

accompagnement dans
un itinéraire de

VIEILLISSEMENT EN SANTÉ.

**Guide à l'attention des professionnels
de la santé et du social**

Recommandations professionnelles :
illustrations, approches conceptuelles,
modalités et outillage



Auteurs

Catherine Busnel, Eleni-Marina Ashikali, Laura Mastromauro, Catherine Ludwig

Remerciements

À toutes les personnes qui ont participé à l'étude de faisabilité du projet VieSA, seniors et professionnels de l'aide et des soins.

Aux financeurs, dont la Fondation Leenaards et la Loterie Romande.

À l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) qui a piloté cette étude, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), la PLATEFORME du réseau seniors Genève et la Haute école de santé de Genève HES-SO pour leur soutien institutionnel et leur engagement.

À Fanny Vallet et Christelle Augst pour leur relecture et leurs commentaires judicieux.



Avec le soutien de



Le projet VieSA a été mené par l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), en collaboration avec les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), la Haute école de santé de Genève (HES-SO) et la Plateforme du réseau seniors Genève.

Rédigé par

Catherine Busnel, Eleni-Marina Ashikali, Laura Mastromauro, Catherine Ludwig,

Cette publication est mise à disposition selon les termes de la Licence **CC BY-NC-SA 4.0** (Creative Commons Licences)

DOI: <https://doi.org/10.26039/2qx9-r119>

Cette publication est téléchargeable gratuitement sur :

<https://www.imad-ge.ch/vieillessement-en-sante/>

S'inscrivant dans le cadre du vieillissement en santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS), le projet VieSA a été reconnu comme contribuant à la « Décennie du vieillissement en bonne santé » des Nations Unies (United Nations Decade of Healthy Ageing, 2023)

Citation recommandée

Busnel, C., Ashikali, E.-M., Mastromauro, L., & Ludwig, C. (2024). Accompagnement dans un itinéraire de vieillissement en santé: guide à l'attention des professionnels de la santé et du social. Genève / Lancy: Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD). <https://doi.org/10.26039/2qx9-r119>



Ce document est rédigé en veillant à privilégier un langage inclusif et à utiliser des expressions dénuées de marqueurs de genre. A défaut, le masculin est utilisé comme forme générique.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Glossaire | 2 |
| Avant-propos | 6 |
| Public cible et utilisation | 8 |
| Organisation de l'ouvrage | 9 |
| Infographies | 10 |
| Introduction | 12 |
| Partie 1 - Illustrations | 13 |
| Partie 2 - Concepts et principes de mise en œuvre | 27 |
| Chapitre 1 : Approches conceptuelles et cadre théorique autour du vieillissement en santé | 28 |
| Chapitre 2 : De l'approche centrée sur la personne au partenariat en santé | 38 |
| Chapitre 3 : Les principes et modalités d'un itinéraire de santé | 44 |
| Chapitre 4 : Les modalités d'accompagnement dans le cadre de l'itinéraire VieSA | 49 |
| Conclusion | 54 |
| Partie 3 - Boîte à outils | 55 |
| Références | 71 |

Abréviations

| | |
|--------------|--|
| ICOPE | Integrated Care for Older People |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| SIPA | Soins intégrés pour les personnes âgées |
| SMART | Objectif Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalizable et Temporelle |
| VieSA | Projet « Vieillesse en Santé » |

| Terme | Définition |
|---------------------------------|--|
| Aptitudes fonctionnelles | Les aptitudes fonctionnelles résultent de l'interaction entre les capacités intrinsèques d'une personne et son environnement. Elles peuvent être définies comme la capacité d'une personne à satisfaire ses besoins fondamentaux; à apprendre, grandir et prendre des décisions; à être mobile; à établir et entretenir des relations; et à contribuer à la société (Organisation mondiale de la Santé, 2023). |
| Autodétermination | L'autodétermination désigne le droit et la possibilité de chaque personne à être actrice de sa vie et à la contrôler par ses propres décisions (Ryan, 2000). |
| Autonomie | Désigne la capacité d'un individu à se gouverner lui-même, à prendre des décisions indépendantes et à agir selon ses propres principes et valeurs sans contrainte extérieure (Charazac, 2020). Sentiment de liberté perçue dans la production de son comportement. |
| Capacité intrinsèque | Ensemble des capacités physiques et mentales pouvant être mises à contribution par une personne: locomotrices (musculosquelettiques), cognitives, sensorielles, psychologiques et dynamiques. (Organisation mondiale de la Santé, 2023). |

| Terme | Définition |
|-----------------------------------|--|
| Environnement | Facteurs externes façonnant le contexte de l'existence d'un individu, incluant son domicile, sa communauté et la société plus largement; le cadre bâti (notamment les bâtiments, les installations, les routes, etc.); les autres personnes et leurs relations, leurs attitudes et leurs valeurs; ainsi que les politiques, les systèmes, les lois et les services sanitaires et sociaux (Organisation mondiale de la Santé, 2023). L'environnement intègre également la famille et l'entourage (Biro et al., 2005). |
| Empowerment | Il est défini comme un accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie, c'est le développement du sentiment d'une plus grande capacité, d'une maîtrise et contrôle interne, permettant agir sur sa vie, sa santé et de dépasser les obstacles externes (Cyril et al., 2016). Sentiment d'avoir un pouvoir d'influence. |
| Indépendance fonctionnelle | Se réfère à la capacité d'une personne à réaliser seul les activités de la vie quotidienne. Capacité à faire. |

| Terme | Définition |
|---|---|
| Itinéraire pour un vieillissement en santé | Peut se définir comme un ensemble de méthodes et d'instruments pour mettre les membres d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle (incluant la personne, l'usager, le proche) en santé-social d'accord sur les tâches à accomplir pour un vieillissement en santé. C'est la concrétisation d'un programme ayant pour but d'optimiser le vieillissement (en garantissant une prestation de prévention de qualité et efficiente) adapté de Vanhaecht et collègues (Vanhaecht et al., 2011). |
| Prévention en santé | Consiste à prendre des mesures pour «éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps» (World Health Organization, 1948, p. 100). |
| Promotion de la santé | «Représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.» (Organisation mondiale de la santé, 1999, p.12). |

| Terme | Définition |
|----------------------------|--|
| Ressources | Ensemble d'éléments protecteurs, de forces, de compétences, de capacités (Bellier-Teichmann et al., 2017). |
| Santé | Se définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social», dont la possession devrait faire partie de l'héritage légitime de «tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale» (Organisation Mondiale de la Santé, 1948). |
| Savoir expérientiel | Peut se définir comme un ensemble de savoirs issus de l'expérience dans la vie quotidienne, mis en relation ou non avec la connaissance (Flora, 2013; Jouet et al., 2010). |
| Vieillesse en santé | Se définit comme «le processus de développement et maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être» (Organisation mondiale de la santé, 2020a, p.33). |

Le présent document «*Accompagnement dans un itinéraire de vieillissement en santé. Guide à l'attention des professionnels de la santé et du social*» est issu du projet **Viellissement en santé (VleSA). Le projet VleSA avait pour objectif d'évaluer la faisabilité de la mise en place d'un itinéraire pour un vieillissement en santé intégré et coordonné dans le canton de Genève.**

La retombée principale du projet était de mettre à la disposition du plus grand nombre de personnes un guide informatif et contextualisé dans le canton de Genève, reliant les interventions reconnues scientifiquement comme favorisant le vieillissement en santé chez les personnes de plus de 50 ans, aux activités et organismes du canton. L'expertise des acteurs de proximité (seniors, professionnels de la santé et du social, associations, communes genevoises) a été sollicitée tout au long du projet VleSA afin d'aboutir à une version coconstruite et consensuelle du «Guide pour un vieillissement en santé (VleSA): un parcours en 6 étapes » pour une utilisation par le plus grand nombre.

Le guide a été créé dans une version détaillée et une version courte.

La **version détaillée** (Busnel et al., 2024) est destinée à toute personne intéressée par le vieillissement en santé. Il a pour objectif d'accompagner et aider les personnes intéressées à définir des objectifs et mettre en place des actions. Il propose six étapes clés dans l'élaboration d'un parcours personnalisé de vieillissement en santé en questionnant ce qui définit la santé, en apportant des connaissances sur les différents domaines, en permettant une évaluation des capacités individuelles, en identifiant un objectif de santé et en planifiant des actions de proximité pour y répondre. Le guide dans sa version détaillée est structuré sous forme de fiches informatives contenant des activités scientifiquement jugées comme efficaces ou prometteuses pour le renforcement de chaque domaine de santé. Les fiches incluent des recommandations basées sur les connaissances scientifiques et des astuces pour le quotidien. Enfin,

des informations liées aux activités et aux organismes dédiés aux seniors genevois sont proposées comme moyen d'orientation dans le canton de Genève.

La **version courte du guide** (Ashikali, et al., 2024) synthétise le contenu du guide détaillé, proposant de manière concise les informations scientifiques et les étapes clés de l'élaboration d'un parcours de vieillissement en santé. Elle a été créée à la suite des retours des parties prenantes et conçue pour que les personnes intéressées par le développement de ce parcours puissent le faire individuellement, sans l'accompagnement d'un professionnel, si cela n'est pas souhaité. Elle est donc principalement destinée aux personnes de plus de 50 ans et aux proches-aidants.

Toutes les informations et les publications relatives au projet VleSA sont accessibles sur le site <https://www.imad-ge.ch/vieillissement-en-sante/>

Le présent document «*accompagnement dans un itinéraire de vieillissement en santé. Guide à l'attention des professionnels de la santé et du social*» a été conçu en complément des 2 versions courte et détaillée du «*Guide pour un vieillissement en santé. Un parcours en 6 étapes*» et s'adresse aux professionnels de la santé et du social. Il a pour objectif de leur apporter les bases relatives aux approches conceptuelles et aux outils à mobiliser dans le cadre d'un accompagnement personnalisé dans un itinéraire de vieillissement en santé de proximité pour un usager/sénior qui en ferait la demande. Il ne s'agit donc pas d'une version abrégée du guide détaillé, mais plutôt d'une mise en évidence des éléments clés mobilisés dans le projet VleSa, avec un prisme professionnel. Spécifiquement, la vocation de ce document est de fournir des éléments et des outils synthétiques aux professionnels pour qu'ils puissent accompagner et soutenir les usagers/séniors souhaitant un vieillissement en santé par la définition d'objectifs et la mise en place d'actions.

Organisation de l'ouvrage

Ce document est structuré en trois parties, abordant successivement des illustrations de cas, les concepts et principes sur lesquels repose VieSA, et une boîte à outils.

Première partie: Illustrations

- Chapitre 1. Des besoins individuels à l'accompagnement en vieillissement en santé: illustrations

Deuxième partie: Concepts et les principes de mise en œuvre théorique pour un accompagnement en vieillissement en santé (chapitres 2 à 5)

- Chapitre 2. Approches conceptuelles et cadre théorique autour du vieillissement en santé
- Chapitre 3. De l'approche centrée sur la personne au partenariat en santé
- Chapitre 4. Les principes et modalités d'un itinéraire de santé
- Chapitre 5. Les modalités d'accompagnement

Troisième partie: Boîte à outils

- Les étapes à questionner auprès des personnes /séniors autour des capacités SIPA
- Questionnaire basé sur ICOPE/SIPA
- Les étapes du plan d'intervention et exemples de questions par étapes
- Les 7 rôles à adopter lors d'un accompagnement en promotion de la santé
- Le baromètre des étapes du changement

La lecture de ces 3 parties peut débuter par le chapitre 1 illustrant la démarche mobilisée dans le cadre du projet VieSA ou par le chapitre 2 qui aborde les concepts et les principes de mise en œuvre pour un accompagnement en vieillissement en santé.

Le terme d'**usager** est utilisé comme «personne concernée», «senior» et comprend également le terme de «patient».

Public cible

Les professionnelles et professionnels des métiers de la santé et du social

Infographies

S'intéresser au vieillissement en santé en tant que professionnel de la santé et du social nécessite d'intégrer des concepts, des principes, des méthodes et des outils, en particulier ceux illustrés ci-dessous.

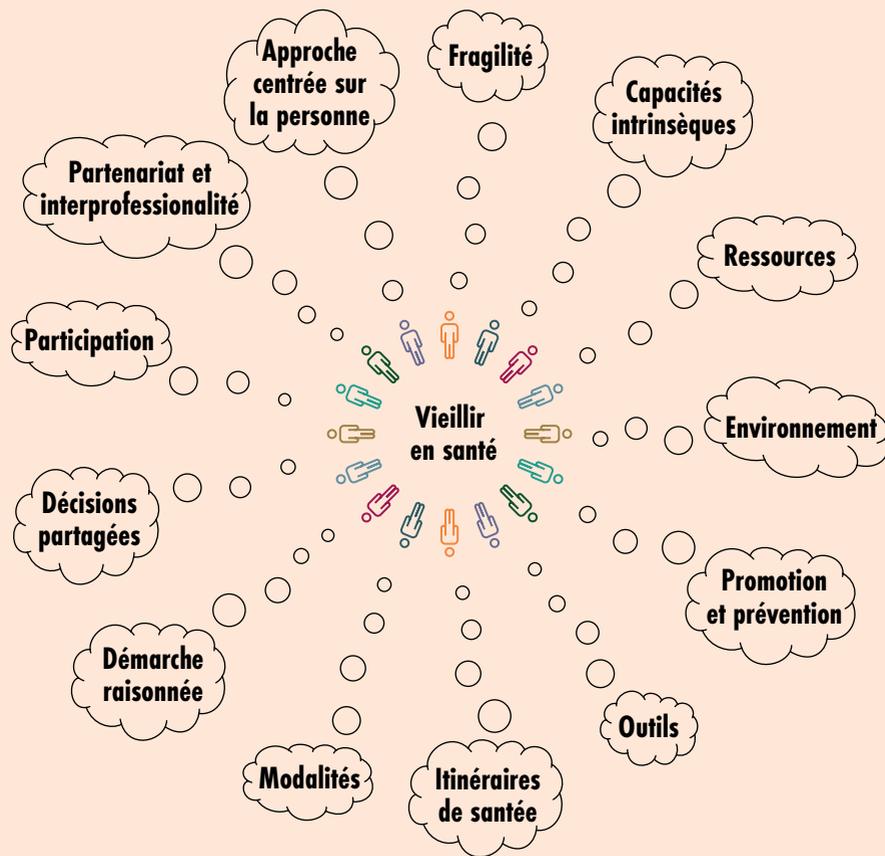
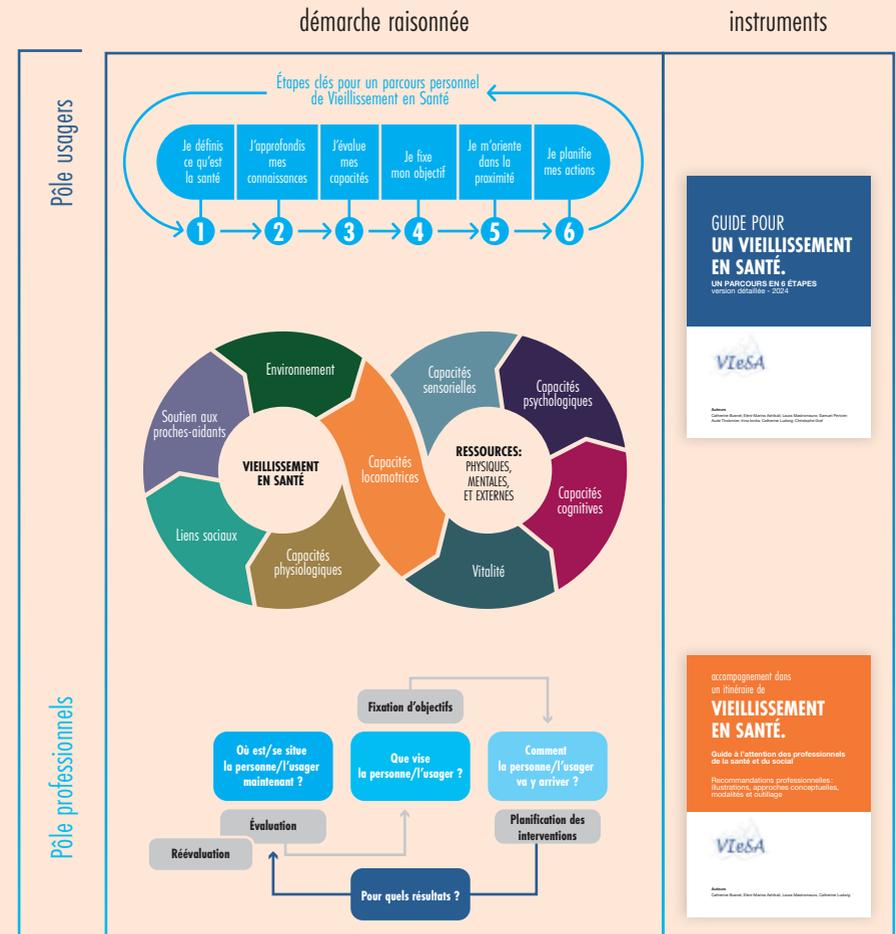


Illustration 1. Cartographie des concepts, des principes, des méthodes et des outils mobilisés pour vieillir en santé

Itinéraire en santé: ensemble de méthodes et d'instruments permettant de mettre d'accord les membres d'une équipe interprofessionnelle (y compris usager et ses proches) sur les tâches à accomplir pour mener à bien un projet santé¹.

