

POUR L'AUTONOMIE
LE DÉPARTEMENT AGIT !



AMI

Appel à manifestation d'intérêt

COMMISSION DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CFPPA) DE SAÔNE-ET-LOIRE

Démarche de contractualisation territoriale pour le lancement
d'un programme d'actions de prévention de la perte d'autonomie
des personnes âgées sur le Mâconnais Sud Bourgogne.

Du 2 novembre au 4 décembre 2026

RÈGLEMENT ET DOSSIER DE CANDIDATURE



LES SOLIDARITÉS
au cœur des missions du Département



service public
de l'autonomie

DEMARCHE D'ELABORATION D'UNE CONVENTION CADRE DE PROGRAMMATION TERRITORIALE D'ACTIONS DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE A DESTINATION DES PERSONNES ÂGEES	1
1. CONTEXTE ET DEFINITION	4
1.1 Cadre de la démarche	4
1.2 Une contractualisation territoriale.....	4
1.2.1 Une contractualisation socle pluriannuelle	4
1.2.2 Les thématiques « socle »	5
1.2.3 La démarche de conventionnementcadre	5
1.2.4 L'appel à manifestation d'intérêt	5
2. OBJECTIFS.....	6
2.1 Objectifs.....	6
2.1.1 Objectifs généraux	6
2.1.2 Objectifs opérationnels.....	6
2.1.3 Objectifs de la phase d'AMI	6
2.2 Animation de la démarche territoriale	7
2.3 Modalités d'évaluation de la démarche.....	7
3 TRAVAUX ET ORGANISATIONS POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'ETAPE INITIALE DE L'AMI	7
4 MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION.....	7
4.1 Modalités de candidature et critères de sélection	7
4.1.1 Profil des candidats.....	7
4.1.2 Implantation locale, maillage territorial.....	8
4.1.3 Perspectives d'action, d'activité	8
4.1.4 Critères de sélection	8
4.2 Règles d'intervention de la Commission inscrites dans le programme coordonné	8
4.2.1 Cofinancement des actions.....	8
4.2.2 Pluriannualité des actions	9
4.2.3 Non financement du fonctionnement et/ou des activités courantes d'une structure	9
4.2.4 Ouverture des actions de prévention aux personnes handicapées âgées de 60 ans et plus ...	9
4.2.5 Ateliers Bons Jours et complémentarité.....	9
4.3 Engagements des candidats.....	9
4.4 Composition du dossier	10
4.5 Procédure et calendrier prévisionnel.....	11
Annexe n°1 : DOSSIER DE CANDIDATURE – AMI 2026	12

<i>Annexe n°2 : Equipe projet CFPPA - contacts</i>	<i>14</i>
<i>Annexe n°3 : Carte des SCoT – périmètre d'éligibilité.....</i>	<i>15</i>
<i>Annexe n°4 : Thématiques « socle » constitutives du programme.....</i>	<i>16</i>
<i>Lien social / lutte contre l'isolement :</i>	<i>16</i>
Introduction	19
<i>Activité physique</i>	<i>22</i>
<i>Alimentation</i>	<i>25</i>
Santé auditive et visuelle	28
<i>Santé cognitive</i>	<i>30</i>
<i>Santé mentale</i>	<i>33</i>

1. CONTEXTE ET DEFINITION

1.1 Cadre de la démarche

Cet appel à manifestation d'intérêt (AMI) s'inscrit dans le cadre de l'adaptation des modalités d'intervention et notamment la continuité du déploiement des démarches de contractualisation territoriale initiée en Saône-et-Loire depuis 2022.

Cette démarche est un axe du Programme coordonné de financement 2022-2024 approuvé le 8 décembre 2021, prolongé par décision de la CFPPA en date du 22 mars 2024.

1.2 Une contractualisation territoriale

1.2.1 Une contractualisation socle pluriannuelle

A partir de différents constats détaillés dans le Programme coordonné de financement 2022-2025, la Commission a œuvré au déploiement d'une réponse adaptée à une contractualisation pluriannuelle entre les opérateurs de la prévention de la perte d'autonomie. Suite à ces constats, de premières thématiques « socle » avaient été identifiées.

La convention d'objectifs et de gestion 2022-2026 entre la CNSA et l'Etat prévoit, dans son engagement n°10, de conditionner les financements du concours « autres actions de prévention » (AAP) à l'atteinte d'objectifs prioritaires en matière de prévention. A cette fin, six thématiques prioritaires, issues des travaux de l'OMS (ICOPE, 2019) ont été identifiées :

- Activité physique
- Alimentation
- Santé cognitive
- Santé mentale
- Santé auditive
- Santé visuelle.

Prenant acte de ces priorisations qui vont dans le sens de la stratégie mise en place en Saône-et-Loire depuis 2021, **le périmètre thématique « socle » des démarches territoriales évolue.**

En parallèle, les derniers « baromètres » de l'association Petits frères des pauvres sur l'isolement social, référence en la matière, préconisent également une certaine rigueur dans le déploiement, la construction et l'assise des politiques publiques de Lutte contre l'isolement, afin « d'intégrer la lutte contre l'isolement social comme priorité des actions de prévention et de cibler les plus modestes » (Baromètre Solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France en 2021, Petits Frères des Pauvres, CSA Research, CNAV, 2021).

Cette préconisation est en pleine cohérence avec la doctrine de la CNSA de l'orientation des concours CFPPA vers des actions « luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé en portant une attention particulière aux personnes en situation de fragilité ».

C'est la raison pour laquelle cette thématique constitue un axe central des programmes d'actions de prévention, correspondant notamment à la création du 6^{ème} axe des CFPPA portant sur la « Lutte contre l'isolement » depuis septembre 2025 et **est donc incluse dans le périmètre « socle ».**

1.2.2 Les thématiques « socle »

Les 7 thématiques « socle » constitutives du programme sont :

- Activité physique
- Alimentation
- Santé cognitive
- Santé mentale
- Santé auditive
- Santé visuelle
- Lien social / lutte contre l'isolement

Elles sont détaillées en annexe n°4.

1.2.3 La démarche de conventionnementcadre

La mise en œuvre de ces modalités a été initiée à titre expérimental sur le territoire du Grand Autunois Morvan avec un programme d'actions 2023-2025, puis poursuivie sur les territoires du Pays Charolais-Brionnais pour la période 2024-2026, du Chalonnais pour 2025-2027 et enfin de la Bresse bourguignonne pour 2026-2028.

La Commission poursuit l'extension de la démarche sur le périmètre territorial du Mâconnais Sud Bourgogne pour la période 2027-2029.

Via la contractualisation entre tous les opérateurs impliqués, le périmètre des actions et des opérateurs sera arrêté pour la durée du programme, sur le territoire ciblé autour des thématiques identifiées. En ce sens, il remplace la modalité d'intervention de l'appel à projets sur le périmètre défini.

A la suite de cet AML, le programme devra donc être opérationnel en s'appuyant notamment sur les financements coordonnés des différents financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les crédits provenant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le Département assure la gestion pour le compte de la Commission des financeurs.

Le programme territorial portera sur le périmètre de ce territoire et sur les actions à destination des publics dits « à domicile ».

1.2.4 L'appel à manifestation d'intérêt

L'appel à manifestation d'intérêt est ouvert pour la période du **02 novembre au 04 décembre 2026**.

Il vise à identifier les opérateurs susceptibles de participer à l'élaboration et à l'évaluation d'un programme territorial d'actions de prévention « socle » portant sur le territoire du Mâconnais Sud Bourgogne.

Les profils des candidats attendus sont détaillés au point 4 (page 6 et suivantes).

2. OBJECTIFS

2.1 Objectifs

2.1.1 Objectifs généraux

Les objectifs de la contractualisation autour d'un programme de prévention élaboré par les différents opérateurs du territoire sont :

- Améliorer la couverture de l'ensemble du territoire,
- Accompagner la montée en charge d'actions éprouvées et efficaces,
- Apporter une meilleure visibilité des programmes de prévention,
- Organiser la mise en cohérence des actions déployées autour des besoins du territoire,
- Evaluer l'efficacité des réponses déployées en matière de prévention,
- Développer une évaluation de qualité et la mesure d'impact des actions.

