sur le long terme, au renforcement de la qualité de l'espace bâti pour améliorer sa marchabilité et sa sécurisation, à la sécurisation et transformation sur le long terme des logements.

Enfin, pour être bénéfique, l'activité physique doit être accessible, adaptée aux capacités de chacun, progressive, motivante et agréable, avec un environnement rassurant et un soutien social (Bandura, 1997 ; Beauchamp et al., 2018).

Des dimensions interdépendantes

La santé cognitive, auditive, visuelle et l'activité physique sont étroitement liées. Les approches les plus efficaces sont celles qui combinent les dimensions cognitive, sensorielle, physique et sociale.

Les troubles sensoriels, notamment de la vue et de l'audition, sont fréquents avec l'avancée en âge et augmentent le risque de déclin cognitif. La baisse de la vision peut limiter les interactions sociales et accroître les risques de chute. La perte auditive, très répandue dès 55 ans, est fortement associée aux troubles neurocognitifs, notamment en raison de l'isolement social qu'elle peut entraîner, de l'effort cognitif nécessaire pour compenser les difficultés d'écoute et, possiblement, d'une accélération du vieillissement cérébral.

Parmi les facteurs les plus protecteurs pour la santé cognitive figurent l'éducation, la stimulation intellectuelle tout au long de la vie et la pratique régulière d'une activité physique. Les entraînements cognitifs peuvent également apporter des bénéfices modérés sur la mémoire, la vitesse de traitement de l'information ou le raisonnement, en particulier à court terme.

D'autres facteurs, tels que l'alimentation, les relations sociales et la qualité du sommeil, semblent également favorables au maintien des fonctions cognitives, même si les preuves scientifiques demeurent encore limitées.

Globalement, la préservation de la santé cognitive repose sur plusieurs leviers mobilisables tout au long de la vie, avec comme priorités l'activité physique, la stimulation intellectuelle ainsi que la prise en compte de la santé visuelle et auditive. Pour agir efficacement sur la santé visuelle, il est important non seulement de corriger les troubles de la vision, mais aussi d'adapter

l'environnement : éclairage adapté, contrastes suffisants, supports lisibles, repères spatiaux clairs et déplacements sécurisés. De la même manière, la préservation de la santé auditive implique le repérage précoce des difficultés, l'accès aux aides auditives lorsque cela est nécessaire, mais également une attention portée aux environnements sonores, à l'accessibilité de la parole, aux conditions d'accueil dans les activités collectives et à la lutte contre la banalisation de la perte auditive ou la stigmatisation liée à l'appareillage (Organisation mondiale de la santé, 2024).

4. Objectifs et contenu du référentiel

4.1. Objectifs des actions

Les actions attendues par la CFPPA s'inscrivent dans les objectifs ci-dessous. L'évaluation qui sera menée et à laquelle les porteurs contribuent portera précisément sur ces différents objectifs.

Objectif général

- ✓ Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes de Moselle

Objectifs stratégiques

- ✓ Renforcer une offre équitable d'actions et d'information favorables à la santé cognitive, à la santé sensorielle et/ou à l'activité physique à destination des personnes vieillissantes sur le territoire de Moselle
- ✓ Renforcer les ressources individuelles et collectives des personnes vieillissantes du territoire de Moselle en matière de santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique

Objectifs spécifiques

- ✓ Renforcer les compétences, les capacités individuelles et les connaissances des personnes concernées en matière de santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique et des facteurs protecteurs dans leur environnement
- ✓ Renforcer la participation et le lien social des personnes vieillissantes du territoire de Moselle.
- ✓ Renforcer l'inclusion dans les actions collectives de publics en situation de fragilité de Moselle
- ✓ Renforcer l'accessibilité sensorielle (visuelle, sonore, etc.) des activités à destination des personnes vieillissantes du territoire de Moselle
- ✓ Modifier les représentations sociales des personnes vieillissantes de Moselle au sujet de la santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique

Objectifs opérationnels

- ✓ Mettre en œuvre des actions portant sur la santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique à destination des personnes âgées du territoire
- ✓ Organiser la communication des actions auprès des personnes âgées sur le territoire
- ✓ Formaliser des partenariats locaux pour la mise en œuvre des actions
- ✓ Construire des outils ou des supports adaptés au public en situation de fragilité
- ✓ Mettre en place des dispositions autour de la santé sensorielle dans les ateliers organisés
- ✓ Construire ses outils de suivi et d'évaluation des actions

4.2. Public cible

Toutes les personnes retraitées autonomes, vivant à domicile et les publics relevant des territoires identifiés fragilisés par l'observatoire.

