



Manuel d'utilisation de la formation EHLE
Seniors actifs: adoptez la saine habitude!





*Empowering Health Learning for Elderly (EHLE)
"Seniors actifs, adoptez la saine habitude"*

Manuel d'Utilisation de la Formation EHLE

Seniors actifs: adoptez la saine habitude!



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

PARTENAIRES

ULSS 16 (PCT) Padoue (Italie),
UNCCAS– Union Nationale des centres Communaux d’action sociale (France),
Université permanente de l’Université d’Alicante (Espagne)
Centre médical de l’université d’Amsterdam (Pays-Bas).

Editeurs : Chiara Petrolito, Claudio Casotto, Concepción Bru, Maria Chiara Corti, Nuria Ruiz, Giel Nijpels, Giorgio de Gobbi, Laura Thorogood, Laura Welschen, Kristine Stempien

Auteurs des textes par catégories : Carlos Puerta & Alfonso Soler (Nutrition and Gerontologie); Giuseppe Sergi & Flavio Varotto (Nutrition); Christian Loison (Nutrition, activité physique, dépendances quotidiennes) Lylían Vega, Juan Tortosa & Juan M. Cortell (Education sportive) & Maurizio Schiavon & Vincenzo Malatesta (Activité physique); Alberto Plaza & Antonio Vallés (Psychologie); Encarna Gómez & Myriam Cano, Umberto Gallo & Sandra Scapolo (Pharmacologie); Antonio López, Víctor Sarrión & Abel Villaverde, Claudio Casotto & Laura Bracconeri (traitement des données statistiques et graphiques); Caterina Angelini & Cosimo Guerra (consommation de tabac); Stefano Ivis & Maria Assunta Longo (communication avec le patient); Gilles Vangrevelinghe (Communication et santé émotionnelle); Anna Galiazzo & Elena Chinellato (santé émotionnelle); Laura Welschen & Giel Nijpels (Théories et outils).

Traduction française : Laura Thorogood, Víctor M. Pina Medina & équipe de l’UNCCAS

Le projet européen EHLE – Seniors actifs : adoptez la saine habitude - a été cofinancé par la commission européenne dans le cadre du programme d’apprentissage tout au long de la vie Grundtvig.

Les opinions et idées énoncées dans ce document n’ont pas été adoptées ou approuvées par la Commission européenne et ne reflète pas une position officielle de la commission européenne. La commission européenne décline toute responsabilité quant à l’utilisation de ce document.

Cet ouvrage a été publié avec la licence « Travail collectif -Pas d’Utilisation Commerciale-Pas de Modification 2.5 France. Pour lire une copie de la licence, visitez le site Web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/it/> ou envoyer une lettre à « Creative Commons », 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, Californie, 94105, USA



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE)
“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Comment utiliser le manuel ?

Index

1. Préface	5
2. LE PROJET	6
3. ACTIVITES	9
4. CONTEXTE DE L'ANALYSE DE LA PERCEPTION (enquête)	10
5. LE PROGRAMME DE FORMATION	15
a. Cadre conceptuel	15
b. Méthodologie.....	18
6. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX :	22
a. Communiquer avec les personnes âgées.....	23
b. Relations personnelles et santé émotionnelle	26
c. Alimentation et personnes âgées	30
d. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées.....	32
e. Consommation de tabac chez la personne âgée	35
f. Activités physiques chez les personnes âgées	36
7. APPRENDRE AUX PERSONNES AGEES A VIVRE SAINEMENT	40
a. La santé émotionnelle.....	41
b. Alimentation et personnes âgées	41
c. L'usage des médicaments chez les personnes âgées.....	42
d. Tabagisme et consommation d'alcool chez les personnes âgées.....	42
e. Activités physiques chez les personnes âgées	43
8. PLANIFICATION ET ACCREDITATION DE LA FORMATION	44
a. Suggestions pour la planification de la formation	44
b. Suggestions pour les formateurs qui travaillent avec des personnes âgées	45
9. CONCLUSIONS	48
10. BIBLIOGRAPHIE	51



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

1. Préface

Ce manuel est un guide d'utilisation du Pack de formation produit dans le cadre du projet Ehle (responsabilisation et apprentissage de la santé pour personnes âgées), qui a été développé entre 2008 et 2009 par quatre pays européens: Italie, Espagne, France et Hollande. Il a été développé au sein du programme Grundtvig – programme d'apprentissage tout au long de la vie de la Commission européenne

Ce manuel est destiné à toutes celles et ceux actifs dans le domaine sanitaire et social qui, durant leur travail, entrent en contact et interagissent avec des personnes âgées afin de favoriser leur bonne santé et bien-être social.

Parmi eux sont donc incluses les médecins, les pharmaciens, les thérapeutes en rééducation, les diététiciens et nutritionnistes, psychologues, travailleurs sociaux, aides à domicile, personnes exerçant des soins de santé à domicile ou en institution etc. Nous ne voudrions pas exclure les bénévoles, les travailleurs des organisations sans but lucratif, ou les formateurs impliqués dans la formation formelle et informelle des adultes et les personnes âgées.

Le présent dossier de formation leur est dédié. La mallette de formation est conçue pour être un instrument multimédia flexible dans la communication pour la santé et pour des messages de vie saine dans le cadre d'un apprentissage continu, en s'appuyant sur la capacité innée des individus à apprendre tout au long de la vie de façons diverses et avec des effets différents. L'éducation est un puissant moyen de promotion sociale, un outil indispensable dans la promotion de la santé et dans la recherche d'une qualité de vie, dont la valeur a été confirmée par de nombreuses études.

Nous tenons à remercier tous les partenaires du projet pour leur contribution. La région de la Vénétie et l'ULSS (PCT) 6 de Padoue (Italie), l'Union nationale des centres communaux d'action sociale – UNCCAS (France), l'université permanente de l'Université d'Alicante (Espagne), et le VU Centre médical de l'université d'Amsterdam (Pays-Bas).

Nous remercions également la Commission européenne, DG Culture, pour le cofinancement du projet au sein du programme d'apprentissage tout au long de la vie Grundtvig.

Nous vous invitons à visiter le projet www.ehle-project.eu où il est possible de télécharger tous les documents du projet.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

2. LE PROJET

LE PROGRAMME GRUNDTVIG : Il n'est jamais trop tard pour apprendre ...

Les changements démographiques en Europe, où aujourd'hui les plus de 65 ans représentent 16,9% de la population et représenteront plus de 30% en 2025, représentent un défi pour tous les pays européens et exigent la mise en œuvre de plus en plus urgente de politiques de «vieillesse active», visant à améliorer la vie des citoyens avant et après la retraite.

La Commission européenne a défini comme priorité du programme Grundtvig, la création de nouvelles possibilités d'éducation pour les adultes et les personnes âgées à risque de marginalisation sociale en raison de leur sortie précoce des systèmes d'éducation formelle et de la formation. Les avantages de l'investissement dans l'éducation des adultes incluent des chances plus importantes pour des emplois professionnels et une augmentation générale des prestations sociales en termes d'amélioration de la santé et du bien-être individuel. Les recherches menées sur les personnes âgées ont montré que ceux qui sont impliqués dans des activités d'apprentissage bénéficient d'une meilleure santé, avec pour conséquence une réduction de leurs dépenses de santé.

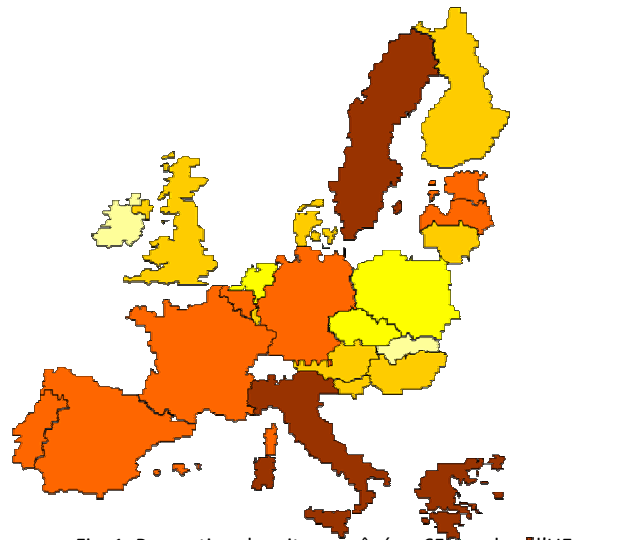


Fig. 1: Proportion des citoyens âgés ≥ 65 ans dans l'UE
Source: European Health For All Database, WHO/Europe, années 1997-2004

Il n'est jamais trop tard pour apprendre. En effet, la possibilité d'apprentissage est liée à la possibilité d'améliorer la qualité de vie en général. De meilleures informations et de meilleures opportunités d'emploi provoquent une réduction des dépenses en allocations de chômage, une meilleure santé, et ainsi de suite.

L'apprentissage de modes de vie sains est un facteur clé dans la promotion de la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Il est essentiel d'aider les personnes âgées à faire de meilleurs choix en termes de nutrition et de mode de vie, et à communiquer des messages clairs et simples pour les aider et les garder en bonne santé. Selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé, 50% des « incapacités » dans les pays européens pourraient être évitées grâce à des mesures de prévention appropriées.

LE PROJET EHLE : quelles sont les activités mises en œuvre ...



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Financé dans le cadre du programme Grundtvig d'apprentissage tout au long de la vie de la commission européenne, le projet EHLE – Responsabilisation et apprentissage de la santé auprès des personnes âgées – est le résultat d'une étroite collaboration entre quatre pays européens (Italie, France, Espagne et Hollande).

Le projet vise en particulier à:

- ◆ Améliorer la formation des personnes qui travaillent avec les personnes âgées,
- ◆ Créer un modèle de formation novateur valable à travers toute l'Europe,
- ◆ Promouvoir la diffusion du projet au travers de productions et de la distribution du matériel de formation,
- ◆ Promouvoir l'échange de connaissances et d'expériences afin d'obtenir des résultats valables dans le domaine de l'apprentissage tout au long de la vie pour les personnes âgées.

RESULTATS : ce que nous voulons réaliser

Le but du projet est de développer un **programme de formation standardisé** pour les quatre pays partenaires et la création éventuelle d'une **boîte à outils de formation** disponibles pour tous les professionnels de soins de santé et de services sociaux afin de les aider à communiquer directement avec les personnes âgées. Il s'agit donc d'une boîte à outils de formation reposant sur cinq grands domaines thématiques: l'alimentation et la nutrition, l'utilisation des médicaments, les activités physiques et les dépendances quotidiennes (tabagisme, consommation d'alcool et autres facteurs de risque) et la santé émotionnelle.

Dans le cadre des activités du projet une session de formation a été élaborée. Elle est destinée à :

- ◆ Responsabiliser les personnes âgées et les aider à faire des choix éclairés dans les domaines de la santé et d'un mode de vie saine.
- ◆ Développer et communiquer des messages clairs et simples sur les aliments et les modes de vie saines.

LE GROUPE CIBLE : qui voulons – nous toucher ?

Afin de responsabiliser les personnes âgées, le projet EHLE a pour objectif de travailler principalement avec des professionnels de santé : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, mais aussi avec des professionnels de services sociaux et des bénévoles qui travaillent quotidiennement avec les personnes âgées. Ils sont donc les destinataires de ce kit de formation professionnelle que le projet vise à créer.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) ***“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”***

LE PARTENARIAT : les partenaires du projet EHLE

Le projet réunit quatre pays partenaires : France, Italie, Espagne et Pays-Bas.

- ✓ **Le gouvernement régional de la Vénétie – ULSS 16** -Unité locale sanitaire et social, Padoue (Italie);
- ✓ **L’Union nationale des centres communaux d’action sociale** - UNCCAS, Paris (France);
- ✓ **L’université permanente d’Alicante**, Alicante (Espagne);
- ✓ **Le centre médical de l’université d’Amsterdam**, Amsterdam (Pays - bas).



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

3. ACTIVITES

ANALYSE DES PERCEPTIONS - La première activité du projet, l'analyse de la perception, a été menée dans les quatre pays européens impliqués dans le projet. Elle révèle les caractéristiques socio-démographiques et de santé par le biais d'un questionnaire envoyé à 1200 personnes âgées de 65 ans et plus dans le District 1 de l'ULSS (PCT) 16 de la Vénétie, les seniors âgés de 55 ans ou plus à l'Université d'Alicante en Espagne, les plus de 65 ans bénéficiaires de services sociaux et de santé de l'UNCCAS en France et en Hollande, les personnes âgées qui participaient déjà à une étude longitudinale de l'Université d'Amsterdam.

PROGRAMME DE FORMATION - Sur la base des résultats obtenus par l'analyse de la perception, les partenaires espagnols et néerlandais ont créé un programme de formation visant à fournir de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences, à la fois théoriques et pratiques, pour ceux qui travaillent avec les personnes âgées. Ces compétences permettront aux professionnels de santé et de services sociaux de mieux guider et interagir avec les personnes âgées, en leur donnant les outils pour faire des choix nutritionnels responsables et des choix de style de vie.

PILOTE DE FORMATION - Le système de formation EHLE a ensuite été testé en Italie et en France durant quatre formations pilotes (deux par pays). L'objectif général de cette formation pilote était de promouvoir des méthodes efficaces pour communiquer des messages de santé aux personnes âgées. Plus précisément, à l'issue de la journée, les participants avaient des preuves scientifiques pertinentes en matière de promotion de la santé auprès des personnes âgées et avaient des techniques pour employer la méthode la plus appropriée de communication afin de promouvoir la santé dans le groupe cible.

BOITE A OUTIL DE LA FORMATION – L'ensemble du matériel scientifique, méthodologique et de communication acquis durant le projet et affiné durant les étapes du projet de formation pilote font partie des outils finaux de formation. Cette boîte à outils est conçue pour donner un appui concret et pratique à ceux qui travaillent ou sont bénévoles auprès des personnes âgées.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) *“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”*

4. CONTEXTE DE L'ANALYSE DE LA PERCEPTION (enquête)

L'analyse de la perception de la santé et du bien-être des personnes âgées a été menée sur 1200 personnes de plus de 55 ans. Le questionnaire envoyé comportait des questions pour obtenir des données sociales et démographiques ainsi que des données sur le mode de vie y compris la consommation d'alcool, l'usage des médicaments, les habitudes alimentaires, le tabagisme, l'activité physique et la propre perception par les personnes de leur bien-être émotionnel.

Il y a une grande diversité des caractéristiques de personnes interrogées dans les quatre pays. La répartition selon l'âge et le niveau d'enseignement varie énormément et elle est intégrée dans l'ensemble des variables examinées. Ces différences sont dues au fait que les populations étudiées sont structurellement différentes: étudiants de l'Université permanente de Alicante en Espagne, patients/usagers d'un district en particulier pour la Vénétie en Italie, participants à une étude longitudinale de l'Université d'Amsterdam en Hollande et usagers des services sociaux pour UNCASS en France.

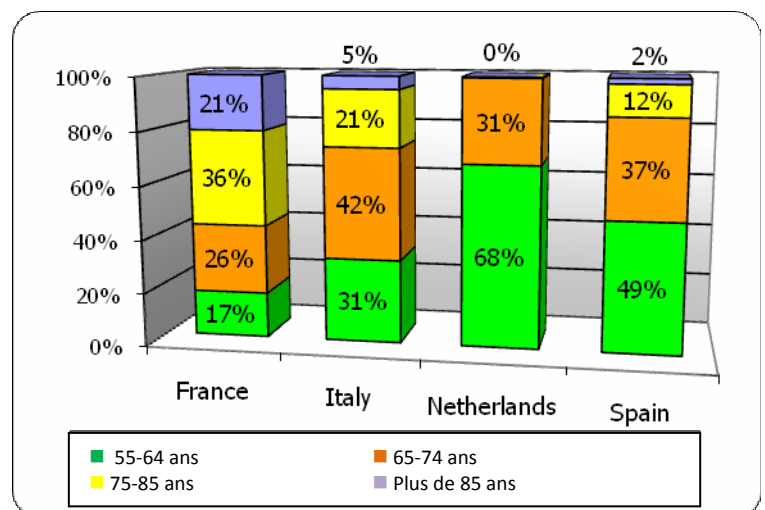


Fig. 2: Distribution de l'âge des interviewées pour pays

Au vu de l'âge, il est à noter qu'en Hollande, les 55-64 ans représentent près de 70% du total, et les plus de 85 ans 0%. En France, en revanche, les 55-64 ans représentent 17% et les plus âgés 21%.