2.1.2 Objectifs opérationnels

Concrètement, la mise en place de la démarche de programmation doit permettre de :

- Établir un financement socle légitime et équitable entre territoires,
- Permettre le déploiement d'une offre de prévention dans la durée (3 ans) afin de mieux en mesurer les effets,
- Intégrer les opérateurs identifiés dans une démarche réseau.

2.1.3 Objectifs de la phase d'AMI

La méthode mise en place doit permettre de repérer les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un programme global de prévention :

- Repérer les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un programme global de prévention :
 - Identifier les opérateurs motivés et compétents pour intégrer cette programmation pluriannuelle,
 - Garantir leur volonté de participer à une démarche collective dépassant le cadre d'une simple mise en œuvre d'une action de prévention,
 - Identifier les actions potentielles pour coordonner leur déploiement.
- Accompagner une démarche collective dépassant le cadre d'une simple mise en œuvre d'une action pour investir une logique de prévention globale, multithématiques et plus efficace,
- Faire émerger des réponses au regard de besoins de prévention identifiés et à partir d'un état des lieux de l'existant.

2.2 Animation de la démarche territoriale

L'animation doit permettre de coordonner la rédaction du programme territorial en s'appuyant sur les différents opérateurs participant à son élaboration.

2.3 Modalités d'évaluation de la démarche

Dans leur réponse à la première étape de l'appel à manifestation d'intérêt (pour le 4 décembre 2026), les porteurs de projets **doivent renseigner les objectifs visés par le(s) projet(s) de manière synthétique**, qui seront précisés, avec les indicateurs et les méthodes de recueil lors de l'élaboration du programme.

3 TRAVAUX ET ORGANISATION POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'ETAPE INITIALE DE L'AMI

Les candidats retenus participeront à l'élaboration d'un programme territorial socle de prévention de la perte d'autonomie, notamment à travers leur participation aux temps de travail programmés :

Les 2 temps de travail collectifs programmés :

- Le **16 décembre, 14h – 16h**, sur Mâcon : Interconnaissance, cadrage de la démarche et éléments de diagnostic.
- Le **15 janvier, 10h – 12h**, en distanciel : Webinaire étape sur la co-construction du programme.
- Le **4 février, 10h – 12h**, sur Mâcon : Etat des lieux (point d'étape) des actions prévisionnelles du programme.

De fait, les candidats s'engagent à travers leur candidature à l'AMI à participer activement à une démarche collective et partenariale allant au-delà du déploiement potentiel de leur action. La sélection au titre de l'AMI ne garantit pas le financement des actions proposées par les candidats.

4 MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION

4.1 Modalités de candidature et critères de sélection

4.1.1 Profil des candidats

Les porteurs de projet doivent disposer des compétences et ressources pour déployer des actions sur les thématiques suivantes : « Activité physique », « Alimentation », « Santé Cognitive », « Santé mentale », « Santé auditive », « Santé visuelle » et/ou « Lutte contre l'isolement ».

Les projets qui seraient présentés par des ESSMS (EHPAD, Résidences autonomes, ...) devront nécessairement prendre en compte les logiques d'ouverture aux publics extérieurs et dépassant le cadre d'une action en établissement.

Les opérateurs candidats étant invités à renseigner une présentation synthétique argumentant de leur pertinence à intégrer un programme de prévention de la perte d'autonomie, une seule candidature par opérateur est demandée. Un dossier de candidature commun peut également rassembler plusieurs opérateurs si la démarche proposée fait état d'un partenariat suffisamment avancé et structuré.

4.1.2 Implantation locale, maillage territorial

Les candidats devront attester de leur pertinence à élaborer un programme de prévention sur le territoire ciblé, de leur connaissance fine du territoire et de ses habitants, des partenariats locaux et des actions déjà menées sur le territoire ciblé.

De plus et conformément au règlement d'intervention de la Commission des financeurs, les organismes qui candidatent doivent :

- Avoir leur siège social ou une antenne sur le département de Saône-et-Loire, sauf dérogation traitée au cas par cas par la CFPPA ;
- Avoir une existence juridique d'au moins un an à la date de démarrage du programme ;
- Ne pas être en situation de redressement judiciaire ou de dépôt de bilan ;
- Être à jour de ses obligations fiscales et sociales ou engagé dans un processus de régularisation.

Il s'agira également d'évaluer le repérage des besoins pour lesquels la structure se positionne comme opérateur sur le territoire ciblé.

4.1.3 Perspectives d'action, d'activité

Les candidats devront présenter de manière synthétique la ou les offre(s) d'action(s) potentielle(s). Cette pré-proposition devant permettre d'évaluer, à la lecture de l'ensemble des candidatures, la capacité de réponse globale des opérateurs aux besoins du territoire. Elle ne préjuge pas de leur inscription au programme territorial retenu in fine.

4.1.4 Critères de sélection

Les candidats seront notamment sélectionnés sur la base des critères suivants :

- Capacité à s'engager dans les travaux à court terme : il s'agira d'apporter un minimum de garantie sur la capacité de l'équipe à s'engager sur le calendrier de travail requis pour l'élaboration du programme territorial (**voir calendrier de travail au 4.5.**) ;
- Pertinence des profils et des réponses envisagées selon les critères mentionnés aux points 4.1. et suivants.

4.2 Règles d'intervention de la Commission inscrites dans le programme coordonné

4.2.1 Cofinancement des actions

En considération du principe établi par la loi qui prévoit que « les financements alloués

interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires », la Commission ne finance que des projets cofinancés ou autofinancés à hauteur de 20 % au minimum.

4.2.2 Pluriannualité des actions

Les actions susceptibles d'être intégrées dans la contractualisation, devant correspondre à cette notion d'action socle, s'inscriront nécessairement dans un cadre de pluriannualité.

Celle-ci est à entendre soit comme action faisant état de la pertinence d'une récurrence sur 3 ans, soit d'une action se déployant sur 3 ans.

4.2.3 Non financement du fonctionnement et/ou des activités courantes d'une structure

Les activités qui relèvent d'une compétence légale, qui entrent dans l'objet d'une structure publique ou privée ou qui sont exercées de manière habituelle, n'ont pas vocation à être financées par la Commission, en particulier si elles préexistent à la présente démarche.

Les financements de la CFPPA ne peuvent se substituer à des financements préexistants.

La Commission peut toutefois soutenir le démarrage d'une action nouvelle ou l'extension d'une action de prévention au plan territorial ou populationnel notamment.

4.2.4 Ouverture des actions de prévention aux personnes handicapées âgées de 60 ans et plus

L'intégralité des actions de prévention est ouverte aux personnes handicapées de 60 ans et plus.

4.2.5 Ateliers Bons Jours et complémentarité

Le groupement d'intérêt économique Ingénierie maintien à domicile des personnes âgées (aujourd'hui KALIVI) a été créé par la CARSAT de Bourgogne Franche-Comté, la MSA de Franche-Comté, la Caisse régionale MSA de Bourgogne, et rejoint par les caisses de retraite complémentaires AGIRC-ARRCO.

Ces organismes ont un statut juridique particulier de droit privé chargés de l'exécution d'une mission de service public, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du programme des « Ateliers Bons Jours ». A ce titre, ils contribuent à répondre aux enjeux du programme coordonné ainsi qu'au programme socle défini par les contractualisations futures.

Les actions relevant des thématiques « socle » établies et inscrites dans la programmation des Ateliers Bons Jours, constituant une réponse adaptée et territorialisée aux besoins de prévention de la perte d'autonomie, seront à intégrer au programme territorial. En tant qu'acteur essentiel de la prévention de la perte d'autonomie sur les différents territoires et tenant compte des moyens et compétences de KALIVI en matière de prévention, il s'agira d'établir les aspects opérationnels (type de module, volume d'action, ...) lors de la coordination mise en place pour élaborer le programme territorial, en complémentarité aux opérateurs du territoire.

Ces principes s'articulent avec les dispositifs portés par KALIVI auxquels les structures peuvent par ailleurs candidater pour bénéficier d'autres financements.

4.3 Engagements des candidats

4.3.1 Les candidats s'engagent à travers leur candidature à l'AMI à participer

activement aux travaux d'élaboration du programme territorial de prévention via une démarche collective et partenariale. Cette démarche sera traduite dans un cadre contractuel qui confirmera leur engagement.