Itinéraire d'instruments VieSA: programme dont le but est d'optimiser le vieillissement en santé, à l'appui de méthodes (démarche raisonnée) et d'instruments (outils spécifiques) destinés aux usagers et aux professionnels de la santé et du social.



(1) Vanhaecht K, Van Gerven, E., Deneckere, S., Lodewickx, C., Panella, M., Vleugels, A. & Sermeus, W. (2011). Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins. Tijdschr. voor Geneeskunde, 67(10), 473-481. <https://doi.org/10.2143/TVD.67.10.2000969>

Illustration 2. Itinéraire VieSA: méthodes et instruments pour les usagers et les professionnels

Le **vieillessement en santé** est au centre des préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016). Un plan spécifique «*Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030*» (OMS, 2020a) a été élaboré pour répondre aux enjeux liés à l'augmentation du nombre de personnes concernées, notamment en raison de l'allongement de la durée de vie, l'arrivée en nombre des baby-boomers à la retraite (Blanchet & Le Gallo, 2013) et à une très grande hétérogénéité des personnes de 65 ans et plus.

Jusque-là, les modèles de prises en soin de la population de 65 ans et plus ont été largement basés sur des approches centrées sur la maladie (Cesari, Marzetti, et al., 2016) et sur un modèle hospitalocentré. Mais l'hétérogénéité des conditions de vie et de santé de cette population, ainsi que le virage ambulatoire visant à réduire les temps de séjour à l'hôpital, imposent un changement de paradigme, avec un modèle plus ouvert prenant en compte la **préservation des ressources en santé /social** (OMS, 2016). C'est aussi le souhait de tout un chacun de pouvoir le plus longtemps possible, garder son autonomie et son indépendance, pour mener à bien qui est important pour elle ou pour lui. C'est aussi – et surtout - cela, que de pouvoir vieillir en bonne «santé»: pour mobiliser de manière optimale ses ressources en santé, tant internes (i.e. capacités intrinsèques) qu'externes (i.e. environnement de vie, physique et social).

La préservation, ou l'optimisation, des **ressources** en santé de chacun passe par une mise en place de dispositifs de proximité tel qu'un **itinéraire de santé** qui s'apparente à un programme de prévention. Un itinéraire en santé est un ensemble de méthodes et d'instruments pour mettre les membres d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle (incluant la personne, l'utilisateur, le proche) d'accord sur les tâches à accomplir pour un vieillissement en santé. Ainsi, l'itinéraire de santé nécessite d'intégrer les particularités de chaque individu, les ressources internes (capacités intrinsèques) et externes (environnement) et les expertises expérientielles des personnes, ainsi que les expertises métiers des professionnels.

Partie 1

Illustrations

Des besoins individuels à l'accompagnement en vieillissement en santé : illustrations

Il est proposé d'illustrer l'accompagnement d'une personne dans son itinéraire de vieillissement en santé à l'appui de 2 situations fictives, élaborées à partir de situations rencontrées lors de l'étude de faisabilité du projet VieSA (Périvier et al., 2023). Les concepts, les principes et les outils mobilisés dans le cadre de ces 2 illustrations sont détaillés à la suite dans les chapitres 2 et 3.

Vignette 1 : Madame P

Madame P a pris contact avec l'équipe pour avoir des informations sur un accompagnement de proximité avec un professionnel. Madame P, âgée de 74 ans, habite avec son conjoint et d'autres membres de la famille dans une maison individuelle. Son intérêt à s'engager dans un itinéraire de vieillissement en santé est motivé par le souhait d'être utile et rester indépendante. Elle exprime surtout le besoin d'avoir de l'information générale sur le vieillissement en santé.

Pour la première rencontre, Madame P a reçu à son domicile un professionnel de la santé. Le professionnel lui a apporté le guide VieSA. Il lui présente plus spécifiquement les 6 étapes qui devraient aider Madame P à termes à planifier des actions répondant à son objectif en débutant par l'étape 1 «*je définis ce qu'est la santé*», l'étape 2 «*j'approfondis mes connaissances*» au moyen de fiches informatives contenant des activités scientifiquement jugées comme efficaces ou prometteuses pour le renforcement de chaque domaine de santé, des recommandations basées sur les connaissances scientifiques et des astuces pour le quotidien, l'étape 3 «*j'évalue mes capacités*», l'étape 4 «*je fixe mon objectif*», l'étape 5 «*je m'oriente en proximité*» avec des informations liées aux activités et aux organismes dédiés aux seniors genevois et l'étape 6 «*je planifie mes actions*».

Le professionnel a pris le temps de parcourir le guide et de répondre à ses questions. Le professionnel lui a aussi indiqué les différentes modalités de suivi, la durée des rencontres, leur fréquence, la durée de l'accompagnement pour mettre en place l'itinéraire de suivi personnalisé. Lors de ce premier rendez-vous, Madame P et le professionnel ont fixé de commun accord la date du prochain rendez-vous ainsi que le lieu (au domicile de Madame P). Ils conviennent d'une durée d'accompagnement de 4 mois.

Deux semaines plus tard, Madame P reçoit le professionnel pour la 2^e rencontre. Elle explique au professionnel avoir pris le temps de lire le guide et plus particulièrement l'étape 2 du guide «*j'approfondie mes connaissances*». Elle trouve les informations très complètes et intéressantes et tout particulièrement les 2 domaines que sont la mobilité et la capacité physiologique. Le professionnel questionne Madame P sur ce qui est le plus important pour elle. Madame P évoque qu'elle souhaite garder son indépendance dans sa mobilité et de pouvoir augmenter son sentiment de sécurité lorsqu'elle se déplace dans sa maison et son jardin. Elle exprime le fait qui lui est plus difficile de monter et descendre l'escalier pour se rendre à l'étage de sa maison. Madame P souhaite pouvoir être conseillée sur ce qu'elle pourrait essayer de mettre en place. Le professionnel propose que Madame P renseigne l'étape 3 du guide «*j'évalue mes capacités*». A la suite de l'autoévaluation faite, Madame P évoque qu'elle a le sentiment d'avoir un peu plus de difficulté depuis quelques semaines à se déplacer, à se lever de sa chaise et indique ne pas toujours se sentir à l'aise dans sa maison et son jardin. Le professionnel questionne Madame P sur ce qui la motive à augmenter sa mobilité, sur ce qu'elle viserait pour y arriver. Madame P indique au cours de la discussion qu'elle aimerait prendre contact avec son médecin pour faire un bilan et avoir des séances avec un physiothérapeute. Elle a besoin de se renseigner, d'évaluer le coût de ces séances Elle dit vouloir essayer de faire les démarches. Madame P et le professionnel conviennent de se revoir dans 10 jours toujours au domicile de Madame P. Madame P dans

cet intervalle a relu des parties du guide et a demandé à sa famille et à son entourage s'ils connaissaient un physiothérapeute près de chez elle. Madame P reste assez inquiète sur le coût des séances.

Lors de la troisième rencontre à son domicile, Madame P explique où elle se situe dans ses démarches, elle souhaite prendre un rendez-vous avec son médecin traitant. Dans les échanges que Madame P a avec le professionnel, la question du logement et de quelques aménagements est abordée. Madame P a besoin d'être aidée à synthétiser sa réflexion. Le professionnel la questionne sur ce qui est le plus important pour elle, sur le premier choix qu'elle envisagerait et les raisons motivants ce choix. Madame P indique qu'elle va essayer de prendre RDV avec son médecin traitant et aimerait que le physiothérapeute puisse se déplacer à domicile pour renforcer sa capacité physique dans son environnement qui lui est familier. Madame P devant partir quelques jours chez sa fille, elle propose avec le professionnel de faire un point de situation par téléphone 15 jours plus tard.

Lors cette quatrième rencontre qui se passe par téléphone, Madame P indique au professionnel qui la suit dans cet itinéraire de vieillissement en santé, qu'elle a eu un rendez-vous avec son médecin traitant. Elle a obtenu une ordonnance de 12 séances de physiothérapeute. Madame P a pu rencontrer dans un premier temps le physiothérapeute à son cabinet pour une première séance d'évaluation (d'équilibre, de force, de rapidité de marche entre autres). Ils ont convenu de pouvoir poursuivre les prochaines à domicile. Lors de cet entretien téléphonique, Madame P exprime sa grande satisfaction à avoir pu mettre en place cette prestation de physiothérapie, mais elle aimerait voir si quelques aménagements d'intérieur seraient possibles. Elle demande à être conseillée. Le professionnel lui demande ce qu'elle pense d'une évaluation de sa maison par un-e ergothérapeute, si elle connaît le rôle de cette profession de la santé et du social. Madame P se dit très intéressée et souhaite se renseigner.

La cinquième rencontre est planifiée 4 semaines plus tard au domicile de Madame P. Le professionnel propose que dans l'intervalle Madame P n'hésite pas à le recontacter si elle en avait le besoin. Madame P a poursuivi ses séances de physiothérapie et envisage aux beaux jours de reprendre quelques activités avec l'association de sa commune qui proposent des sorties/promenades à thème. Madame P a un prochain rendez-vous avec un ergothérapeute qu'elle va rencontrer avec son mari et sa fille. Lors de cette 5^{ème} rencontre, Madame P et le professionnel reparcourent les différentes étapes de l'itinéraire de suivi mis en place et en évaluent ensemble les objectifs globaux, spécifiques, la participation de Madame P, les apports l'accompagnement par le professionnels ainsi que les actions mises en place. Aux termes de cette rencontre Madame P souhaite poursuivre dans cette dynamique afin de maintenir ses acquis et continuer à trouver des solutions lui permettant d'augmenter sa mobilité et de se sentir en sécurité dans son environnement. Il est convenu d'arrêter l'accompagnement personnalisé.

Le tableau ci-dessous précise au regard des 5 rencontres, l'objectif global et spécifique, les besoins pour atteindre l'objectif, le degré de participation de Madame P (baromètre des étapes du changement p 47), le rôle mobilisé par le professionnel à la demande de Madame P (les 7 rôles p 43) et les actions mises en place.

Les éléments marquants :

La situation de Madame P met le focus sur une des capacités intrinsèques qu'est la mobilité et prend aussi en considération l'aspect environnemental de son lieu de vie.

Il est tout à fait possible d'imaginer que le professionnel de la santé qui accompagne Madame P soit de formation plus holistique (ex. infirmier) ou plus spécifique dans le mouvement et/ou l'environnement de vie (ex. physiothérapeute, ergothérapeute). L'accompagnement entrepris par le professionnel devrait de toute manière s'adapter aux besoins de Madame P à chaque rencontre. L'approche est adaptée à son rythme et consiste en une démarche raisonnée visant l'atteinte des objectifs qui ont été fixés.

| Rencontre | Objectif général | Objectif spécifique | Besoins pour atteindre l'objectif | Participation énoncée par l'utilisateur (baromètre) | Rôle mobilisé par le professionnel ¹ | Actions mises en œuvre à la suite de la rencontre |
|---------------------------------|---|--|---|---|---|---|
| 1 ^{re} À domicile | Mme P indique vouloir « être utile et rester indépendante » Mme P veut Garder son indépendance dans sa mobilité et de pouvoir augmenter son sentiment de sécurité lorsqu'elle se déplace dans sa maison et son jardin. | | | | | Madame P a pris du temps pour lire le guide VieSA (étape 2 du guide) « <i>j'approfondis mes connaissances</i> » |
| 2 ^e À domicile | | Mme P aimerait prendre contact avec son médecin pour faire un bilan et avoir des séances avec un physiothérapeute | Mme P indique avoir besoin de se renseigner, d'évaluer le coût des séances de physiothérapie | <i>J'essaie</i> | Conseiller (pour évaluer ses besoins) | Madame P a relu des parties du guide et a demandé à sa famille et à son entourage s'ils connaissent un physiothérapeute près de chez elle |
| 3 ^e à domicile | | Mme P souhaite prendre un rendez-vous avec son médecin traitant et aimerait que le physiothérapeute puisse se déplacer à domicile pour renforcer sa capacité physique dans son environnement qui lui est familier. | Madame P a besoin d'être aidée à synthétiser sa réflexion | <i>J'essaie</i> | Chercheur | <ul style="list-style-type: none"> - Mme P a eu un RDV avec son médecin traitant. Elle a obtenu une ordonnance de 12 séances de physiothérapie. - Madame P a pu rencontrer dans un premier temps le physiothérapeute à son cabinet pour une première séance d'évaluation (d'équilibre, de force, de rapidité de marche entre autres). |
| 4 ^e Par téléphone | | Mme P veut mettre en place des actions de physiothérapie et souhaite prendre contact avec une ergothérapeute | Mme P se dit très intéressée et souhaite se renseigner sur la possibilité d'avoir une évaluation par un.e ergothérapeute | <i>Je conserve mon acquis</i> <i>J'essaie</i> | Conseiller | |
| 5 ^e À domicile | | Madame P souhaite poursuivre dans cette dynamique afin de maintenir ses acquis et continuer à trouver des solutions lui permettant d'augmenter sa mobilité et de se sentir en sécurité dans son environnement. | Madame P et le professionnel reparcourent les différentes étapes de l'itinéraire de suivi mis en place et en évaluent ensemble les objectifs globaux, spécifiques, la participation de Madame P, les apports l'accompagnement par le professionnels ainsi que les actions mises en place. | <i>Je conserve mon acquis</i> <i>Je sais comment faire</i> | Chercheur | <ul style="list-style-type: none"> - Mme P poursuit ses séances de physiothérapie - Mme P a RDV avec une ergothérapeute pour évaluer son domicile et envisager des adaptations - Mme P envisage aux beaux jours de reprendre quelques activités avec l'association de sa commune qui proposent des sorties/ promenade à thème. |

.....
¹ (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020)

Vignette 2: Monsieur J

Monsieur J, 80 ans, vit seul depuis 3 ans. Il habite un appartement de 4 pièces au 4^e étage dans un immeuble ancien. L'ascenseur est très souvent en panne. Il dit se sentir de plus en plus isolé et par moment en insécurité. Il souhaite déménager dans les prochains mois dans un lieu lui permettant de rencontrer du monde, tout en gardant son indépendance. Il indique lors du premier contact par téléphone qu'il attend du professionnel qui va le suivre de l'aider à synthétiser ses idées et à le conseiller. Il est convenu du premier rendez-vous chez Monsieur J.