Les niveaux d'éducation sont beaucoup plus élevés dans l'échantillon espagnol (environ 43% des personnes interrogées possèdent un diplôme), les médiums en Hollande et faibles en France et en Italie, où moins de 10% ont un diplôme.

Un autre facteur qui influe sur le mode de vie est **le lieu de résidence** des personnes interrogées. En Espagne et en Hollande, environ 80% des personnes interrogées proviennent de villes relativement importantes (> 50.000 habitants), et seulement 3-4% de villages et de zones rurales. En France, près de 25% des personnes interrogées proviennent de zones rurales moins densément peuplées.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) "Seniors actifs, adoptez la saine habitude"

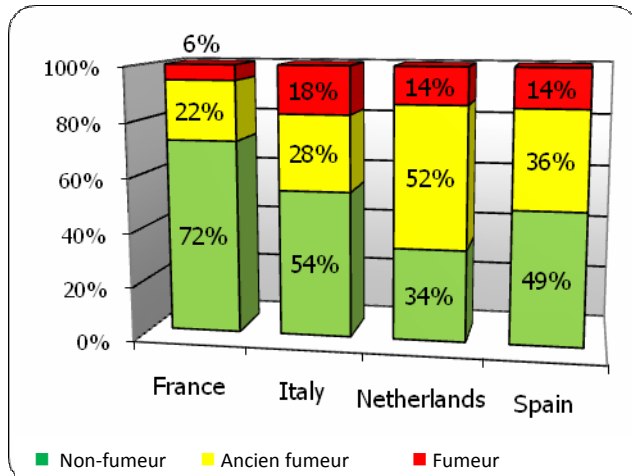


Fig. 3: Habitude de consommation de tabac par pays

En général, les personnes **dorment** entre 6 et 8 heures par nuit (même si environ la moitié ne considère pas leur sommeil satisfaisant). La plupart ne **fument** pas ou ont renoncé à fumer, même si l'Italie se distingue par un pourcentage plus élevé de fumeurs actifs (18%, figure 3). **L'alcool** est consommé avec des fréquences différentes pour les quatre pays (Fig. 4). Lorsque l'activité physique est mesurée en terme de niveau d'activité voici les réponses obtenues (par pays) (fig. 5).

■ quotidiennement ■ Occasionnellement ■ jamais
Fig. 4: fréquence de consommation d'alcool par pays

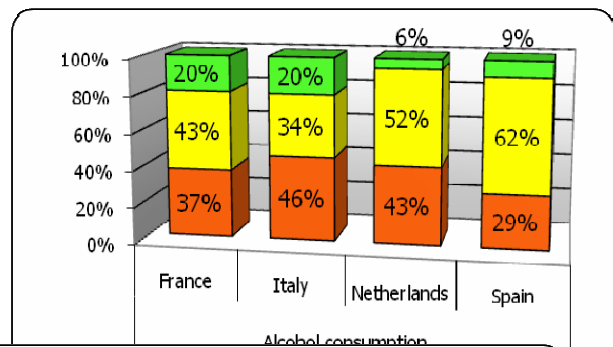
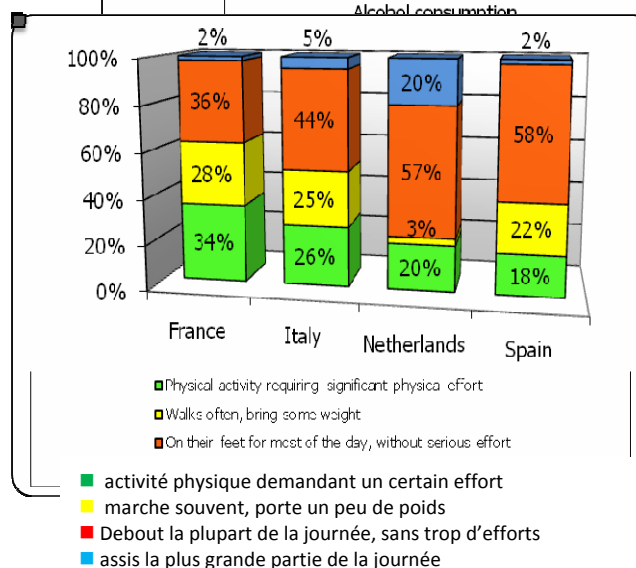


Fig. 5: Fréquence de l'activité physique par pays.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

La perception des personnes âgées de leur propre santé physique est globalement bonne (60% positive ou très positive et seulement 5% en baisse), facteur probablement influencé par le fait que les personnes interrogées proviennent de certains segments de la population: étudiants d'une université pour les personnes âgées et personnes qui se réfère à un centre de santé. En fait, parmi les personnes interrogées seulement 5% ont des **difficultés dans leurs activités quotidiennes de base**, (BDA), une proportion très faible par rapport à la population générale du même âge.

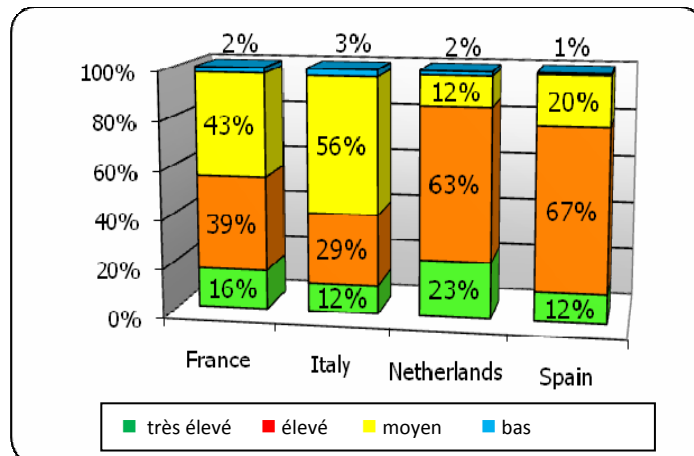


Fig. 6: Satisfaction avec sa propre santé physique

Les personnes interrogées sont satisfaites de leur alimentation et fournissent les réponses suivantes à la question sur la façon dont ils se considèrent satisfaits de leur propre alimentation:

La plupart des personnes interrogées :

- ◆ mange trois repas par jour;
- ◆ mange au moins une portion de fruits et légumes par jour et
- ◆ mange de la viande ou du poisson deux fois ou trois fois par semaine.

Il existe également des «imprévus» dans ces statistiques, par exemple : 14% des personnes mangent des repas froids quotidiennement et 23% mangent un dessert tous les jours.

La consommation de médicaments est la partie dans laquelle les résultats diffèrent le plus largement et dans lequel les situations les plus différentes émergent dans chaque pays. Environ un quart du total des personnes interrogées consomment des médicaments non prescrits par le médecin (auto-prescrits ou recommandés par des amis ou des parents). Seuls 50% des personnes interrogées estiment qu'un médicament acheté en pharmacie sans prescription pourrait être dommageable et environ 20% ne croient pas que cela soit possible.

Les différences notables dans la quantité et le type de médicaments consommés apparaissent dans les quatre pays européens étudiés. Le groupe français, le plus « âgé » et avec le plus faible niveau d'éducation, est le groupe qui consomme le plus de médicaments (le plus souvent antidouleurs, contre la tension artérielle et les somnifères). Le groupe néerlandais, le plus « jeune », consomme nettement

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) *“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”*

moins de médicaments, tandis que les groupes de l'Italie et l'Espagne montrent une consommation très similaire en termes quantitatifs. On peut faire l'hypothèse que cette différence de consommation peut aussi être attribuée à des différences dans l'accessibilité et la facilité de la prescription de ces médicaments dans les différents pays et pas seulement aux caractéristiques de la population.

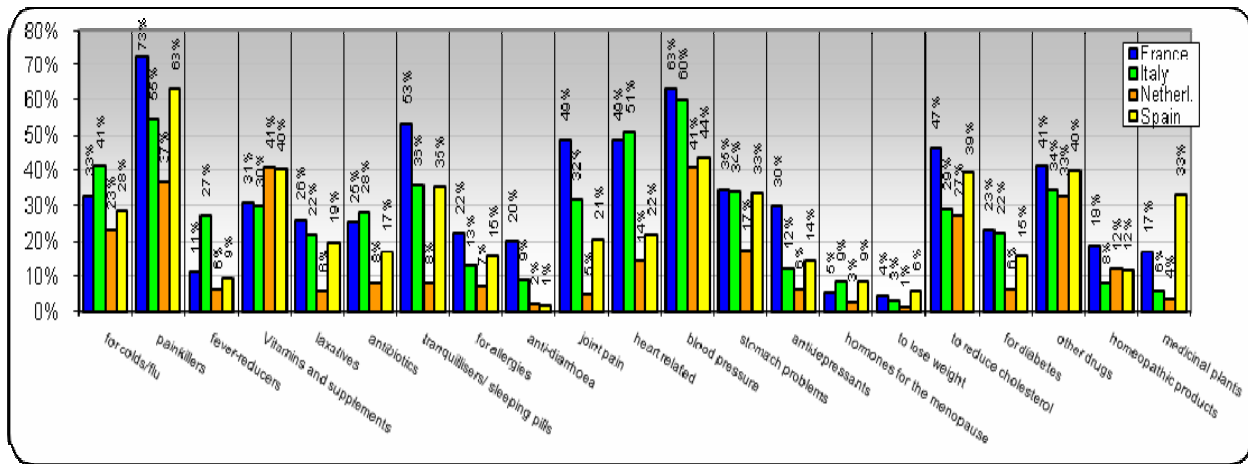


Fig. 7: Pourcentage de consommation de médicaments par type de médicament et par pays.

La perception par les personnes âgées de leurs propres **capacités mnémoniques et cognitives** est très différente dans chaque pays, mais très nette dans tous les groupes d'âge différents. Dans l'ensemble, les personnes ont mentionné qu'elles avaient de la difficulté à se souvenir des bons mots pour les choses, se souvenir des noms de personnes ou alors où ils avaient mis des choses, mais ils oublient rarement de transmettre des messages importants ou ne se sentent pas désorientés à l'extérieur. Les personnes les plus âgées mentionnent ces symptômes le plus fréquemment.

Afin d'évaluer la **perception de son propre bien-être émotionnel** une échelle a été créée, capable de résumer les réponses à toutes les questions dans ce domaine. Cette échelle mesure le bien-être émotionnel de façon cumulative (par exemple, se sentir utile, plein de vie, le désir d'apprendre, et les rencontres fréquentes avec les amis et la famille). En moyenne, le rapport néerlandais et espagnol montre un bien-être plus important (une cote de 3,12 et 3,10 points respectivement), tandis que les rapports Italiens et français montrent une moyenne de 2.75 et 2.76.

Ces différences, d'où il ressort que les néerlandais et les espagnols jouissent d'un bien-être supérieur par rapport aux italiens et aux français, peut être expliqué en partie par les différentes caractéristiques d'âge, de statut social et de santé dans les différents groupes, et pas seulement par des facteurs géographiques ou culturels. Une analyse plus approfondie, qui efface les effets de ces facteurs de confusion potentiels, pourrait démontrer si ces différences existent réellement entre les différentes populations ou si elles sont le résultat de différents groupes exposés.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

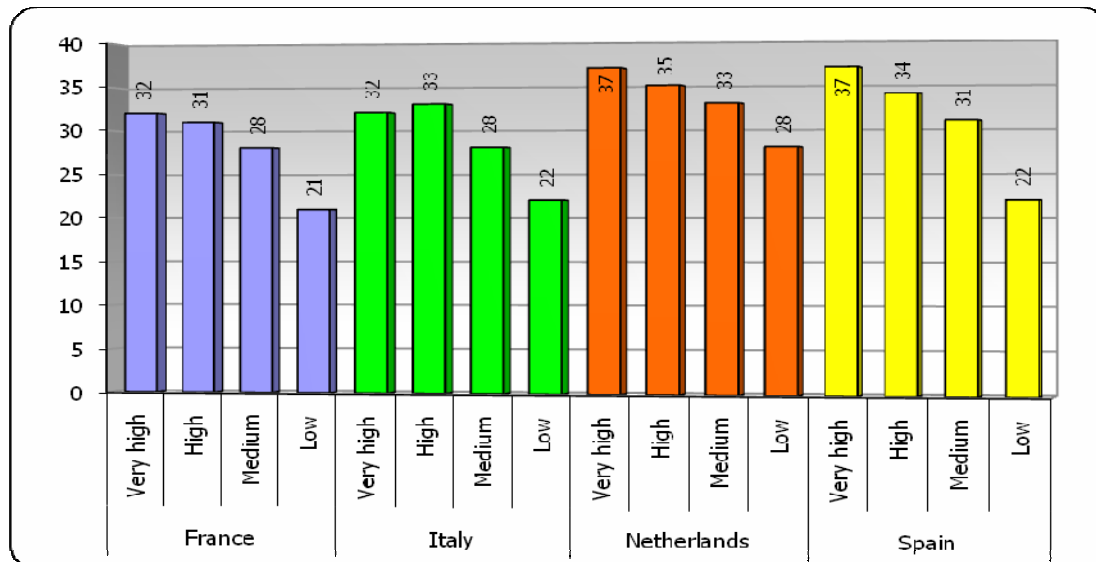


Fig. 8: Corrélation entre les scores moyens de santé émotionnelle et le niveau de satisfaction relatif à l'alimentation.

En conclusion, une observation importante: pour les quatre pays certains déterminants importants pour le bien-être émotionnel ont été révélées. Les indicateurs de l'adhésion à un mode de vie adéquat incluent : l'intensité de l'activité physique, la satisfaction à son alimentation, et la qualité perçue de la santé physique. La corrélation entre les modes de vie sains et un meilleur niveau de santé émotionnelle peut être perçue entre les quatre populations, avec un effet important et croissant lorsque la variable tracée augmente (par exemple dans Fig.8)

En conclusion, même dans la diversité des populations interrogées, à partir des données récupérées, un message de santé important pour les adultes et les personnes âgées apparaît. Adhérer à un mode de vie sain est associé à un bien-être émotionnel mesurable et constant dans les quatre pays, en dépit de niveaux de départ différents induit par les différences géographiques et culturelles. Notre travail, promouvoir des initiatives visant à améliorer les modes de vie et les habitudes des personnes âgées, est donc pleinement étayé par les données recueillies auprès de nos citoyens âgés. Adopter un mode de vie sain est efficace non seulement pour réduire le risque d'effets indésirables, mais aussi pour augmenter le bien-être personnel et émotionnel des personnes, qu'elles vivent en Italie, en France, en Espagne ou aux Pays-Bas.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

5. LE PROGRAMME DE FORMATION

a. Cadre conceptuel

L'objectif du projet EHLE est de donner aux personnes âgées la possibilité (responsabilisation – autonomisation) de faire des choix éclairés dans les domaines de la santé, d'un mode de vie et à développer et veiller à communiquer des messages clairs et simples sur l'alimentation et les modes de vie sains. Cet objectif est basé sur l'approche «**responsabilisation de l'utilisateur**» : permettre aux usagers (ou dans ce projet les personnes âgées) d'utiliser leurs propres ressources internes et leurs propres capacités afin de prendre en main et gérer leur propre santé.