- 4.3.2 Les candidats s'engagent, en cas d'intégration de leur(s) action(s) au programme, à renseigner les actions sur l'outil de cartographie en ligne « Pour bien vieillir » piloté par la Carsat. Des informations complémentaires seront transmises sur les modalités et un webinaire d'information sera organisé à destination des opérateurs concernés.

4.4 Composition du dossier

Les candidats peuvent manifester leur intérêt en renseignant le dossier de candidature précisé en annexe n°1.

Le dossier de candidature, **renommé au nom de la structure**, devra être retourné au plus tard pour **le 04 décembre 2026 (minuit)**, sur le modèle disponible en annexe, à l'adresse suivante :

conferencedesfinanceurs@saoneetloire71.fr

4.5 Procédure et calendrier prévisionnel

02 novembre 2026	<ul style="list-style-type: none"> Publication de l'AMI
Jusqu'au 04 décembre 2026	<ul style="list-style-type: none"> Les opérateurs manifestent leur intérêt en adressant le dossier de candidature (annexe n°1) jusqu'au 04 décembre 2026 (minuit), par voie électronique, à l'adresse conferencedesfinanceurs@saoneetloire71.fr
Du 7 au 10 décembre 2026	<ul style="list-style-type: none"> Instruction des dossiers par l'équipe projet de la Commission Validation de la sélection des opérateurs par la Commission
A partir du 14 décembre 2026	<ul style="list-style-type: none"> Notification de la validation des candidatures aux opérateurs reçus pour l'élaboration du programme
16 décembre 2026 14h – 16h	<ul style="list-style-type: none"> Travaux d'élaboration du programme d'actions en Mâconnais Sud Bourgogne (le lieu précis sera communiqué par mail aux opérateurs retenus)
15 janvier 2027 10h – 12h WEBINAIRE	
4 février 2027 10h – 12h	
Jusqu'au 05 mars 2027	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration du programme territorial de prévention Transmission par les opérateurs du programme territorial « stabilisé »
Courant mars 2027	<ul style="list-style-type: none"> Instruction des propositions du programme par l'équipe projet de la Commission
	<ul style="list-style-type: none"> Validation du programme par la Commission Plénière
31 mars 2027	<ul style="list-style-type: none"> Programme validé pour une mise en place opérationnelle en avril 2027
De avril 2027 à Décembre 2029	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre des actions du programme par les opérateurs sélectionnés

Annexe n°1 : **DOSSIER DE CANDIDATURE – AMI 2026**

Le dossier de candidature renommé au nom de la structure devra être retourné au plus tard pour le 04 décembre 2026 (minuit), sur le modèle présenté, à l'adresse suivante :

conferencedesfinanceurs@saoneetloire71.fr

PRESENTATION DE LA STRUCTURE	
Nom de la structure :	
Statut juridique : Rayer les mentions inutiles	Personne morale de droit public ou privé à but non lucratif / Société commerciale du champ médico-social / Autre société commerciale / Autre
Catégorie de porteur : Rayer les mentions inutiles	Collectivité territoriale / Association / SAAD / ESMS / Bailleur social / Société mutualiste / Autre ...
Adresse :	
Complément d'adresse :	
Code postal :	
Ville :	
N° de téléphone :	
Courriel :	
N° de SIRET :	
Code APE :	
Représentant légal de la structure	
NOM - Prénom :	
Fonction :	
Courriel :	
N° de téléphone :	
Responsable du projet – personne désignée pour participer aux travaux	
NOM - Prénom :	
Fonction :	
Courriel :	
N° de téléphone :	

Description synthétique de l'activité/des missions de la structure, des compétences et références (5 lignes maximum) :

Description synthétique de l'implantation locale et du maillage territorial de la structure sur le territoire (5 lignes maximum) :

Connaissance du territoire et de ses habitants, des partenariats locaux et des actions déjà menées :

Perspectives d'action(s), d'activité(s)

Thématique principale :

Objectif(s) de prévention pour le territoire au regard des besoins repérés (3 lignes maximum) :

Description synthétique du projet (10 lignes maximum) :

**Zone(s) géographique(s) couverte(s)
(dans le territoire ciblé) :**

**Partenariats dans le cadre du projet
proposé :**

Éléments complémentaires :

Annexe n°2 : Equipe projet CFPPA - contacts

EQUIPE PROJET DE LA COMMISSION

Département de Saône-et-Loire

Antoine ANNE

Responsable Prévention de la perte d'autonomie

antoine.anne@saoneetloire71.fr

Julia BOULAY

Gestionnaire administrative

j.boulay@saoneetloire71.fr

**ARS BFC
DD de Saône et Loire**

Joëlle D'ALMEIDA

Chargée de mission « Développement Territorial en Santé »

Joelle.D-ALMEIDA@ars.sante.fr

CARSAT BFC

Direction de
l'Accompagnement des
Publics Fragilisés

Léa BOILLAUT

Chargée de développement et conseil
Service Ingénierie Action Sociale

lea.boillaut@carsat-bfc.fr

Nathalie JACOTOT

Responsable du Département Action Sociale

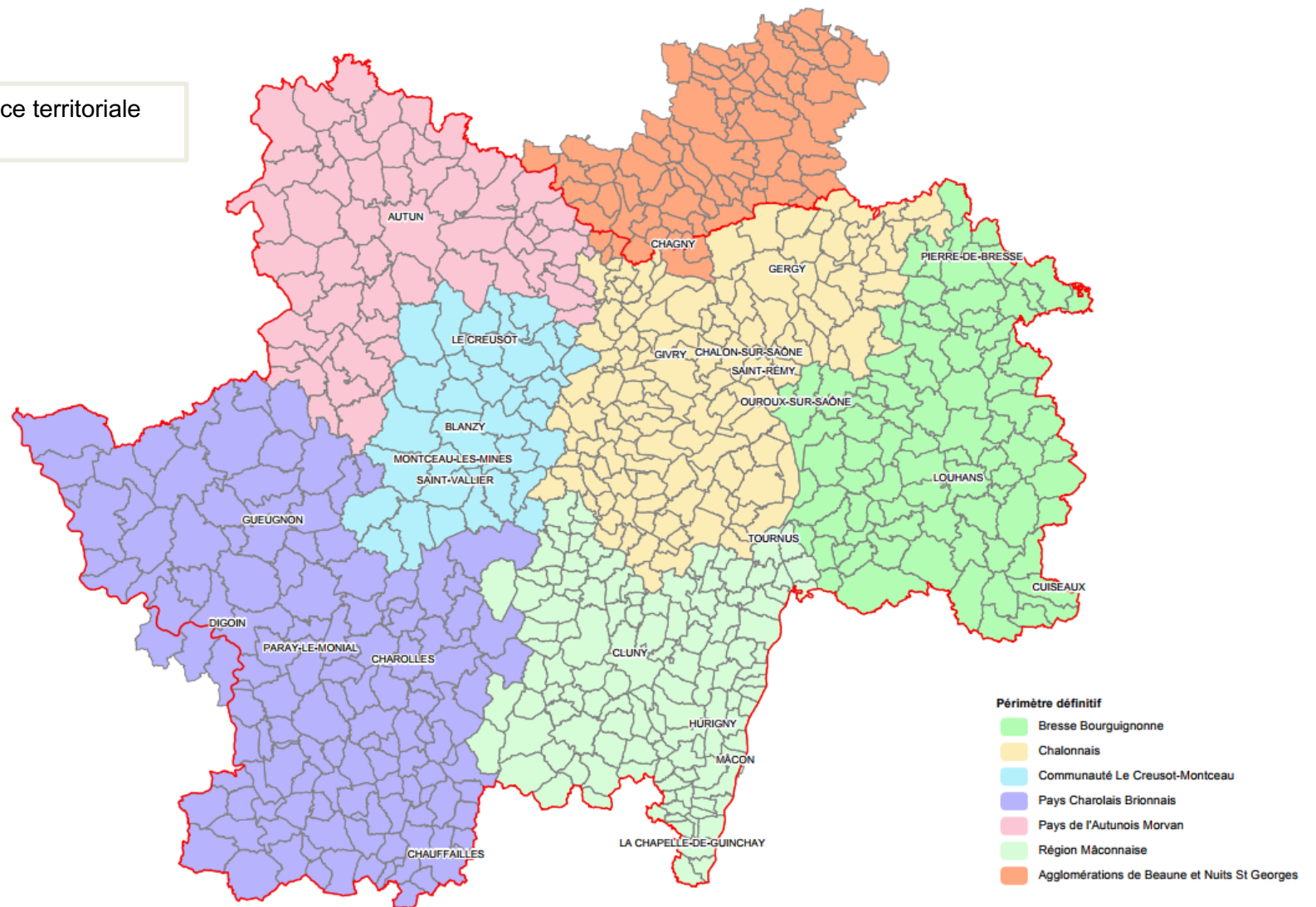
nathalie.jacotot@carsat-bfc.fr

Ou pour toute demande d'information :