Lors de la première rencontre, un entretien en face à face est mené. Durant celui-ci, le professionnel présente la démarche d'accompagnement et des rencontres à intervalles réguliers ainsi que le guide. Le professionnel lui présente les étapes, ils parcourent ensemble le guide. Il lui présente plus spécifiquement les 6 étapes qui devrait aider Monsieur J à termes à planifier des actions répondant à son objectif en débutant par l'étape 1 «*je définis ce qu'est la santé*», l'étape 2 «*j'approfondis mes connaissances*» au moyen de fiches informatives contenant des activités scientifiquement jugées comme efficaces ou prometteuses pour le renforcement de chaque domaine de santé, des recommandations basées sur les connaissances scientifiques et des astuces pour le quotidien, l'étape 3 «*j'évalue mes capacités*», l'étape 4 «*je fixe mon objectif*», l'étape 5 «*je m'oriente en proximité*» avec des informations liées aux activités et aux organismes dédiés aux seniors genevois et l'étape 6 «*je planifie mes actions*». Lors de cette présentation, Monsieur J. confirme sa volonté de déménager dans un appartement avec en encadrement de soutien et de proximité. Son idéal serait de trouver un appartement dans un quartier moins bruyant et avec des commodités de transports et de services. Monsieur J exprime le souhait de lire attentivement le guide. Le professionnel lui a demandé de quelle manière il peut l'aider et l'accompagner en lui proposant le tableau synthétique des 7 rôles. Monsieur J se dit très indépendant

et exprime le souhait dans un premier temps que le professionnel puisse mobiliser le rôle de chercheur. Ils se mettent d'accord pour convenir d'un accompagnement d'une durée de 3 mois. Ils planifient la date du prochain rendez-vous au domicile de Monsieur J.

Deux semaines plus tard, lors de la deuxième rencontre avec le professionnel, Monsieur J indique qu'il a pris le temps de parcourir intégralement le guide. Il le trouve très complet et mentionne que certains conseils donnés dans le guide sont des éléments qu'il a déjà lus auparavant et que pour la plupart il les applique déjà. Il a également pris le temps de remplir l'étape 1 du guide «*je définis ce qu'est la santé*» questions concernant le vieillissement en santé et répondre à l'étape 3 «*j'évalue mes capacités*». Il souhaite avoir plus d'informations sur les structures adaptées aux personnes vieillissantes et voir si cela pourrait correspondre à ses besoins. Sur-tout depuis la survenue récente de problèmes de santé il souhaite vraiment anticiper son futur. Son objectif spécifique dans le cadre de cet accompagnement est d'obtenir suffisamment d'informations sur les différents immeubles, les modalités d'inscription, afin d'initier une démarche d'inscription de manière autonome. Il a besoin d'informations spécifiques et souhaite être conseillé. Le professionnel lui indique des sites sur internet, et lui remet des brochures sur les différents types de logements encadrés pour que Monsieur J puisse aller aussi chercher des informations de son côté. Monsieur J souhaite planifier le prochain rendez-vous avec le professionnel d'ici 10 jours, car il souhaite se renseigner sur les différents types de logements disponibles et sur leur coût.

Lors de la troisième rencontre, Monsieur J explique l'état de ses démarches. Il s'est renseigné dans sa commune et a lu en complément la brochure «*Habitat(s) Seniors – Typologie des logements adaptés dans le canton de Genève*» (PLATEFORME des associations d'aînés de Genève, 2021). Il a également consulté le site de l'IMAD (Institution genevoise de maintien à domicile [IMAD], 2023) pour avoir des informations relatives aux immeubles à encadrement

pour personne âgée (IEPA) et a pris rendez-vous pour visiter celui de son quartier et d'un quartier limitrophe. Cependant Monsieur J a besoin d'être rassuré dans ses démarches et demande l'appui expert du professionnel pour établir la liste de questions qu'il souhaite poser lors de ses 2 visites d'IEPA. Il veut connaître les démarches nécessaires pour l'inscription. Le professionnel propose à Monsieur J de lui expliquer plus précisément les services disponibles dans un IEPA en termes de présence, d'accompagnement social et administratif, de repas en salle à manger, d'activités organisées, et d'aides et de soins. Le professionnel propose que Monsieur J puisse lister les avantages et les inconvénients de cette nouvelle perspective en prenant en compte ses problèmes récents de santé, avant de visiter les 2 IEPA. Il lui indique qu'ils peuvent convenir d'un rendez-vous téléphonique pour faire un point de situation avant la première visite. La 4^e rencontre est planifiée 4 semaines plus tard au domicile de Monsieur J.

Dans l'intervalle Monsieur J a poursuivi ses recherches sur Internet et a établi plus précisément les avantages et les inconvénients pour un futur déménagement. Il est de plus en plus convaincu de son choix de déménager dans un des 2 IEPA qu'il a visité. Mais à ce jour, il n'arrive pas à faire son choix car il les trouve très bien tous les deux. Il demande conseil au professionnel. Sur la même logique que celle entreprise auparavant sur son futur déménagement, le professionnel lui propose de faire les avantages et les inconvénients de chaque IEPA visité. Il veut vraiment à faire son choix rapidement mais sans pour autant se précipiter. Monsieur J souhaite revisiter les 2 IEPA avant de pouvoir partir quelques jours en vacances et en discuter avec sa nièce. Il souhaite entamer les démarches d'inscription à son retour de vacances. Ils conviennent de se revoir dans 15 jours à son domicile.

Monsieur J appelle le professionnel juste à son retour de sa semaine de vacances. Il lui indique avoir fait son choix et d'avoir pris rendez-vous pour s'y inscrire la semaine suivante. Monsieur J ex-

prime son soulagement sur sa décision. Il indique que son choix a pu se faire grâce aux différents supports et informations reçus et à l'accompagnement personnalisé de proximité.

Monsieur J rappelle le professionnel 1 mois plus tard pour l'informer de son inscription et qu'il prépare son futur déménagement qu'il envisage 3 mois plus tard avec l'aide de sa nièce qui est très soutenante

Le tableau ci-dessous précise, au regard des différentes rencontres, l'objectif global et spécifique, les besoins pour atteindre l'objectif, le degré de participation de Monsieur J (baromètre des étapes du changement p 47), le rôle mobilisé (les 7 rôles p 43) par le professionnel à la demande de Monsieur J, et les actions mises en place.

Les éléments marquants:

L'exemple de la situation de Monsieur J questionne l'environnement de vie, les liens sociaux.

Il est tout à fait possible d'imaginer que le professionnel soit du domaine social. L'accompagnement entrepris par le professionnel s'adapte au rythme, au besoin de Monsieur J à chaque rencontre. Le professionnel peut ainsi être amené à mobiliser différents rôles au cours de l'accompagnement

| Rencontre | Objectif général | Objectif spécifique | Besoins pour atteindre l'objectif | Participation énoncée par l'utilisateur (baromètre) | Rôle mobilisé par le professionnel ¹ | Actions mises en œuvre à la suite de la rencontre | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| 1 ^{re} À domicile | Déménager dans un appartement avec en encadrement de soutien de proximité | Recevoir de l'information sur les différents modèles de logement plus « collectifs » | M. J indique avoir besoin de lire attentivement le guide | | Chercheur | M. J a pris le temps de parcourir intégralement le guide | |
| 2 ^e À domicile | | Son objectif spécifique dans le cadre de cet accompagnement est d'obtenir suffisamment d'informations sur les différents immeubles, les modalités d'inscription, afin d'initier une démarche d'inscription de manière autonome. | M. J souhaite avoir plus d'informations sur les structures adaptées aux personnes vieillissantes et voir si cela pourrait correspondre à ses besoins M. J souhaite se renseigner sur les différents types de logements disponibles et sur leur coût. | <i>Je veux</i> | Conseiller | En complément du guide M. J : - s'est renseigné dans sa commune - a lu en complément la brochure « Habitat(s) Seniors – Typologie des logements adaptés dans le canton de Genève » | |
| 3 ^e à domicile | | Contacteur de nouvelles structures pour les visiter et avoir un avis éclairé | M. J souhaite avoir plus d'informations sur les structures adaptées aux personnes vieillissantes et voir si cela pourrait correspondre à ses besoins M. J souhaite se renseigner sur les différents types de logements disponibles et sur leur coût. | <i>Je veux</i> | Expert et conseiller | M. J : - a poursuivi ses recherches sur Internet et a consulté le site de l'IMAD pour avoir des informations relatives aux immeubles à encadrement pour personne âgée (IEPA) - a écrit les avantages et des inconvénients pour un futur déménagement. - a pris RDV pour visiter celui de son quartier et d'un quartier limitrophe - a débuté des démarches d'inscription | |
| 4 ^e Par téléphone | | Faire son choix de structure | | | <i>J'y arrive</i> | Conseiller | M. J - a revisité les 2 IEPA - s'est inscrit dans l'IEPA de son choix et envisage son déménagement dans les 3 prochains mois |
| 5 ^e Par téléphone | | Monsieur J rappelle le professionnel 1 mois plus tard pour l'informer de son inscription et que Monsieur J prépare son futur déménagement avec l'aide de sa nièce qui est très soutenante | | | | | |

.....
¹ (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020)

Partie 2

**Concepts et principes
de mise en œuvre**

Approches conceptuelles et cadre théorique autour du vieillissement en santé

Il est proposé dans ce chapitre d'aborder des concepts et des principes qui gravitent autour du vieillissement en santé et qui peuvent contribuer à un accompagnement personnalisé des usagers par les professionnels de la santé et du social.

En 2015, l'OMS définit le **vieillissement en santé** «comme étant le processus de développement et maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être» (OMS, 2020a, p.33).

Le vieillissement, ses multiples facettes et son hétérogénéité

Le vieillissement correspond à un processus d'adaptation qui s'opère toute la vie durant, et qui a pour but de maintenir une balance satisfaisante entre gains et pertes (Baltes & Baltes, 1990; Kuh et al., 2014). Le terme de vieillissement reste lié à l'âge. Le vieillissement est plus généralement appliqué aux personnes de 65 ans et plus. Il existe une très grande hétérogénéité entre les individus, et aussi dans stratification d'âge telle que: 65-74 ans, 75-84 ans, 85 et plus (Voyer & Richard, 2021) et voire même une distinction pour les centenaires (Teixeira et al., 2017). Le vieillissement peut se définir sous différents points de vue, que ce soit du point de vue biologique, physiologique (Bengtson et al., 2016), immunologique, génétique ou psychosocial (qualité de vie, choix de vie).

Le **vieillissement** est un processus naturel, évolutif, lent et irréversible qui débute dès la fécondation; il est marqué par des changements au fil du temps (OMS, 2016). Le vieillissement est un processus de durée et de vitesse variables qui évolue en fonction des ressources personnelles de chacun (Renaut, 2011). Il est marqué par des moments de transition et de transformations (Cavalli, 2007) qui demandent des capacités à faire-face variant selon les ressources accumulées ou perdues (Danefér, 2003), les ressources disponibles, le moment de leur apparition, du contexte et des expériences de vies antérieures (Carpentier & White, 2013). En conséquence, les trajectoires, y compris celles de santé, sont très diverses; elles peuvent être traversées par des moments d'affaiblissement ou d'amélioration, ce qui confère à certaines pertes un caractère réversible (Aldwin et al., 2001; Lalive d'Épinay et al., 2008).

On peut distinguer 3 modes évolutifs principaux de vieillissement: **normal ou habituel**, (celui qui se produit graduellement à l'abri des maladies ou des incapacités); **pathologique** (qui s'accompagne de maladie sévères, évolutives et, ou, d'handicaps, souvent responsables d'une perte progressive de l'autonomie et/ou de l'indépendance); **optimal** (aussi appelé vieillissement réussi) (correspondant à l'absence de maladie ou à une atteinte minime des fonctions phy-

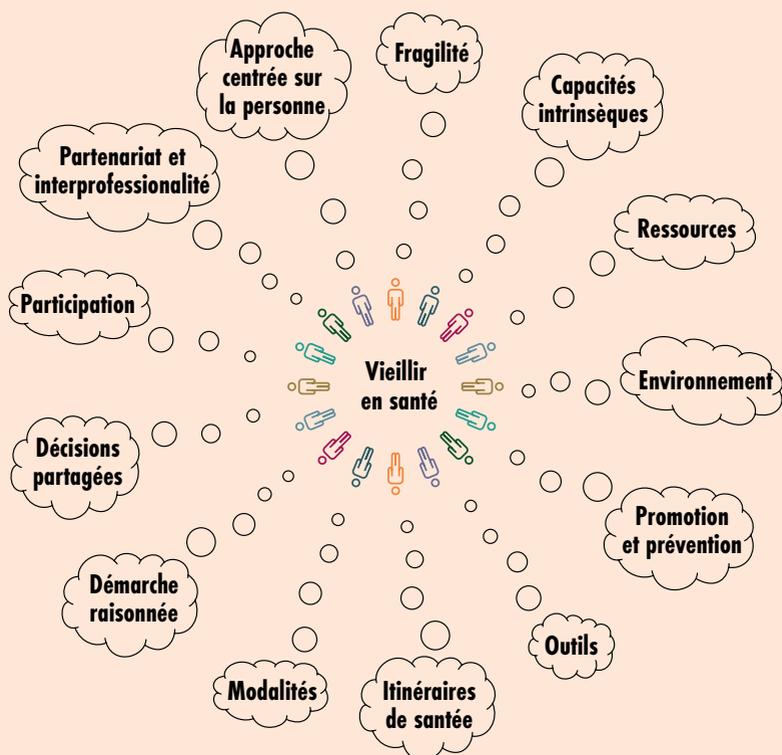


Illustration 3. Cartographie des concepts, des principes, des méthodes et des outils mobilisés pour vieillir en santé

siologiques, à un fort degré d'aptitudes physiques, cognitives et, à une vie sociale active) (Rowe & Kahn, 1997; Voyer & Richard, 2021).

→ **La population vieillissante est donc loin d'être une population homogène**

L'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, parfois multiples (co-morbidités), accroît d'autant plus le risque de dépendance. Les effets du vieillissement peuvent être très différents d'une personne à l'autre par la diversité des déficits et des pertes de toutes natures qui s'accumulent. Ces accumulations peuvent engendrer des pertes de **l'indépendance fonctionnelle** (c'est-à-dire la capacité à faire) et/ou **autonomie** (c'est-à-dire capacité à décider) (Santos-Eggimann et al., 2008). L'accumulation de déficits participe notamment à la perte d'autonomie et d'indépendance, ainsi qu'à l'isolement social (PLATEFORME des associations d'aînés de Genève, 2020). Les disparités dans les déficits qui s'accumulent au cours du vieillissement peuvent s'expliquer par les interactions, toute la vie durant, entre patrimoine génétique et ressources issues de l'environnement (conditions socio-économiques, formation, capital social, accès aux soins, etc.) (Dannefer, 2003; Santos-Eggimann et al., 2009), de même que de la capacité à s'adapter et à faire face aux différents stressors rencontrés tout au long de la vie Laura: (OMS, 2020b).

Le maintien d'une telle balance entre gains et les pertes des ressources nécessite des approches individuelles et sociales diversifiées, adaptées concertées et durables (World Health Organisation [WHO], 2019; OMS, 2020a). C'est précisément le but du programme ICOPE / SIPA (OMS, 2019) qui propose d'intégrer six domaines spécifiques (la cognition, la mobilité, la vitalité, l'humeur, la vision et l'audition), et ainsi identifier les facteurs de risques modifiables, ainsi que les déterminants de santé. Il est important de souligner que ces facteurs et déterminants sont plus difficiles d'accès pour une intervention ponctuelle, puisqu'ils s'inscrivent essentiellement dans la durée du parcours de vie (Michel & Sadana, 2017).