L'approche de la « *responsabilisation de l'utilisateur* » s'est développée dans les années 1990 et a été définie comme une intervention destinée à «*aider l'utilisateur à découvrir et à employer ses propres capacités, afin de prendre en main sa propre santé*». Cette approche vient de l'idée que, bien que les médecins, infirmières, travailleurs de la santé et les soignants soient des experts dans les traitements médicaux et les soins, l'individu est certainement le meilleur expert de sa propre vie et doit donc avoir la responsabilité première dans la prise de décision. En conséquence, les services sociaux et de santé deviennent une collaboration entre la personne et le professionnel de la santé et des services sociaux. Ce dernier rôle d'expert-conseil est moins mis en évidence.

Il existe plusieurs stratégies pour accroître la responsabilisation de l'utilisateur. Dans ce projet, nous pensons que nous pouvons responsabiliser les personnes âgées en 3 étapes: 1) par la communication des risques liés à des comportements particuliers, 2) en les motivant pour le changement et 3) en leur enseignant comment définir des objectifs SMART (spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et planifiés) sur la façon de changer leur mode de vie. Ces outils seront expliqués plus en détail ci-dessous.

Mais pourquoi pensons – nous pouvoir aider ces personnes à adopter un mode de vie sain par le biais de l'application de ces trois étapes? La réponse se trouve dans notre cadre théorique. L'utilisation d'un cadre conceptuel est important dans les projets et études qui souhaitent promouvoir des modes de vie sains et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, un cadre permet de concevoir la notion de projet dans le sens où il aide à déterminer quels éléments doivent être inclus dans le projet et pourquoi. Deuxièmement, il fournit une bonne base pour une évaluation de l'efficacité de l'intervention, de la méthodologie et de la mise en œuvre pratique. Troisièmement, il permet aux autres de réaliser et d'améliorer la même intervention, afin de l'utiliser dans leur contexte spécifique

Notre cadre générique est basé sur trois théories: la théorie du comportement planifié (TPB), la théorie de l'autorégulation et la théorie du réseau social.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) ***“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”***

1- **La théorie du comportement planifié** (TPB) nous aide à comprendre comment l'équilibre énergétique du comportement est organisé par une construction cognitive. Selon cette théorie, l'action humaine est guidée par trois types de considérations: a) les croyances comportementales: croyances sur les conséquences probables du comportement et de l'évaluation de ces conséquences; b) les croyances normatives: les croyances sur les attentes normatives des autres et la motivation pour se conformer à ces attentes; c) contrôler les croyances: les croyances sur la présence de facteurs qui peuvent faciliter, ou entraver le comportement, et la perception de ces facteurs. Ces croyances peuvent conduire, respectivement, à une attitude favorable ou défavorable face à un certain comportement, à une perception de la pression sociale, et à la perception du contrôle comportemental. En combinaison, ils déterminent l'intention de comportement. Enfin, étant donné un degré suffisant de contrôle effectif sur leur propre comportement, les gens sont censés mener à bien leurs intentions, quand l'occasion se présente.

2 - **La théorie de l'autorégulation** : Elle a été élaborée par Lewenthal et ses collaborateurs et suggère que les personnes vont utiliser des stratégies qui sont basées sur une compréhension de leur maladie et de nouvelles expériences. La théorie décrit cinq dimensions fondamentales de la représentation de la maladie (perceptions des peuples et de croyances au sujet d'une maladie):

- ◆ Identification de la maladie
- ◆ Cause
- ◆ Temps
- ◆ Conséquences
- ◆ Contrôle en termes de prévention et de guérison.

La théorie propose l'hypothèse que les représentations de la maladie jouent un rôle important de médiateur des liens entre les menaces de santé et les réactions des personnes elles mêmes. Ce processus est une dynamique qui change la réponse quant à la perception des patients: par les processus de l'expérience et des retours, les perceptions peuvent être influencées. Les interventions qui sont en mesure d'intégrer avec succès des évaluations à court terme et les transforment en plans d'actions sont plus efficaces que ceux dont les évaluations sont soit fortement retardées, voire inexistantes. Ce modèle diffère des autres théories en mettant l'accent sur le rôle de l'émotion à faire face à la maladie. Le modèle relie la perception des gens d'une maladie avec des comportements d'autogestion.

3) **La théorie du réseau social** voit les relations sociales en termes de nœuds et de liens. Les nœuds sont les acteurs individuels au sein des réseaux et les liens sont les relations entre les acteurs. Il peut y avoir plusieurs types de liens entre les nœuds. Selon la théorie des réseaux sociaux les attributs des individus sont moins importants que leurs relations et leurs liens avec d'autres acteurs au sein du réseau. Dans cette approche les comportements individuels sont considérés comme dépendants du réseau de proximité duquel ces individus font partis. Par conséquent, l'objet de l'analyse n'est pas l'acteur individuel et son ou ses attributs mais la configuration du réseau, par exemple sa taille, sa structure et sa composition. En outre, les membres du réseau social contrôlent et sanctionnent le comportement des autres. Dans des réseaux denses avec des liens forts, les membres se contrôlent les



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

uns les autres plus fortement que dans des réseaux ouverts ou partiellement connectés avec des liens faibles, en partie parce que dans les réseaux de liens plus solides plus de possibilités de sanctions existent.

Les deux premières théories décrivent l'importance d'habiliter les gens à adopter un mode de vie sain. En fournissant des informations accessibles sur les risques pour la santé, les patients sont susceptibles de changer leurs perceptions, selon le modèle d'autorégulation de Lewenthal. En conséquence, les gens vont changer leur attitude en changeant de comportement, qui est inclus dans la théorie du comportement planifié. Enfin, les personnes pourraient être plus motivées à changer leur mode de vie par des moyens qui permettent de réduire le risque de développer des maladies graves. Enfin, la théorie des réseaux sociaux met en lumière l'importance d'accorder l'attention sur le réseau social dont la personne âgée fait partie du (le réseau d'amitiés, les relations sociales et familiales).



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

b. Méthodologie

La méthodologie du projet EHLE est basée sur l’approche du changement de comportement selon laquelle il est possible d’inciter une personne à changer son comportement à risque ou allant à l’encontre d’une bonne santé, en intervenant à trois niveaux:

1. COMMUNICATION DES RISQUES liés au mode de vie (augmentation ou amélioration de la compréhension du problème par la personne)
2. LA MOTIVATION à changer;
3. DÉFINITION DES OBJECTIFS SMART (spécifiques, mesurables, réalisables, adéquats et planifiés). Par exemple "marcher trois fois par semaine pendant trente minutes». On commence avec des objectifs à court terme et on passe ensuite à des objectifs à plus long terme.

Ce qui suit est une description de certaines techniques méthodologiques qui peuvent être utilisées pour aider ces personnes à changer leurs comportements. Toutes les techniques décrites ici peuvent être adoptées séparément, mais sont encore plus efficaces si elles sont utilisées comme partie d'une intervention en trois phases: la communication des risques, la motivation, et la définition des objectifs.

I. Communication des risques

Il a été démontré que les gens sous-estiment les risques de développer des complications graves. En outre, les explications quant aux risques formulées par les professionnels de santé, le sont bien souvent en terme de pourcentage de personnes qui vont potentiellement développer des complications. En conséquence de cette faible communication, les patients ne sont pas enclins à changer leurs modes de vie. Cette idée est centrale dans le modèle d’auto-régulation de Lowenthal (1997) qui est basé sur l’hypothèse que les connaissances d’un patient sur le diabète et son traitement par exemple, peut déterminer ses comportements face à la maladie. Comprendre l’évolution, les causes, les conséquences et l’identité exacte de la maladie augmente sa capacité à la contrôler. À cette fin, il est important d’utiliser des méthodes efficaces de communication des risques, par exemple en utilisant des représentations visuelles plutôt que des statistiques et des données scientifiques. Il est également important de se concentrer sur les avantages du changement de comportement plutôt que les conséquences négatives si on n’adopte pas de changements (perte de la santé / années de vie).

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

II. L’entretien de motivation

L’entretien de motivation (MI – motivationnal interview) est une brève séance d’échange centrée sur le patient et conçue pour accroître la motivation, étudier et résoudre d’éventuelles ambiguïtés. Durant ces dernières années, ces entretiens de motivation ont été une technique importante utilisée dans les interventions relatives au comportement. Les quatre principes directeurs des entretiens de motivation sont: l’expression de l’empathie, la découverte des divergences, les résistances au changement, et l’aide à l’autonomie. Exprimer de l’empathie consiste à fournir aux personnes une atmosphère de respect et d’acceptation. La technique utilisée est appelée «l’écoute active», généralement considérée comme la base des entretiens de motivation et recommandée pour la totalité du processus de consultation.

Le second principe de l’interview de motivation (MI) souligne le fossé entre les convictions et les comportements actuels de la personne et de leurs ambitions plus lointaines. Lorsque la personne reconnaît ces discordances, elles ressent souvent un certain mécontentement qui rend plus probable la volonté de changement. Les différences sont découvertes à travers l’étude des valeurs de la personne et de la façon dont ces valeurs et comportement influencent son mode de vie idéal.

Le troisième principe, en travaillant sur la résistance, est basé sur l’idée que proposer un défi direct à la personne résistante au changement est contreproductif car cela rend généralement l’individu plus défensif et plus résistant au changement. L’idée est donc plutôt d’inviter à l’examen d’un nouveau point de vue, mais sans l’imposer.

L’autonomie de la personne et sa confiance dans sa capacité à changer un comportement particulier, même dans des circonstances difficiles, doivent si possible tous deux être soutenus car ce sont parmi les meilleurs prédicteurs des résultats thérapeutiques. L’individu peut être pris en charge en insistant sur les réussites passées (renforcement positif), la présentation d’exemples de succès d’autres personnes (remodelage) et l’expression d’une conviction que la personne peut changer.

III. Traitement de résolution des problèmes

Le traitement de résolution de problèmes (PST) est la construction d’une série d’activités concrètes pour remédier aux problèmes. La technique a été à l’origine décrite par D’Zurilla et Godfried, puis développée et perfectionnée par D’Zurilla et Nezu. La PST peut être définie comme le processus comportemental auto-cognitif par lequel une personne cherche des solutions efficaces adaptées à sa situation spécifique. Le PST s’est montré efficace avec les patients souffrant de dépression, mais est potentiellement utile dans le traitement de toute maladie où le patient a de multiples problèmes dans sa vie quotidienne et n’est pas sûr de savoir comment se comporter face à ceux-ci.

Par exemple, les patients atteints de diabète peuvent trouver le PST utile car ils en ont besoin pour faire face à des problèmes nombreux et complexes. Ces patients doivent être attentifs à leur



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

alimentation, à leur mode de vie, à leur activité physique et à la prise d'insuline pour réguler leur taux de glycémie et réduire leur risque cardiovasculaire. Le PST peut également contribuer à augmenter la capacité du patient à résoudre les problèmes psychologiques d'une façon structurée, d'augmenter la conviction qu'ils seront en mesure de traiter des problèmes dans l'avenir et donc d'améliorer leur auto-gestion du diabète.

Le PST peut être considérée comme une série d'étapes:

1. Explication de l'intervention et sa raison d'être
2. Définition et explication du problème
3. Définition d'objectifs atteignables pour résoudre des problèmes (SMART)
4. Création de diverses solutions possibles
5. Evaluation et le choix de la solution
6. Mise en place de la solution choisie en action
7. Evaluation des résultats

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Un exemple de traitement de résolution des problèmes

Pour aider les patients diabétiques à modifier leur mode de vie, des nutritionnistes et infirmières néerlandais ont utilisé un [questionnaire](#) qui décrit les différentes phases : la communication des risques, la motivation, la définition des objectifs. Les patients ont été en mesure d'adopter cette technique pour définir leurs propres objectifs.

3. **DEFINITION DU PROBLEME:** *quel est le problème? Par exemple tabac, excès de poids, faible niveau d'activité physique et ainsi de suite.*
4. **DÉFINITION DES OBJECTIFS REALISABLES :** *Par exemple, je tiens à faire plus d'activité physique: au moins 30 minutes d'activité physique (objectif mesurable) tous les jours (programmé).*
5. **RÉFLEXION:** *quelles sont les solutions possibles? Aller à la gym, faire du vélo pour aller au supermarché ou au travail, aller courir avec un ami et ainsi de suite.*
6. **ÉVALUATION DE SOLUTIONS:** *Quels sont les avantages et les inconvénients de chaque solution? Rechercher la meilleure solution: aller à la gym est cher, le vélo pour me rendre au supermarché est possible mais pas réaliste parce que les achats sont trop volumineux, aller au travail en vélo est envisageable, mais pas quand il pleut, etc*
7. **MISE EN OEUVRE LA SOLUTION:** *le patient rentre chez lui et essaye d'atteindre l'objectif choisi ou "message à retenir».*
8. **EVALUATION DU RESULTAT :** *le résultat a-t-il été atteint ? Si on découvre que les objectifs choisis sont trop difficile à réaliser, il est possible de les redéfinir. Si, au contraire, ils étaient trop faciles, l'effort peut être augmenté, par exemple en ajoutant une activité supplémentaire (par exemple, courir avec un ami).*

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

6. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX :

Groupe : il sera idéalement composé d'environ 30 à 35 participants issus de différents domaines professionnels (santé, services sociaux etc.)

La structure est formée par les trois phases clés du traitement de la résolution de problèmes:

1. COMMUNICATION des risques (risques de modes de vie malsains)
2. MOTIVATION (pour changer de comportement)
3. OBJECTIFS à fixer (en créant des objectifs SMART)

Equipement: un ordinateur, un vidéo projecteur, des ressources multimédia, la documentation et un espace suffisant pour permettre à la fois des interventions plénières et des travaux en groupes pluridisciplinaires (activités pratiques).

Autres documents :

- Des présentations Power Point
- Vidéos
- Brochures (dépliants)
- Journal de santé ou autre support
- Bibliographie

Organisation de chaque module: Chaque module dure 1 heure environ. Divisé en deux sections distinctes: un exposé théorique (30 minutes env.), une activité de groupes (30 minutes env.).

La présentation du contenu et des exercices se fait comme suit:

- Introduction (5 mins)
- Concepts de base (5 mins)
- Contenu:
 - Les risques et les avantages de leur réduction (5 mins)
 - Messages de base pour le renforcement (5 mins)
 - Objectifs et techniques pour le changement (5 mins)
 - Vidéo (2 min)
- Activité pratique avec des jeux de rôle ou exercices (20 mins)
- Débat, vérification et conclusions en groupes ou en séances plénières (10 mins)





Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

a. Communiquer avec les personnes âgées

Objectifs - Déterminer la stratégie de communication qui facilite la communication avec les personnes âgées et la rendre plus efficace.

Outil - Présentation Powerpoint "[COMMUNICATION AVEC LES PERSONNES AGEES](#)"

Contenu théorique :

Pour éduquer une personne âgée sur la santé, il est nécessaire de comprendre les difficultés de ce type de communication: une capacité d'attention limitée et de compréhension d'un langage technique, le temps de consultation limitée, la présence de préjugés ou de connaissances pré-existantes, qui sont difficiles à changer, le peu de motivation à changer - ou le contraire, ie. des attentes excessives sur ce que les professionnels peuvent faire, etc

La personne âgée face à un professionnel de la santé ou de services sociaux n'est pas une « *table rase* », mais a des préjugés, des convictions, des informations, des habitudes et des souvenirs et donc elle interprète et filtre les messages qui lui sont envoyés. Afin de réussir à communiquer avec une personne âgée, il est nécessaire de mettre en place certaines stratégies spécifiques:

Le langage doit être adapté à celui qui écoute, mais pas nécessairement simplifié. S'il est nécessaire d'utiliser un langage technique, n'oubliez pas de l'utiliser dans son contexte et de toujours demander: «En avez-vous déjà entendu parler? Savez-vous ce que cela signifie?