Mail : conferencedesfinanceurs@saoneetloire71.fr

Téléphone : 03 85 39 56 07 - 03 85 39 78 66

Carte des Schéma de cohérence territoriale
(SCoT)



Lien social / lutte contre l'isolement :

Les baromètres des petits frères des pauvres, sur l'exclusion numérique ou sur l'isolement social des seniors mettent avant des points de repères sur l'isolement qui peuvent orienter les réponses à construire ou adapter :

- La qualité des relations : ainsi, 6,5 millions de personnes âgées de 60 ans (versus 4,7 millions en 2017) plus n'ont personne à qui parler de choses intimes ;
- Le sentiment d'inutilité sociale et son impact ;
- La dialectique entre accompagnement et risque de la privation de liberté ;
- Le quotidien routinier principalement déterminé par l'état de santé,
- Le besoin de moments agréables, en lien avec proches et les relations au quotidien,

Ce dernier rapport préconise également de produire des données officielles, d'inclure des éléments statistiques dans différents aspects des politiques publiques : des schémas et documents cadre aux processus d'évaluation de la perte d'autonomie, et d'intégrer la lutte contre l'isolement social comme priorité des actions de prévention et de cibler les plus modestes (*Baromètre Solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France en 2021, Petits Frères des Pauvres, CSA Research, CNAV, 2021*).

C'est la raison pour laquelle cette thématique constitue un axe central des programmes d'actions de prévention, correspondant notamment à la création du 6^{ème} axe prioritaire des CFPPA « Lutte contre l'isolement » depuis septembre 2025.

Repères et aide à la mise en œuvre de thématiques prioritaires de prévention

Avril 2026

Le présent document vise à accompagner les CFPPA dans la priorisation du concours « autres actions collectives de prévention » vers six thématiques particulièrement essentielles au vieillissement en bonne santé.

Sommaire

Introduction.....	3
Activité physique.....	6
Alimentation	9
Santé auditive et visuelle	12
Santé cognitive	14
Santé mentale.....	17
Contributions & remerciements.....	20

Introduction

Soutenir l'autonomie par la prévention et la promotion de la santé pour gagner des années de vie en bonne santé

En 2030, un Français sur trois sera âgé de plus de soixante ans. La population française comptera alors plus de 20 millions de seniors, dont 2,5 millions de plus de 85 ans. Deux tendances caractérisent ce phénomène de vieillissement de notre population :

- d'après la DREES (2024), la France se situe aux premiers rangs européens en matière d'espérance de vie. En revanche, le nombre d'années vécues en bonne santé (ici l'espérance de vie sans incapacité) reste inférieur à celui de plusieurs pays¹. Aussi, seule la moitié des années de vie gagnées après 65 ans sont exemptes d'incapacité.
- des inégalités sociales et territoriales existent : parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Chez les femmes, cet écart est de 8 ans (INSEE, 2018).

La communauté scientifique s'accorde à dire que **la perte d'autonomie n'est pas une conséquence inéluctable du vieillissement et que la prévention, à tout âge, joue un rôle majeur.**

La prévention est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (1948). L'article 1^{er} du décret du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées fait référence à cette définition en indiquant que « les actions de prévention [...] sont les actions individuelles ou collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie ».

Les définitions de la perte d'autonomie données par le code de l'action sociale et des familles ou par l'OMS renvoient aux difficultés à réaliser seul les actes et activités essentiels de la vie quotidienne. Dans son guide *Integrated Care for Older People* (ICOPE), l'OMS identifie plus précisément que la perte d'autonomie est le résultat d'un déclin fonctionnel, notamment l'altération de 6 capacités déterminantes : la mobilité, la cognition, la nutrition, la vision, l'audition et le bien-être psychologique. Si l'OMS appelle à prévenir, le plus tôt possible, l'altération de ces capacités pour permettre un vieillissement en bonne santé, elle appelle également (à l'instar de nombreux travaux) à prendre en compte et à agir sur l'environnement.

Si le périmètre d'action des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie met l'accent sur les déterminants individuels et guide les repères proposés ci-après, cette approche écosystémique doit être prise en considération car son impact est majeur.

Pourquoi des thématiques prioritaires de prévention et ces repères ?

De manière générale et dans le cadre du soutien aux commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) pour le développement d'actions collectives de prévention, les concours versés par la CNSA doivent prioritairement accompagner le développement d'actions :

- Favorisant l'adoption durable **de comportements favorables à la santé** qui se traduit par la capacité de la personne à intégrer au quotidien des pratiques positives pour sa santé ;
- Contribuant à lutter contre les **inégalités sociales et territoriales de santé** en portant une attention spécifique aux **publics en situation de vulnérabilité** c'est-à-dire aux personnes qui sont plus exposées que d'autres au risque de perte d'autonomie (notamment les personnes à faible niveau de revenu, à faible niveau d'éducation ou dont la catégorie socioprofessionnelle est peu élevée).

Plus spécifiquement et en écho aux capacités essentielles à un vieillissement en bonne santé identifiées par l'OMS, il apparaît nécessaire de renforcer le développement d'actions prévenant ou limitant l'altération de la mobilité, de la nutrition, de la cognition, de la vision, de l'audition et de la santé mentale. Ainsi, les six thématiques ci-après sont identifiées comme des priorités au regard de leur rôle déterminant dans le vieillissement en bonne santé.



Alimentation



Activité physique



Santé visuelle



Santé auditive



Santé mentale



Santé cognitive

Si cibler prioritairement les capacités essentielles est une étape importante, cette démarche doit être complétée de repères qui, basés sur des données probantes, favorisent l'efficacité des actions soutenues. A thématique identique (activité physique par exemple) toutes les modalités d'actions ne produisent pas les mêmes effets : une conférence versus un programme d'une durée de 12 semaines mêlant activité physique, alimentation et lien social n'a pas le même impact. Afin de contribuer à éviter, limiter ou retarder la perte d'autonomie, il paraît important de mettre en œuvre et de proposer à la population ciblée des leviers dont l'efficacité a été montrée.

Toute action collective de prévention doit intégrer un objectif de lien social, à savoir encourager la création, la fréquence et la qualité des liens sociaux entre les participants.

L'objectif de lien social est à intégrer à une **approche multithématique**, le lien social étant un facteur déterminant de la santé d'un individu.

Comment ont été élaborés ces repères ?

Chacune des fonctions essentielles a fait l'objet d'un travail rigoureux et pluridisciplinaire mis à disposition sous la forme de « synthèse et bonnes pratiques ». Ces publications visent à identifier dans la littérature scientifique les modalités d'action qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le cadre d'une action collective de prévention destinée aux personnes de 60 ans et plus. Certaines adressent la thématique dans sa globalité, d'autres mettent l'accent sur un champ d'intervention plus spécifique priorisé au regard du contexte de leur utilisation. Les dossiers complets (analyse scientifique et synthèse) sont à retrouver sur le site de la CNSA : [Centre de ressources et de preuves | CNSA.fr](https://cnsa.fr/centre-de-ressources-et-de-preuves)

Ainsi, s'appuyer sur ces modalités d'actions ou prioriser le soutien des actions dans lesquelles ces modalités d'actions sont présentes permet *a priori* de proposer ou soutenir une action ayant un impact positif sur la thématique considérée. Chaque synthèse met également en évidence des interventions qui se sont révélées inefficaces.



Comment les mobiliser ?

