



HAL
open science

Evaluation d'implantation et de la qualité de programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chutes chez les personnes âgées : programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D)

Beuniface Correa

► **To cite this version:**

Beuniface Correa. Evaluation d'implantation et de la qualité de programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chutes chez les personnes âgées : programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D). Sociologie. 2012. hal-01871040

HAL Id: hal-01871040

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01871040>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et Société »

Parcours « Activités corporelles, Santé, Sport, Société »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

Evaluation d'implantation et de la qualité de
programme multifactoriel non personnalisé de
prévention des chutes chez les personnes âgées :
Programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D)

Présenté par

Bauniface Fourmoss CORREA

Maître de stage : Frédéric Le Cren, Ph. D, Conseiller Technique National Fédération Française EPMM Sports pour tous, Paris.

Guidant universitaire : Anne VUILLEMIN, Professeur des Universités, Université de Lorraine, Faculté de Sport, Nancy.

Septembre 2012

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
INTRODUCTION.....	4
I. CADRE THEORIQUE : CONTEXTUALISATION.....	6
A. LE VIEILLISSEMENT.....	7
1. Etiologie du vieillissement.....	7
2. Epidémiologie du vieillissement.....	8
B. PREVENTION DES CHUTES PAR LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES AGEES.....	9
1. Les chutes : causes et conséquences.....	9
2. La prévention par l'activité physique.....	12
C. EVALUATION DE PROGRAMMES.....	20
a. Définition de la notion de programme.....	20
b. Définition, types et méthodologies d'évaluation de programmes.....	20
c. Les étapes de l'évaluation.....	23
II. CADRE MEHODOLOGIQUE : METHODOLOGIE D'EVALUATION D'IMPLANTATION ET DE LA QUALITE DU PROGRAMME MULTIFACTORIEL NON PERSONNALISE DE PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES : P.I.E.D.....	25
A. CONTEXTE DE L'EVALUATION DU PROGRAMME PIED : PROGRAMME MULTIFACTORIEL NON PERSONNALISE.....	26
1. Evaluation d'implantation.....	28
2. Evaluation de la qualité du programme.....	29
B. METHODES ET OUTILS DE L'EVALUATION DU PROGRAMME PIED...	30
1. Modèles théoriques.....	30
2. Outils de collecte d'informations.....	32
C. LA DEMARCHE D'EVALUATION DU PROGRAMME PIED.....	33
III. RESULTATS DE L'EVALUATION D'IMPLANTATION ET DE LA QUALITE DU PROGRAMME PIED ET DISCUSSION.....	36

A. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'EVALUATION.....	37
1. Implantation du programme.....	41
a. La phase de planification.....	41
b. Mise en œuvre du programme PIED.....	43
2. Qualité du programme PIED.....	51
B. DISCUSSION.....	58
1. Implantation du programme.....	58
2. Qualité du programme PIED.....	63
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXE.....	71
• Annexe 1: Conséquences du vieillissement sur la personne	
• Annexe 2 : Modèle social de vieillissement	
• Annexe 3 : Aspects à analyser dans l'évaluation d'implantation	
• Annexe 4 : Questionnaire pour animateur	
• Annexe 5 : Questionnaire pour partenaire	
• Annexe 6 : Questionnaire pour conseiller technique régional	
• Annexe 7 : Questionnaire pour développeur de programme	
• Annexe 8 : Questionnaires pour participant	
• Annexe 9 : Questionnaire pour responsable fédéral du programme	
• Annexe 10 : Outil d'évaluation de programmes PIED régionaux	
• Annexe 11 : Bilan régional des programmes PIED	
• Annexe 12 : Tableau des indicateurs d'évaluation du programme PIED	

Remerciements

Je remercie Madame Anne Vuillemin (Professeur à l'Université de Lorraine, Faculté du Sport), directrice de mémoire, Frédéric Le Cren (Ph. D, Conseiller Technique National Fédération Française EPMM Sports pour tous), respectivement tuteur de stage et Julien Grignon (Chargé de mission Sport-Santé Fédération Française EPMM Sports pour tous). Tous leurs conseils et aides m'ont été précieux pendant toute la période de cette expérience professionnelle et universitaire enrichissante.

Je remercie le président et l'ensemble de l'équipe de la Fédération Française EPMM Sports pour tous pour leur accueil et intégration au sein de la structure

Un grand merci aux personnes qui ont participé de près ou de loin à cette étude. Je veux nommer par-là les différents responsables régionaux du programme PIED (Richard Grunenbaum, Mathieu Renier, Camille Lobjoit), les animateurs, les partenaires ainsi que les participants au programme.

INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, les innovations scientifiques et techniques ainsi que les transformations sociétales profondes ont provoqué une forte augmentation de l'espérance de vie des habitants au cours de la seconde moitié du XXe siècle. Jointe à la baisse des taux de natalité, cette progression a pour conséquence l'accroissement rapide de la proportion des personnes âgées. Alors que les personnes de plus de 65 ans représentaient environ 8% de la population des pays européens en 1950, cette proportion s'élève aujourd'hui à 15%, elle sera de 20% en 2025 et de 30% en 2050 (*Marie-Louise Le Rouzo, 2008*). En France selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) «En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable. ». Cette situation exige une adaptation à tous les niveaux de la société et nécessite un effort. La société française comme la plupart des sociétés européennes est confrontée à un défi qui est celui d'assurer le bien-être physique et psychique à un âge avancé. L'importance accrue du poids démographique des personnes âgées impose donc une prise en compte de cette population dans les programmes en faveur du bien-être et de la santé. La prise de conscience de cette situation a engendré sur le terrain la mise en place d'actions ou programmes pour cette tranche de la population comme c'est le cas avec la prévention des chutes par l'activité physique.

Au cours des quinze dernières années, les recherches dans le domaine de la prévention des chutes se sont multipliées. Selon les données de l'Institut de veille sanitaire (InVS), environ une personne âgée sur trois chute chaque année. Les chutes chez les personnes âgées sont très fréquentes et les conséquences sont variables. Les chutes peuvent entraîner des traumatismes physiques graves et laisser des séquelles psychologiques importantes. Leur survenue constitue ainsi une rupture dans la vie d'une personne âgée, qui conduit à une restriction de la mobilité et une perte progressive d'autonomie. Tous ces éléments expliquent que la prévention des chutes soit considérée comme une priorité de santé publique en France, comme dans la plupart des autres pays occidentaux. La conjugaison de la réalité démographique avec le risque de chute chez nos aînés impose donc la nécessité de mettre en place une approche globale de prévention très en amont, afin de préserver leur qualité de vie et également de réduire le risque de perte d'autonomie.

A cet effet depuis 2005, la Fédération Française EPMM Sports pour Tous a mis en place un programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Ce programme vise à prévenir les chutes chez les personnes âgées. Depuis 2006, P.I.E.D est disponible sur tout le territoire de France. Contrairement au Québec où ce programme a fait l'objet de plusieurs évaluations d'efficacité et d'implantation

(Robitaille et coll., 2005 ; Filiatrault et coll., 2008), en France, à ce jour, aucune évaluation systématique de son implantation et de la qualité de ses actions n'a encore eu lieu.

Si le contenu du programme PIED est le même en France qu'au Québec, en revanche l'environnement social, démographique et associatif est bien différent sur plusieurs aspects. **En quoi une évaluation d'implantation et de la qualité du programme PIED est-elle pertinente dans le contexte français ?**

Afin de mieux aborder cette question, il nous semble nécessaire de situer le contexte de l'évaluation. En d'autres termes, il s'agit de faire l'état des lieux de la question du vieillissement ; de la prévention, en particulier des chutes ; de l'évaluation de programmes (qu'est-ce que le vieillissement ? Quelles sont les causes et conséquences de la chute ? Quels rapports entretiennent le vieillissement et l'activité physique ? Qu'en est-il de la prévention des chutes ?) Cette partie formera le **cadre théorique** du mémoire. **Celle méthodologique** sera principalement axée sur les outils (théoriques et pratiques), la démarche ainsi que la méthodologie adoptée pour évaluer PIED. La troisième partie sera consacrée à **la présentation des résultats de l'évaluation du programme PIED** ainsi qu'à **la discussion**.