Le concept de fragilité

La **fragilité** est définie comme un état de vulnérabilité accrue, se traduisant par une capacité diminuée de faire face aux facteurs de stress au quotidien (Rodríguez-Mañas et al., 2013). La fragilité est le résultat d'un processus évolutif potentiellement réversible pour lequel des actions ciblées permettent d'agir sur la variabilité, l'ampleur des manifestations et de leurs conséquences (Bickel & Girardin Keciour, 2004; Moorhouse et al., 2013). Plus la fragilité est repérée précocement, plus vite des actions peuvent être mises en place et plus grandes seront les chances de freiner ou reporter les conséquences indésirables de celle-ci, dont la perte de l'autonomie et de l'indépendance sont les plus fréquentes. Selon la sévérité de la fragilité, l'altération fonctionnelle qui en résulte peut engendrer une dépendance avec un poids important pour la personne elle-même, pour les proches et pour les professionnels des systèmes socio-sanitaires. Dans la mesure où la perte de ressources est liée à l'avancée en âge, la prévalence de la fragilité augmentera avec le vieillissement de la population (Hoogendijk et al., 2019). L'identification des personnes à risque de fragilité est primordiale pour garantir la mise en œuvre, aussi rapidement que possible, des moyens d'aides et de soins adaptés (Cesari, Prince, et al., 2016), mais également pour proposer un accompagnement social adéquat, dans le but de maintenir l'indépendance. Le principe du repérage des personnes fragiles est consensuel (Vogel et al., 2014). Cependant il existe de nombreuses déclinaisons d'instruments (Dent et al., 2016) autour des 3 grands modèles de fragilité: le modèle de fragilité phénotypique (Fried et al., 2001), le modèle par accumulation des déficits (Rockwood & Mitnitski, 2007), ou le modèle de fragilité multidimensionnelle (Gobbens et al., 2010). Ces 3 approches sont à considérer de manière différente selon les leviers que les professionnels de la santé et du social souhaitent mobiliser en intervenant sur les ressources physiques, physiologiques ou biopsychosociales (Busnel et al., 2020).

- Les risques de fragilité peuvent être repérés
- La fragilité peut être réversible avec un repérage précoce, et des mesures appropriées

Vieillesse en santé

La **santé** est définie, non pas d'une façon négative ou étroite, comme consistant en l'absence de maladie ou infirmité, mais d'une façon positive et large, comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social », dont la possession devrait faire partie de l'héritage légitime de « *tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (OMS, 1948, p.1).

La **santé** est influencée par l'ensemble des références acquises par la personne dans sa communauté d'appartenance (**culture**), par les différentes grilles de lectures et interprétations du monde (**représentations**), par les règles, les lois et normes, les habitudes et coutumes présentes dans la même communauté (**normes sociales**) (Saam, 2021), par l'adhésion et l'importance attribuée à des idées, des valeurs, des opinions (**croyances**) (Jongen et al., 2017).

En 2015, l'OMS apporte un message sur le **vieillesse en santé** centré non plus sur les problématiques de santé (OMS, 2020a, p.33) mais sur les a) **capacités intrinsèques** de l'individu, b) **l'environnement** (physique et social) et c) sur l'interaction entre les capacités intrinsèques et l'environnement qui représente les **aptitudes fonctionnelles** de l'individu et **les ressources** à mobiliser, pour maintenir le plus longtemps un vieillissement en santé avec des soins intégrés à la personne (Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016).

Les 6 domaines principaux de la capacité intrinsèque sont : **la cognition, la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition et psychologie**. Les 2 autres domaines contribuant à développer et maintenir les aptitudes fonctionnelles et favorisant le bien-être sont de l'ordre social : **soutien aux aidants** et **soutiens sociaux** (OMS, 2017, 2019)

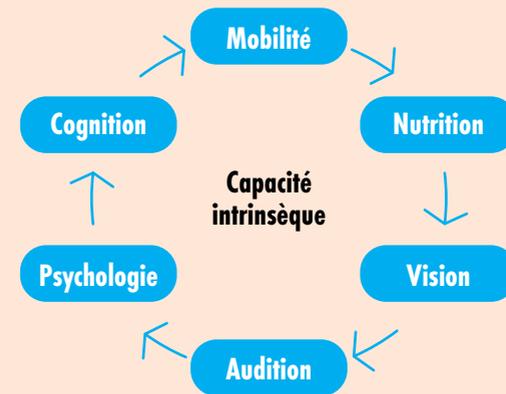


Illustration 4. Illustration des capacités intrinsèques de l'OMS (OMS, 2019)

Le programme « Soins intégrés aux personnes âgées » (SIPA) (OMS, 2019) a pour objectif de prévenir la dépendance des personnes âgées en repérant précocement les facteurs de fragilité. Le programme SIPA se décline en 5 étapes clés :

- 1) **le dépistage** des personnes avant une perte excessive de leurs ressources,
- 2) **l'évaluation** axée sur la personne dans les soins primaires,
- 3) **l'élaboration d'un plan de soins personnalisés** incluant une prise en charge multidisciplinaire et visant le vieillissement en santé
- 4) **l'orientation dans une filière pour un suivi**
- 5) la **mobilisation de la communauté et le soutien des proches aidants.**

Ce programme peut s'appliquer pour les 6 domaines des capacités intrinsèques ainsi que pour l'environnement, le soutien social et les proches aidants (OMS, 2019).

Avec une approche axée sur le vieillissement en santé et les ressources à mobiliser dans un environnement de proximité, le champ des interventions s'élargit considérablement par une **approche multidimensionnelle** ciblant les **ressources physiques** (mobilité, gestion de la douleur), **vitalité, cognitives** (stimulations), **sensorielles** (avec des dispositifs tels que les lunettes, appareils auditifs), **psychologiques** (sentiments de dépression / anxiété) (OMS, 2019), **environnementales** (adaptation logement, accessibilité aux infrastructures et transports, liens sociaux) et **proches aidants** (soutien de proximité) (OMS, 2017).

Promotion et prévention

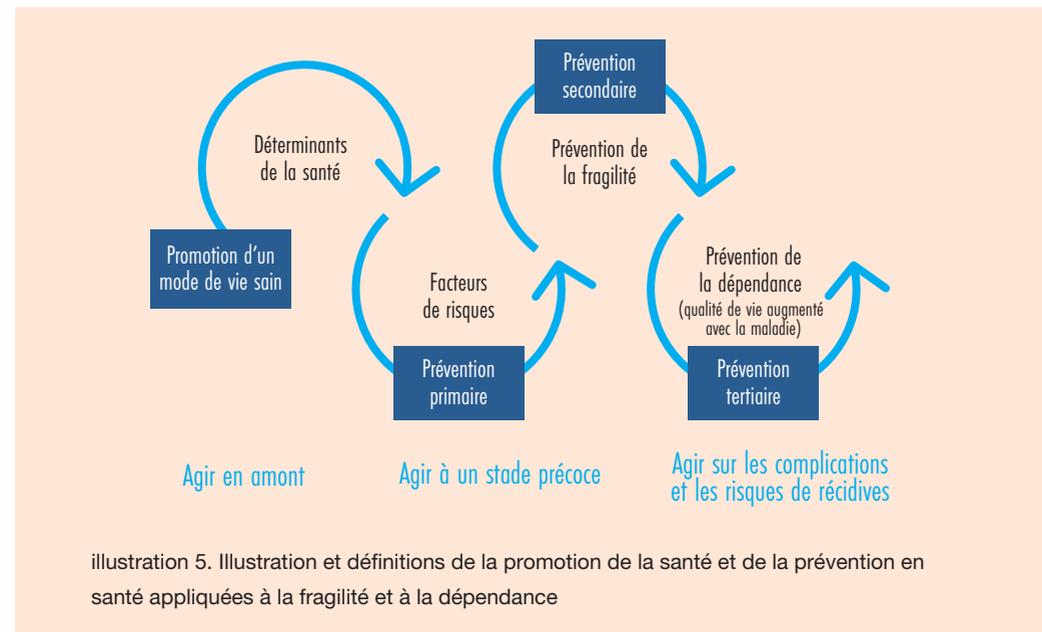
La promotion, la prévention primaire, secondaire et tertiaire sont des termes qui renvoient à des objectifs spécifiques et distincts. Ainsi, la promotion de la santé « *représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.* » (OMS, 1999, p.12).

La **prévention primaire** « *vise à empêcher l'apparition de certaines maladies ou traumatismes en réduisant les facteurs de risques. Elle fait appel à des mesures individuelles, liées par exemple à l'alimentation, l'activité physique, les dépendances ou vaccination* » (Haefliger et al., 2016, p.14).

La **prévention secondaire** « *consiste à interrompre le développement et limiter les conséquences d'une maladie [...], elle comprend principalement des mesures de dépistage et de prise en charge précoce* » (Haefliger et al., 2016, p.14)

La **prévention tertiaire** « *agit en aval des maladies et traumatismes pour éviter ou limiter les complications et les rechutes [...] activités cliniques menées après le diagnostic y.c les actions de réadaptation éducation thérapeutique du patient* » (Haefliger et al., 2016, p.14)

S'il est souvent présenté la promotion de la santé et des 3 niveaux de préventions santé de manière dissociée, il pourrait être intéressant de les aborder de manière plus intégrée. Cela pourrait permettre de proposer à la population des actions complémentaires répondants aux différents objectifs de la promotion et prévention en santé notamment dans le cadre du vieillissement (illustration 5).



Les approches du vieillissement en santé sont de plus en plus promues, à l'instar du « vieillissement actif en bonne santé » qui vise à promouvoir des modes de vie sains quel que soit l'âge (Commission Européenne, 2021). Le concept du vieillissement en santé est par conséquent dynamique et applicable tout au long de la vie et n'intègre pas seulement une évaluation de l'état de santé à un moment donné.

Le vieillissement en santé fait appel à différentes « dimensions ». La multidimensionnalité des interventions de prévention et de promotion du vieillissement en santé nécessite, par définition, un recours à des modèles définissant des interventions complexes (Bryce et al., 2018; Luig et al., 2018).

- **Dans une approche visant les besoins individuels, des actions de prévention peuvent être mises en place quel que soit le niveau de santé de la personne**
- **Les interventions visant à maintenir la santé est un concept multidimensionnel qui est plus que l'absence de la maladie, elle intègre le maintien des aptitudes fonctionnelles à savoir la capacité à faire ce qui est important pour soi (OMS, 2020a), les perceptions et ses propres mesures rapportées sur sa santé (Weldring & Smith, 2013)**

Pour aller plus loin

Organisation mondiale de la santé. (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la santé. (2019). Soins intégrés pour les personnes âgées. ICOPE. Manuel - Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires.

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. <https://www.afro.who.int/fr/publications/manuel-conseils-sur-levaluation-et-les-filierees-axees-sur-la-personne-dans-les-soins>

Weber, D. (2022). *Promotion de la santé pour et avec les personnes âgées – Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique. Rapport 10*. Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-12/Rapport_010_PSCH_2022-11_-_Promotion_de_la_sante_pour_et_avec_les_personnes_agees_0.pdf

De l'approche centrée sur la personne au partenariat en santé

Partenariat et interprofessionnalité

Le **partenariat** est une relation de coopération entre le l'utilisateur³, ses proches, les professionnels de la santé et du social. Il s'inscrit dans une dynamique d'interaction et d'apprentissage qui reconnaît l'autodétermination du « patient », la prise de décision libre et éclairée et l'obtention de résultats optimaux en matière de santé (Deschênes et al., 2014; Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2015).

Une **collaboration interprofessionnelle** incluant les usagers, proches aidants, entourage, les professionnels est primordiale pour des soins de qualité, sécurisés, prenant en compte leur utilité, leur durabilité et leur coût et visant ainsi une optimisation des soins (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2020). Elle s'appuie sur des modèles de prise en soin tels que le **Chronic Care Model** (Bodenheimer et al., 2002) ou le **Montreal Model ou le modèle de Montréal** (Pomey et al., 2015). Le **modèle de Montréal** est un dispositif de participation des patients. **Il assemble les connaissances de l'expertise des « patients » et des professionnels de la santé et du social dans l'organisation des soins, la définition des objectifs thérapeutiques, considérant le « patient » comme un acteur et un partenaire à part entière** (Pomey et al., 2015). Les éléments de la collaboration incluent le respect, la confiance, la prise de décision partagée et les partenariats (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2021), et la communication adaptée, précise entre l'utilisateur et le professionnel (Sharma et al., 2015).

Le modèle de Montréal se base sur l'approche centrée sur la personne (Stewart, 2001), considérant cette dernière comme un tout, interagissant avec son environnement et ayant une expertise expérimentielle, des préférences, des besoins et des objectifs propres (WHO, 2015).

Dans cette optique, les partenaires travaillent ensemble en « **inter-professionnalité** » pour atteindre des objectifs communs (Coulter, 1999). Le **savoir expérimentiel** de l'utilisateur est complémentaire du savoir clinique du professionnel de la santé (Pomey et al., 2015).

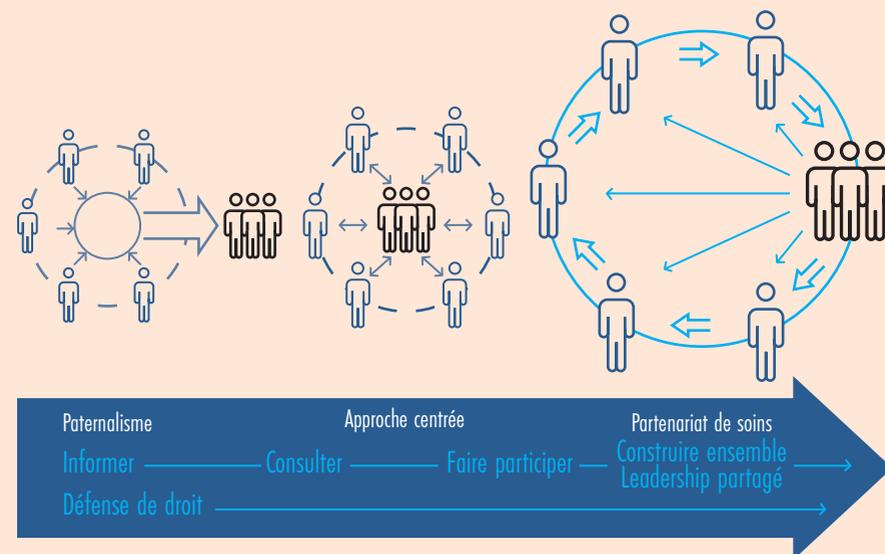


Illustration 6. Evolution des approches (Pomey et al., 2015)

³ Pour rappel le terme d'**usager** est utilisé comme « personne concernée », « bénéficiaire » et comprend également le terme de « patient ».

Participation

La participation est une implication dans une situation de la vie réelle d'un usager. La participation va au-delà de la formation des usagers, elle implique de partager une part du pouvoir (Meinster, 1977). Elle se compose de **l'empowerment** (sentiment d'avoir un pouvoir d'influence) et de **l'autonomie** (sentiment de liberté perçue). L'empowerment est également l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Ischer & Saas, 2019). Il est défini comme un accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie, c'est le développement du sentiment d'une plus grande capacité, d'une maîtrise et contrôle interne, permettant d'agir sur sa vie, sa santé et de surmonter les obstacles externes (Cyril et al., 2016). L'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir et celle du processus d'apprentissage pour y accéder (Bacqué & Biewener, 2013). Chaque individu est le meilleur expert de sa propre vie (Pascale, 2017). Il est important de considérer le **savoir expérientiel** qui peut se définir comme un ensemble de savoirs issus de l'expérience dans la vie quotidienne, mis en relation ou non avec la connaissance (Flora, 2013; Jouet et al., 2010).

L'autonomisation de l'utilisateur est le processus par lequel l'utilisateur est amené à renforcer sa capacité de décision et d'action en vue de soutenir sa capacité à décider pour soi (Ministère de la culture, 2020). L'autonomisation et l'empowerment des usagers consistent à reconnaître les moyens dont ils disposent pour s'exprimer. Il s'agit ainsi de leur permettre de développer leurs compétences et ressources communautaires dont ils ont besoin pour qu'ils puissent faire des choix, prendre des décisions efficaces concernant leur propre santé, accéder et utiliser les services de santé, et ainsi de participer et s'engager dans des activités sociales (WHO, 2015).

La **participation** active des usagers stimule leur indépendance, renforce leur autonomisation, et augmente leur adhésion aux projets en adéquation avec leurs besoins. Elle renforce la cohésion sociale,

l'égalités des chances auprès de personnes vulnérables et favorise l'implémentation des programmes ou des projets sur le long terme (Ischer, 2019).

Le niveau de participation des usagers peut varier et s'appliquer dans les soins comme dans l'enseignement, la recherche ou l'élaboration des politiques de santé par exemple. Le continuum de l'engagement des usagers (Cf Tableau 1) peut aller de la simple information à un réel partenariat.