Ce document sert de guide pour une orientation progressive des concours vers ces **6 thématiques prioritaires** et vers **des actions intégrant ces repères d'efficacité**. Il est aussi destiné aux porteurs de projets afin qu'ils puissent intégrer ces modalités dans les actions construites. Les repères proposés concernent toute action collective financée par une CFPPA (axe 5 des CFPPA mais peuvent également être utilement mobilisés dans le cadre des actions collectives de l'axe 2 et de l'axe 3).

Les déclinaisons par thématique mettent en évidence plusieurs critères transverses parmi lesquels figurent :

- Les **approches multithématiques** : avoir une approche globale des capacités potentialise l'effet de l'action (par exemple, aborder dans une même action l'alimentation et l'activité physique).
- La **durée et la fréquence des actions** : avoir durablement de l'impact sur les comportements nécessite d'inscrire les actions dans la régularité (*a minima* 1 fois par semaine, plus selon les thématiques) et dans la durée. La durée de douze semaines a démontré son efficacité sur l'ensemble des thématiques.
- L'**implication des participants et la personnalisation des actions** : la co-construction, le lien avec la vie quotidienne, une part importante des actions laissée à la mise en pratique, etc. sont des modalités favorisant l'efficacité des actions.
- La **qualification des intervenants** est essentielle pour s'adapter aux besoins aux participants : disposer d'une formation adéquate semble être un prérequis important.

A noter que toute action en dehors de ces thématiques prioritaires ou n'intégrant pas les critères d'efficacité reste éligible sous réserve de répondre aux attendus de la CFPPA. Les CFPPA doivent cependant veiller à ce que les actions proposées sur des thématiques non prioritaires tendent vers l'adoption durable de comportements favorables à la santé et contribuent à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.



Activité physique

Une action de prévention portant sur l'activité physique devra à la fois promouvoir un mode de vie actif et lutter contre la sédentarité en proposant des activités physiques adaptées aux besoins spécifiques des personnes selon les recommandations définies en termes de type d'activité, fréquence, intensité et durée. L'action devra favoriser l'amélioration et le maintien des capacités à réaliser les tâches quotidiennes tout en réduisant les risques de perte d'autonomie.

Des repères pour réussir une action de prévention portant sur l'activité physique

Les bénéfices de l'activité physique sont nombreux : meilleure santé du cœur et des poumons, muscles et os renforcés, équilibre amélioré, réduction du risque de chutes et de dépression. Chez les personnes de 60 ans et plus, l'activité physique peut prendre des formes variées : loisirs, déplacements (marche, vélo), tâches domestiques, activités ludiques ou activités professionnelles (si la personne travaille encore). Il est recommandé d'avoir 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, réparties sur au moins 5 jours. L'activité d'intensité modérée peut par exemple prendre la forme de marche active.

Plusieurs types d'activités sont complémentaires et devraient être intégrés :

- **Renforcement musculaire** (par exemple monter des escaliers)
- **Équilibre** (par exemple pratiquer des mouvements de taï-chi)
- **Souplesse** (par exemple pratiquer des mouvements de yoga)

Si une personne n'est pas en capacité de pratiquer la quantité recommandée, il est tout de même bénéfique qu'elle soit aussi active que ses capacités et son état le permettent.

De manière générale, les recommandations doivent toujours être adaptées à l'individu selon ses capacités et ses éventuelles contraintes de santé. Il est donc important que les activités soient encadrées par un professionnel formé.

L'activité physique est notablement efficace dans la prévention des chutes. Afin de maximiser ses bénéfices, il est utile de suivre quelques principes clés, proposés ci-dessous.

Zoom thématique :

Un focus sur la prévention des chutes par l'activité physique est présenté ci-dessous.





Zoom thématique : 8 repères pour réussir une action de prévention des chutes par l'activité physique

1. Une stratégie préférentielle vers les personnes ayant déjà chuté

Une action de prévention par l'activité physique entraîne plusieurs bénéfices : un renforcement de la confiance en soi, une amélioration de l'adaptation à l'effort et une réduction des risques métaboliques et cardiovasculaires. Pour les personnes ayant déjà chuté, elle diminue la peur de la marche et surtout le risque de présenter une nouvelle chute et toutes les conséquences associées. En d'autres termes, l'activité physique est favorable à toute personne de plus de 60 ans, mais le bénéfice sera majeur pour celles qui ont déjà chuté. Ainsi, pour maximiser leur impact, les actions de prévention des chutes par l'activité physique devraient concerner prioritairement des participants ayant chuté au cours de l'année précédente.

2. Des exercices adaptés

Il convient d'adapter la nature et l'intensité des exercices aux capacités, notamment cognitives, des participants. Une évaluation individuelle des capacités d'activités physiques est nécessaire en début de cycle.

3. L'importance de l'équilibre

Le travail de l'équilibre est déterminant, et doit être présent dans toute activité de prévention des chutes. L'équilibre, en effet, mobilise des circuits cognitifs et moteurs au niveau cérébral qui sont essentiels à la qualité de la marche et à l'adaptation à l'environnement. Il doit représenter 30 à 40 % du temps de la séance. Ces exercices peuvent être associés à des mouvements de tai-chi, gymnastique traditionnelle chinoise.

4. Un engagement sur la durée et dans la vie quotidienne

Les programmes doivent s'étendre sur une période minimale de 12 semaines, à raison de deux ou trois séances hebdomadaires. Chaque séance d'exercices doit durer entre 30 minutes à 1 heure, l'idéal étant de viser une durée d'une heure. Bien que les études n'aient pas mesuré des changements de comportement durables, ces derniers devraient figurer parmi les objectifs des séances de prévention par l'activité physique. L'encadrant doit encourager les participants à intégrer les exercices dans leur vie quotidienne, en dehors des séances, tout en veillant à ce que ces exercices améliorent la qualité de leur marche. Par exemple, il est conseillé de lever les genoux, dérouler le pas et se redresser.

5. Des séances en plusieurs temps

Les sessions sont découpées en plusieurs séquences : étirements pour commencer, mouvements d'équilibre puis de renforcement musculaire avant de finir par de nouveaux étirements ou des exercices de souplesse. Une méthode rythmique utilisant la musique (méthode Dalcrose), a également montré des résultats efficaces sur la prévention des chutes.

6. Des interventions à domicile utiles

Si la stratégie de prévention d'un Département inclut des actions individualisées, des interventions à domicile peuvent être développées. Qu'elles soient réalisées entièrement ou partiellement à domicile, elles devront être supervisées par un professionnel qualifié.

7. Un encadrement professionnel et bienveillant

Les interventions doivent être encadrées par un professionnel formé (kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée [EAPA], psychomotricien, infirmier spécialisé en promotion de la santé ou tout autre professionnel ayant un diplôme reconnu pour cette activité) et se dérouler dans une ambiance stimulante et empathique pour favoriser l'adhésion des participants.

8. Une approche multi-dimensionnelle

La prévention du risque de chute doit, autant que possible, être intégrée dans une approche globale : la prise en compte de facteurs tels que l'alimentation, la vue, l'adaptation du logement par exemple, améliore l'impact de la démarche engagée. Il est conseillé que les participants à une action de prévention réalisent, en amont, seuls ou avec un professionnel, le questionnaire de l'étape 1 du programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé et en discutent avec leur médecin traitant.

Interventions non efficaces

Les interventions basées sur l'endurance et la force physique sans inclure d'exercices d'équilibre, n'ont pas démontré une efficacité pour prévenir les chutes. De même, les interventions au domicile non supervisées par un professionnel qualifié se sont révélées inefficaces.

Retrouvez les documents complets ici :

[Synthèse et bonnes pratiques en prévention des chutes par l'activité physique](#)

[Analyse scientifique des actions de prévention des chutes](#)



Alimentation

Une action de prévention portant sur l'alimentation s'intéressera de manière globale aux apport alimentaires répondant aux besoins de l'organisme. Elle visera plus particulièrement à travailler sur la relation que les participants ont avec la nourriture, leurs représentations et leurs besoins afin d'atteindre les recommandations visant un régime adapté et équilibré. Elle pourra intégrer les bonnes pratiques en matière de santé bucco-dentaire.



8 repères pour réussir une action de prévention portant sur la nutrition

1. Combiner apports théoriques et mises en pratique dans les sessions d'éducation nutritionnelle

Pour être efficaces, les séances d'éducation nutritionnelle ne peuvent se limiter à des conseils théoriques. Ainsi, la participation à des ateliers - de cuisine, de dégustation ou d'échange de recettes - a un impact positif sur le comportement alimentaire des personnes de plus de 60 ans.