Lorsque vous communiquez avec une personne âgée, il est nécessaire de prendre en considération que tout ce que vous dites aura un effet sur **ses proches**, mais peut être aussi une aide ou un obstacle dans la réalisation des objectifs fixés

L'attitude gagnante est celle de la **communication professionnelle des connaissances** plutôt que de la communication spontanée dans le sens d'automatique. Si vous pouvez imaginer une caméra vidéo qui montre votre interaction avec la personne âgée, nous pouvons voir que la «communication spontanée» prend pour acquis que la personne à qui nous parlons a compris. Cela ouvre la voie à des malentendus, des insinuations, une mauvaise interprétation et une baisse générale du niveau de la communication.

La communication professionnelle est caractérisée par la présence d'objectifs clairs réalisables.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

Dans la transmission des informations, on doit tenir compte du «bagage» d'une personne âgée, notamment de sa concentration limitée, en donnant des informations qui sont acceptables, compréhensives, réalisables, concrètes et transformables en actions. Donner trop d'informations sur les risques provoque une sorte de «surdité» qui, paradoxalement, renforce l'idée originelle négative. La communication professionnelle de connaissances est caractérisée par la présence **d'objectifs clairs à atteindre**.

Pour briser le mur qui sépare souvent les professionnels de santé ou sociaux du patient, il est nécessaire de commencer par se demander **ce que la personne âgée pense** - cela envoie un signal fort que le professionnel s'intéresse à la personne et à ses informations préalables.

Faire un meilleur usage du temps en prenant soin d'avoir **une communication ouverte**, en facilitant le récit de la personne âgée avec des questions structurées qui permettent une meilleure compréhension du patient du point de vue et les connaissances préalables, évite ainsi la répétition inutile.

«Mourir heureux» - Il s'agit d'un support de communication qui peut être utile dans le module sur la communication qui porte sur la simulation d'une consultation entre un médecin et une personne âgée de 65 ans malade, fumeuse, en surpoids et présentant une dyslipidémie et des antécédents familiaux de maladie cardiaque. Elle va chez le médecin généraliste pour un examen médical, et apporte les résultats de son plus récent test dans lequel il est clair que son taux de cholestérol est encore plus élevé qu'auparavant.

Transcription de la consultation :

Docteur: Je crains que votre taux de cholestérol soit encore plus élevé que la dernière fois que je vous ai vu: ne vous ai-je pas conseillé de prendre ces médicaments pour réduire votre cholestérol ?

PATIENT: Mais vous savez qu'ils me font mal.

Docteur : Et bien, essayez-vous de suivre le régime alimentaire, alors?

PATIENT: (énervé) Désolé, mais quel régime?

DOCTEUR : Nous avons parlé bien des fois. Vous devez réduire votre consommation de graisses animales, utiliser de l'huile et non du beurre ...

PATIENT: Mais ... vous savez je cuisine, je suis un chef cuisinier. Mon restaurant est celui près de l'église. Une fois vous êtes même venu ... Je m'en souviens très bien et ... vous avez commandé ... oui, vous avez commandé une sole meunière et votre femme a commandé le poisson frit et puis je crois que vous avez tous deux pris du tiramisu

DOCTEUR : Et bien, vous savez que votre restaurant est célèbre pour ses poissons frits ... une fois de temps en temps ... Mais revenons à vous. Vous ne faites pas d'exercice, vous fumez, vous avez alimentation trop pauvre.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

*PATIENT : Docteur, mon frère John, vous vous en souvenez bien. Il était maigre, a pris tous les médicaments que lui ont prescrit les médecins lui, n’a pas mangé de frites ou de charcuteries à partir du moment où vous les médecins lui ont dit de ne pas le faire et il est mort , trois ans après à 45 ans . Et je ... Je ne vais pas finir comme lui. **Si je dois mourir, je souhaite mourir heureux.***

Instructions pour le travail de groupe :

Commentaire: le patient vous a mis en échec.

Question: Comment réagiriez-vous à ce point?

Trouver des réponses possibles ...

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

b. Relations personnelles et santé émotionnelle

Objectifs

- *Apprendre à connaître l'impact des émotions sur la santé ainsi que l'importance de la régulation émotionnelle.*
- *Identifier les phénomènes émotionnels de base (émotions, sentiments et états d'esprit).*
- *Percevoir la santé émotionnelle comme mode de vie qui peut être développé à travers la connaissance et la pratique de stratégies d'adaptation.*

Outils - Powerpoint: [« RELATIONS PERSONNELLES ET SANTE EMOTIONNELLE »](#)

Contenu: théorique

Quels sont les risques?

Il est important de savoir comment aider une personne âgée à s'exprimer. C'est parce qu'elles souffrent souvent de dépression masquée ou sous-jacentes que l'expression ou la verbalisation de leurs problèmes est rendue plus difficile; certains estiment même cela honteux. Pour cette raison, les professionnels de soins ou de services sociaux ont besoin de rechercher un point de contact qui leur permet de parler, par exemple en utilisant des «Questions neutres de cadrage» (au sujet de leur famille, les enfants, etc): ces questions semblent neutres mais sont en fait un moyen utile pour arriver à l'information désirée. La relation entre la personne âgée, sa famille et les professionnels de la santé et des services sociaux est une partie fondamentale de toute stratégie de réussite. Nous devons aussi nous souvenir que la résistance au changement est un aspect physiologique de l'être humain (chacun d'entre nous détermine une stratégie efficace pour la gestion de sa vie quotidienne) et que cela, et son cortège d'effets négatifs, est plus fort chez une personne âgée.

Comment motiver le changement de comportement?

Une approche réussie est axée sur l'autonomisation, qui visent à donner le pouvoir à l'individu sur sa propre vie. Les professionnels de santé ou de services sociaux doivent suivre les étapes suivantes menant au changement: 1) connaître et de comprendre le problème et trouver des ressources pour y faire face, 2) aider la personne à changer les comportements pertinents et à vivre avec les conséquences de ce changement, 3) de renforcer et souligner la réussite et l'expérience acquise et 4) de donner la connaissance à l'individu. La communication avec les personnes âgées n'est ni une confession, ni une consolation, mais une communication professionnelle qui utilise des objectifs spécifiques et des ressources. Le dialogue individu / professionnel doit suivre le modèle de la question (du professionnel), de la réponse (du patient), de la stratégie de reformulation (du professionnel) qui résume la réponse reçue et vérifie la compréhension.

Il est également important **de poser des questions** en adoptant une certaine ligne de conduite, afin de s'assurer que le patient âgé est en mesure de comprendre l'information qui lui est donnée et de se familiariser avec le changement à effectuer. Pour cette raison, il est nécessaire de trouver un point de contact et donc encourager le patient à parler, en utilisant «les questions neutres d'encadrement avec

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

toujours la possibilité d'une alternative», par exemple: «Mangez-vous? » Versus "Pensez-vous manger trois repas par jour ou avez-vous parfois sauté un repas? ". La question semble neutre mais c'est un moyen pour obtenir les renseignements souhaités. Si la personne âgée est toujours incapable de répondre clairement, recommencer, reposer la question en termes plus simples afin de découvrir les symptômes.

L'étape suivante consiste à **trouver des exceptions positives** au problème présenté, et celles-ci doivent être trouvées en utilisant les ressources propres de la personne âgée (par exemple : Y a-t-il des moments où cela ne vous arrive pas?). Le but est de proposer une solution qui copie les exceptions positives et d'inviter la personne âgée à revenir et à raconter ses expériences – en maintenant ainsi la motivation, la promotion du dialogue, et ainsi de suite.

Reformuler permet de simplifier l'entretien, de vérifier que les deux parties ont bien compris et aide à cartographier le problème. Évitez de poser d'autres questions après avoir écouté les premières réponses, car il est important de synthétiser ce que vous avez entendu en utilisant les mêmes termes qui vous ont été donnés par la personne âgée (en minimisant ainsi la résistance au changement, la personne âgée aura le sentiment que la solution est en elle). N'oubliez pas d'ajouter la phrase clé «S'il vous plaît, corrigez – moi si je me trompe», pour encourager le dialogue et vous assurer que la personne se sent comprise.

La technique réflexive est au cœur du processus d'information d'une personne âgée: aider l'individu à découvrir ses propres stratégies et solutions en utilisant son propre langage, en les persuadant d'utiliser leurs propres arguments. L'intervention doit être adaptée à la personne et à ses ressources, les entraînant et les guidant ainsi vers la découverte de leur propre solution.

Quels sont les objectifs fixés ?

Les questions et reformulations sont auto-correctrices: le professionnel, l'aidant, ne va pas venir avec des idées préconçues et des solutions toutes faites, mais adapter sa propre vision à celle exprimée par la personne âgée en examinant le problème dans sa perspective. Telle est l'approche dite «*de contrôle de locus interne*», où le contrôle est focalisé sur le patient et est donc axée sur l'autonomisation - le patient est poussé à comprendre les problèmes comme interne en vue de résoudre ces problèmes avec des solutions qui sont aussi personnelles.

Activité en groupes pluridisciplinaires:

- Groupes d'environ 10 personnes,
- Le temps est d'environ 20 + 10 mins
- Un chef de file pour chaque groupe (un médecin, une infirmière, un pharmacien ou un autre professionnel)
- [Supports pédagogiques](#)

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Divisés en groupes, les participants sont invités à réfléchir à une conversation simulée entre un médecin et son patient et à discuter des stratégies de communication employées. L'exercice est basé sur le contenu précédemment enseigné:

- Dans la première partie de l'activité les participants sont invités à remplir une fiche sur les techniques de communication employées et doivent ensuite comparer leurs réponses entre les groupes.
- Dans la deuxième partie, le groupe va construire le dialogue, en ajoutant ce qu'il pense manquer et en identifiant les stratégies utilisées.
- A la fin de la session de groupe, la session plénière permettra aux groupes de comparer les réponses avec le formateur. Le formateur se déplace entre les groupes pour clarifier tous les points divergents et répondre à toutes questions potentielles.

Sandra est une femme de 76 ans qui vit seule, son mari est mort il ya deux ans, elle a un fils marié qui s'appelle Alex. Elle est habituellement active et énergique mais dans le dernier mois, elle s'est plaint de se sentir fatiguée et d'avoir des difficultés à dormir.

Professionnel de la santé: Bonjour Sandra

Sandra: Bonjour

Professionnel de la santé: Alors, quel problème vous amène ici?

Sandra: Dernièrement, j'ai eu le sentiment d'être très fatiguée parce que j'ai du mal à dormir la nuit.

Professionnel de la santé: Qu'est-ce que vous voulez dire quand vous dites que vous avez du mal à dormir la nuit?

Sandra: je ne dors pas aussi bien que je le faisais avant.

Professionnel de la santé: Est-ce que «je ne dors pas bien» signifie que vous dormez environ quatre heures par nuit?

Sandra: Maintenant que j'y pense, je vais au lit à 10 heures et je me réveille à 4h du matin.

Professionnel de la santé: Alors, vous dormez pendant six heures.

Sandra: Oui.

Professionnel de la santé: D'accord, donc plus de quatre heures par nuit

Sandra: Oui

Professionnel de la santé: Y'a-t-il des nuits où vous dormez plus longtemps?

Sandra: Mm. ... peut-être le samedi où je m'occupe de mes petits-enfants, je me réveille un peu plus tard.

Professionnel de la santé: Donc, corrigez-moi si j'ai tort: vous m'avez dit que vous dormez généralement six heures par nuit et que le samedi, quand vous prenez soin de vos petits-enfants, vous dormez plus longtemps et de vous sentir plus reposé?

Sandra: Oui, probablement, je doit être encore plus fatiguée que d'habitude. Ils sont gentils mes petits enfants, mais très dynamiques.

Sandra: intelligent et vif comme leur grand-mère!

Sandra: ha ha! Oh, j'ai oublié que j'ai arrêté de faire ma sieste l'après-midi parce que je suis inquiète elle m'empêche de dormir la nuit.

Professionnel de la santé: Et cela a-t-il changé quelquechose?

Sandra: Non

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Professionnel de la santé (**proposez une reformulation ici**):

Sandra: Alors, je peux faire ma sieste dans l'après-midi?

Professionnel de la santé: Ne permet pas d'éviter la sieste dans l'après-midi (**changer cela en une affirmation positive**)

Sandra: Oh, génial, parce que je suis toujours vraiment fatiguée alors!

Professionnel de la santé: D'accord, donc si nous ajoutons votre sieste à votre sommeil vous avez au total sept heures de sommeil, combien d'heures au total passez – vous à dormir ?

Sandra: 8-9 heures, mais tout ensemble.

Professionnel de la santé: Et que signifie ce "j'avais l'habitude de »: il ya quelques mois ou il ya quelques années?

Sandra: Je ne me souviens pas vraiment quand, peut-être quand j'étais plus jeune, mais vraiment cela diminue depuis des années.

Professionnel de la santé: Donc, corrigez-moi si j'ai mal compris, mais vous me dites que, durant ces dernières années vous avez eu moins d'heures de sommeil et que vous avez dormi ces heures consécutivement?

Sandra: Oui, c'est peut-être simplement parce que je suis âgée.

Professionnel de la santé: Vous avez raison de dire que les gens ont tendance à avoir besoin de moins de sommeil au fur et à mesure qu'ils vieillissent, et parfois ils se réveillent la nuit: c'est pourquoi nous vous recommandons de faire la sieste l'après-midi et de faire beaucoup d'exercice comme par exemple le samedi avec vos petits-enfants. Et en dehors de l'activité, ils vous tiennent compagnie.

Sandra: Vous avez raison, quand je suis avec eux, je n'ai pas autant de pensées négatives.

Professionnel de la santé: Bien Sandra, durant les deux prochaines semaines, je souhaite que recommenciez à faire la sieste dans l'après-midi, et de penser à faire au moins une forme d'activité physique qui vous fait vous sentir bien - comme lorsque vous prenez soin de vos petits-enfants. Revenez dans deux semaines et dites-moi comment vous avez avancé.

Après cela les stagiaires feront un jeu de rôle (environ 20 minutes) afin de tester les stratégies de communication décrites dans l'exposé. Dans chaque groupe, les rôles seront : un professionnel de santé, une personne âgée et deux observateurs, avec une feuille d'observation.

- La personne qui joue le professionnel de santé devra répondre à la personne jouant le patient âgé, en utilisant les nouvelles techniques acquises et en suivant le guide sur la feuille de jeu de rôle.
- La personne qui joue la personne âgée doit répondre comme il ou elle imagine qu'une personne âgée répondrait dans la vie réelle.
- Les observateurs doivent noter les techniques utilisées.
- Ensuite, le groupe discutera des résultats du jeu de rôle.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

c. Alimentation et personnes âgées

Objectifs

- Améliorer les connaissances sur la façon d'avoir une alimentation variée et équilibrée en faisant le lien avec une bonne santé.
- Veiller à ce que les participants sachent que la nourriture est une source d'énergie pour toutes les activités de la vie.
- Souligner les propriétés antioxydantes d'une bonne alimentation et les effets positifs de ce phénomène sur le vieillissement en bonne santé

Outils - Présentation « NUTRITION ET PERSONNES AGEES »

Contenu théorique :

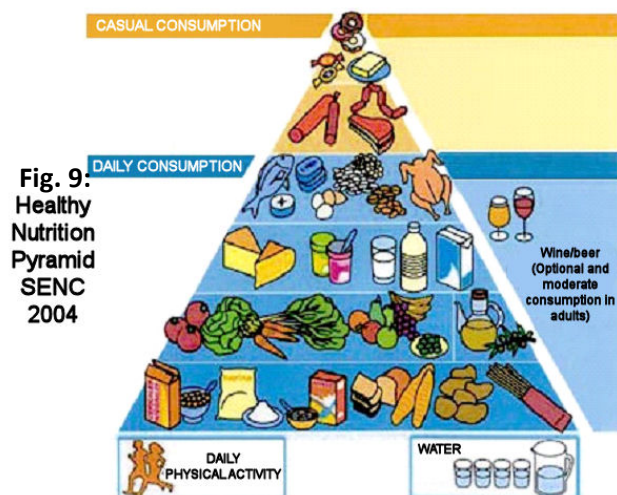
Quels sont les risques?