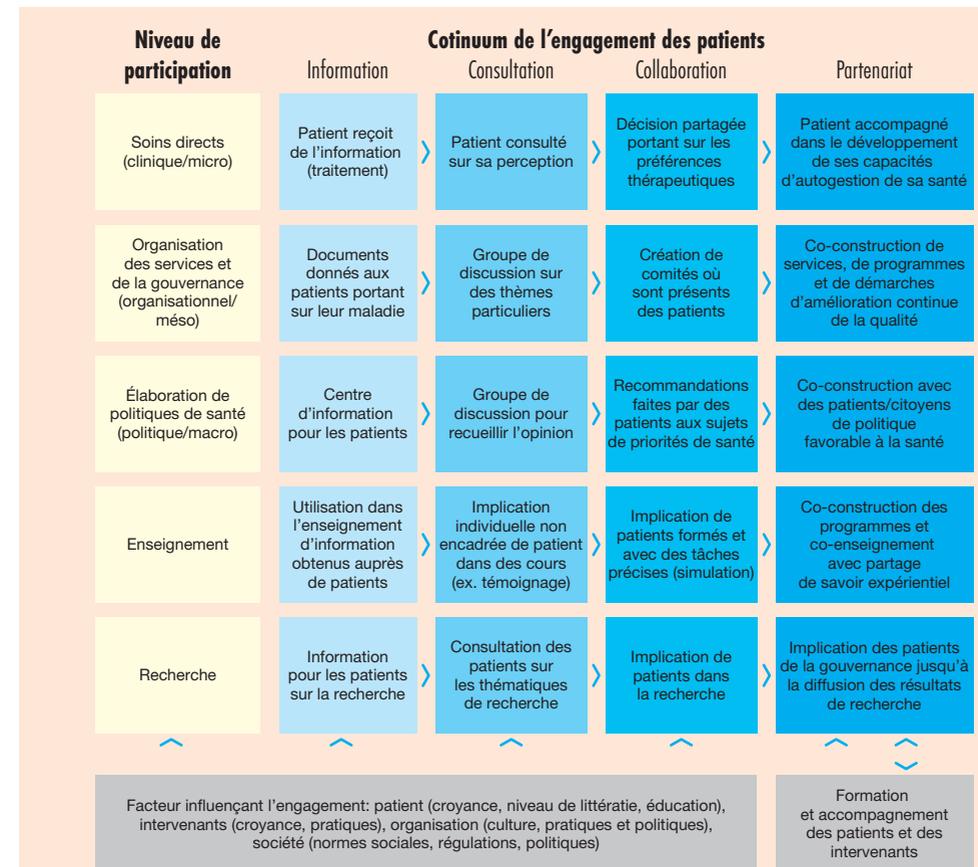


Tableau 1. issue de (Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], 2019)

Les décisions partagées et co-construction des programmes de santé

La planification des « soins » (ou d'une manière plus large des prestations de santé) axée sur les objectifs co-construits (Goal Direct Care Planning - GDPC) est l'une des nombreuses façons d'appliquer une approche interprofessionnelle basée sur le partenariat. C'est un parcours itératif, non linéaire, avec une identification des besoins, l'évaluation et la planification des interventions dans un processus continu et adaptatif tout au long de l'épisode de l'intervention (Pascale, 2017). L'accompagnement consiste à déterminer « où se situe la personne » dans sa réflexion concernant son vieillissement en santé, « que vise la personne » et quels sont ses objectifs et « comment elle va y arriver » selon son projet et les moyens qu'elle envisage.

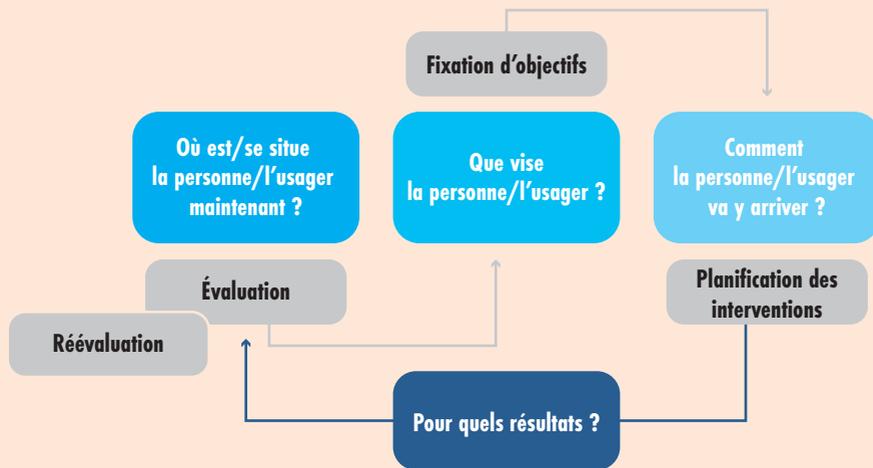
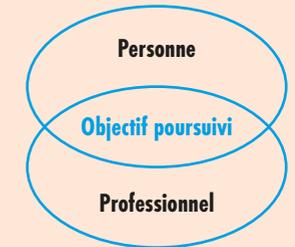


Illustration 7. Les étapes d'évaluation, de fixation des objectifs et de planification des interventions adapté de (de Pascale, 2015, p.7).

Dans la perspective d'un partenariat et de co-construction, l'accompagnement d'un usager, par le professionnel, est guidé par les besoins de la personne. Il repose sur une réflexion commune visant la mise en place d'action(s) nouvelle(s) répondant à l'objectif initial de la personne (Illustration 8).

Processus de réflexion et d'actions



Processus d'accompagnement

Illustration 8. illustration du partenariat avec une identification de l'objectif commun poursuivi

Pour aller plus loin

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals]. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

World Health Organization. (2015). WHO Global strategy on integrated people centred health services 2016-2026. WHO. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>

Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP]. (2019). Impliquer les personnes concernées, à tous les niveaux. *SPECTRA*, 125. <https://www.spectra-online.ch/fr/spectra/actualites/impliquer-les-personnes-concernees-a-tous-les-niveaux-799-29.html>

Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM]. (2020). La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé. Charte 2.0. Berne: ASSM. <https://www.samw.ch/fr/Projets/Apercu-des-projets/Interprofessionnalite/Publications-Interprof.html>

Les principes et modalités d'un itinéraire de santé

Cadre conceptuel de l'itinéraire de santé

Un **itinéraire en santé**, c'est un ensemble de méthodes et d'instruments permettant de mettre d'accord les membres d'une équipe interprofessionnelle (yc usager et ses proches) sur les tâches à accomplir pour mener à bien un projet santé (Vanhaecht et al., 2011).

L'**itinéraire VieSA**, est un programme dont le but est d'optimiser le vieillissement en santé, à l'appui de méthodes (démarches raisonnées) et d'instruments (outils spécifiques) destinés aux usagers et aux professionnels de la santé et du social.

Les principes d'un itinéraire en santé

Pour rappel (Cf p 33), les étapes clé d'une intervention se basant sur le programme SIPA (OMS, 2019) sont au nombre de 5:

1. le **dépistage** des personnes avant une perte excessive des ressources,
2. l'**évaluation** axée sur la personne dans les soins primaires,
3. l'**élaboration d'un plan de «soins»** personnalisé incluant une prise en charge multidisciplinaire et visant le vieillissement en santé
4. l'**orientation** dans une filière pour un suivi et,
5. la **mobilisation de la communauté et soutien aux proches aidants**.

Une des retombées essentielles du projet VieSA est la mise en lumière de 4 fondements à l'élaboration d'un itinéraire de vieillissement en santé (Illustration 9) par **une mise à disposition d'une information** 1) **actualisée et fiable** (i.e. basée sur les résultats scientifiques), 2) **accessible, compréhensible** (i.e. favorisant l'augmentation des connaissances en santé des usagers), 3) **accompagnée** si besoin par un professionnels de la santé et du social, imaginées comme 4) **interventions adaptées à chacun**. Ces éléments sont à considérer dans le cadre de la mise en œuvre d'un cheminement pour une personne dans une perspective d'un vieillissement en santé optimisé, renforcé.

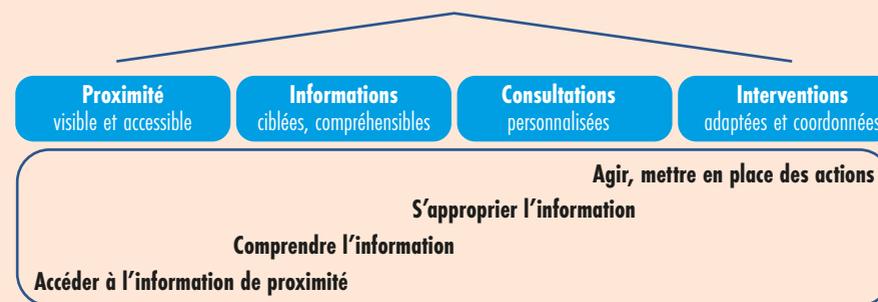
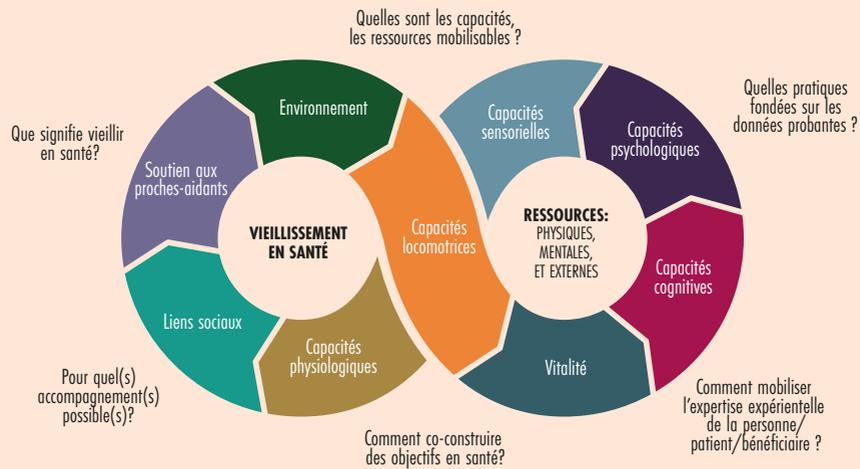


Illustration 9. Les fondements de l'élaboration d'un itinéraire selon VieSA

L'ensemble de ces contenus doit pouvoir être mobilisé par les professionnels, notamment pour permettre aux usagers de mieux comprendre ce qu'est la santé, le vieillissement en santé, sur ce qui permet d'optimiser un vieillissement en santé au travers des capacités et les ressources mobilisables. Le professionnel devrait intégrer l'expertise expérientielle de l'usager, pour coconstruire un objectif atteignable et faciliter la mise en œuvre de moyens et d'accompagnement. Ces différents composants constitue pour le professionnel une aide à une démarche raisonnée.



«*source: PresentationGO www.presentationgo.com»

Illustration 10. Les composants d'accompagnement des usagers dans un itinéraire en santé VieSA incluant les 6 domaines de la capacité intrinsèque et de l'environnement

Les différents rôles

Accompagner une personne dans son itinéraire de santé, soutenir sa participation active, pour atteindre les buts qu'elle s'est fixée, nécessite de la part du professionnel de la santé et du social de mobiliser des compétences spécifiques. Pour contribuer à la co-construction d'objectif dans le cadre d'une intervention personnalisée et de proximité en santé, selon le modèle de Kessler et Von Rohr (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020) et du Canadian Society for Exercise Physiology (The Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) et al., 2021) , le professionnel dispose d'un panel de **7 rôles** mobilisables selon les besoins de l'usager. Parmi eux figurent le rôle d'observateur, considéré comme le moins directif jusqu'au rôle de dirigeant considéré comme au plus directif. Entre ces 2 polarités on retrouve les rôles : de modérateur, de chercheur, de conseiller de formateur et d'expert (Mastromauro & Busnel, 2024) (Tableau 2). L'accompagnement repose sur une mobilisation alternative de ces différents rôles, en fonction des besoins de l'usager et du déroulement de l'itinéraire.

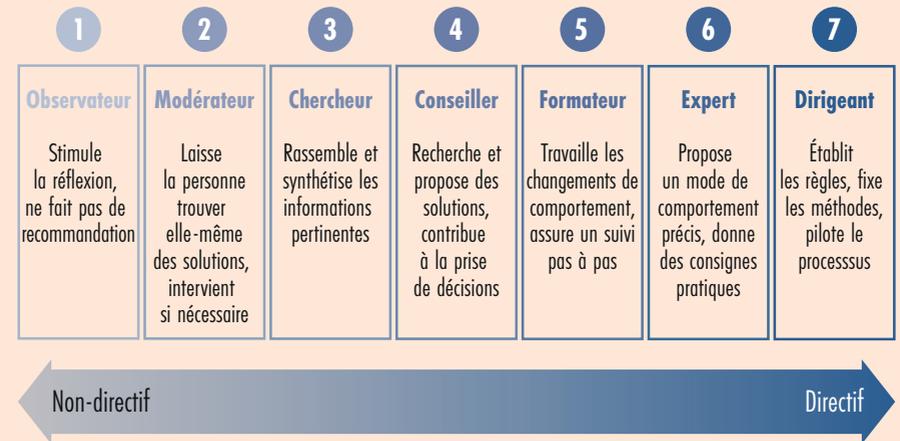


Illustration 11 Les différents rôles à adopter lors d'un accompagnement en promotion de la santé adaptés de Kessler & Rudolf von Rohr, 2020

Tableau 2. Des 7 rôles et intentions visées

| Rôle | Intentions visées |
|-----------------|---|
| 01. Observateur | Stimule la réflexion sans faire aucune recommandation |
| 02. Modérateur | Laisse la personne trouver par elle-même des solutions. Intervient si nécessaire pour aider la personne dans sa réflexion |
| 03. Chercheur | Rassemble les informations importantes pour la personne, les analyses et les communique sans donner d'autres informations ou conseils supplémentaires |
| 04. Conseiller | Aide la personne à rechercher des ressources, l'assiste dans l'évaluation des alternatives et contribue à la prise de décision |
| 05. Formateur | Travaille sur les changements de comportements avec la personne et assure un suivi pas à pas |
| 06. Expert | Propose un mode de comportement spécifique et des données des consignes pratiques |
| 07. Dirigeant | Etablit les règles et les méthodes suivre de manière directive |

Le détail des 7 rôles, accompagnés d'exemple, est accessible dans la partie « Boîte à outil »

Pour aller plus loin

Kessler, C., & Rudolf von Rohr, C. (2020). *Consultations pour la promotion de la santé des personnes âgées. Aide à la mise en œuvre pour les acteurs de la promotion de la santé des personnes âgées*. Promotion Santé Suisse. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure_PSCH_2020_12_-_Aide_a_la_mise_en_oeuvre_Consultations_0.pdf

Mastromauro, L., Ashikali, E. M., & Busnel, C. (2023). Vieillissements en santé: Les rôles clés des professionnels pour un accompagnement personnalisé. *Soins infirmiers*, 12, 68-70. <http://www.sbk.ch/fr/intranet.html>

Chapitre 4.

Les modalités d'accompagnement dans le cadre de l'itinéraire VleSA

Pour rappel, l'**itinéraire VleSA**, est un programme dont le but est d'optimiser le vieillissement en santé, à l'appui de méthodes (démarches raisonnées) et d'instruments (outils spécifiques) destinés aux usagers et aux professionnels de la santé et du social.

Modalités du suivi et démarches raisonnées

Le suivi, tel qu'il a été mené dans VleSA, est conduit sur une durée de 4 mois maximum. Mais hors de l'étude, cette durée peut être adaptée. Il est jalonné de rencontres (entretiens à domicile ou à distance) qui ont pour buts 1) de faire connaissance et présenter les outils (rencontre 1), 2) de préciser les besoins et spécifier les objectifs (rencontre 2), 3) d'ajuster / maintenir / renforcer les actions (rencontre 3) et ajuster / maintenir / renforcer (rencontre 4). Le nombre de rencontres utilisé dans VleSA peut être augmenté, en fonction des besoins et de la durée de l'accompagnement. A chaque rencontre, l'objectif général, les objectifs spécifiques, les besoins, le degré de participation de l'utilisateur, le rôle attendu et mobilisé par le professionnel sont définis, et les actions à mener/garder/changer sont précisées.