2. Associer nutrition et activité physique

La dispensation de conseils en activité physique, simultanément aux sessions d'éducation nutritionnelle, montre des résultats encourageants sur deux plans : l'amélioration des comportements alimentaires et la diminution de la sédentarité. Ces conseils peuvent viser à ce que les personnes atteignent les objectifs recommandés : 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou soutenue, réparties sur plusieurs jours de la semaine ou 4 000 pas par jour pour les personnes de plus de 75 ans.

3. Donner des conseils ciblés pour une évolution progressive

Les stratégies d'intervention devraient inclure des modèles de changement de comportement en utilisant des messages ciblés simples, pratiques et renforcés. Les conseils spécifiques, portant sur une thématique précise telles que la consommation de fruits et légumes, la diversité alimentaire, la qualité des aliments, semblent plus pertinents que des recommandations générales, abstraites et compliquées à mettre en œuvre. La modification des habitudes alimentaires relevant d'un ensemble complexe de comportements, il convient de découper ce processus en plusieurs étapes, aux objectifs plus modestes mais réalistes, qui paraîtront davantage à la portée des participants.

4. Préparer des contenus « sur mesure » en fonction des besoins nutritionnels individualisés

Pour être pertinents, les conseils sur la nutrition et l'activité physique, le cas échéant, doivent être personnalisés et adaptés aux participants. Dans cette optique, chaque personne devrait rencontrer de manière individuelle un professionnel qualifié (diététicien, enseignant d'activité physique adaptée, kinésithérapeute, etc.) pour réaliser une évaluation des besoins nutritionnels, des capacités physiques et du statut socio-économique, afin d'adapter la préparation et la prise des repas. Le professionnel qualifié tiendra compte des attentes individuelles au cours de l'animation du groupe. Il est aussi nécessaire de prendre en compte le soutien social (par exemple, les aidants) ainsi que l'environnement physique des personnes (par exemple, la disponibilité de sentiers pédestres dans le quartier) et de garantir un accès aux professionnels de santé.

5. Adapter l'animation des groupes

Il convient de regrouper les personnes en fonction de leur état de santé. Par exemple, lorsque celles-ci présentent des troubles cognitifs importants, il faudra discerner si elles peuvent participer au groupe ou si un groupe particulier doit être créé, en fonction des contextes. Le professionnel en charge de l'animation veillera à proportionner les messages de prévention sans induire de stigmatisation sociale, culturelle, ou médicale.

6. Impliquer les participants tout au long de la démarche

L'adhésion des seniors est facilitée lorsqu'ils sont associés à l'élaboration du programme et fixent leurs propres objectifs. L'interactivité des sessions, avec des démonstrations et l'utilisation de vidéos, est également un facteur de réussite. Comme pour toute action d'éducation et d'information, la qualité des échanges et l'empathie de l'animateur sont indispensables pour favoriser l'adhésion et l'observance des personnes.

7. Soigner les supports d'information

L'animation de ces séances gagne à s'appuyer sur des supports - par exemple des livrets – coconstruits avec les participants et adaptés au public concerné (vocabulaire accessible, fiches et schémas explicatifs, taille des caractères typographiques). Des carnets de suivi peuvent faciliter la mise en pratique des conseils sur l'alimentation.

8. Travailler sur la durée

Il est conseillé de déployer des séances d'éducation nutritionnelle hebdomadaires de 30 à 60 minutes sur une période minimale de 12 semaines. Ensuite, ces interventions en présentiel peuvent avantageusement être prolongées par un suivi téléphonique régulier afin d'encourager les personnes de plus de 60 ans, à maintenir les comportements acquis. Le carnet personnel de suivi peut permettre au participant de continuer une auto-évaluation de son alimentation.

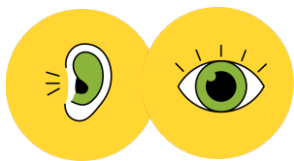
Interventions non efficaces

Les interventions qui n'étaient pas efficaces pour modifier les comportements alimentaires comprenaient des conseils non adaptés aux besoins spécifiques des participants et des contacts trop limités entre l'animateur et les participants. Une intervention de trop courte durée et sans suivi apparaît également inefficace.

Retrouvez les documents complets ici :

[Synthèse et bonnes pratiques en nutrition](#)

[Analyse scientifique des actions de nutrition](#)



Santé auditive et visuelle

Une action de prévention portant sur la préservation de l'audition abordera les expositions excessives au bruit, la nécessité de protéger ses oreilles contre les dommages et altérations et informera sur l'intérêt de consulter un professionnel de santé de manière préventive ou dès qu'une altération se manifeste.

Une action de prévention portant sur la préservation de la santé visuelle sensibilisera à la prévention des facteurs de risques, aux causes et aux conséquences d'une altération de la vision et informera sur l'intérêt de consulter un professionnel de santé de manière préventive ou dès qu'une altération se manifeste.



5 conseils pour préserver la santé auditive et visuelle des seniors

1. Renforcer l'information à l'aide de supports et d'outils validés

S'il apparaît que ces sujets de prévention relèvent pour une large part de démarches individuelles (dépistages, programme ICOPE, appareillages adaptés...), il semble pertinent d'encourager des actions d'information et de sensibilisation à destination des personnes âgées à l'aide de supports et d'outils adaptés. L'interaction directe d'un professionnel avec l'utilisateur reste le moyen le plus efficace, associée à des supports écrits, synthétiques et illustrés.

En effet, l'utilisation isolée d'outils numériques (sites web ou applications) a montré peu d'efficacité pour sensibiliser aux conséquences des déficiences sensorielles et apporter conseils et orientations.

Enfin, les déterminants sociodémographiques (âge avancé, faible niveau de ressources et d'éducation) jouent un rôle prépondérant dans le succès des interventions éducatives, il est fondamental d'adapter systématiquement les approches aux publics cibles, en privilégiant des formats actifs et personnalisés pour les populations les plus vulnérables.

2. Promouvoir le dépistage auditif et visuel intégré à des parcours de prévention

Le diagnostic et la prise en charge des troubles sensoriels doivent être réalisés le plus tôt possible afin d'en prévenir ou limiter les conséquences sur la santé et l'autonomie. Néanmoins, le dépistage seul a des effets limités s'il n'est pas intégré dans des approches holistiques évaluant, par exemple, le profil social des personnes et l'accessibilité des interventions.

Ainsi, il apparaît nécessaire d'intégrer le dépistage auditif et visuel dans des parcours de prévention et

de diagnostic visant à la promotion de la santé. Par ailleurs, il convient de sensibiliser et d'informer les usagers de l'existence d'acteurs du territoire formés à la réalisation du dépistage, orientant vers les parcours de prévention et de diagnostic. Un résultat déterminant : l'éducation thérapeutique est maximalelement efficace dans les cinq années suivant le diagnostic de déficience sensorielle.

3. Intégrer la prévention des déficits sensoriels dans des interventions multimodales

De manière générale, les actions de prévention et les interventions sur la santé sensorielle doivent être intégrées dans une approche multidimensionnelle incluant la préservation des 6 domaines de la capacité intrinsèque (mobilité, audition, vue, alimentation, mémoire, psychologie) définie dans la démarche ICOPE (pour Integrated Care for Older People) de l'Organisation mondiale de la santé. Par exemple, considérant que le simple port d'un appareil auditif ne réduit pas le risque de chute, la prévention de la presbycusie devrait inclure à la fois l'optimisation de l'utilisation des aides auditives avec une évaluation globale de la capacité intrinsèque, le dépistage et la gestion des comorbidités (vasculaires, métaboliques et cognitives), ainsi que la prévention active de l'isolement social.

Pour les déficiences visuelles, en plus de la correction optique, les interventions doivent viser la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes et intégrer des évaluations régulières de la fragilité du senior afin d'éviter la survenue de complications en cascade. Pris isolément, les adaptations du domicile ont démontré une efficacité modeste pour réduire le risque de chutes des seniors atteints de déficience visuelle.

Pour le double déficit sensoriel, un dépistage simultané et coordonné de l'audition et de la vision doit être associé à une intervention précoce sur les deux domaines et à un suivi cognitif renforcé.