Voici quelques risques liés à une mauvaise alimentation:

- ♦ **La malnutrition:** la malnutrition, aussi bien calorique que protéinique est très fréquente chez les personnes âgées. Elle crée un cercle vicieux qui peut conduire à la perte de fonction et de masse corporelle, une perte de l'appétit, ainsi que l'incapacité, voir même le décès.
- ♦ **Absence de facteur unique nutritionnel:** par exemple la vitamine D. Le manque de vitamine D peut avoir des conséquences graves pour la santé osseuse, y compris l'ostéoporose, l'ostéomalacie et les fractures, la myopathie et le handicap physique. L'apport en vitamine D peut être contrôlé par l'alimentation, par exemple en mangeant plus de poisson. Le manque de vitamine B12 est également important, l'apport de celui-ci peut aussi être contrôlé par l'alimentation.
- ♦ **Obésité:** c'est un problème croissant dans de nombreux pays européens, liés à une activité physique réduite et à une mauvaise alimentation. L'obésité d'une personne âgée entraîne une perte générale de des fonctions (difficulté à se lever d'une chaise, à monter les escaliers, à marcher et ainsi de suite) et un risque accru de chutes. Quatre des cinq principales causes de décès (sur toutes les personnes) sont liées à l'obésité.

Comment motiver le changement de comportement?

Les régimes draconiens ne sont pas la solution.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Il est nécessaire de changer les habitudes alimentaires au fil du temps, y compris celle de la personne âgée et de sa famille. Les habitudes alimentaires plus saines sont considérées comme celles du régime méditerranéen dans les années 1950: une alimentation à base de céréales et de tubercules, avec peu de viande, des poissons gras beaucoup de fruits et de légumes et moins de matières grasses et d'aliments sucrés (Fig. 9).

Quels sont les objectifs?

Il est essentiel de s'assurer que l'individu comprend l'importance d'une alimentation équilibrée en termes de nutriments et d'ingrédients. Petit déjeuner et déjeuner devraient être les plus importantes sources d'énergie pour l'activité quotidienne, tandis que le dîner doit être le repas avec une moindre valeur énergétique. Les aliments conseillés sont: des céréales et des tubercules, des fruits et légumes, de la viande, du poisson, des oeufs, des laitages : yaourt, lait et fromage. Les conseils comprennent notamment: la réduction des graisses à un minimum, de préférence choisir des matières grasses végétales, éviter les aliments frits, utiliser peu de sel, boire beaucoup d'eau, manger beaucoup d'aliments antioxydants (cacao, pain, céréales et légumes, etc) et manger une nourriture variée. Renforcer les messages clés: avant tout éviter les sucres « simples », limiter l'apport en sel, manger trois repas par jour avec un petit déjeuner et un déjeuner plus important, manger beaucoup de fruits et légumes et limiter la consommation d'alcool. Ne pas oublier les aspects oubliés des aliments : la quantité de sucre ajouté aux boissons et les boissons prises au moment des repas, la quantité d'aliments consommés, et le temps passé à manger (plus vous mâchez, plus vous vous sentez rassasiés)

Groupe de travail :

- Des groupes d'environ 10 personnes,
- Temps divisé en 3 parties de dix minutes
- 1 meneur, pour chaque groupe avec une certaine expérience dans le domaine de la nutrition (médecin, nutritionniste, une infirmière ou un autre expert)
- [Supports pédagogiques](#)

L'objectif du travail de groupe est de se rappeler les aliments consommés au cours des dernières 24 heures et de découvrir les opinions des autres concernant les habitudes alimentaires. Les participants sont divisés en groupes multidisciplinaires et invités à remplir le tableau (Fig. 10) avec leur consommation de nourriture pour la journée précédente (10 min). Par pair, les participants échangent alors leurs tableaux et chacun exprime son opinion sur la quantité et le type d'aliments consommés (10 min). À la fin, en session plénière, chaque groupe commente un tableau sur l'alimentation de leur groupe, soulignant les bonnes habitudes alimentaires et les mauvaises (10 min).

ORE	6	8	10	12	16	18	20	22	24

Fig. 10: Agenda Santé

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

d. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées

Objectifs

- *Accroître le niveau de connaissances concernant les risques liés à la polythérapie et au mauvais usage des médicaments.*
- *Le pharmacien est un professionnel qui sert à la santé du patient, disponible pour répondre à des questions ou pour dissiper tout doute sur les médicaments que le patient prend.*



Outils – Présentation powerpoints [« MEDICAMENTS ET PERSONNES AGEES »](#)

Contenu théorique

Quels risques ?

Le paradoxe des médicaments : ils sont à la fois «remède» et «poison». Polythérapie et utilisation de médicaments inappropriés peuvent provoquer de graves réactions indésirables, particulièrement chez les personnes âgées. Ces réactions sont la cinquième cause de décès chez les patients admis à l'hôpital et il est calculé que plus des 2 / 3 de ces cas sont prévisibles et évitables.

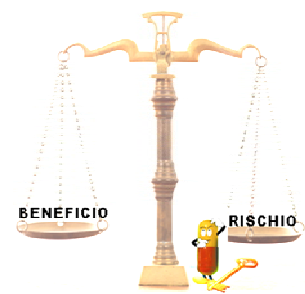


Le vieillissement entraîne des changements physiologiques importants en ayant un impact sur les effets des médicaments: la réduction de la fonction gastrique, d'importants changements dans le fonctionnement du foie (modifications du nombre des hépatocytes et la production d'albumine réduit) et des reins (réduction du nombre de glomérules et débit sanguin réduit). Malgré le fait que les personnes âgées sont les principales utilisatrices de médicaments, la population des personnes âgées est systématiquement exclue des essais cliniques. Cela explique en partie pourquoi la connaissance des effets indésirables potentiels des nouveaux médicaments sur les personnes âgées est si rare.

La polythérapie chronique (consommation de plusieurs médicaments en même temps) est une tendance croissante parmi les personnes âgées et est essentiellement due à la présence de plus d'une pathologie et / ou l'utilisation généralisée des cours des médicaments et autres remèdes. L' «effet iceberg» est très commun, dans lequel seule une partie des remèdes consommés sont prescrits par un professionnel de la santé, qui n'est pas elle-même au courant de ces autres médicaments. Ces derniers peuvent causer des interactions avec le traitement d'autres médicaments. Il est également important de reconnaître qu'un effet secondaire d'un médicament est souvent traité comme une maladie indépendante et ainsi le traitement et la prescription commencent à faire boule de neige.

Comment motiver au changement ?

- **Toujours demander** au patient s'il prend d'autres médicaments en vente libre ou des remèdes à base de plantes, d'informer le patient de certaines





Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

denrées alimentaires qui modifient l'effet d'un médicament (par exemple, le pamplemousse changements sur les statines).

- Si le patient doit prendre un médicament, lui conseiller de prendre des médicaments bien connus qui ont un risque bien connu / profil bénéfique pour le patient.
- Selon Beers, certains médicaments doivent être totalement évités par les personnes âgées ou en association avec certaines pathologies dès qu'une alternative plus sûre existe. (ex: e flurazépam diazépam, ketoralac, piroxicam e naprossene, ticlopidina).

Quels objectifs fixer ?

- Si un patient présente plus d'une pathologie, il sera nécessaire d'établir des priorités.
- Etudier, chaque fois que possible, la possibilité d'avoir recours à un traitement non pharmaceutique pour la personne âgée (conseils diététiques, cesser de fumer, exercice).
- Rappelez-vous que l'adhésion d'une personne âgée à un traitement se réduit si le nombre de médicaments augmente. Pour faciliter l'observance du traitement, écrire les instructions de dosage, suggérer au patient l'utilisation d'un pilulier, ou d'un journal quotidien pour noter quels sont les médicaments qu'ils doivent prendre et quand. Cet outil peut être utilisé par les docteurs, les infirmières et les pharmaciens ou tout autre aidant.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

Groupe d’activités

- Groupes de 10 personnes
- 3 sessions de 10 minutes (10+10+10)
- 1 leader pour chaque groupe avec quelques connaissances des médicaments et de leur utilisation (pharmacien, docteur ou infirmière)
- [Supports pédagogiques](#)

En séance plénière une situation de vie réelle est présentée: une femme de 70 ans prend dix médicaments à différents moments de la journée. Cette patiente vient demander au professionnel de santé pour avoir des conseils sur la façon de prendre les médicaments et sur la façon de traiter sa douleur au genou. Pour l'aider à suivre ses prescriptions, les participants se divisent en groupes ou travaillent individuellement et essayent de remplir l’agenda (Fig. 11), y compris le nom du médicament et le meilleur moment où il convient de prendre celui-ci. Tant la prescription que le nom commercial des médicaments doivent être utilisés (10 minutes). Dans leurs groupes, les participants réfléchissent alors sur le nombre de doses, les interactions possibles entre les médicaments, les produits à base de plantes et l’alimentation .

Ils devraient également tenir compte de la douleur au genou pour formuler des conseils(10 minutes). Enfin, les groupes se réunissent et tous les participants tentent de parvenir à un consensus sur l'agenda et les mesures adaptées sur le traitement.


ORARIO	7	8	9	11	12	13	16	19	20	21	22	23	24
Farmaco													
Pantecta (pantoprazolo)	1 cpr								1 cpr				
Diamicon cpr (gliclazide)	1 cpr			1 cpr				1 cpr					
Lasix cpr (furosemide)		1 cpr					1 cpr						
Triatec cpr (ramipril)			1 cpr										
Seloken cpr (metoprololo)	½ cpr							½ cpr					
Norvasc cpr (amlodipina)						½ cpr							
Lanoxin cpr (digossina)							1 cpr						
Coumadin cpr (warfarin)								1 cpr					
Sivastin cpr (simvastatina)										1 cpr			
Halcion (triazolam)											1 cpr		

Fig. 11: Agenda Santé

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

e. Consommation de tabac chez la personne âgée

Objectifs

- *Renforcer la sensibilisation sur la consommation de cigarettes comme comportement destructif et à éviter.*
- *Habiliter les personnes âgées à changer leur comportement et leurs habitudes de vie: la responsabilité par l'auto-contrôle*

Outil – Présentation Powerpoint [«CONSOMMATION DE TABAC CHEZ LES PERSONNES AGEES»](#)

Contenu théorique :

Quels risques ?

Les problèmes liés au tabagisme actif et passif sont présentés, ainsi que les effets néfastes du tabac combinés à des modes de vie « *non sains* ». La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est l'une des maladies les plus fréquentes chez les fumeurs et est encore plus fréquente chez les personnes âgées (90% des cas surviennent après l'âge de 65 ans). Le tabagisme est associé à un risque élevé de décès dus aux maladies cardiovasculaires, aux maladies pulmonaires et aux tumeurs. Le tabagisme passif est également associé à un risque plus élevé de maladie.

Comment motiver à changer ?

La personne âgée est souvent uniquement motivée pour arrêter de fumer quand il ou elle tombe gravement malade. Il est toutefois important de les aider à comprendre qu'arrêter de fumer améliore la qualité de vie, a des bienfaits pour la santé et augmente l'espérance de vie.

- Avant tout, il est important d'aider la personne à se décider d'arrêter de fumer grâce à l'utilisation de **messages positifs** (comme les économies effectuées, une meilleure santé, une meilleure estime de soi, et en donnant le bon exemple aux autres). Il est également important que les stratégies soient déterminées en collaboration avec le patient. Des stratégies utiles sont fournies par l'OMS (la stratégie MPOWER).
- Cela implique **des conseils planifiés** : planification de contrôles réguliers pour surveiller le comportement des patients qui ont décidé d'arrêter de fumer; le choix de stratégies différentes selon les personnes et selon le niveau où elles se situent s'ils n'ont pas encore arrêté ; en utilisant des « échelles de décision » pour commencer (en considérant l'idée d'abandon); en appuyant sur l'auto-capacité chez celles et ceux qui sont sur la bonne voie à renoncer définitivement.
- Il est fondamental **de créer et de maintenir une relation stable** et un contact régulier avec la personne afin d'éviter les rechutes. Le professionnel de santé doit connaître l'histoire de la personne, l'aider à comprendre les besoins et les motivations qui la pousse à fumer et donc ainsi, concevoir des comportements alternatifs possibles. Le professionnel de santé devrait également fournir du matériel d'information, offrir un soutien psychologique et des médicaments nécessaires pour le fumeur qui s'est engagé à cesser de fumer. En cas de rechute du patient (qui se produit dans

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

75-80% des cas) le professionnel de santé ne devrait pas blâmer le patient, mais plutôt les soutenir en utilisant à nouveau l'échelle de décision.

- Dans l'aide apportée à une personne pour l'arrêt du tabac, il est important que le professionnel de santé dispose d'un cadre ouvert et d'un esprit positif, et qu'il adopte le «**langage du changement**» (usage de questions ouvertes, de réflexion, de synthèse, de confirmation, et utilisation d'affirmations de motivation). Le **test dit de Fagerström** est particulièrement utile pour découvrir la dépendance à la nicotine et le questionnaire de motivation est utile pour évaluer la motivation au changement.

Quels objectifs fixer ?

Quelques suggestions SMART: respiration diaphragme, les exercices de résistance respiratoire (PEP Mask) et les techniques de distraction pour arrêter de penser à la cigarette. D'autres interventions peuvent être effectuées par les différents professionnels de santé pour aider les fumeurs âgés, selon que le patient est « facile » (conseil minimal, auto-médication, cours pour l'arrêt du tabac), « risques multiples » (cours pour arrêter de fumer, prescription de médicaments, thérapie comportementale), ou gravement malades (polythérapie, thérapie du comportement).

Groupe d'activité : interview de motivation

- Groupes de 10 personnes
- 3 fois 10 minutes (10+10+10 minutes)
- 1 leader par groupe (pharmacien, docteur, infirmière ou autre expert)
- [Supports pédagogiques](#)

Dans chaque groupe, deux personnes ont choisi de faire un dialogue entre le médecin et la personne (fumeur). À la fin de l'interview le reste du groupe commente les étapes, la progression et la conclusion qu'ils ont entendu, guidés par le chef de groupe (10 minutes). Ils discutent ensuite les prochaines étapes possibles, par exemple : planifier une visite de suivi, et comment ces prochaines étapes peuvent être planifiées avec le patient (10 mins). La brochure [«Avec les années, j'apprends à mieux respirer](#) » est alors remise. Elle explique les différentes techniques pour soutenir les patients dans l'arrêt du tabac, et les participants discutent alors du contenu (10 mins).

f. Activités physiques chez les personnes âgées

Objectifs

- *Améliorer la sensibilisation sur l'amélioration de la qualité de vie par la pratique d'une activité physique régulière, qui contribue également à prévenir de futures maladies.*
- *Fournir des outils qui contribuent à renforcer l'activité et à promouvoir une activité physique « sécuritaire » pour les personnes âgées et les malades chroniques.*



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Outils –Presentation powerpoint [« ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES AGEES »](#)

Contenu théorique :

Quels sont les risques ?