**CADRE THEORIQUE :
CONTEXTUALISATION**

A. LE VIEILLISSEMENT

1. Etiologie du vieillissement

Qu'est-ce que le vieillissement ? À quel âge est-on vieux ?

Les réflexions sur le vieillissement ont beaucoup avancé de nos jours. Le processus du vieillissement est un phénomène biologique extrêmement complexe. Les progrès de la recherche dans ce domaine ont permis de comprendre le rôle important des facteurs génétiques, des altérations du fonctionnement cellulaire, ou encore des modifications du métabolisme des protéines. Le vieillissement, c'est d'abord un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants. Selon certaines définitions, son origine est dans la structure génétique de l'organisme. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

Ladislas Robert, l'un des spécialistes français de l'étude du vieillissement biologique, propose de définir les processus de vieillissement « comme l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et à maintenir l'intégration des organes assurant les fonctions vitales essentielles».¹ Au congrès de l'American Association for the Advancement of Science, qui est tenu en 1974, quatre théories sur les causes du vieillissement ont été présentées et comparées. Ces causes seraient : le dysfonctionnement du système immunologique ; des mécanismes de vieillissement inhérents à la cellule ; les altérations du système endocrinien ; des déclencheurs génétiques. Outre ces théories, il en existe deux autres : la théorie de l'usure et la théorie des déchets.

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme qui induit une diminution de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (stress, infection, traumatisme...) (cf. annexe 1 : conséquences du vieillissement sur la personne).

Qu'il soit physiologique ou pathologique, le vieillissement est un ensemble de processus qui modifie l'état de santé d'un individu. Les processus du vieillissement sont très hétérogènes au sein d'une population mais aussi au sein d'un même organisme.

La définition de l'âge de la vieillesse reste problématique car pouvant porter du sens social donc variable d'une société à une autre. La vision positiviste et naturaliste de la fin du XIXe siècle avance l'idée que chaque société définit un parcours des âges de la vie caractérisé par des étapes spécifiques (petite enfance, écolier, adolescent, adulte, etc.) et fixe des conditions d'accès d'une étape à une autre. Ce code spécifique dit quels sont les événements particulièrement significatifs socialement de

¹ Robert LADISLAS cité dans Vieillesse et âge : Âge et représentation de la vieillesse, Actualité et dossier en santé publique n°21, décembre 1997, p.4

l'avance en âge. (cf. annexe 2 : modèle social de vieillissement). Cependant, dans le cadre de notre travail nous retiendrons celle donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est 65 ans. Cette borne d'âge est aussi la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites «âgées». De plus, cette définition correspond à celle de la segmentation des termes du thesaurus MeSH (Medical Subject Headings), de la base de données Medline définissant une personne comme âgée.

De façon générale, nous retiendrons des processus de vieillissement plus une situation de déclin des capacités même si les psychologues montrent qu'il existe un maintien voire une progression dans certains domaines comme le langage.

2. Epidémiologie du vieillissement

En effet, nous assistons aujourd'hui à un phénomène de vieillissement de la population partout en occident.

- Au Québec, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dépasse le million (1 253 550), ce qui représente 15,7% de la population (7 979 663) au 1^{er} février 2011 (*Institut de la statistique du Québec, 2011*).
- En Suisse, elles constituent 19,2 % de la population totale, ce qui correspond à 1 173 238 d'individus (*OFS, 2010*).
- En France cette population représente 16,7 % (plus de 10 millions d'individus) (*INSEE, 2008*).

➤ En France

Au tournant du XXe siècle, la population âgée de 65 ans et plus représentait en France 8% de la population totale (ce qui est le pourcentage le plus élevé). Cette proportion a atteint plus de 10% en 1950. En 1975, le groupe âgé de 75 ans a représenté 5% de la population totale. Ce vieillissement sociétal est dû à la baisse considérable des taux de fertilité et des taux de mortalité notamment infantile (elle est passée de 137‰, naissances vivantes, en 1900, à 7,2‰, en 1990). Cette dernière baisse est responsable du très grand nombre de survivants parcourant l'ensemble des parcours de vie. Depuis les années soixante-dix, le déclin de mortalité profite aux âges supérieurs à 60 ans témoignant d'une inversion du mode de mortalité dominant depuis deux siècles. A présent il s'observe aux âges les plus avancés d'où un allongement de la durée de vie moyenne de ces groupes.

Au cours des prochaines décennies, les effectifs des aînés ne vont cesser d'augmenter : dans les pays d'Europe occidentale, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population devrait atteindre le tiers vers 2030 (*Eurostat, 1998 ; Organisation mondiale de la santé, 2002*).

Actuellement, en Europe, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne plus de 80 ans (82,3 ans en Belgique et 84,5 ans en Suisse et 84,8 ans en France), alors que, pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance est de 78,1 ans en France et en Suisse (*Ined 2010 : Espérance de vie à la naissance*). Au Québec, les données sont identiques : l'espérance de vie est de 81 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes (*Institut de la statistique Québec. Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1980-1982 à 2011*).

En France, parmi la génération des sexagénaires, 18 % des personnes vivent seules ; elles sont 30 % chez les septuagénaires et plus de 40 % chez les octogénaires (*Chaleix M., 2001*). On estime en effet que seuls 4 % des plus de 60 ans résident en institution. Cette proportion augmente toutefois fortement avec l'âge et le niveau de dépendance : entre 60 et 64 ans, on compte moins de 1 % de personnes âgées en institution, alors qu'elles sont 44 % à y vivre au-delà de 95 ans.

B. LA PREVENTION DES CHUTES PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES AGEES

1. Les chutes : causes et conséquences

La chute correspond à l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté. À première vue, la chute paraît un événement banal. Nous en faisons tous l'expérience de façon ponctuelle quel que soit notre âge. C'est à cause de sa fréquence et de ses conséquences sur la santé et sur l'autonomie des personnes âgées que les professionnels de la santé et les chercheurs s'y intéressent de plus en plus.

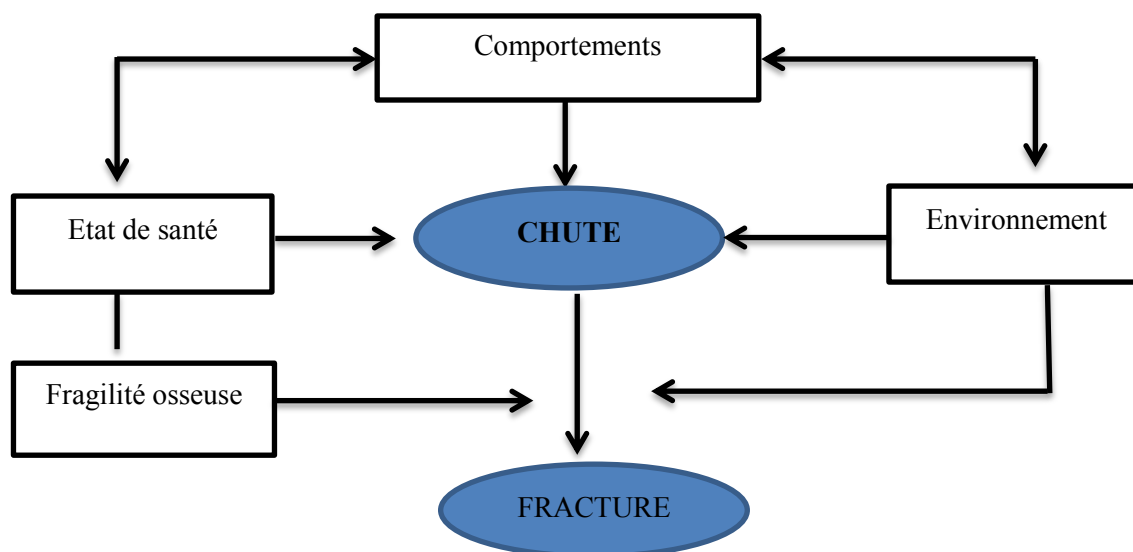
Dans les pays industrialisés, on estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année (*Dargent-Molina P., 1995*). La proportion de personnes ayant chuté augmente avec l'âge, et les femmes sont environ deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes. Selon l'Institut de veille sanitaire « *les chutes constituaient 84 % des mécanismes à l'origine d'un accident de la vie courante (AcVC) chez les 65 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes accidentelles avec recours aux urgences est de 4,5 pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes. Elles sont survenues principalement à domicile (78 %). Les fractures ont représenté 41 % des lésions et les membres inférieurs ont été les plus lésés (34 % des cas). Les chutes*