4. Un régime alimentaire sain et équilibré

En attendant des études plus complètes, le suivi d'un régime alimentaire sain et équilibré (de type méditerranéen) a montré une possible efficacité pour prévenir ou ralentir la progression des maladies neurosensorielles associées au vieillissement.

5. Des obstacles structurels à lever

Des barrières financières, sociales et géographiques empêchent un accès équitable au diagnostic et à la prise en charge : coût des équipements (aides auditives ou lunettes), stigmatisation sociale persistante de l'appareillage auditif, accès aux professionnels de santé... L'accessibilité à la fois sociale, financière et géographique est un enjeu essentiel des interventions. Les approches communautaires efficaces doivent cibler simultanément quatre niveaux : individuel, interpersonnel, communautaire et systémique.

Retrouvez les documents complets ici :

[Synthèse et bonnes pratiques en santé visuelle et auditive](#)

[Analyse scientifique des actions en santé visuelle et auditive](#)



Santé cognitive

Une action de prévention portant sur la santé cognitive visera la préservation des fonctions mentales requises pour le maintien des liens sociaux, le sentiment d'être utile et la mobilisation des aptitudes permettant de fonctionner de manière autonome¹. Elle aura ainsi pour objectif de prévenir l'altération des fonctions cognitives c'est-à-dire les capacités de notre cerveau à traiter, utiliser et mémoriser des informations. Ces fonctions incluent la mémoire, l'attention, le langage, les fonctions dites exécutives (planification, organisation, résolution de problèmes), la perception et l'orientation spatiale ainsi que la vitesse de traitement des informations.



Repères pour promouvoir la santé cognitive et prévenir les troubles cognitifs

1. Mettre en place des actions collectives basées sur le mode de vie

Les interventions sur le mode de vie (activité physique, nutrition...) sont efficaces pour améliorer les fonctions cognitives globales et/ou prévenir la survenue de troubles cognitifs.

2. Proposer des séances d'activité physique

Les résultats analysés convergent pour montrer des effets positifs modérés de l'activité physique sur la santé cognitive des personnes âgées de plus de 60 ans.

- **Privilégier l'activité physique d'intensité modérée à élevée, de type aérobie ou renforcement musculaire et dans l'idéal combiner les deux.**

La danse, le taekwondo et les exercices issus de la médecine traditionnelle chinoise sont les plus représentés dans les publications. Cela ne signifie pas que les autres activités physiques sont inefficaces.

- **Fixer un objectif d'au moins 3 à 5 heures d'activité physique par semaine**

Les objectifs de volume hebdomadaire varient selon le type et l'intensité des activités pratiquées. La lutte contre la sédentarité seule (rester moins longtemps assis ou allongé sans pour autant bouger plus) ne semble pas suffisante pour améliorer les fonctions cognitives.

- **Prévoir un programme d'activité physique d'au moins 12 semaines**

Cette durée minimale correspond à la moyenne des interventions analysées.

¹ D'après l'Institut national de santé publique du Québec

- **Recourir à un professionnel formé pour encadrer les séances**

Les séances doivent être encadrées par un professionnel formé : kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée, psychomotricien, infirmier spécialisé en promotion de la santé ou tout autre professionnel ayant un diplôme reconnu pour cette activité. Voir le document Synthèses & bonnes pratiques du Centre de ressources et de preuves sur la prévention de la perte d'autonomie « Comment mener un programme pour prévenir le risque de chutes ? »

- **Associer séances encadrées et en autonomie**

Les programmes doivent comprendre au moins une séance par semaine encadrée par un professionnel formé combinée à des séances en autonomie à domicile, à un rythme adapté à chaque participant

3. Favoriser la stimulation cognitive

Les méta-analyses montrent des améliorations modestes mais significatives des fonctions cognitives lors d'interventions basées sur la stimulation cognitive.

- **Organiser des ateliers collectifs intégrant des exercices variés et de difficulté progressive, adaptés aux participants**

La participation à des ateliers de réminiscence, l'utilisation de jeux de société et le recours à des programmes numériques d'entraînement cognitif ont été spécifiquement étudiés. Cela ne préjuge pas de l'inefficacité des autres modalités de stimulation cognitive.

- **Prévoir un programme de stimulation cognitive d'au moins 12 semaines**

Cette durée minimale correspond à la moyenne des interventions analysées.

- **Associer séances encadrées et en autonomie**

Les programmes de stimulation cognitive doivent comprendre au moins une séance par semaine encadrée par un professionnel formé combinée à des séances en autonomie à domicile, à un rythme adapté à chaque participant.

- **Confier l'élaboration du programme de stimulation cognitive à un professionnel de santé expérimenté**

Les programmes de stimulation cognitive doivent être conçus par un professionnel de santé avec de l'expérience dans la prise en charge des troubles cognitifs (neuropsychologue, orthophoniste...) mais ils peuvent être mis en œuvre par des professionnels formés au programme qui ne sont pas obligatoirement des professionnels de santé.

4. Transmettre des conseils nutritionnels

Voir le document Synthèses & bonnes pratiques du Centre de ressources et de preuves sur la prévention de la perte d'autonomie « Nutrition : comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé ? »

5. Combiner les interventions (activité physique et stimulation cognitive) pour gagner en efficacité

Les interventions combinées associant activité physique et stimulation cognitive semblent efficaces pour améliorer les fonctions cognitives globales et/ou prévenir la survenue de troubles cognitifs.

Associer activité physique et stimulation cognitive et d'autres interventions

Ces interventions combinées peuvent également inclure d'autres interventions comme les conseils nutritionnels et la surveillance des facteurs de risque vasculaire.

Interventions non efficaces

Les interventions basées sur la pleine conscience (pratique basée sur l'attention consciente et bienveillante au moment présent) ne sont pas efficaces sur les fonctions cognitives.

Retrouvez les documents complets ici :

[Synthèse et bonnes pratiques en santé cognitive](#)

[Analyse scientifique des actions en santé cognitive](#)



Santé mentale

Une action de prévention traitant la santé mentale axera ses objectifs sur l'amélioration des compétences psychosociales du participant tout en prenant en compte ses conditions de vie, les ressources qu'il peut mobiliser et les événements de sa vie. Elle favorisera la capacité du participant à se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, et contribuer à la vie de sa communauté.

Selon l'OMS, la santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler de manière productive et fructueuse, et d'apporter une contribution à sa communauté.

La santé mentale est influencée par de multiples facteurs et déterminants qui interagissent entre eux, tout au long de la vie. Ils concernent aussi bien l'individu que son environnement.

Une action de promotion de la santé mentale devra intégrer les dimensions suivantes :

- **le bien-être psychologique** (relatif au sentiment de compétence, de sens et de cohérence avec ses valeurs),
- le bien-être émotionnel (relatif au sentiment de bonheur et à la satisfaction envers la vie), et/ou,
- le bien-être social (relatif au rapport à la communauté et à la société, notamment au sentiment d'appartenance).

Zoom thématique :

Les 8 repères ci-dessous développent la notion de bien-être psychologique.

Ces dimensions permettent à chaque individu de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler de manière productive, et d'apporter une contribution à la communauté. Elles favoriseront la capacité du participant à atteindre son potentiel par l'amélioration des compétences psychosociales en tenant compte de ses conditions et de son parcours de vie.

De nature multidimensionnelle, et au-delà de la dimension individuelle, la santé mentale est aussi déterminée par un ensemble complexe de pressions et de vulnérabilités d'ordre social et structurel.



Zoom thématique : 8 repères pour réussir une action de prévention portant sur le bien-être psychologique

1. Cibler les publics présentant des difficultés

Afin d'optimiser leur impact, les interventions doivent s'adresser en priorité aux personnes de 60 ans présentant des difficultés de santé, physiques (sédentarité, inactivité), sociales (isolement, ayant peu de contacts sociaux), psychologiques (tristesse, discours négatif sur leur vécu) et socioéconomiques (faibles revenus et niveau d'éducation).