Les problèmes liés à une activité physique réduite sont : obésité, perte de tonus musculaire, diabète et vieillissement prématuré. De faibles niveaux d'activité physique sont caractéristiques de l'époque moderne en occident, où le travail est beaucoup plus mécanisé et peu de personnes se déplacent à pied et en vélo.

Comment motiver au changement ?

Le professionnel de santé devrait travailler avec le patient âgé à changer son mode de vie. Il ya de nombreux avantages à avoir une vie active, en particulier en termes de prévention de maladies primaires et secondaires (diabète, cancer du côlon, cancer du sein, ostéoporose, chutes et fractures, caries et ainsi de suite) mais aussi pour « gérer » une maladie chronique (hypertension artérielle , maladies cardiaques, AVC et obésité). Il existe des difficultés importantes quant à la sensibilisation sur la priorité et l'importance élevée de pratiquer une activité physique parmi les adultes et en particulier les personnes âgées. Un problème clé dans ce domaine est un niveau généralement faible de motivation chez les personnes âgées. C'est le travail du professionnel d'informer et de sensibiliser à l'importance de l'activité physique et d'aider les personnes à se fixer eux-mêmes des objectifs stables et stimulants.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Quels objectifs ?

Des interventions courtes ou intensives, individuelles ou en groupes, spécifiques ou de grande envergure: tous ces éléments peuvent varier en fonction des opportunités et de la nécessité. Il est également important d'expliquer les risques et les avantages du changement de comportement, et d'aider les personnes à définir des Objectifs SMART, tout en acceptant que la perfection n'est pas réalisable. Essayez plutôt de définir des objectifs atteignables pour les personnes âgées, comme par exemple, de monter l'escalier plutôt que de prendre l'ascenseur, de faire le ménage seul et de se rendre à pied dans les boutiques (voir la pyramide des activités proposées). Le type d'exercice (modéré/ fort), la fréquence, la durée et l'intensité doivent être modifiés en fonction du changement désiré (améliorer la résistance cardiovasculaire, la force, l'équilibre et ainsi de suite). Certains niveaux d'exercices différent selon le niveau initial de la personne : débutant, intermédiaire ou avancé. Il est toujours important de faire participer la famille et les amis de la personne âgée dans les stratégies de changement de comportement dans le cadre de l'activité physique.

Fig.12 : PAR-Q

Il existe plusieurs outils à la disposition des professionnels. Pour évaluer la motivation du patient âgé à changer les habitudes sédentaires, il y a par exemple le questionnaire PAR-Q (Fig. 12) ; l'échelle de Borg est utile pour maintenir un niveau approprié d'activité physique, et surveiller la fréquence cardiaque.

L'échelle de Borg est utilisée pour estimer le niveau correct de l'activité physique en fonction de l'expérience subjective du patient sur la manière dont chaque activité est fatigante: lorsque le patient tente une activité physique, il décrit le niveau d'effort requis et la fatigue produite. Certaines personnes pourraient se sentir niveau AA de l'effort à 6 lors de la marche, d'autres lors de l'exécution. Pour développer la résistance le patient doit travailler pour arriver à un niveau d'effort de 13, se sentant ainsi à un niveau raisonnable de l'effort. Pour développer la force les personnes doivent atteindre un niveau d'effort proche de 15-17.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

Activités de groupes :

- Groupes de 10 personnes
- 3 sessions de 10 minutes
- 1 leader par groupe avec une expérience dans le domaine de l'activité physique (docteur physiothérapeute, infirmière ou autre expert)
- [Supports pédagogiques](#)

Dans les groupes, les participants discutent d'un cas de la vie réelle. Ils leur est demandé de décider si l'objet de l'étude de cas est un niveau débutant, intermédiaire ou avancé. Distinguant les facteurs de risque, ils doivent alors établir un programme d'exercices adaptés aux besoins, les objectifs, les étapes et ainsi de suite.

• **Étude de cas A:** *Une femme de 65 ans. Elle est en bonne santé et ne prend pas de médicament. Elle a joué au volleyball régulièrement jusqu'à l'âge de 25 ans, puis a progressivement réduit son activité. Au cours des 20 dernières années, elle n'a guère pratiqué. Sa motivation pour commencer à pratiquer de nouveau, est qu'elle a remarqué une prise de poids graduelle au cours des cinq dernières années.*

• **Étude de cas B:** *Un homme âgé de 72 ans. Un peu de pression artérielle qui est traitée avec des médicaments. Il a toujours pratiqué une activité sportive et il a été entraîneur durant les 20 dernières années. Il a décidé de reprendre un programme régulier d'exercices afin de mieux contrôler sa pression sanguine.*

• **Étude de cas c:** *Un homme âgé de 66 ans. Il est en bonne santé, prend seulement des hypoglycémiques oraux pour une augmentation du taux de glycémie. Il a fait de l'activité agonistique dans le passé et continue encore l'activité physique en alternant de la piscine (2 fois par semaine) avec de l'activité au gymnase (2 fois par semaine). Le dimanche, promenade d'une heure à peu près. Il a décidé de reprendre un programme d'exercices afin d'optimiser les résultats obtenus.*

1. Quel est le profil de la personne ?
2. Situeriez-vous la personne dans le groupe débutant, intermédiaire ou avancé?
3. Quelles questions poseriez-vous afin de découvrir tous les facteurs de risque possibles?
4. Quelles devraient être les objectifs de la personne ?
5. Comment augmenter l'activité et à quelle fréquence ?



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

7. APPRENDRE AUX PERSONNES AGEES A VIVRE SAINEMENT

La section suivante comprend **six suggestions** de leçons qui peuvent être utilisées lorsque l'on travaille **avec des groupes de personnes âgées**. Les leçons comprennent des informations utiles et des outils pour la promotion de modes de vie sains. Le matériel est conçu pour être utilisé par les professionnels - médecins, infirmières, pharmaciens et autres professionnels - dans le contexte de l'éducation des adultes, de séminaires ou de traitement- groupes de thérapie.

Les documents pertinents pour chacun des modules (disponible en intégralité sur le CD qui accompagne ce manuel) sont présentés ici en résumé: un simple clic sur chaque titre permet d'accéder au contenu complet!

Equipement: PC, projecteur, des ressources multimédia, la documentation, et suffisamment d'espace pour les interventions et le travail de groupe.

Supports pédagogiques :

- ◆ Présentations Powerpoint
- ◆ Vidéos pour chaque module
- ◆ Brochures
- ◆ Agenda santé
- ◆ Tableau à compléter
- ◆ Bibliographie

Organisation de chaque module:

Chaque module dure environ une heure et est divisé en deux sessions: l'introduction théorique (environ 30 min), et l'activité pratique (environ 30 mn).

- Introduction (5 mns)
- Concepts de base (5 mns)
- Contenu:
 - o Risques et avantages (5 mns)
 - o Messages clés et renforcement (5 mns)
 - o Objectifs et outils pour le changement (5 mns)
- Modules vidéo (2 minutes)
- Des activités pratiques, exercices et Jeux de rôles (20 mns)
- Réponse de contrôle, débats et conclusions, soit en groupes ou en séances plénières (10 mns)



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

a. La santé émotionnelle

Contenu théorique: outre le contenu théorique dans le chapitre 6a, vous pouvez vous référer à

- [La présentation Powerpoint](#)
- [Le guide du module théorique](#)
- [Le guide du module pratique](#)

Outils pour les activités pratiques:

- [Présentation Powerpoint](#)
- [Vidéo 1](#) et [Vidéo 2](#) - documentaire sur les émotions qui sert à lancer un débat sur cette question.
- [Brochure](#)

b. Alimentation et personnes âgées

Contenu théorique : outre le contenu théorique dans le chapitre 6ter, vous pouvez vous référer à

- [La présentation Powerpoint](#)

Outils pour les activités pratiques:

- [Présentation Powerpoint](#)
- [Guide module pratique](#)
- [Vidéo 1](#), [Vidéo 2](#) et [Vidéo 3](#) – Deux vidéos d'illustration sur le module.
- **Tableau, à remplir individuellement** – un tableau que les participants utilisent pour enregistrer leurs habitudes alimentaires et noter celles qui sont «bonnes» et «mauvaises».
- **Agenda santé** - un outil que les participants utilisent pour transférer cinq de leurs bonnes habitudes de santé dans leur quotidien.
- **Agenda des habitudes quotidiennes** – les participants sont divisés en trois groupes, chaque groupe discute de leur alimentation. Il est ensuite demandé d'évaluer si leur alimentation est saine ou non.
- [Brochure](#) - donnée aux participants qui contient les messages clés de la session.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

c. L'usage des médicaments chez les personnes âgées

Contenu théorique: outre les contenus théoriques du chapitre 6c, vous pouvez vous référer à

- [Présentation Powerpoint](#)

Outils pour les activités pratiques :

- [Présentation PowerPoint](#)
- [Guide module pratique](#)
- [Vidéo](#) - une vidéo d'illustration sur le module: une expérience illustrant le message d'une personne âgée qui a mis en pratique de bonnes habitudes quant à sa consommation de médicaments après certaines expériences qu'elle avait vécues.
- **Agenda médicaments** – tableau où vous pouvez noter quand vous devez prendre chaque médicament et où vous pourrez mettre une croix au moment où vous le prenez (pour encourager le respect de la prescription) pour éviter les oublis ou la mauvaise ingestion.
- **Boîtes & emballages** - Ecrivez sur la boîte ou l'emballage la façon dont le médecin vous a dit de prendre le médicament, et si il doit être pris avec un repas ou non.
- **Pilulier** - chaque lundi remplir le pilulier et mettre le bon médicament dans chaque section, selon le l'agenda de santé.
- [Brochure](#) donnée aux participants qui contient les messages clés de la session

d. Tabagisme et consommation d'alcool chez les personnes âgées

Contenu théorique: Outre le contenu théorique du chapitre 6d, vous pouvez vous référer à

- [Présentation Powerpoint](#)

Outils pour les activités pratiques:

- [Présentation Powerpoint](#)
- [Guide du module pratique](#)
- [Vidéo](#) - Une vidéo d'illustration sur le module.
- **Tableau**, à remplir individuellement – tableau que les participants remplissent, en notant les effets positifs et négatifs de leur consommation de tabac et d'alcool.
- **Agenda des habitudes quotidiennes** - Les participants sont divisés en trois groupes, chaque groupe discute de leurs habitudes liées au tabagisme et à l'alcool. Ils doivent ensuite évaluer si ces habitudes sont bonnes ou non pour la santé.
- [Brochure](#) donnée aux participants qui contient les messages clés de la session



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

e. Activités physiques chez les personnes âgées

Contenu théorique: outre le contenu théorique du chapitre 6e, vous pouvez vous référer à

- [Présentation Powerpoint](#)

Outils pour les activités pratiques:

- [Présentation Powerpoint](#)
- [Guide du module pratique](#)
- [Vidéo 1](#) et [vidéo 2](#)- présentant l'expérience d'autres personnes et le message d'une personne âgée qui fait de l'exercice régulièrement.
- [Agenda](#) - un outil que les participants utilisent pour indiquer leur activité physique quotidienne.
- [Des cartes flashes](#) - Cartes d'endurance cardiovasculaire, force et équilibre, et des exercices de flexibilité.
- [PAR -Q](#) - Questionnaire conçu pour une première évaluation et analyse des contre-indications éventuelles liées à la pratique de toute activité physique
- [Brochure](#) donnée aux participants qui contient les messages clés de la session.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

8. PLANIFICATION ET ACCREDITATION DE LA FORMATION

a. Suggestions pour la planification de la formation

Comme vous pouvez le constater, la formation EHLE s'articule autour de six modules: alimentation saine; usage de médicaments; tabagisme; l'activité physique, la santé émotionnelle, communication, le tout adressé aux personnes âgées.

Chaque module dure environ une heure et est divisé en deux sections distinctes:

- **Théorique (30 mn env.)**
- **Activités en groupes (30 min env.)**

La partie conférence vise à fournir aux participants des connaissances et des preuves scientifiques concernant le sujet abordé, alors que la seconde partie est destinée à améliorer les compétences dans la communication de ce savoir et à promouvoir un changement de comportement à travers des études de cas, simulations, etc.

Vu la densité des modules, il est possible, *voir préférable*, de diviser la formation en deux journées (journées divisées par module et non pas en journées théoriques et pratiques).

QUELQUES REMARQUES GENERALES:

- Le travail de groupe est fondamental pour améliorer à la fois l'attention et l'implication des participants - la partie pratique est indispensable pour tous les modules;
- L'invitation à revenir en session plénière après le travail de groupe est importante car cela permet de donner une rétroactivité aux participants sur les travaux pratiques (être prudent avec le « temps »);
- Le programme est très dense - il est important de tenir des conférences dans la limite de temps de 30 minutes et de respecter l'ordre correct des modules.

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

b. Suggestions pour les formateurs qui travaillent avec des personnes âgées

Tous les formateurs doivent surtout se poser deux questions essentielles avant de commencer un processus pédagogique:

- Que devront faire les participants pour mettre en pratique, de la meilleure façon possible, ce qu'ils apprennent au travers des modules EHLE ?
- Comment les modules de la formation EHLE peuvent – ils utilisés le plus efficacement possible ?

Nous ne devons pas évaluer les caractéristiques des personnes qui assistent à la présentation des modules de formation EHLE.

Qui sont-ils? Sont-ils vieux? Quel est le vocabulaire qu'ils connaissent? Quelles sont leurs connaissances antérieures? Quel est leur intérêt pour cette formation? Comment un adulte apprend ?

Afin de placer un adulte dans **une situation de formation, nous devons prendre en compte les aspects suivants:**

- Les adultes peuvent ne pas avoir suivi de formation pendant une longue période, des difficultés peuvent découler du manque de ressources, de compétences et de stratégies d'apprentissage et à l'absence de bonnes habitudes d'apprentissage;
- Ils recherchent l'utilité et l'application pratique de la formation. S'ils ont l'impression que ce qu'ils apprennent est inutile, ils perdront leur motivation, porteront leurs intérêts ailleurs et cesseront d'apprendre;
- Ils effectuent la formation dans des conditions difficiles parfois, avec de la fatigue, des préoccupations liées au travail et/ou à la famille etc. La formation n'est pas une chose essentielle dans leur vie;
- Ils peuvent avoir une faible estime d'eux mêmes, se sous-estiment et ne se pensent pas suffisamment qualifiés pour participer au processus de formation

Le mot clé de la réussite d'un formateur est: la souplesse.

Apprendre à apprendre est aussi importante pour les formateurs que les étudiants. Le formateur efficace peut, par exemple ...

- Découvrir le style de formation qui s'adapte le mieux à une situation et un moment spécifique;
- Adopter le genre de comportement qui peut fournir une meilleure réponse aux attentes des participants;
- Produire le bon comportement, en l'adaptant aux réactions du groupe:
- Tirer les leçons de l'expérience pédagogique.

Tous les formateurs ont la possibilité de mener des actions de formation selon quatre styles au moins: le style de

Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

l'instructeur (centrés sur les contenus pédagogiques), le style du négociateur (la pédagogie est caractérisée par une répartition des pouvoirs entre le formateur et les participants), le style de l'animateur (le formateur porte une attention aux besoins des élèves et les aide à apprendre) et, enfin, le style de l'expert - conseil (dans ce cas, le formateur a une action passive et est entièrement au service des participants pour leur offrir des conseils sur toute question pédagogique). A chaque style correspond une situation existante et le formateur efficace est capable de changer le style en fonction des exigences spécifiques du moment de la formation.

Écoute

Les participants ne sont pas des spectateurs passifs. Ils doivent assumer un rôle actif dans leur propre processus d'apprentissage. Ici nous nous référons à l'importance d'écouter et comment on peut / doit écouter et comment il est possible d'améliorer cette capacité.