ont donné lieu à une hospitalisation dans 37 % des cas. »² Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute, bien que cette donnée globale ne soit pas suffisante pour établir un lien de causalité directe. La mortalité associée à ces chutes augmente rapidement avec l'avance en âge.

L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. Depuis les années quatre-vingt, les chercheurs ont mis en lumière plus de quatre cents (400) facteurs de risques de chutes (Skelton et Dinan, 1999). On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques³ liés à la personne, et les facteurs extrinsèques⁴ liés à l'environnement. Deux situations où la prévalence des chutes est importante et où elles occasionnent une forte morbi-mortalité peuvent être individualisées :

- **La personne âgée fragile** a une réduction de ses capacités d'adaptation qui ne lui permet plus de faire face à des perturbations externes mineures.
- **La personne âgée dépendante vivant en institution** a un risque de chute particulièrement élevé, aux conséquences graves.

Figure 1 : Les principaux facteurs de risque de chutes et de fractures



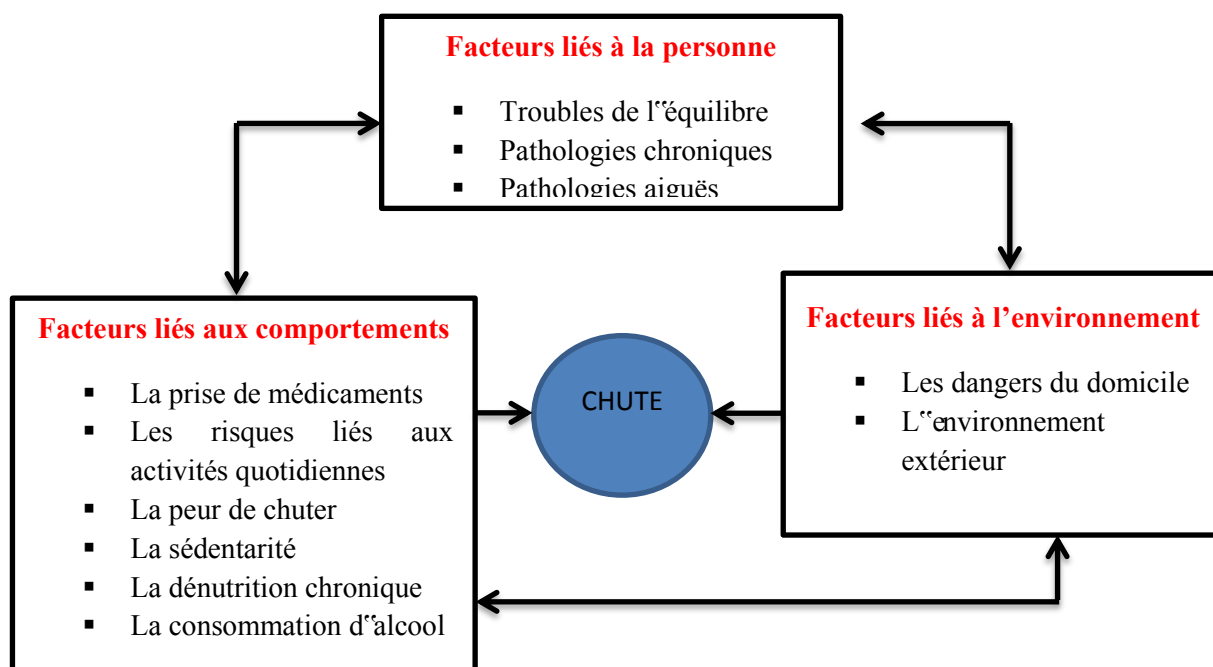
Source : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, 2005, p.38.

² Epidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Octobre 2007, n°37-38.

³ **Facteurs intrinsèques** : facteur de risque « intrinsèque » à l'individu, ou individuel (certaines maladies, des troubles de l'équilibre ou de la marche, une faiblesse musculaire, etc.).

⁴ **Facteurs extrinsèques** : facteur de risque lié à l'environnement domiciliaire (sol, éclairage, obstacles, etc.) ou à l'environnement extérieur (trottoirs, glace, etc.).

Figure 2 : La multifactorialité de la chute

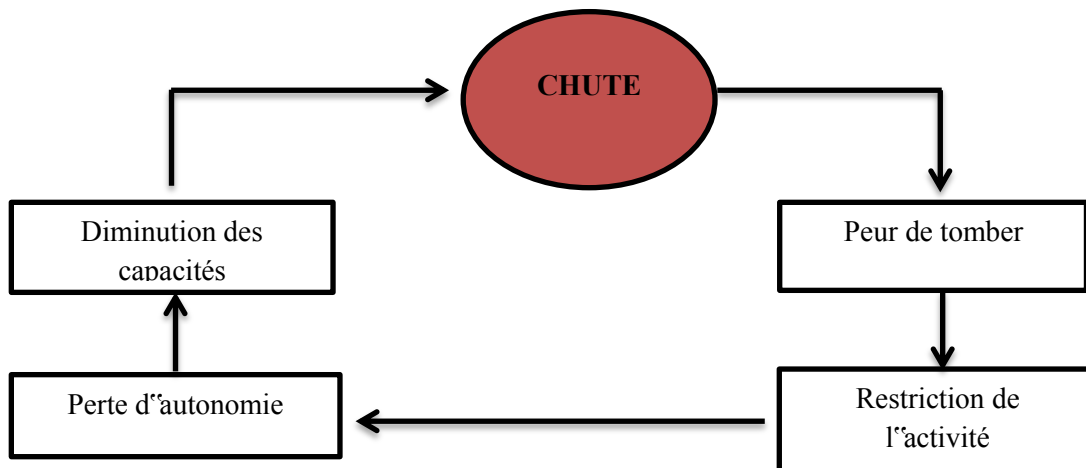


Source : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, 2005, p.40

Les chutes chez les personnes âgées ne sont pas sans conséquence. Pour un certain nombre de personnes ayant fait une chute, celle-ci entraîne une diminution de la mobilité et un accroissement de la dépendance. Dans 5% des cas, la chute s'accompagne d'une fracture, la plus grave étant la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (moins de 1% des cas) ; et dans 5 à 10% des cas, elle est suivie d'autres traumatismes suffisamment sévères pour nécessiter des soins médicaux, comme des luxations, entorses, hématomes et plaies profondes suturées (Dargent- Molina et Bréart, 1995). Dans les cas les plus graves, les chutes conduisent à une perte marquée des capacités fonctionnelles qui peuvent mener, après hospitalisation, à l'hébergement en institution. Si les conséquences physiques d'une chute sont extrêmement variables, l'impact psychologique se traduit souvent par une perte de confiance en soi. Cette perte de confiance en soi peut « accélérer le déclin des capacités fonctionnelles »⁵.