L'évaluation de l'atteinte des résultats obtenus quel qu'il soit, est essentielle pour maintenir ou renforcer la motivation à poursuivre l'objectif et les actions mises place ou à les ajuster en fonction des besoins et du rythme de l'utilisateur

Les modalités d'accompagnement sont détaillées dans le guide VleSA (Busnel et al., 2024). Elles ciblent notamment sur les ressources internes (capacités intrinsèques) et les ressources externes (environnement) à identifier.

L'accompagnement selon l'itinéraire VieSA repose sur une série de rencontres dont le contenu dépend du rythme de l'utilisateur dans son itinéraire et suit une démarche raisonnée. Idéalement chaque rencontre permet un point de situation pour déterminer « où se situe la personne/l'utilisateur », quels sont ses objectifs, et « comment elle/il va y arriver » selon son projet et les moyens qu'elle envisage. Ce processus permet d'ajuster les objectifs fixés, les interventions planifiées, et éventuellement les résultats attendus.

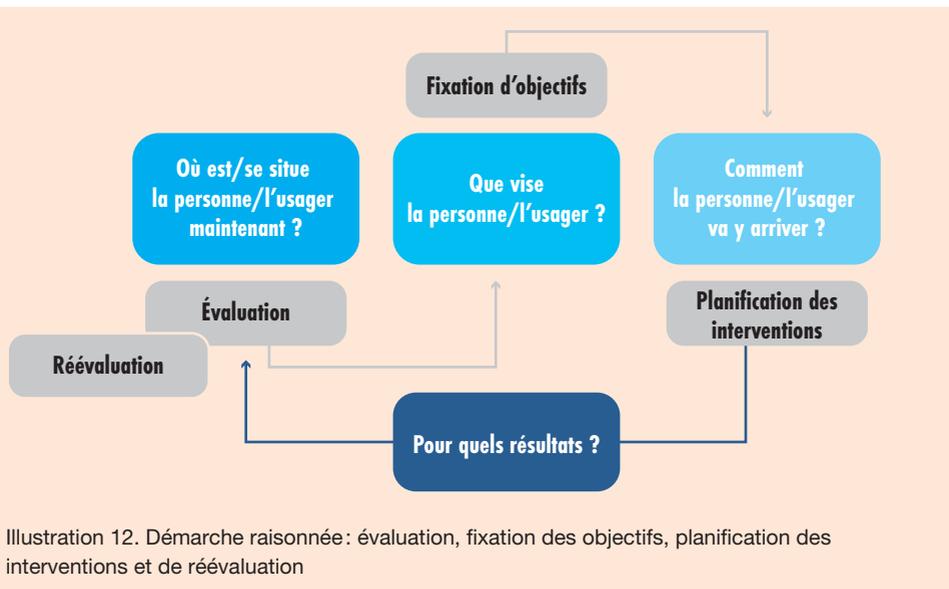
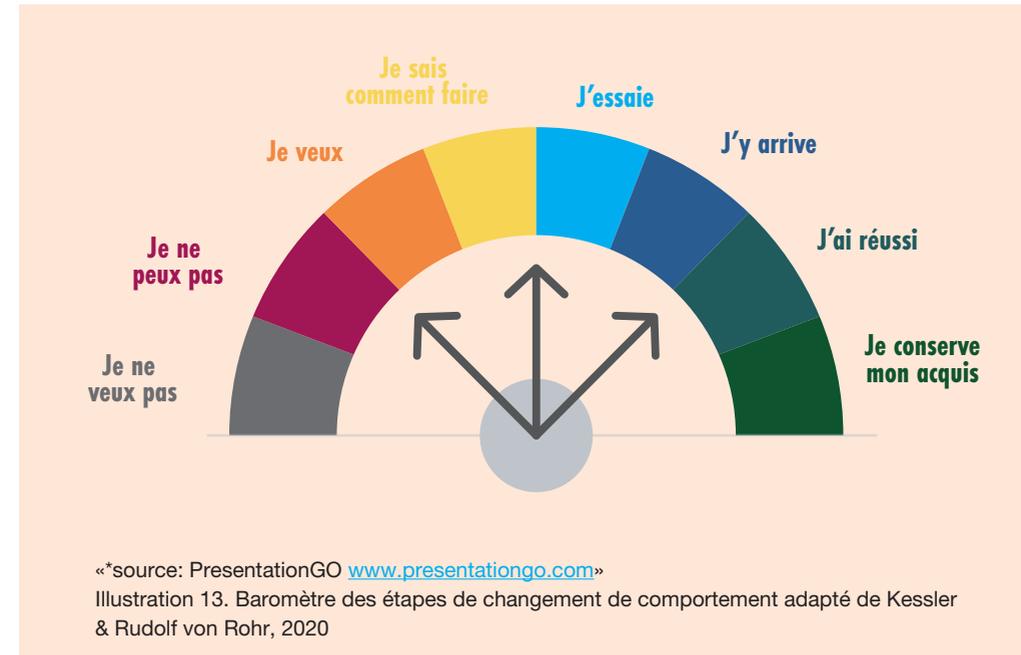


Illustration 12. Démarche raisonnée : évaluation, fixation des objectifs, planification des interventions et de réévaluation

Pour comprendre l'évolution de la personne dans son itinéraire de santé, le professionnel de la santé ou du social peut s'appuyer sur les étapes de changement décrites par Kessler et collègues (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020), en s'inspirant du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (Prochaska & DiClemente, 1984). Selon la proposition de Kessler et collègues (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020) le modèle peut être représenté sous forme d'un baromètre allant de « je ne veux pas » à « je conserve mon acquis » (Illustration 13).



«*source: PresentationGO www.presentationgo.com»

Illustration 13. Baromètre des étapes de changement de comportement adapté de Kessler & Rudolf von Rohr, 2020

L'interface entre l'accompagnement du professionnel et les objectifs visés se matérialise, se concrétise par un programme de santé personnalisé. Le programme de santé proposé VieSa résulte de son étude de faisabilité menée dans le projet.

| | |
|---|---|
| Public cible | Toutes personnes souhaitant s'inscrire dans un processus de santé optimisé |
| Objectifs globaux | <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la mise en place de moyens de prévention favorisant le vieillissement en santé - Lutter contre les risques de fragilité et de déclin fonctionnels |
| Objectifs spécifiques | <p>Construire en partenariat des interventions ciblées personnalisées facilitant le vieillissement en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'expression et accéder à la vision de la santé de la personne afin qu'elle puisse évaluer ses ressources, ses besoins - Poser des questions ouvertes - Pratiquer une écoute active, encourager, synthétiser - Identifier, valoriser et soutenir ses ressources intrinsèques/extrinsèques |
| Les objectifs du professionnels santé/social | <ul style="list-style-type: none"> - Développer les divergences et faire avec la résistance, l'ambivalence - Identifier et favoriser l'implication, le degré d'engagement, la motivation - Accompagner à la priorisation des besoins/souhaits, à l'identification des intentions et/ou objectifs poursuivis, à la prise de décisions - Renforcer les étapes du changement - Accompagner, orienter, coordonner si besoin - Réévaluer si besoin |
| Les instruments et les supports | <ul style="list-style-type: none"> - Guide VieSA version détaillée (Busnel et al., 2024) et courte (Ashikali et al., 2024) - Auto-évaluation SIPA (Boîte à outils) - Baromètre situationnel (Boîte à outils) |

Les ressources à mobiliser

- Les ressources intrinsèques, motivationnelles, expérientielles de la personne
- L'expertise professionnels des intervenants de la santé et du social

Les rencontres de suivi basées sur le projet VieSA

Les rencontres proposées ici sont à titre indicatives en termes de nombre. L'intervalle entre 2 rencontres ainsi que la durée totale du suivi vont dépendre de l'usagers (rythme et cheminement) vers des objectifs poursuivis.

- Rencontre 1 : Rencontre, prise de contact (faire connaissance, présentation du dispositif guide, supports, état des lieux des besoins, niveau motivationnel, perspective souhaitée)
Le professionnel indique les différentes modalités de suivi, la durée des rencontres, leur fréquence, la durée de l'accompagnement pour mettre en place l'itinéraire de suivi.
- Rencontre 2 : Identification et priorisation des objectifs, de manière spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini (SMART) (Doran, 1981; Steffens & Cadiat, 2015), état des lieux des besoins, niveau motivationnel
- Rencontre 3 : Renforcement/ maintenance, état des lieux des besoins, niveau motivationnel, ajustement, valorisation, suivi
- Rencontre 4 : Renforcement/ maintenance, état des lieux des besoins, niveau motivationnel, ajustement, valorisation, bilan et clôture

Modalités de rencontre

Il est suggéré que les 2 premières rencontres se fassent en entretien face à face et en présentiel (compter au moins 1h) Les suivantes peuvent être réalisées selon d'autres modalités (téléphone, visioconférence...) et selon les besoins et les disponibilités de l'utilisateur

La durée

La durée maximale testée dans le cadre du projet VieSA a été de 4 mois. Elle est à adapter au besoin de l'utilisateur et à son rythme

Conclusion

L'élaboration d'un itinéraire de vieillissement en santé permettant un accompagnement personnalisé, adapté et coordonné au besoin de chaque senior sein de la communauté nécessite d'intégrer de la part des professionnels de nombreux éléments. Ces éléments relèvent des données actualisées issues de la recherche, des parties concernées (seniors, proche aidant, professionnels de la santé et du social), de l'expertise de chacun (expertise expérientielle, professionnelle), et du contexte. Pour ce faire, les notions de partenariat, d'approches intégrant les ressources et les capacités sont fondamentales pour permettre une prévention de proximité pour tous et adaptée à tous.

Partie 3

Boîte à outils

Cette partie propose **les principaux outils mobilisés** par les participants et les professionnels du projet VieSA et qui ont été évalués comme utiles lors de l'étude de faisabilité avec des participants séniors.

Les étapes à questionner auprès des personnes / séniors autour des capacités SIPA

L'illustration proposée ci-après est un support permettant au professionnel d'expliquer à l'utilisateur les principes de l'itinéraire VieSA expliquer pas à pas dans le guide version détaillée et version courte «Guide pour un vieillissement en santé (VieSA): un parcours en 6 étapes». Figure est issue du guide (Busnel et al., 2024) et qui complète l'illustration 14 du chapitre 3 du présent document.

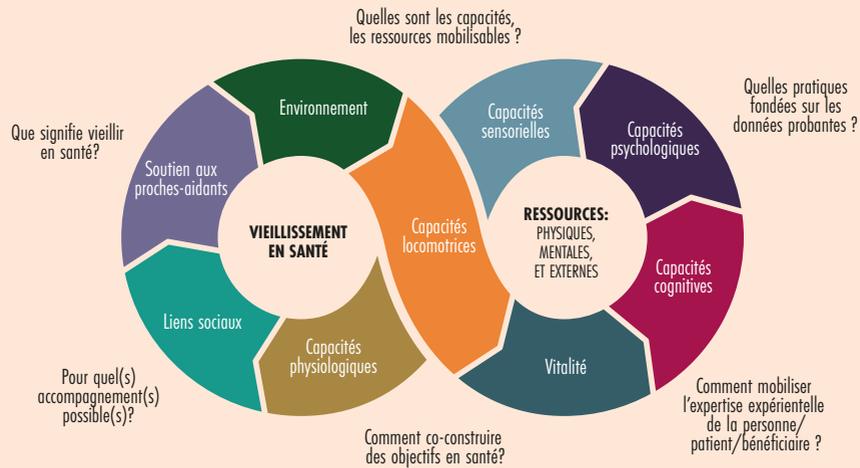


Illustration 14. Les composantes d'accompagnement des usagers dans un itinéraire en santé VieSA incluant les domaines de la capacité intrinsèque et de l'environnement et les 6 étapes à questionner par le professionnels

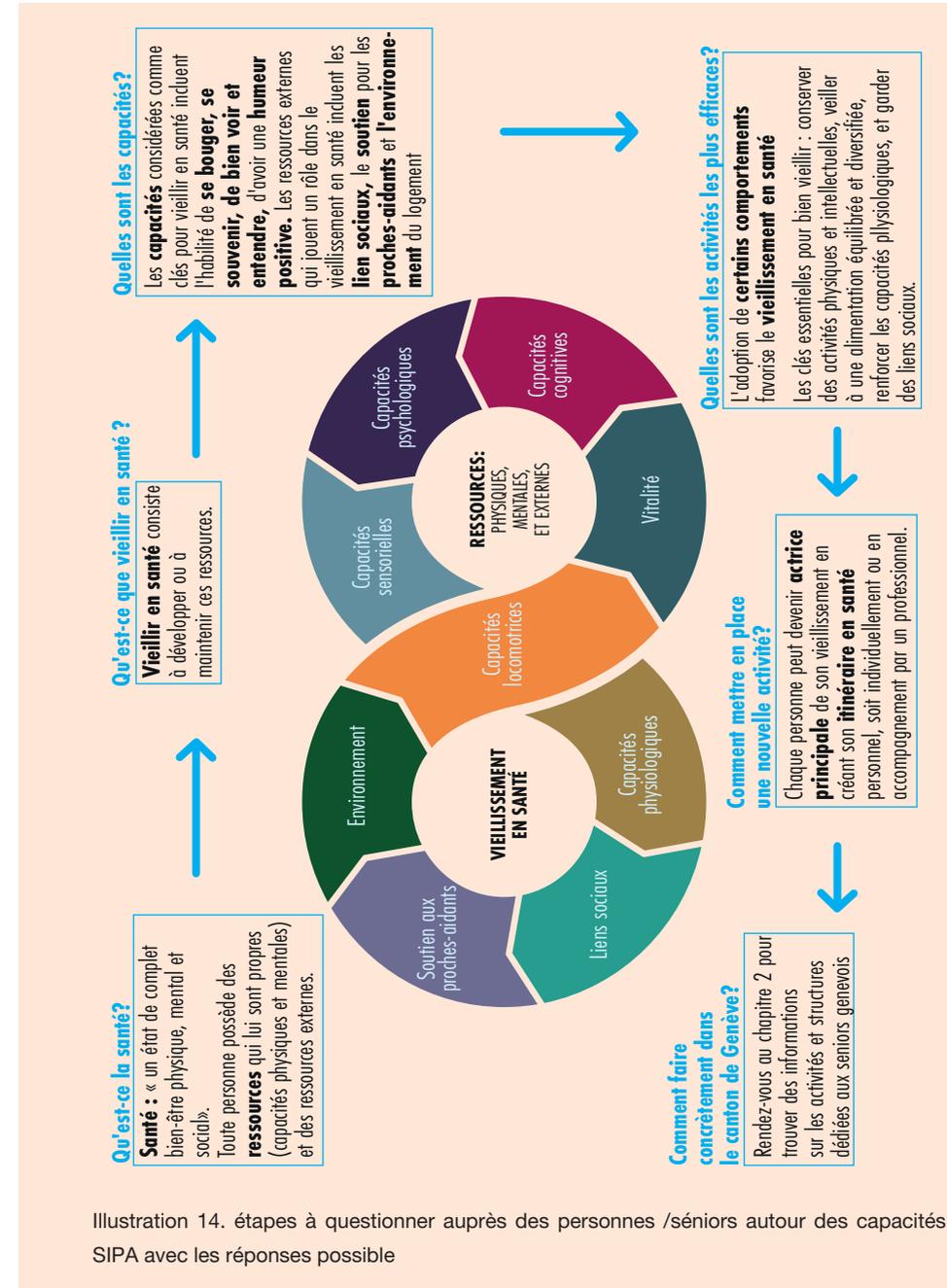


Illustration 14. étapes à questionner auprès des personnes /séniors autour des capacités SIPA avec les réponses possible

Les 6 étapes clés pour un parcours personnel de vieillissement en santé

Les 6 étapes proposées guide à la construction d'un parcours individualisé, visant la définition d'objectifs personnels et d'actions à mettre en place pour y parvenir.