4.3. Approche pédagogique

Les actions proposées doivent s'appuyer sur des critères de qualité, c'est-à-dire sur des fondements solides et validés scientifiquement qui contribuent à la réussite des actions et à l'atteinte des objectifs. Ces critères de qualité permettent de placer les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, de gérer des motivations contradictoires, et de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse pour faire des choix bénéfiques pour elles-mêmes ou pour la collectivité.

1. Réaliser un diagnostic préliminaire

Effectuer un diagnostic en amont du projet ou lors de la première séance d'action afin de :

- Clarifier les pistes d'actions et d'orientation,
- Identifier les éléments de contexte qui justifie l'utilité du projet,
- D'encourager la mobilisation des professionnels et des personnes concernées dans le projet.
- Identifier les besoins, les souhaits et les demandes des personnes visées par vos actions

2. Privilégier la participation volontaire

Encourager la participation aux séances éducatives sur la base du volontariat pour développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des individus. Eviter les stratégies qui contraindraient les participants.

3. Impliquer les publics dès la phase de conception

Idéalement, intégrer les publics dès la conception jusqu'à l'évaluation des actions en matière de santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique des personnes âgées, tout en tenant compte de leurs réalités. Cela permet de rendre les actions plus pertinentes et accessibles.

Favoriser une démarche participative et positive basée sur l'échange où les participants peuvent exprimer leurs difficultés, partager leurs perceptions et opinions, et élaborer des réponses adaptées à partir de leurs points de vue et connaissances.

4. Recueillir les demandes et les représentations des participants

Collecter les attentes des participants en début de chaque séance permet d'adapter le contenu éducatif à leurs questions et besoins spécifiques mais aussi à identifier les positionnements de chacun des participants vis-à-vis de la thématique

5. Adopter une approche progressive

Structurer les séances de manière progressive, en abordant d'abord les questions de santé générale, avant de se concentrer sur les thématiques associées à l'appel à projet. Cela permet

de réfléchir la continuité entre les différentes séances d'actions et ainsi d'évaluer au mieux l'atteinte des objectifs pédagogiques.

Si possible, faire preuve de flexibilité et d'agilité dans l'organisation des ateliers : ajuster les horaires et les rythmes aux participants en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

6. Adopter une approche non-normative et non-culpabilisante

Fournir les moyens et les informations nécessaires pour effectuer des choix éclairés, en évaluant ce qui relève des choix de l'usager, de ses non-choix et de ses capacités à être autonome dans ses choix.

7. Privilégier une approche centrée sur les déterminants et les facteurs de santé ainsi que les facteurs de protection, plutôt que sur la peur et le risque. Encourager une prise de conscience qui tienne compte des contraintes des participants.

Tenir compte, dans la construction des ateliers et les activités proposées, des biais cognitifs qui touchent en particulier les personnes âgées à l'image de l'effet de "menace du stéréotype" conduisant à une baisse de performance par crainte de confirmer un stéréotype négatif (cela peut être le cas lors de tests sur Alzheimer par ex). Autrement dit, éviter dans la formulation des ateliers d'utiliser des termes qui pourraient activer ce biais cognitif par exemple : Tester vos capacités de mémoires, comparer avec les jeunes, parler du déclin cognitif, etc.

8. Développer les quatre dimensions clés de l'éducation pour la santé

Viser le développement de quatre dimensions de l'éducation pour la santé.

- Le savoir : par exemple comprendre les leviers favorables au bien être psychologique des personnes âgées ; citer les différences entre dépression et déprime passagère ; identifier dans leur environnement des facteurs de risques en santé mentale
- Le savoir-faire : réaliser modifications de l'environnement pour le rendre davantage favorable à la santé mentale ; réaliser des recherches qui concernent le bien-être psychologique ; mettre en place, dans leur vie quotidienne les contenus favorables au bien-être psychologique apportés par les opérateurs
- Le savoir-être : exprimer ses représentations et ses craintes vis-à-vis des questions de santé mentale ;
- Le pouvoir faire : disposer des ressources nécessaires pour réaliser les modifications comportementales favorable à un bien-être psychologique ; être en capacité de demander de l'aide à des experts de la santé mentale ; pouvoir identifier les modifications à réaliser dans son quotidien

A la fin de chaque séance proposée, il faut que l'animateur puisse définir clairement quels sont les savoirs, les savoir-faire, savoir être et le pouvoir faire des participants.

9. Rendre l'information accessible

Travailler à rendre l'information claire et compréhensible pour les publics cibles, afin qu'ils puissent construire leur propre jugement et prendre des décisions éclairées. Il s'agit donc de penser en termes de littératie en santé, et d'amélioration du niveau de littératie des personnes concernées par les actions. La littératie en santé est la capacité à accéder à l'information en santé, à comprendre l'information (si elle est compréhensible), à l'évaluer puis à appliquer l'information (si on est capable de l'appliquer) dans le domaine de la santé globale.