⁵ Vignat, J.P. Aspects psychiques de la chute, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2001, Année I : 12-16.

Figure 3 : Le syndrome post-chute



Source : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, 2005, p.50

Les chutes n'ont pas seulement des conséquences au niveau de l'individu elles impactent aussi sur l'économie. D'un point de vue économique, le coût financier est énorme. Il est estimé à 1% des dépenses de santé, soit en France pour l'année 2003 à 1,7 milliard d'euros (*Docteur Lydie WALTZING*). La question qui se pose est donc quel moyen est le plus efficace pour prévenir les chutes chez les personnes âgées ?

2. La prévention par l'activité physique

Concrètement sur le plan sanitaire, la prévention recouvre un ensemble d'« actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé ». ⁶

L'activité physique par définition est « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos »⁷. De nombreuses études scientifiques ont démontré que l'activité physique

⁶ Glossaire européen en santé publique, 2003 (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>)

⁷ Activité physique : arguments scientifiques, pistes pratiques, Ministère de la santé (www.sante.gouv.fr, Thème « Nutrition »)

régulière peut améliorer considérablement la santé, peu importe l'âge ou la capacité physique d'une personne.

Il est quasi impossible de freiner le vieillissement mais il est possible d'en ralentir les effets. Dans cette optique, l'activité physique représente l'un des champs d'investigation les plus intéressants car sa pratique régulière permet d'une part de retarder (prévention primaire)⁸ ou de ralentir (prévention secondaire)⁹ certains processus délétères liés au vieillissement mais aussi d'améliorer la qualité de vie des sujets âgés et de retarder l'entrée dans la dépendance.

Les bienfaits de l'activité physique pour la personne âgée

(H. Blain et Al., 2000)

- Préviend un certain nombre de processus délétères liés au vieillissement.
- Réduit le déclin lié à l'avancée en âge de l'aptitude physique qui reste limitée par la réduction de la fréquence cardiaque maximale, et réduit l'incidence des pathologies vasculaires en prévenant et en réduisant l'effet des facteurs de risque vasculaire.
- Réduit en outre la perte osseuse liée à l'âge, son effet étant potentialisé par le traitement hormonal substitutif de la ménopause, et elle améliore la fonction d'équilibration, réduisant ainsi l'incidence des chutes et fractures chez le sujet âgé.
- Participe au maintien de l'équilibre nutritionnel et à la préservation du rapport masse maigre /masse grasse et réduit l'insulinorésistance accompagnant l'avancée en âge.
- L'activité physique semble réduire l'incidence de certains cancers, colique et mammaire en particulier.

⁸ **Prévention primaire** (avant la première chute) : Elle regroupe des actions « visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas ».

⁹ **Prévention secondaire** (après une ou plusieurs chutes) : Elle regroupe des actions «visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes ».

Dans le cadre de la prévention des chutes, l'exercice physique a pour objectif d'améliorer les capacités physiques (équilibre, marche, coordination, etc.), mais il pourrait également agir en redonnant confiance en soi (diminution de la peur de tomber) ou par le biais d'une augmentation du niveau général d'activité.

Compte tenu des caractéristiques des personnes âgées, des déterminants multiples et interactifs de la chute, liés tant à la personne qu'à son environnement et les apports de l'activité physique sur cette population, pour être efficace, les actions de prévention par l'activité physique doivent avoir une approche globale de la personne âgée. En d'autres termes, les interventions de prévention proposées doivent cibler plusieurs facteurs de risque en parallèle, autrement dit être „multifactorielles“.

Dans la pratique, deux types d'interventions peuvent être mis en place :

D'une part, des programmes de prévention inspirés de la promotion de la santé et centrés sur la prévention primaire des chutes (dont l'efficacité sur la réduction des chutes n'a pas été encore démontrée mais qui permettent d'améliorer globalement l'état de santé des personnes âgées). D'autre part, des programmes de prévention secondaire des chutes, centrés spécifiquement sur les facteurs de risque de chute. Ces dernières interventions permettent de réduire les chutes dans certaines conditions. Ces deux types d'interventions peuvent être retrouvés dans un même programme.

En France, la prévention des chutes s'inscrit dans la politique sanitaire de l'Etat. Des engagements publics en faveur de la prévention des chutes peuvent être notés :

- **La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.** Cette loi a défini des objectifs nationaux de santé publique exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Elle a notamment fixé comme résultat à atteindre à l'horizon 2008 une diminution de 25% du nombre de personnes de plus de soixante-cinq ans ayant fait une chute dans l'année.
- **Le plan national ‘Bien Vieillir’ 2007-2009.** Ce plan a pour ambition de favoriser un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'axe 4 comporte une mesure spécifique sur la prévention des chutes au domicile des personnes âgées les accidents de la vie courante et le travail sur l'équilibre, confiée à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Outre cette action nationale, le plan „Bien Vieillir“ se traduit également par des appels à projets annuels, financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et répondant à plusieurs objectifs concomitants (prévention des maladies et des situations pouvant induire une perte d'autonomie, promotion de la nutrition et de l'activité physique, aménagement d'un environnement individuel, développement d'actions intergénérationnelles).

Dans le cadre de la mise en place des programmes, la Haute Autorité de santé (HAS) a mis le 23 février 2006, des recommandations professionnelles sur la prévention des chutes accidentelles des personnes âgées. Ces recommandations passent d'un repérage et évaluation des capacités individuelles au suivi après intervention.

Le dépistage ou le repérage du risque de chute et son évaluation doit être la première étape pour toute action de prévention des chutes. Cet acte permet de faire l'état des lieux de la santé de la personne âgée. Quatre types de publics peuvent être identifiés :

- **Personnes âgées à risque élevé** (histoire de chute et troubles de l'équilibre ou de la marche), il est recommandé de proposer un programme multifactoriel et personnalisé en fonction de leur profil de risque. Ce programme comprend une évaluation approfondie du risque de chute, ciblant quatre ou cinq facteurs de risque parmi les plus importants, et des interventions ciblées sur les risques détectés.

L'évaluation doit porter prioritairement sur :

- les troubles de l'équilibre et de la marche,
- les médicaments,
- les dangers du domicile,
- les pathologies chroniques ou aiguës.

De façon moins prioritaire, elle portera également sur :

- la prise de risque,
 - la peur de chuter
- **Personnes âgées à risque modéré** (histoire de chute ou troubles de l'équilibre ou de la marche), il est recommandé de proposer un programme de prévention des chutes multifactoriel. Il n'est pas indispensable que ce programme soit personnalisé et précédé d'une évaluation approfondie.

Il proposera un ensemble d'interventions communes à tous les participants et ciblant quatre ou cinq facteurs de risque de chute parmi les plus importants :

- troubles de l'équilibre et de la marche,
- médicaments,
- dangers du domicile,
- pathologies chroniques ou aiguës,
- prise de risque,
- peur de chuter,
- dénutrition,
- consommation d'alcool.

- **Personnes âgées à risque faible** (ou absent) de chute, il est conseillé de proposer un programme de promotion de la santé et de la sécurité, ou un programme de prévention primaire des facteurs de risque des chutes. Il est fortement recommandé de réévaluer annuellement le risque de chuter des personnes âgées de plus de 65 ans.
- **Facteur de risque isolé** : quelques facteurs de risque peuvent faire l'objet d'interventions spécifiques.