- 1 La première étape encourage à la réflexion sur vision de la santé et du vieillissement en santé
- 2 La deuxième étape propose à l'utilisateur une lecture des domaines importants pour le vieillissement en santé. Le but est d'informer l'utilisateur et de lui apporter des connaissances scientifiques pour faire des choix éclairés pour sa santé
- 3 La troisième étape permet une évaluation des capacités et des ressources de l'utilisateur en vue de renforcer sa santé.
- 4 La quatrième étape concerne le choix d'un domaine de santé sur lequel l'utilisateur souhaite agir, le choix d'un objectif personnel précis, les actions à mettre en place, ainsi que les éventuels besoins pour débiter les actions identifiées.
- 5 La cinquième étape propose une orientation dans le canton de Genève vers les principaux organismes dédiés aux personnes de plus de 50 ans pour s'informer, se faire conseiller
- 6 La sixième et dernière étape propose d'établir un plan d'action précis pour mettre en œuvre le projet de vieillissement en santé



Illustration 15. Les 6 étapes clés pour un parcours personnel de vieillissement en santé

ICOPE / SIPA

Le questionnaire proposé issu du programme de l'OMS SIPA (OMS, 2019) est à faire remplir par l'utilisateur qui souhaite entrer dans un itinéraire de vieillissement en santé. Il s'agit d'une évaluation des capacités personnelles de l'utilisateur pouvant donner une indication sur les domaines qui pourraient bénéficier d'une attention ou d'un renforcement supplémentaire.

Les réponses positives aux questions ci-dessous indiquent un déclin dans le domaine concerné, à l'exception des capacités physiologiques, pour lesquelles une réponse négative peut suggérer qu'il serait bénéfique de s'informer davantage.

À noter que les indications d'un déclin des capacités ne sont que des signes et que si l'utilisateur est préoccupé par un domaine particulier, il est recommandé d'aborder la question et d'orienter l'utilisateur vers son médecin traitant.

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Capacités locomotrices | Ai-je des difficultés pour me lever d'une chaise sans appui ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je des difficultés à marcher ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je des troubles de l'équilibre ou ai-je chuté au cours des 6 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Vitalité | Ai-je involontairement perdu 3 kg au cours des trois derniers mois ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je perdu l'appétit ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

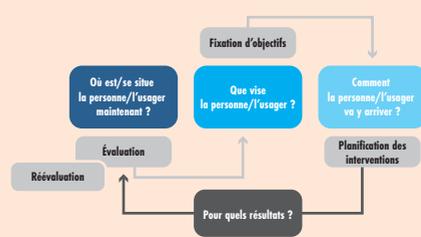
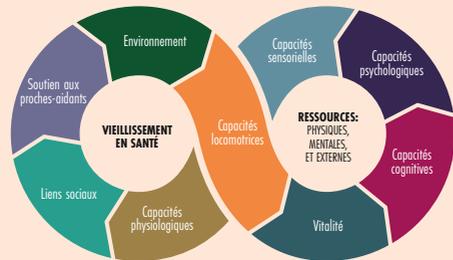
| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Capacités cognitives | Ai-je des problèmes de mémoire, par exemple ne pas savoir quel jour on est ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je des problèmes d'orientation, par exemple ne pas savoir où je me trouve ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Capacités psychologiques | Au cours des deux dernières semaines, ai-je ressenti un sentiment de dépression ou de désespoir ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Au cours des deux dernières semaines, ai-je perdu l'intérêt ou le plaisir à faire des choses ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Capacités sensorielles | Ai-je des difficultés pour voir de loin ou pour lire ? (avec mes lunettes) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je du mal à suivre les conversations dans des environnements bruyants ? (avec mes appareils auditifs) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Capacités physiologiques | Est-ce que je connais les vaccinations les plus importantes à effectuer avec l'avancée en âge ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Est-ce que je connais les dépistages et contrôles médicaux importants à effectuer régulièrement ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Liens sociaux | Est-ce que je me sens seul, est-ce que je souffre de solitude ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Environnement | Mon domicile présente-t-il des obstacles en termes d'éclairage, d'accessibilité au niveau de la salle de bains, des escaliers... ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Ai-je des difficultés à me déplacer à l'extérieur de mon domicile en raison d'obstacles tels que l'absence d'ascenseur ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Soutien aux proches-aidants | Ai-je un rôle d'aidant auprès d'un proche ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet |
| | Est-ce que ce rôle a un impact négatif sur ma vie ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet |
| | Ai-je le ressenti de ne pas avoir du soutien dans ce rôle de proche-aidant ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet |

Se référer au guide VleSA (Busnel et al, 2024)

Les étapes du plan d'intervention et exemples de question par étapes

Le support ci-dessous permet au professionnel d'identifier avec l'utilisateur la capacité à renforcer, l'objectif visé et les moyens à mettre en place au moyen d'exemple de questions à poser à l'utilisateur permettant d'établir un plan d'intervention coconstruit avec l'utilisateur.



Objectifs ciblés

| | | |
|---|--|--|
| Quelles sont les choses les plus importantes dans la vie de la personne, de l'utilisateur ? Dans sa santé ? Quels sont les objectifs possibles en santé que la personne, l'utilisateur souhaiterait poursuivre ? | Quels sont les 3 objectifs les plus importants pour elle/il ? Que fait-elle/il actuellement pour y arriver ? Quelle serait la cible idéale et atteignable dans la réalisation de ses objectifs ? | Quel est l'objectif que la personne/l'utilisateur se verrait réaliser et atteindre en premier ? Quels sont les moyens qui lui permettraient d'atteindre son objectif dans les prochaines semaines/mois ? De quel accompagnement a-t-elle/il besoin ? |
|---|--|--|

Exemple de questions

| | | |
|---|--|--|
| Quelles sont pour vous les choses les plus importantes dans votre vie ? Dans votre santé ? Quels sont les objectifs possibles en santé que vous souhaiteriez poursuivre ? | Quels sont les 3 objectifs les plus importants pour vous ? Que faites-vous actuellement pour y arriver ? Quelle serait la cible idéale et atteignable dans la réalisation de vos objectifs ? | Quel est l'objectif que vous vous verrez réaliser et atteindre en premier ? Quels sont les moyens qui vous permettraient d'atteindre votre objectif dans les prochaines semaines/mois ? De quel accompagnement avez-vous besoin ? |
|---|--|--|

Illustration 16. Démarche raisonnée (OMS, 2019; Pascale, 2015)

Les 7 rôles

Il est proposé **7 rôles** qui peuvent être mobilisés par le professionnel lors de la rencontre avec l'utilisateur selon le besoin de ce dernier. La mobilisation des rôles peut se faire de manière alternative, en fonction des besoins de la personne et du déroulement de l'itinéraire. Le professionnel peut adapter et mobiliser plusieurs rôles au cours d'une même rencontre si cela est nécessaire. Il est proposé des comportements possibles à mettre en œuvre ainsi que des exemples de questions pour chacun des 7 rôles.

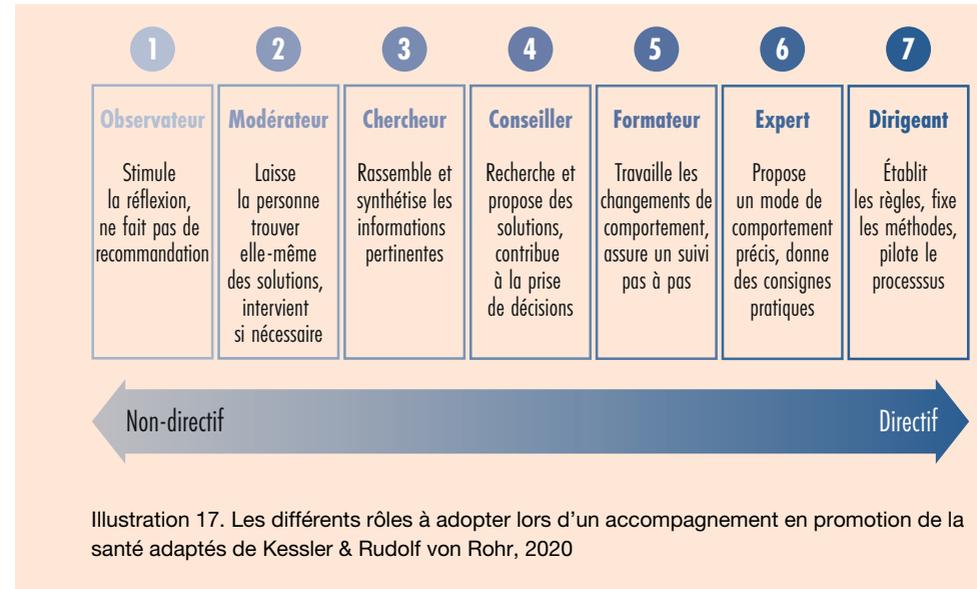


Tableau des différents rôles adapté de Kessler & Rudolf von Rohr (2020) et The Canadian Society for Exercise Physiology et al. (2021).

1. Rôle d'observateur

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Encourage la personne à identifier par elle-même ses intérêts et ses priorités en matière de santé
- ✓ Stimule la réflexion par des questions larges, ouvertes
- ✓ Encourage une discussion constructive sur les sujets importants et les aspirations au changement
- ✓ Valide la compréhension sans donner de recommandations directes
- ✓ Soulève des questions et invite à réfléchir
- ✓ Stimule la réflexion
- ✓ Ne fait pas de recommandation
- ✓ Se contente de relancer la conversation à partir des déclarations faites et laisse la personne interrogée s'épancher longuement sur un sujet ou un thème indiqué
- ✓ Formule une interrogation de départ large et ouverte.
- ✓ Relance la discussion: en écoutant attentivement, en relançant l'entretien à partir d'éléments soulevés. La parole ne doit pas être coupée. Relance la personne par une question ouverte quand celle-ci arrive en fin d'explication.

Exemples de questions à poser à l'utilisateur:

- *Globalement, qu'est qui est important pour vous? Pour votre santé? Pourquoi c'est important*
- *Qu'aimeriez-vous changer à l'avenir? Pourquoi? Comment vous projetez-vous dans ce changement? Comment pourriez-vous y arriver?*
- *De quoi avez-vous besoin?*
- *Avez-vous déjà envisagé de faire différemment?*
- *Qu'est-ce qui vous empêche d'y arriver?*
- *Quelles sont vos préoccupations par rapport au changement?*

2. Rôle de modérateur

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Explore les connaissances, les représentations, les ressources et les motivations de la personne en matière de santé Écoute attentivement et permet à la personne de s'exprimer librement
- ✓ Intervient discrètement si nécessaire pour offrir de l'aide
- ✓ Soutient en clarifiant les idées, en résumant les points clés, et en fournissant un feedback constructif pour favoriser la progression
- ✓ Intervient – si nécessaire-pour l'aider
- ✓ Donne un feed-back

Exemples de questions à poser à l'utilisateur:

- *Qu'aimeriez-vous changer à l'avenir?*
- *Qu'est-ce qui vous empêche d'y arriver?*
- *Quelles sont vos préoccupations par rapport au changement?*
- *Quelles sont les ressources que vous pouvez mobiliser? (Personnes, matériel)?*
- *Pourquoi cela est-il important pour vous?*
- *Evaluer la confiance d'attendre l'objectif identifié, sur une échelle de 1 (faible) à 10 (élevée).*
- *Susciter le discours du changement: Pourquoi votre chiffre n'est-il pas plus faible?*
- *Avez-vous déjà envisagé de faire différemment?*
- *Qu'est-ce qui vous empêche d'y arriver?*
- *Quelles seraient pour vous les meilleures solutions et pourquoi?*
- *Quelle serait la solution la plus facile à mettre en place?*

3. Rôle de chercheur/explorateur

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Rassemble et synthétise les informations importantes fournies par la personne
- ✓ Encourage la réflexion en posant des questions ciblées sur les aspirations, les préoccupations, les besoins, les solutions et bénéfices attendus, les démarches, et les ressources
- ✓ Aide à identifier les liens entre les informations tout en renforçant la motivation, la détermination et les progrès

Exemples de questions à poser à l'utilisateur :

- *Qu'est-ce qui est important pour vous ? Pourquoi c'est important ?*
- *Quel est le domaine, l'activité que vous souhaiteriez explorer ?*
- *Quels sont les bénéfices que pourraient avoir cette activité pour votre santé ?*
- *Quelle serait la solution à mettre en place ? Pourquoi cette solution et pas une autre ?*
- *Qu'allez-vous mettre en place pour y arriver, pour atteindre votre objectif ?*

4. Rôle de conseiller - coach

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Demande à la personne si elle souhaite choisir un comportement sur lequel se concentrer afin d'augmenter la probabilité de changement.
- ✓ Explore la motivation de la personne et l'accompagne à identifier des comportements spécifiques pour améliorer sa santé, et à envisager des actions concrètes, des alternatives et des ressources pertinentes disponibles
- ✓ Contribue à évaluer les besoins, les objectifs et les actions envisagées en suggérant diverses options pour enrichir la réflexion
- ✓ Aide à peser les options, à prendre des décisions éclairées, à formuler des objectifs précis, mesurables, réalistes et réalisables, alignés avec ses capacités et ressources
- ✓ Encourage une attitude positive face aux défis et aux opportunités d'apprentissage
- ✓ Fournit un soutien continu, stimule l'évaluation et ajuste le plan si nécessaire
- ✓ Incite à l'établissement d'un ou plusieurs objectifs SMART, en vérifiant que les objectifs soient réalisables, en orientant la personne vers un ou plusieurs des spécialistes ou vers un programme communautaire
- ✓ Recherche des alternatives et des ressources, aide à l'évaluation
- ✓ Propose des alternatives
- ✓ Contribue à ce qu'une décision soit prise en rédigeant avec la personne

Exemples de questions à poser à l'utilisateur :

- *Qu'est-ce qui vous motive à changer de comportement ? Quelle est la chose la plus importante ?*
- *Comment pourriez-vous intégrer ces actions de manière réaliste dans votre quotidien ?*
- *Comment allez-vous vous y prendre pour mettre en place cette nouvelle activité ?*

5. Rôle de formateur

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Évalue les connaissances de la personne et l'importance accordée, les stratégies et les ressources, clarifie les points incertains et fournit des informations
- ✓ Travaille sur les changements de comportement en fournissant des informations spécifiques, en favorisant un apprentissage actif
- ✓ Rédige avec la personne un ou plusieurs objectifs SMART.
- ✓ Assure un suivi régulier et progressif pour accompagner la personne tout au long de son processus de changement

Exemples de questions à poser à l'utilisateur :

- *Quelles sont vos connaissances actuelles sur [le sujet en question] ?*
- *Quel est votre objectif à atteindre ? De quoi avez-vous besoin pour y arriver ?*
- *Comment envisagez-vous de mettre en pratique ces connaissances dans votre vie quotidienne ?*
- *Quels obstacles pensez-vous rencontrer dans la mise en œuvre de ces changements ?*
- *Quelles ressources allez-vous mobiliser pour y arriver ?*

6. Rôle d'expert

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Évalue les connaissances de la personne et apporte des connaissances (comportements, risques, actions, traitements bénéfiques) ciblées, précises et basées sur des preuves scientifiques
- ✓ Recommande l'un des 3 comportements dont l'amélioration entraînerait le plus de bienfaits.
- ✓ Propose un mode de comportement, un plan d'action précis en donnant des consignes pratiques et adaptées
- ✓ Rédige un ou plusieurs objectifs SMART.
- ✓ S'assure que la personne comprend bien les consignes et les suit de manière appropriée
- ✓ Propose un mode de comportement précis et donne des consignes pratiques

Exemples de questions à poser à l'utilisateur :

- *Quelles sont vos connaissances actuelles sur le sujet ?*
- *Mentionnez les trois comportements les plus importants ?*
- *Indiquez-moi les étapes que vous avez suivies ?*
- *Pouvez-vous me reformuler les consignes que je viens de vous transmettre ?*

7. Rôle de dirigeant (directif +++) (participatif ---)

Comportements possibles à mettre en œuvre par le professionnel

- ✓ Établit des règles claires et détaillées, le déroulement du plan d'intervention et ses étapes à suivre
- ✓ Rédige le plan d'intervention, planification, intensité
- ✓ Notifie les attentes
- ✓ Vérifie le suivi régulier

Exemples de questions à poser à l'utilisateur :

- *Dois-je vous préciser certains points du plan ?*

Le baromètre situationnel

Le baromètre situationnel est inspiré des étapes de changement décrites par Kessler et collègues (Kessler & Rudolf von Rohr, 2020), en s'inspirant du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (Prochaska & DiClemente, 1984). Il vise à identifier les étapes où se situe l'utilisateur et des comportements adoptés par celui-ci.