Favoriser le développement d'environnement pro-littératie, c'est-à-dire dans le développement de lieux organisés spatialement, physiquement et socialement de sorte à favoriser l'exercice de la littératie en santé des personnes qui le fréquentent.

10. Tenir un discours positif

Ces actions sont des moments d'échange et de partage autour de professionnels qualifiés qui dispenseront des informations adaptées tout en créant un climat de confiance. Il s'agit donc pour les professionnels d'avoir une posture rassurante en tenant un discours clair, serein en matière de santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique

11. Opter pour un déroulé comprenant 4 axes :

- réflexion, informations et apports théoriques ;
- temps d'échanges dans le groupe et avec l'intervenant ;
- mise en relation des expériences de vie des participants ;
- apport d'exemples : solutions, astuces, bonnes pratiques.

12. Utiliser des outils favorisant l'interactivité : de nombreux supports réalisés par les caisses de retraite peuvent être utilisés lors des actions de prévention mais ne peuvent se substituer seuls au contact humain et professionnel. Si les outils sont utilisés y compris numérique, ils doivent l'être en accompagnement. (CNSA, 2026)

4.4. Forme et contenu

Les actions pourront être réalisées sous le formats suivant : parcours de plusieurs séances collectives suivant les modalités définies au point 44.1. Seul le format présentiel est possible.

Exemple d'actions :

4.4.1. Les actions

Ces actions sont conçues pour aborder progressivement des sujets essentiels pour les retraités autonomes tels que l'APA, la santé cognitive, la santé auditive, la santé sensorielle.

Chaque séance devra tenir compte des critères de qualités énoncés au point 4.3

Minimum attendu :

- Pour les séances de santé cognitive et santé sensorielle, le programme comprend au minimum 8 séances d'une durée minimale de 2 heures avec à minima 4 séances par thématique traitée
- Pour les séances portant sur l'activité physique adaptées, le programme comprend au minimum 8 séances d'une durée minimale de 1 heures systématiquement couplé à 4 séances minimum sur la santé cognitive ou la santé sensorielle.
- Les conférences potentiellement réalisées ne peuvent pas être considérées comme une séance à part entière mais comme un bonus. Ces dernières devront s'inscrire dans le cadre d'un parcours d'activité cohérent mais seront ouvertes à tous seniors (et non exclusives aux seniors participants au parcours)

Ces séances peuvent être réparties selon différentes combinaisons, par exemple :

- activité physique adaptée (8 séances d'1 heure), et santé cognitive (4 séances de 2h) plus une conférence-débat sur la santé cognitive ou sensorielle
- activité physique adaptée (8 séances d'une heure), et santé visuelle (4 séances de 2h), plus santé cognitive (4 séances de 2h)
- 9 séances de 2h sur la santé cognitive

Attention ces exemples ne valent pas pour critères de sélection de votre projet, ils sont donnés à titre indicatif.

> Le groupe sera constitué à minima de 8 personnes et de 15 personnes au maximum afin de faciliter les échanges des participants.

Contenu de l'atelier

Le contenu des 8 séances pour les séances portant sur la santé cognitive et santé sensorielle est laissé à l'appréciation des porteurs des projets et de leurs partenaires et dépendra des attentes des participants et des besoins identifiés lors du diagnostic réalisé en 1^{ère} séance.

Les porteurs de projets sont invités à présenter un fil conducteur de séances s'appuyant sur la littérature scientifique et institutionnelle (guide des bonnes pratiques CNSA, revue scientifique...)

Pour les 8 séances d'APA ; se reporter au référentiel suivant : [Pour bien vieillir - Référentiel activité physique adaptée](#)

Le tableau ci-dessous vous est proposé à titre d'information et de fil conducteur pour l'animation de vos séances et vous aider à construire l'animation de vos séances

Les objectifs de la 1^{ère} et de la dernière séance ne sont pas modifiables en revanche, les outils et techniques d'animation utilisés sont laissées à l'appréciation des porteurs de projets.

Les contenus définitifs des séances suivantes dépendront des attentes exprimées par les participants lors de la 1^{ère} séance