Suivant la situation de la personne âgée, celle-ci est orientée soit dans un programme multifactoriel personnalisé (cette intervention cible les aînés plus vulnérables qui cumulent plusieurs facteurs de risque : une altération de la marche et de l'équilibre, une consommation de quatre médicaments et plus (ou des psychotropes), un trouble visuel, de l'hypotension orthostatique (baisse de la tension artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout), de l'ostéoporose ou de la dénutrition. L'objectif est d'agir sur ces facteurs avant que l'état de santé ne se détériore) ; soit dans celui non personnalisé...

Tableau 1 : Niveaux de recommandation des différents types d'intervention

Type d'intervention	Population : 65 ans et plus		
	sans risque de chute	avec risque modéré de chute	avec risque élevé de chute
Multifactorielle personnalisée	Non recommandé	Recommandé	Fortement recommandé
Multifactorielle non personnalisée	Non recommandé	Recommandé	Recommandé
Spécifique sur le facteur de risque isolé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Promotion de la santé, prévention primaire	Prometteur	Prometteur	Non recommandé

Source : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, 2005, p.32

Au terme du programme, il est aussi recommandé de faire un suivi des participants (personnes âgées). Ce suivi doit encourager le maintien des comportements favorables à la sécurité, vérifier les changements mis en œuvre par la personne et prévenir les situations à risque.

Modèle de programme non personnalisé de prévention des chutes chez les personnes âgées:

Programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D)

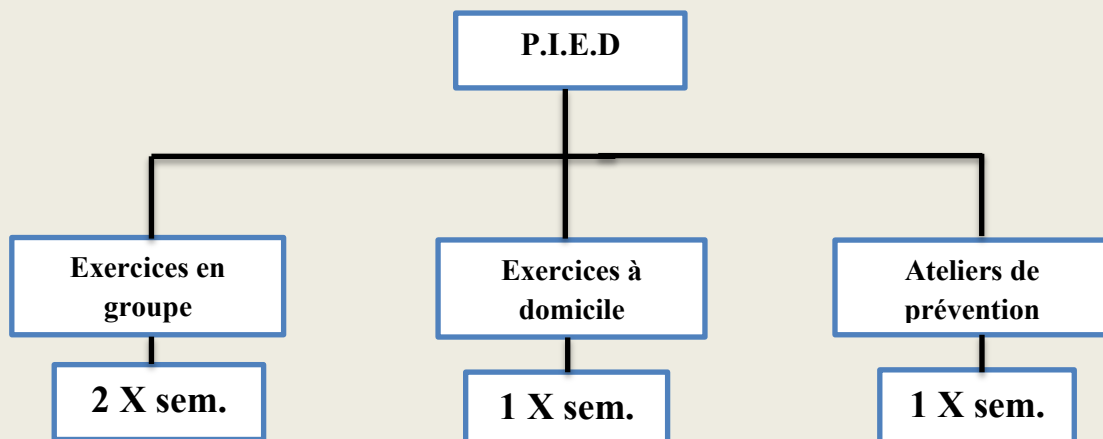
Elaboré au Québec (Canada) par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, le Programme Intégré d'Equilibre Dynamique a été mis en place pour prévenir les chutes et les fractures chez les personnes âgées. Il s'adresse à des personnes âgées autonomes préoccupées par leur équilibre ou présentant un risque de chute qui vivent à domicile, en club ou utilisant les services de loisir municipaux ainsi que les résidents d'établissements médicosociaux. Il ne s'adresse pas à des personnes en perte d'autonomie qui devraient être orientés vers des programmes multifactoriels individualisés. Ce programme a été importé en France depuis 2005. Aujourd'hui il s'étend sur tout le territoire national avec comme promoteur la Fédération Française EPMM Sports pour Tous qui regroupe près de 3000 clubs et associations et près de 190 000 adhérents. PIED peut être proposé à des groupes de 10 à 15 seniors.

Ce programme a pour objectifs :

- *améliorer l'équilibre et la force des jambes ;*
- *développer la capacité à aménager le domicile et à adopter des comportements sécuritaires*
- *améliorer le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des chutes ;*
- *contribuer à maintenir la densité de masse osseuse aux sites les plus vulnérables aux fractures (poignets, hanches et colonne)*
- *favoriser le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques.*

Le programme multifactoriel PIED dure 12 semaines et comprend trois volets :

Structure générale du programme PIED



Les modalités du programme

DUREE	Exercices en groupe	Exercices à domicile	Ateliers de prévention
12 semaines	X	X	X
	1 heure 2 fois par semaine	30minutes 1 fois par semaine	30 minutes 1 fois par semaine immédiatement après une rencontre d'exercices

Objectifs des exercices en groupe

- Améliorer l'équilibre
- Maintenir la densité osseuse
- Améliorer la capacité à se relever du sol
- Augmenter force des membres inférieurs
- Améliorer la flexibilité des chevilles
- Améliorer la proprioception des membres inférieurs

Objectifs des ateliers de prévention

- Augmenter le sentiment d'efficacité à l'égard des chutes
- Développer la capacité à identifier les dangers dans leur environnement et leurs comportements risqués
- Motiver et faciliter les actions visant à réduire ces risques

Objectifs des exercices à domicile

- Pendant le programme : potentialiser les effets des exercices en groupe
- À la fin du programme : favoriser le maintien des acquis

Toutefois, dans ce type d'intervention multifactorielle le défi réside dans sa mise en œuvre. C'est pourquoi des stratégies doivent être adoptées. La pertinence d'une évaluation d'une intervention réside dans le fait de faire ressortir les stratégies mis en place avec tous les points forts et faibles. Quel type d'évaluation pour un tel objectif de connaissance ?

C. EVALUATION DE PROGRAMMES.

a. Définition de la notion de programme

Pour mieux entreprendre cette démarche évaluative nous nous sommes interrogés d'abord sur l'objet de toute évaluation : un programme (qu'est-ce qu'un programme ?), avant de nous intéresser à l'évaluation : les types, méthodes et outils d'évaluation existant. Nous ne pouvons être pertinents dans notre évaluation que si nous cernons l'objet d'étude. Qu'est-ce qu'un programme ?

Par définition un programme est « *ensemble des moyens (physiques, humains, financiers...) organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique* »¹⁰. La notion de programme s'applique aussi bien au domaine de la prévention et de la promotion de la santé qu'à celui des services (de soins ou sociaux). Ainsi donc, un programme est constitué de cinq éléments :

- des ressources organisées („input“) ;
- des activités ou services („output“) réalisés par les acteurs ;
- un ou des publics cibles ;
- des résultats (atteindre des objectifs) („outcome“) ;
- des conséquences (impact).

La pertinence d'une évaluation dépend de la prise en compte de ces éléments.

b. Définition, types et méthodologies d'évaluation de programmes

Historiquement, les premières demandes d'évaluation se situent dans le champ de l'éducation et remontent au début du 20^{ème} siècle. Elles portent sur la mesure de la performance, en vue d'une recherche d'efficacité des systèmes éducatifs.

Dans le domaine social, les auteurs américains ont réfléchi dès les années trente à l'évaluation des programmes, mais c'est dans les années soixante et soixante-dix que la réflexion sur l'évaluation se structure.

Aussi, dans le domaine de la santé, ce sont les auteurs américains qui sont les premiers à avoir étudié l'évaluation des pratiques médicales et de la qualité des soins dans les années soixante et soixante-dix. L'idée était de rationaliser les choix, de les appuyer sur des arguments scientifiques, dans un double objectif d'efficacité et de minimisation des coûts. C'est dans les années quatre-vingts que les

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS A.P, CHAMPAGNE F., DENIS J.L, PINEAULT R. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Rev. Epidem et Santé Publ., 2000, 48, 517-539

québécois vont reprendre les travaux et les adapter de façon plus large aux programmes de santé, en incluant la prévention et l'approche communautaire.