Dans toute situation, les participants à des actions de formation pensent à des problèmes qu'ils souhaiteraient résoudre et qui, par conséquent, les amènent à poser des questions. Les questions ne représentent pas seulement une demande d'information par un participant, mais sont des indicateurs du processus de formation.

- Toutes les questions sont intéressantes et doivent être traitées avec respect et considération. Cela implique que chaque question a une réponse (même si ce n'est pas spécifiquement demandé par le participant).
- Les questions doivent être pertinentes, relatives à l'objet de la formation. Tout autre aspect doit être traité en dehors de l'espace de formation.
- Les questions doivent être précisément cela: des questions. Elles ne sont pas des commentaires, elles ne sont pas des évaluations. Nous devons exclure cette possibilité, à moins que cette demande ne soit expressément formulée par le formateur.
- Une question ne peut pas jeter le doute sur la connaissance du formateur. Personne ne sait tout. Il est préférable de retarder la réponse plutôt que de donner une réponse hâtive et, éventuellement, répondre à tort.
- En formation, surtout en dehors de la salle de formation, nous devons répondre aussi rapidement que possible. Si nécessaire, en disant que nous sommes à la recherche d'une réponse, mais les participants doivent avoir un retour rapide à savoir si la question a été prise en compte et que le formateur travaille sur celle-ci. Le participant ne peut pas avoir un sentiment de solitude.
- Ne répondez pas avec une autre question. Bien que cela puisse être une ressource intéressante, cela fait réfléchir les participants sur leurs doutes : une question, une demande d'explication

Ceci peut être mis en œuvre de trois façons. Comment? Avec des exemples précis:

L'écoute active : Le participant peut ainsi confirmer que ce que le formateur a entendu est exactement ce qu'il voulait dire (ou corriger l'interprétation). Les formateurs peuvent rapidement préciser le problème par des questions et proposer des solutions.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) "Seniors actifs, adoptez la saine habitude"

L'écoute compréhensive: transmettre à l'interlocuteur le sentiment que nous sommes d'accord avec ce qu'il dit par des messages tels que "c'est vrai", "vous avez raison", etc.

L'écoute sélective: pose des questions ouvertes sur les aspects essentiels de l'information qui nous est transmise, en orientant le message vers ce que nous voulons savoir.

Afin de définir cette section, nous indiquons les attitudes liées à la bonne écoute et les techniques qui permettent d'y parvenir.

Les compétences des bons formateurs ne se distinguent pas seulement par leur capacité à manager des groupes, à communiquer efficacement ou à aider ces groupes à acquérir certaines capacités. Les autres qualités se situent entre la capacité d'improvisation, la créativité, ou les compétences liées à la gestion des ressources dans les salles de formation qui sont aussi très importantes et aident à rendre la session plus «exceptionnelle».

- Audiovisuel: les vidéos
- Présentations multimédia
- Tryptiques et affiches
- Matériel d'enseignement interactif : e-learning



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

9. CONCLUSIONS

Promotion de la santé comme vecteur de promotion sociale des personnes âgées: la perspective de l'UNCASS

En matière de santé publique, il est connu qu'en général, plus le statut social d'une personne est élevé, meilleure est sa santé. En matière de santé publique, il est également connu que la promotion de la santé, de l'éducation et de l'information améliore non seulement l'état de santé mais aussi le statut social de la population cible. De la même manière que la scolarisation et l'éducation formelle favorise le bien-être social et la réussite d'une personne, l'éducation sanitaire et sociale pousse vers de meilleurs niveaux de qualité de vie de la personne-cible ou du groupe cible de l'intervention. (cf. étude de Whitehall menée en Angleterre).

Participation à des initiatives en éducation pour la santé comme moyen de promouvoir la santé émotionnelle: la contribution de l'Université d'Alicante

La recherche médicale fournit de plus en plus de découvertes sur la relation existant entre le corps et l'esprit. Il semble que l'esprit joue un rôle puissant dans la santé et la qualité de vie. Il en résulte une grande pertinence d'actions destinées à promouvoir la santé et la participation à des activités liées à la santé émotionnelle au maintien d'un mode de vie en bonne santé, au bien-être émotionnel, à la fonction cognitive et au vieillissement sain.

L'apprentissage réglementé et systématique et les initiatives de promotion sanitaire permettent la localisation des expériences de vie pour les personnes âgées dans un cadre d'orientations, des propositions et des conseils pour vivre sainement. Pour créer une bonne habitude, il faut répéter les comportements et, si ces comportements sont régis par les connaissances acquises dans les formations, ce sera plus facile pour créer de bonnes habitudes, et améliorer la qualité de vie globale des personnes âgées.

La promotion de la santé émotionnelle peut être développée à travers l'apprentissage et la pratique des stratégies d'adaptation qui permettent de développer de saines habitudes émotionnelles. De cette manière, les individus adultes peuvent appliquer les connaissances acquises pour parvenir à une vie quotidienne saine dans un contexte à la fois personnel et interpersonnel, les aidant ainsi à améliorer leur condition physique, afin de prévenir les risques de maladies, de se protéger contre la dépression, pour traiter l'anxiété de façon efficace et pour renforcer leur système immunitaire.

En outre, dans le cas des personnes âgées, il devient essentiel de ralentir la détérioration des capacités cognitives, ce qui est un apprentissage de santé qui a un impact sur le bien-être émotionnel et favorise



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

la santé et la qualité de vie des personnes âgées, puisque la mémoire et l'attention sont indispensables à la vie quotidienne.

Les cadres conceptuels comme outil de création de boîtes à outils de haute qualité de la formation: la contribution de l'Université libre d'Amsterdam

Dans le projet EHLE nous avons développé un ensemble d'outils de formation avec deux objectifs: renforcer l'autonomie des personnes âgées à faire des choix éclairés dans les domaines de la santé et de leur mode de vie, et élaborer et communiquer des messages clairs et simples sur ces sujets. La boîte contient beaucoup de matériel, axé sur ces deux objectifs et basé sur un cadre théorique. L'utilisation d'un cadre théorique de base de la boîte à outils est importante car il nous a aidé à concevoir la boîte à outils et à choisir les modules et leur contenu. Développer les thèmes dans le cadre conceptuel signifiait que nous devons nous demander: comment ce contenu ou ce type de matériel aller nous aider à amener les personnes vers le changement?, garantissant ainsi la pertinence et l'accessibilité de tous les documents que nous avons inclus.

Le cadre théorique de notre projet est basé sur la théorie du comportement planifié et sur le modèle d'autorégulation. Celui-ci soutient que nous devons informer les gens sur les risques liés à la santé afin d'aboutir à des changements de comportement. Par conséquent, une information adéquate et claire a été une grande priorité pour tout le matériel de la boîte à outil.

La théorie du comportement planifié suggère que nous devons travailler sur l'attitude des gens et leur intention de changer. Cela peut être fait en les incitant à examiner pourquoi le changement de comportement est important et en leur fournissant des outils qui les aident à changer. Les outils (tels que l'entrevue motivationnelle et l'établissement d'objectifs) ont été utilisés dans bon nombre des documents fournis dans la mallette de formation. Enfin, tous les outils sont basés sur l'approche de la «responsabilisation»: aider les personnes âgées à utiliser leur propre capacité de changement. Et c'est exactement ce que nous avons l'intention de promouvoir le projet EHLE.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

Remarques finales par le partenaire coordinateur: Regione Veneto

En conclusion, de nombreux défis attendent les professionnels sanitaires et sociaux qui travaillent pour promouvoir la santé et le bien-être de nos aînés et pour réduire l'impact du mode de vie non sain sur leur risque de développer des maladies liées au handicap physique et cognitif.

La prévention des maladies chroniques, du handicap, d'une perte d'autonomie, implique une approche intégrée de promotion de la santé, une approche qui combine la promotion de modes de vie sains avec des actions visant à lutter contre les inégalités sociales et économiques. L'éducation est l'outil le plus puissant connu en santé publique pour réduire les inégalités de santé et c'est l'un des médicaments les moins chers si on le compare à des médicaments puissants utilisés en médecine préventive et curative.

Grâce à cette boîte à outils, nous espérons avoir mis à disposition du lecteur et du professionnel un ensemble d'instruments visant à améliorer l'apprentissage «tout au long de la vie» des capacités de nos adultes plus âgés et donc à améliorer leur santé physique et émotionnelle et, finalement, leur qualité de vie.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

10. BIBLIOGRAPHIE

THEORIES

- ANDERSON RM, FUNNELL MM, HERNANDEZ CA (2005): Choosing and using theories in diabetes education research. *Diabetes Educ*, 31: 513, 515, 518-513, 515, 520.
- AJZEN I (1991): The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50: 179-211.
- AJZEN I (1988): *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton Keynes: Open University Press. BANDURA A: *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall. 1986.
- BRUG J, KREMERS SP, LENTHE F, BALL K, CRAWFORD D (2008): Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. *Proc Nutr Soc*, 67: 307-316.
- BURKE BL, ARKOWITZ H, MENCHOLA M (2003): The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*, 71: 843-861.
- CARROLL C, NAYLOR E, MARSDEN P, DORNAN T (2003): How do people with Type 2 diabetes perceive and respond to cardiovascular risk? *Diabet Med*, 20: 355-360.
- CHRISTAKIS NA, FOWLER JH (2007): The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357: 370-379.
- CONROY RM, PYORALA K, FITZGERALD AP, SANS S, MENOTTI A, DE BG ET AL (2003): Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*, 24: 987-1003.
- DE VRIES H, DIJKSTRA M, KUHLMAN P (1988): Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral interventions. *Health Education Research*, 3: 273-282.
- DE VRIES H (1993): *Determinanten van gedrag*. In *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Edited by Damoiseaux V, van der Molen HT, Kok GJ. Assen: Van Gorcum: 109-132.
- D'ZURILLA TJ, GOLDFRIED MR (1971): Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*, 78: 107-126.
- D'ZURILLA TJ J. (1986) *Problem Solving Therapy: a social competence approach to clinical interventions*. New York, Springer. Ref Type: Report
- D'ZURILLA TJ, NEZU AM (2001): Problem-Solving Therapies. In *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*. Edited by Dobson KS. Guilford Press; 211-245.
- D'ZURILLA TJ, NEZU AM (1982): Social problem solving in adults. In *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Edited by Kennedy PC. New York: Academic Press: 201-274.
- EDWARDS A, ELWYN G, MULLEY A (2002): Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ*, 324: 827-830.
- FUNNELL MM (2004): Patient empowerment. *Crit Care Nurs Q*, 27: 201-204.
- FUNNELL MM, ANDERSON RM (2004): Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes*, 22: 123-127.
- FUNNELL MM, NWANKWO R, GILLARD ML, ANDERSON RM, TANG TS (2005): Implementing an empowerment-based diabetes self-management education program. *Diabetes Educ*, 31: 53, 55-56, 61.
- GURALNIK JM ET AL. (1993) Educational status and active life expectancy among older blacks and whites *N Engl J Med*. Jul 8;329(2): 110-6.
- GIGERENZER G, EDWARDS A (2003): Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*, 327: 741-744.
- HAMPSON SE (1997): Illness representations and the self-management of diabetes. In *Perceptions of health and illness*. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher;;323-347.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) ***“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”***

- HARDEMAN W, JOHNSTON M, JOHNSTON DW, BONETTI D, WAREHAM NJ, KINMONTH AL (2002): Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: a systematic review. *Psychology and Health*, 17: 123-158.
- HARDEMAN W, SUTTON S, GRIFFIN S, JOHNSTON M, WHITE A, WAREHAM NJ ET AL. (2005): A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. *Health Educ Res*, 20: 676-687.
- LAKERVELD J, BOT SD, CHINAPAW MJ, VAN TULDER MW, VAN OPPEN P, DEKKER JM ET AL (2008). Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocr Disord*, 8: 6.
- LEVENTHAL L, BENYAMINI Y, BROWNLEE S, DIEFENBACH M, LEVENTHAL EL, PATRICK-MILLER L ET AL. (1997): Illness representations: theoretical foundations. In *Perceptions of health and illness*. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher; :19-45.
- LIPKUS IM, SAMSA G, RIMER BK (2001): General performance on a numeracy scale among highly educated samples. *Med Decis Making*, 21: 37-44.
- MICHIE S, ABRAHAM C (2004): Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired. *Psychology and Health*, 19: 29-49.
- MILLER WR, ROLLNICK S (2002): *Motivational Interviewing, preparing people for change*. The Guilford Press, New York.
- MISSELBROOK D, ARMSTRONG D (2001): Patients' responses to risk information about the benefits of treating hypertension. *Br J Gen Pract*, 51: 276-279.
- MISSELBROOK D, ARMSTRONG D (2002): Thinking about risk. Can doctors and patients talk the same language? *Fam Pract*, 19: 1-2.
- MYNORS-WALLIS LM (2001): Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 417-425.
- MYNORS-WALLIS LM, GATH DH, DAY A, BAKER F (2000): Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*, 320: 26-30.
- MYNORS-WALLIS LM, GATH DH, LLOYD-THOMAS AR, TOMLINSON D: Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995, 310: 441-445.
- NORRIS SL, ENGELGAU MM, NARAYAN KM (2001): Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24: 561-587.
- KAMPHUIS CB, VAN LENTHE FJ, GISKE K, HUISMAN M, BRUG J, MACKENBACH JP (2008): Socioeconomic status, environmental and individual factors, and sports participation. *Med Sci Sports Exerc*, 40: 71-81.
- KNIGHT KM, DORNAN T, BUNDY C (2006): The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med*, 23: 485-501.
- JEFFERY RW (2004): How can Health Behavior Theory be made more useful for intervention research? *Int J Behav Nutr Phys Act*, 1: 10.
- PALING J (2003): Strategies to help patients understand risks. *BMJ*, 327: 745-748.
- PEYROT M, RUBIN RR (2007): Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care*, 30: 2433-2440.
- PETERS E, VASTFJALL D, SLOVIC P, MERTZ CK, MAZZOCCO K, DICKERT S (2006): Numeracy and decision making. *Psychol Sci*, 17: 407-413.
- PROCHASKA JO, VELICER WF (1997): The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12: 38-48.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

- ROTHMAN AJ (2004): "Is there nothing more practical than a good theory?": Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1.
- RUBAK S, SANDBAEK A, LAURITZEN T, CHRISTENSEN B (2005): Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55: 305-312.
- STEVENS RJ, KOTHARI V, ADLER AI, STRATTON IM (2001): The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). *Clin Sci (Lond)*, 101: 671-679. Erratum in: *Clin Sci (Lond)* 2002, 102: 679.
- THORNETT AM, MYNORS-WALLIS LM (2002): Credibility of problem-solving therapy and medication for the treatment of depression among primary care patients. *Med Sci Monit*, 8: CR193-CR196.
- VAN DER WT, VAN STEENKISTE B, STOFFERS HE, TIMMERMANS DR, GROL R (2007): Primary prevention of cardiovascular diseases in general practice: mismatch between cardiovascular risk and patients' risk perceptions. *Med Decis Making*, 27: 754-761.
- VAN STEENKISTE B, VAN DER WT, STOFFERS HE, KESTER AD, TIMMERMANS DR, GROL R (2007): Improving cardiovascular risk management: a randomized, controlled trial on the effect of a decision support tool for patients and physicians. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14: 44-50.
- VAN STEENKISTE B, VAN DER WT, TIMMERMANS D, VAES J, STOFFERS J, GROL R (2004): Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. *Patient Educ Couns*, 55: 301-307.
- WEINMAN J, PETRIE KJ (1997): Perceptions of health and illness. In *Perceptions of health and illness*. Edited by Petrie KJ, Weinman J. Amsterdam: Harwood Academic Publisher, 1-17.
- WOLOSHIN S, SCHWARTZ LM, WELCH HG (2007): The effectiveness of a primer to help people understand risk: two randomized trials in distinct populations. *Ann Intern Med*, 146: 256-265.