Ce baromètre peut être utilisé lors de chaque rencontre par le professionnel auprès de l'utilisateur. Le professionnel cherchera à obtenir une réponse de la part de l'utilisateur en le questionnant par exemple « où vous situez-vous actuellement par rapport à l'objectif de santé qui a été posé lors de notre dernière rencontre ? ». Le professionnel pourra poursuivre par exemple en identifiant les freins, les leviers, et les ressources trouvés par l'utilisateur pour poursuivre son objectif.



Illustration 18. Le baromètre des étapes du changement

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2020). Charte 2.0 La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3888310>
- Aldwin, C. M., Spiro, A., 3rd, Levenson, M. R., & Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal findings from the Normative Aging Study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality. *Psychology and Aging*, 16(3), 450-465.
- Ashikali, E. M., Mastromauro, L., Périvier, S., Tholomier, A., Graf, C., Ionita, I., Ludwig, C., & Busnel, C. (2024). Guide pour un Vieillessement en Santé: un parcours en 6 étapes. Version courte. Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD). <https://doi.org/10.26039/g5f8-9n49>
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, 173(3), 25-32. <https://doi.org/10.3917/idee.173.0025>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 41-59. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.004>
- Bengtson, V. L., Settersten, R. A., Kennedy, B. K., Morrow-Howell, N., Smith, J., Bengtson, V. L., Settersten, R. A., Settersten, R. A., Godlewski, B., Settersten, R. A., Hayflick, L., Schaie, K. W., Bengtson, V. L., Estes, C. L., DiCarlo, N. R., Kennedy, B. K., Arbuthnott, D., Promislow, D. E. L., Moorad, J. A., Xu, M., Kirkland, J. L., Sousa-Victor, P., Neves, J., Jasper, H., Kaeberlein, M., Smith, J., Charles, S. T., Hong, J., Ngo, N., Sands, M., Isaacowitz, D. M., Uchino, B. N., Ong, A. D., Queen,

- T. L., Kent de Grey, R. G., Meisner, B. A., Levy, B. R., Hülür, G., Ram, N., Gerstorf, D., Settersten, R. A., Hardy, M., Reyes, A. M., Blieszner, R., Voorpostel, M., Wong, J. S., Waite, L. J., O’Rand, A. M., Marshall, V. W., Martin-Matthews, A., McMullin, J. A., Morrow-Howell, N., Scharlach, A. E., Moore, K. D., Hooyman, N. R., Mahoney, K. J., Sciegaj, M., Montgomery, R. J. V., Kwak, J., Kosloski, K. D., Hughes, S. L., Stolte, E., Smith-Ray, R. L., Hudson, R. B., Wacker, R. R., Roberto, K. A., Bengtson, V. L., Rowe, J. W., Cosco, T. D., Aldwin, C. M., Igarashi, H., Coleman, P. G., Schröder-Butterfill, E., Spreadbury, J. H., Ardelt, M., Oh, H., Wahl, H.-W., Oswald, F., Gavrilov, L. A., Gavrilova, N. S., Spini, D., Jopp, D. S., Pin, S., Stringhini, S., Achenbaum, W. A., Settersten, R. A., & Bengtson, V. L. (2016). *Handbook of Theories of Aging* (3 ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826129437>
- Bickel, J.-F., & Girardin Keciour, M. (2004). De l’impact de la fragilité sur la vie quotidienne. Changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge. *Gérontologie et Société*, 27 / 109(2), 63-82. <https://doi.org/10.3917/gs.109.0063>
 - Birot, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill [The McGill model]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 80(1), 28-38. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>
 - Blanchet, D., & Le Gallo, F. (2013). «Baby-boom et allongement de la durée de vie: quelles contributions au vieillissement?» *Insee Analyses*, 12. <http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana12/iana12.pdf>
 - Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
 - Bryce, C., Fleming, J., & Reeve, J. (2018). Implementing change in primary care practice: lessons from a mixed-methods evaluation of a frailty initiative. *BJGP Open*, 2(1), bjgpopen18X101421. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101421>
 - Busnel, C., Ashikali, E. M., Mastromauro, L., Périvier, S., Tholomier, A., Ionita, I., Ludwig, C., & Graf, C. (2024). Guide pour un Vieillessement en Santé: un parcours en 6 étapes- Version détaillée. Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) <https://doi.org/10.26039/5cat-pb12>
 - Busnel, C., Perrier-Gros-Claude, O., & Ludwig, C. (2020). Évaluer la fragilité dans les pratiques de soins: brefs rappels à la lumière de la pandémie de Covid-19. *Revue Medicale Suisse*, 16(699), 1316-1318. <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-699/Evaluer-la-fragilite-dans-les-pratiques-de-soins-brefs-rappels-a-la-lumiere-de-la-pandemie-de-Covid-19>
 - Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC]. (20210). *A national interprofessional competency framework*. University of British Columbia. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
 - Carpentier, N., & White, D. (2013). Perspective des parcours de vie et sociologie de l’individuation. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 279-300. <https://doi.org/10.7202/1016404ar>
 - Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie et Société*, 30 / 123(4), 55-69. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0055>
 - Cesari, M., Marzetti, E., Thiem, U., Perez-Zepeda, M. U., Abellan Van Kan, G., Landi, F., Petrovic, M., Cherubini, A., & Bernabei, R. (2016). The geriatric management of frailty as paradigm of “The end of the disease era”. *European journal of internal medicine*, 31, 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.005>

- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., Gutierrez-Robledo, L. M., Michel, J.-P., Morley, J. E., Ong, P., Rodriguez Manas, L., Sinclair, A., Won, C. W., Beard, J., & Vellas, B. (2016). Frailty: An emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
- Charazac, P. (2020). 6. Autonomie et dépendance. In *Psychogériatrie* (pp. 105-128). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chara.2020.01.0105>
- Commission Européenne. (2021). *Livre vert sur le vieillissement. Promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations*. Commission Européenne.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up—and there's no going back, . *BMJ*, 319(7212), 719-720. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.719>
- Cyril, S., Smith, B. J., & Renzaho, A. M. (2016). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promot Int*, 31(4), 809-826. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav059>
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E. O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European journal of internal medicine*, 31, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (2014). *Guide de mise en œuvre du partenariat de soins et de services. Vers une pratique optimale entre soignants et avec le patient*. RUIS, Université de Montréal. https://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Flora, L. (2013). «Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux.». *Éducation permanente*, 15, 59-75.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., & Gottdiener, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.005>
- Haefliger, P., Houben, F., & Thadikaran-Salomon, L. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030* (Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé & Direction générale de la santé, Eds.). Etat de Genève. <https://www.ge.ch/document/1374/telecharger>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)

- Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD). (2023). *Immeubles avec encadrement pour personnes âgées – IEPA*. Retrieved 13 mars from https://www.imad-ge.ch/prestations/dop_list_iepa_logements_disponibles-1/
- Ischer, P., & Saas, C. (2019). *La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48*. Promotion Santé Suisse. [https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_048_PSCH_2019-04 - La participation en matiere de promotion de la sante.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Document_de_travail_048_PSCH_2019-04_-_La_participation_en_matiere_de_promotion_de_la_sante.pdf)
- Ischer, P., Saas, C. . (2019). La participation en matière de promotion de la santé. Document de travail 48. . *Promotion Santé Suisse*.
- Jongen, C. S., McCalman, J., & Bainbridge, R. G. (2017). The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in public health*, 5, 24-24. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00024>
- Jouet, E., Flora, L., & Las-Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 58-59, 13-94. https://hal.science/file/index/docid/645113/filename/58-59synthese_sante_np.pdf
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O., & Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000603>
- Kessler, C., & Rudolf von Rohr, C. (2020). *Consultations pour la promotion de la santé des personnes âgées. Aide à la mise en œuvre pour les acteurs de la promotion de la santé des personnes âgées*. Promotion Santé Suisse. [https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure_PSCH_2020_12 -](https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure_PSCH_2020_12_-_Aide_a_la_mise_en_oeuvre_Consultations_0.pdf)
- [Aide a la mise en oeuvre Consultations 0.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure_PSCH_2020_12_-_Aide_a_la_mise_en_oeuvre_Consultations_0.pdf)
- Kuh, D., Karunanathan, S., Bergman, H., & Cooper, R. (2014). A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 237-248. <https://doi.org/10.1017/S0029665113003923>
- Lalive d'Épinay, C., Spini, D., Cavalli, S., & Armi, F. (2008). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Presses Université Laval.
- Luig, T., Asselin, J., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. L. (2018). Understanding Implementation of Complex Interventions in Primary Care Teams. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(3), 431-444. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.03.170273>
- Mastromauro, L., & Busnel, C. (2024, 2 mai). Vieillesse en santé: les rôles clés des professionnels pour un accompagnement personnalisé [présentation orale]. congrès ASI 2024 Berne.
- Meinster, A. (1977). *La participation pour le développement*. Éditions Ouvrières Économie et Humanisme, coll. Développement et Civilisations.
- Michel, J.-P., & Sadana, R. (2017). “Healthy Aging” Concepts and Measures. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(6), 460-464. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.008>
- Ministère de la culture. (2020). *Vocabulaire de la santé et de la médecine*. Ministère de la culture. <https://www.culture.gouv.fr/Divers/Crise-sanitaire-le-dire-en-francais/Comment-dit-on-empowerment-en-francais/Autonomisation-du-patient>
- Moorhouse, P., Rockwood, K., Morley, J. E., Vellas, B., Abellan van Kan, G., & Anker, S. D. (2013). Frailty consensus: a call to

- action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP]. (2019). Impliquer les personnes concernées, à tous les niveaux. *SPECTRA*, 125. <https://www.spectra-online.ch/fr/spectra/actualites/impliquer-les-personnes-concernees-a-tous-les-niveaux-799-29.html>
 - OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
 - Organisation Mondiale de la Santé. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2. Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946. Nations Unies.* .
 - Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé.*
 - Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA). Directives applicables aux interventions communautaires liées aux déclin des capacités intrinsèques.* OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/ageing/who-alc-icope-brochure-fr.pdf>
 - Organisation mondiale de la santé. (2019). *Soins intégrés pour les personnes âgées. ICOPE. Manuel - Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires.* . Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. <https://www.afro.who.int/fr/publications/manuel-conseils-sur-levaluation-et-les-filieres-axe-es-sur-la-personne-dans-les-soins>
 - Organisation Mondiale de la Santé. (2020a). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030.* OMS. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-fr.pdf?s-fvrsn=5be17317_4
 - Organisation Mondiale de la Santé. (2020b). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030* https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/full-decade-proposal/decade-proposal-fulldraft-fr.pdf?s-fvrsn=18dfe436_6
 - Organisation mondiale de la Santé (2023). *Promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées : un guide pratique.* Organisation mondiale de la santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375166/9789240078918-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (OMS, Ed.). OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
 - Pascale, K. (2015). *Goal Directed Care Planning Toolkit: Practical strategies to support effective goal setting and care planning with HACC clients* (Kate Pascale and Associates Pty, Ed. 2nd ed.). on behalf of Eastern Metropolitan Region (EMR) Home and Community Care (HACC) Alliance, Outer Eastern Health and Community Services Alliance (OEHCSA). https://www.esdt.com.au/uploads/9/7/7/9/97794766/goal_directed_care_planning_toolkit_2nd_edition_2017.pdf
 - Pascale, K. (2017). *Goal Directed Care.Planning Toolkit: Practical strategies to support effective goal setting and care planning with HACC clients.* <https://www.esdt.com.au/goal-directed-care-planning-toolkit.html>
 - Pérvier, S., De Bom, N., Ashikali, E. M., Ionita, I., Mastromau-ro, L. a., Tholomier, A., Ludwig, C., Busnel, C., & Graf, C. (2023). Vieillir en santé à Genève: l'approche novatrice du projet VieSA. *Revue Médicale Suisse*, 19, 2035-2040. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.848.2035>

- PLATEFORME des associations d'aînés de Genève. (2020). *rapport PLATEFORME 2019. Pour une vision politique globale des seniors à Genève: Maintenir leur autonomie et leur place dans la société.*
- PLATEFORME des associations d'aînés de Genève. (2021). *Habitat(s) séniors. Typologie des logements adaptés dans le canton de Genève.* PLATEFORME des associations d'aînés de Genève.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals]. *Santé Publique, S1(HS)*, 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The Trans-theoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy.* Dow Jones-Irwin. <https://books.google.ch/books?id=vVQeAQAAIAAJ>
- Renaut, S. (2011). Parcours de vie et vieillissement ordinaire données de cadrage. *Gérontologie et Société, 34 / 138(3)*, 13-34. <https://doi.org/10.3917/gs.138.0013>
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. B. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62(7)*, 722-727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., & Chodzko-Zajko, W. (2013). Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement the frailty operative definition-consensus conference project. *The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 68*. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls119>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging¹. *The Gerontologist, 37(4)*, 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ryan, R. M., & Deci, E.L. . (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55(1)*, 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Saam, M. (2021). *Promouvoir la santé et prévenir les maladies. Argumentaire.* (Document de travail 53., Issue. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_053_PSCH_2021_06_-_Promouvoir_la_sante_et_prevenir_les_maladies.pdf
- Santos-Eggimann, B., Cuenoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling europeans living in 10 countries. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 64A(6)*, 675-681. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>
- Santos-Eggimann, B., Karmaniola, A., Seematter-Bagnoud, L., Spagnoli, J., Büla, C., Cornuz, J., Rodondi, N., Vollenweider, P., Waeber, G., & Pécoud, A. (2008). The Lausanne cohort Lc65+: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. *BMC Geriatrics, 8(1)*, 20. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-20>
- Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care: an overview of reviews. *Contemp Nurse, 51(2-3)*, 107-120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>
- Steffens, G., & Cadiat, A.-C. (2015). *Les critères SMART pour un objectif sur mesure!: La méthode intelligente du manager.* 50 minutes.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ, 322(7284)*, 444-445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>

- Teixeira, L., Araújo, L., Jopp, D., & Ribeiro, O. (2017). Centenarians in Europe. *Maturitas*, 104, 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.08.005>
- The Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP), Agence de la santé publique du Canada, & Queen's university. (2021). *Profitez au maximum de votre journée: Trousse pour soins primaires*. <https://csepguidelines.ca/language/fr/profitez-au-maximum-de-votre-journee-trousse-pour-soins-primaires/>
- United Nations Decade of Healthy Ageing. (2023). *Vieillesse en Santé (VleSA)*. <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/secretariat/progress-report-2023>
- [www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/innovation/reports-from-the-field/detail/vieillesse-en-santé-\(viesa\)](http://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/innovation/reports-from-the-field/detail/vieillesse-en-santé-(viesa))
- Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Deneckere, S., Lodewijckx, C., Panella, M., Vleugels, A., & Sermeus, W. (2011). [Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins]. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 67(10), 473-481. <https://doi.org/10.2143/TVG.67.10.2000969>
- Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., & Lang, P. O. (2014). La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14(79), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2013.08.004>
- Voyer, P., & Richard, H. (2021). Perspectives sur la personne âgée. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmier aux aînés en perte d'autonomie* (3ème ed., pp. 1-13). Pearson.
- Weldring, T., & Smith, S. M. S. (2013). Article Commentary: Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, HSI.S11093. <https://doi.org/10.4137/hsi.s11093>
- WHO. (2015). WHO Global strategy on integrated people centred health services 2016-2026. WHO. <http://www.who.int/sericedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>.
- World Health Organization. (1948). *Official records of the World Health Organization No. 2. Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. WHO <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

Publié par
l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)

Direction des opérations
Unité recherche et développement

Graphisme
tilt - communication visuelle

Impression
Atar Roto Presse SA,
Genève

IMAD
imad-ge.ch
Copyright :
©2024 IMAD, Gand-Lancy.

Ceci est une publication distribuée sous les termes de la licence
CC-BY-NC-SA 4.0