En éducation pour la santé, l'évaluation s'est principalement développée dans les années quatre-vingts, en s'inspirant des méthodes de la santé publique.

En 1981, l'auteur américain Georges S. Patton a recensé quelques cent trente-deux (132) formes d'évaluation. En effet, il n'existe pas de définition unique de l'évaluation de programme mais une diversité des regards qui provient du fait que l'évaluation n'est pas définie en elle-même. C'est plutôt dans ce qu'elle permet de faire qu'elle se caractérise. De façon générale, on entend par évaluation de programme : une démarche, un processus, un moyen qui permet de mesurer, de juger, de connaître, d'améliorer et de décider de la valeur, de l'efficacité ou de la qualité d'une action (*Ireps Lorraine, 2011*). C'est une fonction permettant de « *se former un jugement sur une politique, un programme, une action* »¹¹.

En matière d'évaluation dans le champ de l'éducation pour la santé, deux concepts d'interventions coexistent et se justifient chacun par le type d'approche utilisé dans les programmes : l'approche épidémiologique et l'approche communautaire.

- La première approche utilise la méthode expérimentale qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme éducatif à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif. Elle défend l'efficacité scientifiquement déterminée à partir d'indicateurs quantitatifs
- La seconde approche qui défend une efficacité démocratiquement déterminée, propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage fin des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de mesurer un changement mais de comprendre comment le programme a été appliqué, compris, vécu, accepté.

En tant qu'outil de mesure, l'évaluation a deux buts principaux (*Fontaine D., 2004*):

- **Un but formatif**, qui vise à améliorer la mise en œuvre du programme (le pilotage). Il s'agit de fournir de l'information pour l'amélioration, la modification ou en général la gestion du programme ;
- **Un but sommatif**, qui analyse les effets du programme pour en tirer les leçons. L'évaluation s'intéresse à toutes les conséquences du programme. Elle permet de comprendre les effets induits dans leur globalité.

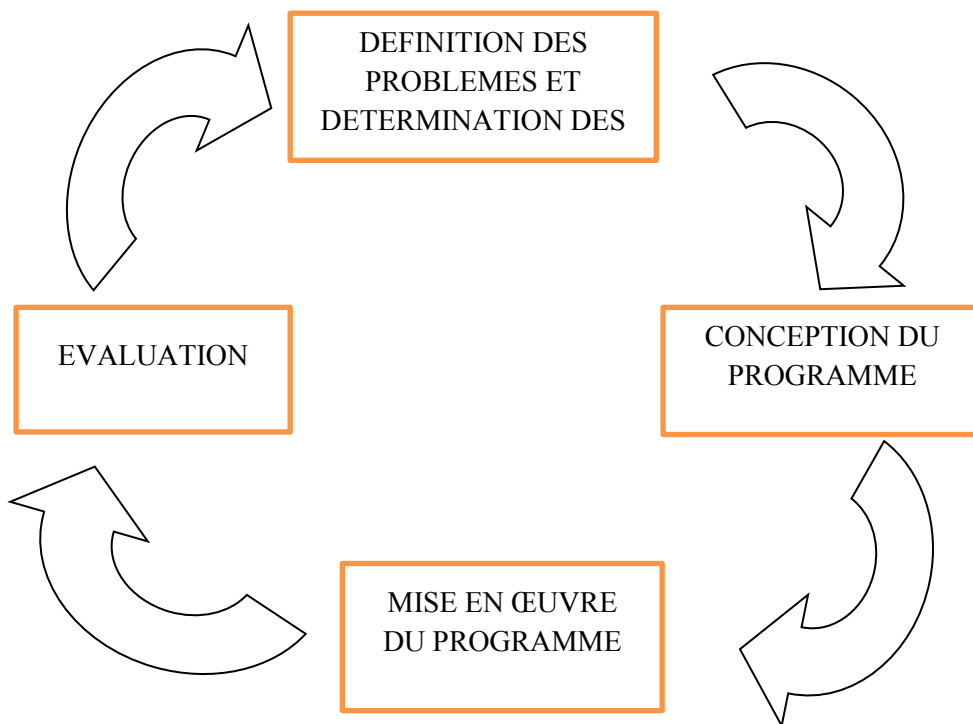
En définissant l'évaluation par son objectif, nous pouvons avoir une évaluation du type :

¹¹ Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social, Lyon : ERSP, 2004, p.18

- *Evaluation de processus*
- *Evaluation de résultats et/ou d'impacts*

L'évaluation est une démarche qui se place dans le cycle de la planification « elle doit être considérée comme une partie intégrante et continue du travail d'ensemble de la planification : elle est un processus d'analyse présent à chaque étape comme en fin d'action »¹²

Figure 4 : La place de l'évaluation dans le cycle de planification



Source : Pineault R., 1995

Selon le moment, la période, nous pouvons avoir :

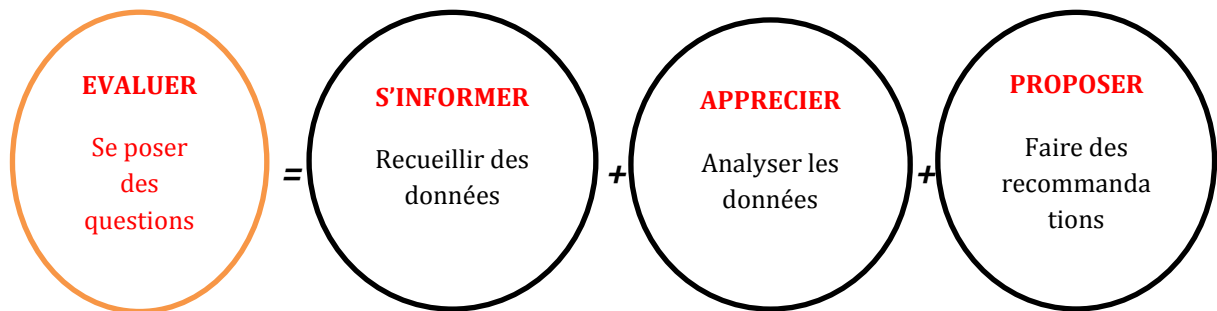
- Une évaluation en cours
- Une évaluation intermédiaire
- Une évaluation finale
- Une évaluation ex-post
- Une évaluation post-décision

¹² BURY J.A Education pour la santé. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1988, 224p

Quel que soit la définition de l'évaluation, il ressort trois éléments : une collecte d'informations ; une appréciation critique ; des propositions en vue d'une prise de décision. Ces trois éléments confèrent à l'évaluation

- **Sa dimension cognitive** (collecte d'informations de nature quantitative et qualitative avec un effort de collecte systématique et une recherche d'objectivité)
- **Sa dimension normative** (appréciation critique (un jugement de valeur), basée sur la comparaison de ces informations, sous forme de critères et d'indicateurs à des références ou „normes)
- **Sa dimension utilitaire** (propositions qui contribuent à une prise de décision).