Séances suivantes : voir tableau en page suivante

Séance	Thématique abordée	Objectif éducatif	Déroulement de l'activité	Outil d'animation ou technique utilisée	Intervenant	Outil d'évaluation
1	Représentations et perceptions du groupe à propos des thématiques (santé cognitive, santé sensorielle, activité physique adaptée)	Les objectifs éducatifs peuvent porter sur les savoirs, savoir être ou savoir faire	Passation du questionnaire à T0		Si vous faites appel à un intervenant extérieur, le présenter durant cette séance	Questionnaire T0
		L'objectif éducatif doit pouvoir répondre à l'affirmation suivante : à l'issue de la séance les seniors seront en capacité d'exprimer leur représentation à propos des thématiques développées, identifier les ressources personnelles et environnementales favorable à leur santé cognitive, santé sensorielle et à l'activité physique adaptée, de mettre en application dans leur quotidien les techniques vues lors de la séance	Présentation des intervenants et du cadre des séances.	Ex : Powerpoint		La mise en commun des représentations et restitution du groupe de parole
			Animation d'un temps pour recueillir les attentes	Outil d'animation : type photo langage		
			Mise en commun des attentes	Ex : écrire sur un post-it géant le résultat de la mise en commun		
			Echange collectif sur les ressources de l'environnement des personnes âgées	Groupe de parole		
2	Poser la thématique de la séance (santé cognitive, santé sensorielle, activité physique adaptée)	Objectif éducatif : ex Les participants à l'atelier sont capables d'identifier et d'exprimer leurs attentes vis-à-vis des thématiques définies en amont				
3	Poser la thématique de la séance (santé cognitive, santé sensorielle, activité physique adaptée)	Exemple fictif dans le cas de séance d'APA : Les participants à l'atelier sont capables de mettre en œuvre les techniques de mouvements physiques apprises lors de la séance A adapter en fonction de la thématique retenue				
4	Poser la thématique de la séance	A adapter en fonction de la thématique retenue				
5	Poser la thématique de la séance	A adapter en fonction de la thématique retenue				
6	Poser la thématique de la séance	A adapter en fonction de la thématique retenue				
7	Poser la thématique de la séance	A adapter en fonction de la thématique retenue				
8	Evaluation de l'action réalisée	Objectif éducatif : ex Les participants à l'atelier sont capables d'exprimer leur représentation à l'issue des 8 séances de la santé cognitive ou sensorielle. Ils sont capables d'identifier et de mobiliser, dans leur environnement, de façon pérenne, les facteurs protecteurs en santé globale.	Passation du questionnaire T1	Ex : focus group Débat mouvant ...		Questionnaire T1 La mise en commun des représentations à l'issue de l'ensemble des séances et la restitution du groupe de parole

4.4.2. Les conférences

Ces conférences, animées par des experts en santé permettent de sensibiliser les retraités autonomes aux enjeux de la santé cognitive et /ou santé sensorielle. Elles offrent un cadre informatif, où les seniors peuvent se tenir informés des meilleures pratiques, des technologies émergentes ou des politiques publiques qui impactent leur environnement de vie.

4.5. Formation des animateurs

Il convient de s'assurer de la qualification ou de l'aptitude de l'animateur pour intervenir sur la santé cognitive, la santé sensorielle et l'activité physique adaptée auprès d'un public âgé. Les porteurs d'action et les animateurs d'atelier devront impérativement présenter **un diplôme d'état ou un équivalent**.

Il est préférable que les intervenants appartiennent à ces corps de métier :

- Médecin gériatre
- Professionnel de santé (psychologue, psychiatre, infirmière DE)
- Professionnel para médicaux (médiateur en santé, psychomotricien, orthoptiste...)
- Professionnel APA
- Animateur social (BP jeps/ d jesp ou équivalent)

4.6. Evaluation

Une évaluation rigoureuse est mise en place pour l'ensemble des projets financés dans le cadre de l'AAP de la CFPPA. Cette évaluation s'appuie sur différents outils et vise à centraliser et rendre visible des indicateurs de processus et de résultats.

4.6.1.Recommandation au niveau de la méthode

- Pour les actions :
Évaluation quantitative via un questionnaire en trois temps, au début de l'atelier, à la dernière séance de l'atelier et 3 à 6 mois après la dernière séance de l'atelier. (voir en annexe 1)
- Pour les conférences :
Evaluation quantitative via un questionnaire à la fin de la conférence.

5. Attendus des projets et point de vigilance

5.1. Critère de sélection/ Recevabilité des dossiers

L'Appel à projets à vocation à financer des projets s'inscrivant dans des dynamiques partenariales qui, à l'échelle du territoire, traduisent la volonté de structurer progressivement une véritable politique publique en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Les projets présentés doivent :

- Faire la preuve – tant sur le plan des objectifs et des actions conduites que du point de vue du montage financier – qu'ils s'inscrivent dans une dynamique partenariale et structurante à l'échelle du territoire permettant de mobiliser le public cible (Maison France Services, CLS, CPTS, CCAS,)

La dimension partenariale et l'implication des différentes parties prenantes à l'échelle du territoire (décideurs, financeurs, acteurs de terrain, publics cibles) devra nécessairement être décrite dans le projet déposé.

- Porter une attention particulière pour l'atteinte des publics cibles et notamment des publics les plus fragiles