SANTE EMOTIONNELLE

- ELFENBEIN, H. A., MARSH, A. & AMBADY, N. (2002). Emotional Intelligence and the recognition of emotion from the face. En L. F. Barrett & P. Salovey (eds.). *The wisdom of feelings: Processes underlying emotional intelligence*. New York: Guilford Press. pp. 37-59
- GOLEMAN, D. (1995a). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- MAYER, J. D. AND COBB, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: the case for ability scales. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco. Jossey Bass.
- SALOVEY, P., MAYER, J.D., AND CARUSO, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In C.R. Snyder y S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- VALLES, A. (2004). *Programa DIE. Desarrollando la inteligencia emocional*. Madrid. EOS.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

MEMOIRE ET ATTENTION

- Birren, J. & Schaie, K.W. (Eds.) (2001): Handbook of the psychology of ageing (5^a Edition). San Diego: Academic Press.
- Labouvie-Vief, G (1985): Intelligence and cognition. In J, Birren & Schaie, W. (eds.): Handbook of the Psychology of Ageing. New York: Academic Press.
- Lawton, M.P. (1977): The impact of environment and aging behavior. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.): Handbook of the Psychology of ageing. New York: Van Norstrand Reinhold.
- Moos, R.H & Lemke, S (1985): Specialized living environments for older people. In J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.): Handbook of Psychology of Ageing. 2nd Edition. New York: Van Norstrand Reinhold.
- Smits, C.H., Deeg, D.M. & Schmand, B. (1999): Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. American J. Epidemiology, 150 (9), 978-86.
- Fernández-Ballesteros, R. & Calero, M. D. (1995): Training effects on intelligence of older persons. Archives of Gerontology and Geriatrics, 20, pp. 135-148.
- Edelstein, B. (2000): Clinical Geropsychology. Clinical Psychology Review, 20, 681-683.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jessell (Eds.) (2000): Principles of Neural Science (4th Edition). New York: McGraw Hill.

SOMMEIL ET REPOS

- Montes Rodríguez, C.M.; Rueda Orozco, P.E.; Arteaga Urías, E.; Aguilar Roblero, R.; Prospero García, O.: De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. Revista de neurología, ISSN 0210-0010. Vol. 43, No. 7, pp. 409-415. 2006
- Maldonado, E.F.; Carranque, G. C. Med. Psicosom. No. 69/70. pp. 9-13. 2004
- Lupien S.; Fiocco A.; Wan N. et al. Stress Hormones and Human Memory Function across the lifespan. Psychoneuroendocrinology 30(3): 225-242. 2005
- Carskadon M. A; Brown E. D; Dement WC Sleep fragmentation in the elderly: relationship to daytime sleep tendency. *Neurobiol. Aging*. 321-7. 1982
- Soler A. (2008) Una perspectiva psicobiológica aplicada a la Geriátrica preventiva: salud, calidad de vida y edad biológica. Doctoral Thesis. 455-493
- Greene G. (2008). Review of “Insomniac”. *N. Engl. J. Med* 359:13.1412-13. September 2008.

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. EL MEDICAMENTO ¡Conózcalo!. GUÍA PARA EL FARMACÉUTICO. TEXTO BASE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. EL ABECEDARIO DE LOS MEDICAMENTOS. Noviembre de 2003.
- Formación en Promoción y Educación para la Salud, disponible en:
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/formacionGrados.htm>
- FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. DOCUMENTO DE CONSENSO. January 2008.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. “Consúltenos. Información sobre su medicación”. November 2008.

ALIMENTATION

- Le guide nutrition à partir de 55 ans - Collection La santé vient en mangeant et en bougeant - publié par l'INPES – grand public
- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=932>
- Le guide nutrition à partir de 55 ans - Collection La santé vient en mangeant et en bougeant - publié par l'INPES – pour les professionnels



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=959>
- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées - Collection La santé vient en mangeant et en bougeant – publié par l'INPES – pour les aidants
- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=941>
- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées - Collection La santé vient en mangeant et en bougeant – publié par l'INPES – pour les professionnels de santé
- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=959>
- Programme National Nutrition Santé
- <http://www.mangerbouger.fr/>
- MASORO, E.J.; YU, B.P., BERTRAND, H.A. (1982) Action of food restriction in delaying the aging process. *Proc.Natl.Acad.Sci.USA*. Vol. 79. 4239-4241.
- HARRISON, D.E.; ARCHER, J.R.; ASTLE, C.M. (1984). Effects of food restriction on aging: separation of food intake and adiposity. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Vol. 81. No. 6. 1835-1838.
- DIMAURO, S. SPALLINA, G.; LEOTTA, C.; GIARDINA, M.; DIFAZIO, I.; MALAGUARNERA, M. ; DISTEFANO,A. (1998).The effects of caloric restriction and controlled physical exercise on hypertension in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.27:1-8.
- HAN, S.N.; MEYDANI, M.; WU, D.; BENDER, B.S.; SMITH, D.E.; VIÑA, J.; CAO, G.; PRIOR, R.L.; MEYDANI, S.N.(2000). Effect of long-term dietary antioxidant supplementation on Influenza Virus infection. *Journal of Gerontology. Biological Sciences*.Vol.55A, No.10.B496-B503.
- DE LA FUENTE M.;GUAYERBAS N.;CATALAN MP.;VICTOR V.M.,MIQUEL J. (2002).The amount of thiolic antioxidant ingestion needed to improve the immune functions is higher in aged than in adult mice. *Free Rad. Res*. 36:119-126.
- NEWBY, P. K., MULLER, D., HALLFRISCH, J., ANDRES, R., AND TUCKER, K. L., (2004): Food patterns measured by factor analysis and anthropometric changes in adults. *Am J Clin Nutr* 80: 504-13.
- NEWBY, P. K., MARAS, J., BAKUN, P., MULLER, D., FERRUCCI, L., & TUCKER, K. L. (2007): Intake of whole grains, refined grains, and cereal fiber measured with 7-d diet records and associations with risk factors for chronic disease. *Am J Clin Nutr* 86: 1745-53.
- SALVADOR-CARULLA, L.; HERNÁNDEZ- PIERA, E. (2004).Desarrollo a lo largo del ciclo vital. En: *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Ed. Médica Panamericana: 580-638.
- JOHNSON, M.L. (ed.) (2005). *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge University Press: 78-88; 169-173.
- GÓMEZ CANDELA, C.; LORIA KOHEN, V.; LOURENÇO NOGUEIRA, T: Guía visual de alimentos y raciones. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Sociedad Española de Nutrición básica y Aplicada 2007.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) **“Seniors actifs, adoptez la saine habitude”**

ACTIVITE PHYSIQUE

- BORTZ, W.M.(1991): We live too short. *Bantams Books*. New York.pp.217-223.
- CONONIE CC, GRAVESS JE, POLLOCK ML, PHILLIPS MI, SUMMERS C, HAGBERG JM. (1991): Effect of exercise training on blood pressure in 70- to 79-yr-old men and women. *Med Sci Sport Exerc*; 23:505-511.
- FLEG, J. L., MORRELL, C. H., BOS, A. G., BRANT, L. J., TALBOT, L. A., WRIGHT, J. G., AND LAKATTA, E. G.(2005): Accelerated longitudinal decline of aerobic capacity in healthy older adults. *Circulation* 112: 674-82.
- FRASER, G.E.; SHAVIK, D.J.(2000):Ten years of life: is a matter of choice?. *Arch. Intern. Med.*161: 1645-1652.
- GURALNICK JM, SIMONSICK E, FERRUCCI L. (1996): A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol Med Sci.* ; 49: M85M94.
- LAWLOR, D.A.(2001): The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 202-208.
- NIEMAN DC, WARREN BJ, O'DONNELL KA, DTSON RG, BUTTERWORTH DE, HENSON DA. (1993): Physical activity and serum lipids and lipoproteins in elderly women. *J Am Geriatr Soc*; 41:1.339-1.344.
- PAFFENBARGER RS, et al.(1993): Association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*;328.538-545.
- PATE RR, PRATT M, BLAIR N, et al.(1995): Physical activity and public health. Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 1995; 273: 402-407.
- POSNER JD, GORMAN KM, (1992): Windsor- Landsberg L et al. Low to moderate intensity endurance training in healthy older adults: Physiological responses after four months. *J Am Geriatr Soc*; 40:1-7.
- RODRÍGUEZ BL, CURB JD, BURCHFIEL CM, ET AL. (1994): Physical activity and 23 year incidence of coronary heart disease morbidity and mortality among middle-aged men. The Honolulu Heart Program. *Circulation*; 89:2.540-2544.
- RODRIGUEZ, A., MULLER, D. C., METTER, E. J., MAGGIO, M., HARMAN, S. M.; BLACKMAN, M. R., AND ANDRES, R.(2007): Aging, androgens, and the metabolic syndrome in a longitudinal study of aging. *J Clin Endocrinol Metab* 92: 3568-72
- SANDVICK L, ERIKSEN J, THAULOW E, ERIKSEN G, MUNDAL R, RODAHL K. (1993): Physical fitness as predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. *N Engl J Med* 1993; 328:533-537.
- SHERMAN SE, D'AGOSTINO RB, COBB JL, KANNEL WB. (1994): Does exercise reduce mortality rates in the elderly? Experience from Framingham Heart Study. *Am Heart J*; 128:965-972.
- SKELTON, N.K.; SKELTON, W.P.(1992): Medical implications of obesity. Losing pounds, gaining years. *Postgrad. Med.* 92:151-156.
- SNOW, C.M.; SHAW, J.M.; WINTERS, K.M.; WITZKE, K.A.(2000): Long-term exercise using weighted vest prevents hip bone loss in postmenopausal women. *Journal of Gerontology*. Medical Sciences. 9: M 489-M 491
- STRATTON JR, LEVY WC, CERQUEIRA MD, SCHWARTZ RS, ABRASS IB (1994): Cardiovascular responses to exercise. Effects of aging and exercise training in the healthy men. *Circulation* 1994; 89: 1.648-1.655.
- U.S. DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. HEALTHY PEOPLE 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC. U.S. Dept. Of Health and Human Services 1991. DHHS publication PHS 91-50212.
- ZHENG H; LUO M; SHEN Y; MA Y; KANG W.(2008): Effects of 6 months exercise training on ventricular remodeling and autonomic tone in patients with acute myocardial infarction and percutaneous coronary intervention. *J Rehabil Med*. Oct;40(9):776-9.

TABAC



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). (1996): The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Smoking Cessation Guideline. 275. 1270-1280. JAME (1996).
- BMJ (1993); Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helping people stop smoking. Results of randomised trial in general practice. BMJ 1993; 306: 1304-1308.
- EDWARDS G, ARIF, HODGSON R, (1982): Nomenclatura et classification des problemes liés à la consommation de drogue et alcool. Mémoire OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1982, 60: 499-520.
- FAGERSTROM KO.(1994): Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualisation of treatment. Addict Behav 1994, 3: 235-241.
- KENFORD SL, FIORE MC, JERENBY DE, SMITH SS, WETTER D, BAKER TB. (1994): Predicting Smoking Cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. JAMA 1994; 271: 589-594.
- MORROW, J.D.; FREI, B.; LONGMIRE, A.W.; GAZIANO, J.M.; LYNCH, S.M.; SHYR, Y.; STRAUSS, W.E.; OATES, J.A., ROBERTS, J.(1995): Increase in circulating products of lipid peroxidation(F2-Isoprostanes) in smokers- Smoking as a cause of oxidative damage. *The New England Journal of Medicine*.Vol 332: 1198-1203.nº18. May,4.
- PETO R, LOPEZ AD, BOREHAM J, THUN M, HEALTH C.,(1992): Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339: 1268-1278.
- RAW M. (1993): Smoking module. In: Helping People Change. Health Education Authority, 1993.
- RICHMOND RL, KEHOE LA, WEBSTER IW.(1993): Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 1993; 88: 1127-1135.
- RUSSELL MAH, STAPLETON JA, FEYERABEND C, WISEMAN SM, GUSTAVSSON G, ET AL.(1993): Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine, BMJ 1993, 306: 1308-1312.
- RUSSELL MAH, WILSON C, TAYLOR C, BAKER CD.(1979): Effect of general practitioners advice against smoking. BMJ 1979; 2: 231-235.
- RUSSELL MAH. (1996): Motivación and treatment in smoking cessation. Ponencia en : VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar y XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada , 1996.
- SAMET J.(1992): The health benefits of smoking cessation. Med Clin North Am 1992; 76: 399-438.
- SCHWARTZ JL (1992): Methods of smoking cessation. Med Clin North Am 1992;76: 451-476.
- SUZUKI, K.; ITO, Y.; AUKI, K et al.(2003): The relationship between smoking habits and serum levels of 8-OHdG, oxidized LDL antibodies, levels of Mn-SOD and carotenoids in rural Japanese residents. *J. Epidemiol.* 13(1):29-37
- TATE JC, SCHMITZ JM.(1993): A proposed revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire.Addict Behav 1993; 18: 135 -143

ALCOOL

- BLOOMFIELD K; GRITNER U; KRAMER S; GMEL G.(2006): Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl.* Oct-Nov;41(1):26-36.
- BLOOMFIELD K, GRITNER U; RASMUSSEN HB; PETERSEN HC.(2008): Socio-demographic correlates of alcohol consumption in the Danish general population.*Scand.J Public Health* 36(6):580-8.
- HOUGAKU, H., FLEG, J. L., LAKATTA, E. G., SCUTERI, A., EARLEY, C. J., NAJJAR, S., DEB, S., AND METTER, E. J.(2005): Effect of light-to-moderate alcohol consumption on age-associated arterial stiffening. *Am J Cardiol* 95: 1006-10.
- MÄKELÄ P; GMEL G; GRITNER U; KUENDING H; KUNTSCHKE S; BLOOMFIELD K; ROMM R.(2006): Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl.* Oct-Nov;41(1):8-18.
- VESTAL, R.E.; MCGUIRE, E.A.; TOBIN, J.D.; ANDRES, J.D.; NORRIS, R.; MEZEY, E.(1977): Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 21:343-354.



Empowering Health Learning for Elderly (EHLE) “Seniors actifs, adoptez la saine habitude”

COMMUNICATION

- EUROBAROMETRE : santé et nutrition
http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_fr.pdf
- Pratiquer la bienveillance : Par l'écoute active et l'empathie
de [Xavier Cornette de Saint Cyr](#) (Auteur), [Roselyne Fayard](#) (Préface) éditions Jouvence
Livre blanc « Ensemble pour la santé: une approche stratégique de l'union européenne pour 2008-2013:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_fr.htm
- AJZEN ICEK (1991): *The theory of planned behaviour*. Organizational behaviour and human decision processes. 50: 179-211
- BANDURA A (1997): *Self-efficacy; Control (Psychology)*, Edit W.H. Freeman (New York).
- GD BISHOP (1994): *Health psychology: integrating mind and body*, Boston, MA: Allyn & Bacon.
- LEÓN RUBIO JM. ET AL (2004): *Psicología de la salud y de la calidad de vida*, Edit UOC 2004, 195 p.
- LEVENTHAL H. ET AL (1997): Illness representations: theoretical foundations. In Perceptions of Health and Illness. Edited by Petrie KJ, WEINMAN J., AMSTERDAM: Harwood Academic Press; 19-46.
- PETRIE KJ ET AL. (2003): Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In The self-regulation of health and illness behaviour. Edited by Cameron LD, Leventhal H. London: Routledge; 257-277.
- GALLARDO CARRANZO, F (2004): Formación para formadores. Editorial Formación Alcalá.
- HEALTHY AGEING EU-funded project 2004-2007: <http://www.healthyageing.nu/>