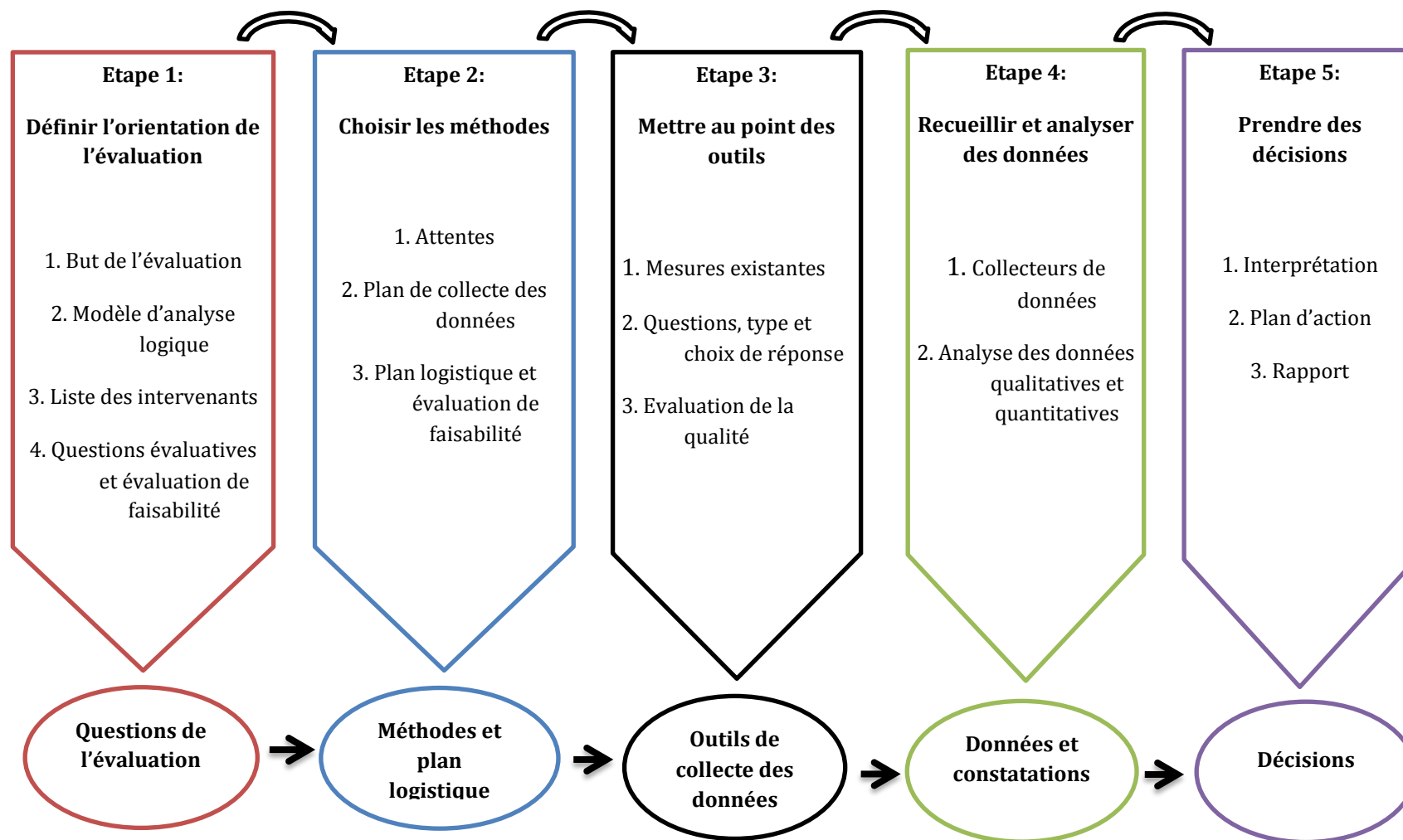
Figure 5 : Les quatre dimensions d'une évaluation



C. Les étapes de l'évaluation

Comme nous l'avons souligné précédemment : l'évaluation est un processus lié à l'action, depuis sa conception jusqu'à sa réalisation complète et aux résultats obtenus. Cinq grandes étapes peuvent être mentionnées dans la démarche évaluative. Il s'agit :

Figure 6 : Les étapes dans le processus d'évaluation



Source : Agence de la santé publique du Canada : Trousse d'évaluation des programmes (www.santepublique.gc.ca)

CADRE METHODOLOGIQUE :

**METHODOLOGIE D'EVALUATION D'IMPLANTATION ET DE LAQUALITE
DU PROGRAMME MULTIFACTORIEL NON PERSONNALISE DE
PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES : P.I.E.D.**

A. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME P.I.E.D : PROGRAMME MULTIFACTORIEL NON PERSONNALISÉ.

L'évaluation de ce programme a été commanditée par la Fédération Française EPMM Sports pour Tous. En effet, cette fédération regroupe aujourd'hui près de 3000 clubs et associations et près de 190 000 adhérents. Elle a pour objet de mettre à la disposition de tous une offre d'activités physiques adaptées, variées, accessibles et socialisantes. La diversité de ses activités fédérales (gymnastique d'entretien, activités sportives et ludiques ou encore activités de pleine nature) est un véritable support pour la promotion de l'activité physique de loisir et une clé de voûte pour favoriser la forme, le bien-être et la préservation de son capital santé, particulièrement important pour les seniors. Ses missions de formation, de réinsertion, d'accompagnement tout au long de la vie font de la Fédération un acteur incontournable de l'offre sportive en France.

Depuis 2005, la fédération propose un programme multifactoriel de prévention des chutes adapté d'un programme québécois, intitulé ``PIED`` (Programme Intégré d'Équilibre Dynamique). Ce programme a été conçu par une équipe spécialisée sur la prévention des traumatismes et de gérontologie de la Direction de Santé Publique de Montréal. C'est à partir de septembre 2006 que le programme a été mis à la disposition de l'ensemble des régions françaises. Depuis son implantation, la fédération a donc formé au programme PIED soixante (60) formateurs ayant de l'expérience avec les seniors, qui ont à leur tour, formé plus de neuf cents (900) animateurs en club (section seniors) et en établissements agréés (foyer logement, maison de retraite, CCAS, etc.). De nos jours, plus de 7000 seniors ont déjà participé au programme PIED et chaque semaine plus de 70 000 adhérents de plus de 50 ans bénéficient des retombées de ce programme.

Au Québec, ce programme a fait l'objet de plusieurs évaluations d'efficacité et d'implantation :

Tableau 2 : Chronologie du programme PIED au Canada

Années	Étapes	Type d'évaluation
1995	Développement	Analyse de l'intervention et du modèle théorique
1996	Étude pilote	Efficacité d'essai
1997-2000	Suivi de l'adoption naturelle	Appréciation du processus
2001	Refonte du programme	Validité de contenu
2002-2005	Expérimentation en milieu naturel	Efficacité d'utilisation et analyse d'implantation

Source : Guide pratique de l'animateur PIED, Fédération Française EPMM Sports pour Tous

Par contre en France, aucune évaluation systémique de son implantation et de la qualité de ses actions n'a encore eu lieu sur l'ensemble du territoire.

Tableau 3 : Chronologie du programme PIED en France

	Étapes	Type d'actions
2003-2004	Echanges internationaux	Communication
2005-2006	Formation continue/ Implantation pilote	Référentiel de formation
2006-2007	<i>Adaptation du guide de formation</i> <i>Implantation nationale</i>	Partenariats institutionnels Plans régionaux de développement
2007-2009	Evaluation Echanges internationaux	Partenaires de la santé : Appréciation du processus et évaluation d'implantation Réseaux d'éducation à la santé et de promotion de l'activité physique

Source : Guide pratique de l'animateur PIED, Fédération Française EPMM Sports pour Tous

Pour rappel : le programme PIED dure douze (12) semaines et comprend trois volets (cf. page 18). Il s'adresse aux seniors autonomes qui vivent à domicile et qui sont préoccupés par leur équilibre ou par les chutes. Ne participent pas au programme les personnes présentant : une obésité pathologique ; une maladie cardiaque instable ; une maladie dégénérative ayant une incidence importante sur l'équilibre ; une faible debout ou de l'essoufflement au repos (dyspnée) ; des déficits cognitifs qui affectent la compréhension de consignes abstraites. Ce programme multifactoriel peut être proposé à des groupes de 10 à 15 seniors, dans des salles communales ou sportives ou bien encore dans des établissements médico-sociaux.