2. Mobiliser les compétences psychosociales

Les stratégies les plus efficaces pour renforcer le bien-être psychologique s'appuient sur le développement des compétences psychosociales. La compétence psychosociale est la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est également la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, au sein de sa culture et de son environnement. Ces compétences sont de trois ordres : cognitives (résolution de problèmes, fixation d'objectifs, gestion des activités de la vie quotidienne) ; émotionnelles (expression et gestion des émotions de façon positive) ; sociales (renforcement des liens sociaux, de la participation et de la collaboration sociale). Pour approfondir ce concept-clé, des ressources sont notamment accessibles sur le site de Santé publique France (ici appliquées à un jeune public) : [Compétences psychosociales](#).

3. Proposer des contenus personnalisés

Les interventions doivent être adaptées aux besoins, aux capacités et aux préférences de chaque personne. La co-construction des programmes avec les participants (besoins et attentes de chacun) est nécessaire afin de favoriser leur adhésion. La possibilité d'options personnalisées permet ainsi de renforcer la prise de décision et de donner plus de sens à l'activité. De la même manière, la participation sociale au sein du groupe contribue à la continuité des actions en stimulant la motivation et la confiance en soi des participants.

4. Des actions structurées pour résoudre les obstacles de la vie quotidienne

La co-construction des actions est une étape qui permet d'établir un cadre structurant les activités, favorisant les changements d'habitudes de vie et la résolution de problèmes liés à la santé, aux relations sociales ou aux déplacements. Les interventions comprennent des instructions spécifiques sur la façon d'aborder les obstacles de la vie quotidienne.

5. S'engager sur la durée

Il est conseillé de déployer des programmes pendant au moins trois mois, avec deux séances par semaine, d'une durée comprise entre une et deux heures chacune.

6. Recourir à un encadrement spécialisé

Les séances doivent être encadrées par des professionnels de santé spécialisés en psychologie et psychiatrie, et/ou dans le domaine d'activité (enseignant en activité physique adapté, ergothérapeute, musicothérapeute...), notamment formés à la mobilisation des compétences psychosociales. Les approches en présentiel sont à privilégier.

7. Des actions multimodales et multithématiques

Le bien-être psychologique recouvrant des dimensions multiples, mieux vaut intégrer plusieurs activités. Les programmes doivent reposer sur une combinaison d'activités telles que des activités physiques (yoga, marche, exercices de résistance, danse, baignade...), artistiques (chant, écriture...), ou sociales (planification d'objectifs, sorties, mise en place de routines quotidiennes favorables à la santé...).

8. Faciliter durablement le recours aux ressources du quotidien

Il est essentiel que les interventions incluent un volet d'informations sur les ressources disponibles, qu'elles soient sociales (professionnels spécialisés, bénévoles issus de la communauté locale), économiques et matérielles (gratuité des activités, mise à disposition gratuite de matériel), ou encore liées à la mobilité (informations sur l'offre de transports publics). Selon les situations, cette information est suffisante pour l'utilisation des ressources existantes. Mais pour certaines populations vulnérables, une approche proactive est nécessaire pour lever les freins à l'accès aux activités proposées.

Dans ce cadre, des actions ciblées peuvent être mises en place, telles que des formations à la maîtrise des transports publics, qui renforcent l'autonomie des participants en leur offrant une expérience directe de l'utilisation des transports. Des sorties peuvent être organisées pour faciliter la découverte et l'appropriation des services publics et des infrastructures locales, permettant aux participants d'expérimenter directement le contenu des interventions.

En fonction des contextes et des besoins identifiés, un soutien complémentaire, y compris financier, pourrait être envisagé pour accompagner cette démarche.

Interventions non efficaces

Les expériences reposant uniquement sur des appels téléphoniques, ainsi que les interventions non personnalisées ou insuffisamment ciblées sur les publics présentant des difficultés, n'ont pas montré d'efficacité.

Aujourd'hui, il n'y a pas d'arguments suffisant pour considérer que les activités médiées par le digital ont la même efficience que celles en présentiel.

Retrouvez les documents complets ici :

[Synthèse et bonnes pratiques en prévention du bien être psychologique](#)

[Analyse scientifique des actions en prévention du bien-être psychologique](#)

Contributions & remerciements

Les professionnels suivants ont contribué, en tout ou partie, à la réalisation de ce document :

Pr Philippe ALAIN, professeur des universités en neuropsychologie à l'Université d'Angers et neuropsychologue au CHU d'Angers

Pr. François ALLA, professeur de santé publique, université de Bordeaux. Directeur-adjoint de l'Ispe. Chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention au CHU de Bordeaux

Pr. Cédric ANNWEILER, doyen de la faculté santé de l'université d'Angers. Professeur de gériatrie et biologie du vieillissement, CHU d'Angers

Pr. Gilles BERRUT, responsable scientifique et président-fondateur, Gérontopôle des Pays de la Loire

Dr Sophie BOUCHER, maître de conférences des universités – praticien hospitalier, CHU d'Angers

Dr. Alexis BOURGEAIS, chef de clinique du service de médecine gériatrique aigüe, CHU d'Angers

Mme Théa BOUTEILLE, orthoptiste, enseignante, ILFOMER Limoges

Dr. Samuel BULTEAU, praticien hospitalier en psychiatrie, psychiatrie de la personne âgée, CHU de Nantes

Dr Guillaume CHAPELET, responsable recherche du Gérontopôle des Pays de la Loire, CHU de Nantes

Dr Anaïs CLOPPET-FONTAINE, gériatre, cheffe de projets et de recherche, Gérontopôle d'Ile-de-France

Marion DELAUNE, cheffe de projet prévention, Conseil départemental de Maine-et-Loire

Pr Julien DELRIEU, neurologue et gériatre, responsable du centre Mémoire, CHU de Toulouse

Christine FERRON, déléguée générale, Fédération Promotion Santé

Pr Bernard FRAYSSE, professeur des universités – praticien hospitalier ORL, CHU de Toulouse

Pr. Régis GONTHIER, professeur émérite de gériatrie, université Jean Monnet. Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Dr. Pauline GOUTTEFARDE, docteure en santé publique et psychologie sociale, Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes

Pr. Olivier HANON, président du conseil scientifique, Union des Gérontopôles de France

Pr. Christian HELSON, directeur de l'école de psychologues praticiens. Chercheur permanent au Centre de recherches sur le travail et le développement

Alexia HENON, chargée de projet en santé communautaire, Gérontopôle des Pays de la Loire

Dr. Hamza IBA, docteur en psychologie sociale, responsable Living Lab, Gérontopôle de Normandie

Louis LADOUCE, chargé de projets actions de prévention, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Dr Ambre LAPLAUD, docteure en droit de la santé, cheffe de projets "innovation recherche" - référente juridique et scientifique, Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

Pr Matthieu LILAMAND, professeur des universités en gériatrie à l'Université Paris cité, médecine gériatrique à l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, APHP

Eric PETTAROS, chargé de mission Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Conseil départemental de Seine-et-Marne

Pr. Agathe RAYNAUD SIMON, professeure de médecine interne et gériatrie, cheffe du département de gériatrie des hôpitaux Bichat-Beaujon. Présidente du Collectif de lutte contre la dénutrition

Dr. Hajer RMADI, cheffe de projet recherche, évaluation et innovation, Gérontopôle d'Ile-de-France

Sandrine SIMON, directrice de l'association Soutien Facil. Présidente de l'association nationale des coordinateurs et coordinations locales

Dr Catherine TAKEDA, médecin gériatre, praticienne hospitalière, CHU de Toulouse, Gérontopole de Toulouse

Pr. Pierre VANDEL, médecin-chef au Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé du centre hospitalier universitaire vaudois (Lausanne, Suisse)

Pr Marc VERNY, professeur des universités en gériatrie à la faculté de santé Sorbonne Université, neurologue et gériatre, médecin-chef du service du centre de gériatrie de l'hôpital Pitié Salpêtrière, APHP

**Retrouvez les travaux et actualités du Centre de ressources
et de preuves sur le [site de la CNSA](https://www.cnsa.fr/)**

Contact : centreressources@cnsa.fr



[cnsa.fr](https://www.cnsa.fr/)

[pour-les-personnes-agees.gouv.fr](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/)

[monparcourshandicap.gouv.fr](https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/)





DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE
Direction de l'autonomie des personnes
âgées et des personnes handicapées
Stratégie et animation des politiques
d'autonomie

ESPACE DUHESME
18 rue de Flacé
CS 70126
71026 Mâcon cedex 9
03 85 39 78 66
conferencedesfinanceurs@saoneetloire71.fr