PIED est destiné à toutes les associations affiliées à la Fédération ainsi qu'à tous les organismes partenaires qui travaillent auprès des seniors telles que les maisons de retraite, les associations en gérontologie et l'action sociale (Centre communaux d'action sociale, centre locaux d'information et de coordination gérontologique, caisses primaires et régionales d'assurance maladie, mutuelle de santé, comité départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, collectivité territoriales et locales,..).

La France reste différente du Québec :

- En France, le promoteur du programme est une fédération sportive alors qu'au Québec il s'agit directement du Ministère de la santé via des Directions régionales de santé publique puis de l'Institut National de Santé publique du Québec.
- Les partenaires et les collaborateurs de ce programme sont différents: dans la province de Québec, les centres locaux de santé communautaires se chargent généralement de l'organisation, du financement et du recrutement des seniors, tandis qu'en France, il s'agit d'établir des accords loco-régionaux avec de nombreux partenaires et structures diverses (mairies, CPAM, CARSAT, CLIC, maisons de retraites, etc.).

- Enfin, le nombre de seniors ciblés par PIED est beaucoup plus important en France et la culture des seniors face à des programmes de prévention semble bien différente qu'au Québec.

Pour implanter un programme PIED en région, il faut :

- Un responsable régional du programme
- Présenter un intérêt pour le programme
- Faire la promotion du programme auprès des seniors
- Un ou des animateurs ayant bénéficiés de la formation PIED
- Des participants (10 à 15 seniors par groupe)
- Un ou des partenaires (financier ou opérationnel)
- Du matériel d'animation
- 1 financement à hauteur minimum de 1200 euros
- 1 salle d'animation

Si la démarche d'évaluation d'implantation et de la qualité du programme a été entreprise par la Fédération c'est parce que dans un premier temps celle-ci n'a jamais été réalisée mais surtout savoir comment le programme PIED a été compris, vécu et accepté par l'ensemble des acteurs et dans le cadre de l'application, proposer une explication à l'observation d'un écart entre l'intervention planifiée et celle implantée.

1. Evaluation d'implantation

Des études préliminaires et très partielles sur l'implantation ont été entreprises et ont permis de mettre en lumière plusieurs éléments positifs (*T. Fauchard, F. Le Cren, 2009*) :

- la pertinence d'associer le milieu sportif et le réseau de santé publique sur des problèmes majeurs de santé publique tels que la prévention des chutes,
- la capacité d'une fédération sportive à mobiliser ses associations et d'autres organismes sociaux partenaires (centres communaux d'action sociale, foyers logement, etc.) pour des actions innovantes en prévention des chutes ;
- la capacité des éducateurs sportifs d'une fédération sportive à animer un programme multifactoriel de prévention qui inclut l'activité physique et l'éducation à la santé.

Toutefois, il est essentiel d'effectuer une étude systématique sur l'implantation du programme PIED en France. L'évaluation d'implantation consiste principalement dans le cadre de cette étude à analyser l'ensemble des actions, de la phase de planification à celle de mise en œuvre du programme.

Les buts visés de cette évaluation d'implantation, sont : de proposer une explication à l'observation d'un écart entre l'intervention planifiée et celle implantée et de spécifier l'ensemble des facteurs influençant l'évolution du programme. Les questions principales sont donc : comment le programme a été implanté ? Par qui ? Avec quoi ? Qu'est ce qui influence l'évolution du programme ?

2. Evaluation de la qualité du programme

La qualité d'un service est « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (certification qualité ISO). Ce processus de démarche qualité a pour but d'accroître la confiance dans la qualité du service rendu. Il consiste à examiner régulièrement des points clefs du fonctionnement de l'organisation et des actions pour anticiper des dysfonctionnements (*Bourdillon F, 2009*).

L'évaluation de la qualité du programme comprend ici : la compréhension et la perception du programme par les acteurs, le degré de participation des seniors aux séances, l'acquisition de connaissances, la qualité de vie et le degré de satisfaction.

Afin de faire ressortir le maximum d'éléments communs et spécifiques à la mise en œuvre du programme PIED dans différents contextes, il a été envisagé d'évaluer l'implantation et la qualité du programme PIED dans trois régions différentes de par les caractéristiques suivantes :

- deux régions où le développement du programme PIED est satisfaisant (au moins 8 programmes par an)
- une région où le développement du programme est limité (2 et moins).

Les régions choisies sont :

- **Aquitaine** : (au moins 8 programmes par an)
- **Poitou-Charentes** : (2 et moins)
- **Champagne-Ardenne** : (au moins 8 programmes par an)

Les programmes qui ont été évalués dans cette étude sont ceux mis en place dans la saison 2010-2011.

B. METHODES ET OUTILS DE L'EVALUATION DU PROGRAMME PIED

Quels étaient les acteurs participants ? Comment ont-ils participé ? Quelles étaient leurs relations ? Quels moyens de communications ont été utilisés ? Est-ce que le public cible a été atteint ? Est-ce qu'il y a eu satisfaction de part et d'autre ? Quelle compréhension du programme ont les acteurs ? Quelles appréciations font-ils du programme (contenu et actions) ? Quel type de partenariat a été mis en place ? Pourquoi le programme PIED se développe plus ou moins dans une région qu'une autre ?

Autant de questions que nous allons tenter de répondre à travers l'évaluation d'implantation et de la qualité du programme. Pour ce faire, un ensemble de modèles théoriques ont été mobilisés ; des outils pratiques élaborés et une démarche suivie.

1. Modèles théoriques

Pour réaliser l'évaluation d'implantation, nous avons mobilisé différents modèles d'analyse (*Champagne, 1990*) :

➤ Le modèle de la planification et du contrôle

Ce modèle représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations. Selon ce modèle, un contexte favorable à une mise en œuvre suffisante de l'intervention et à un impact optimal de cette dernière dépend de quatre facteurs : a) d'un processus de qualité, d'une identification du problème, d'une détermination des alternatives et d'un choix de solution adéquats (C'est-à-dire, les comportements des dirigeants facilitent-ils la mise en œuvre du programme ?) ; b) d'un contrôle hiérarchique suffisant sur les individus responsables d'implanter l'intervention (Le contenu de l'intervention est-il transmis correctement aux agents d'implantation ?) ; c) d'un degré de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements rendus souhaitables par l'introduction de l'intervention (Y a-t-il des mécanismes qui permettent de suivre la mise en œuvre de l'intervention ?) ; d) d'une communication adéquate des plans aux agents d'implantation et d'une forte conformité entre leurs comportements et les directives émises.

➤ Le modèle du développement organisationnel

Cette approche suggère qu'un contexte favorable à l'implantation se caractérise par la présence d'un style participatif de gestion, d'une décentralisation des processus de décisions, de programmes d'enrichissement des tâches et de mécanismes favorisant une bonne communication dans l'organisation. Cela met en lumière différents aspects des comportements des individus en situation de travail pour maximiser l'implantation des interventions et leur efficacité. C'est-à-dire, est-ce que les

agents d'implantation (cadres techniques, intervenants) possèdent les habilités nécessaires à la mise en œuvre du programme? Si oui, qu'elles sont ces habilités ? Si non, qu'elle serait la formation complémentaire spécifique nécessaire de mettre en place ? Est-ce qu'ils ont compris l'information nécessaire à la mise en œuvre de l'information ? Est-ce qu'ils évoluent dans un contexte de travail facilitant la mise en œuvre de l'intervention ? Est-ce qu'ils sont d'accords avec les différentes composantes de l'intervention ? Etc.

➤ Le modèle psychologique

Ce modèle fait référence à une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Cela vient à supposer que les attitudes et les croyances vont influencer la propension des individus à accepter l'implantation d'une nouvelle intervention. Le contexte favorable à l'implantation d'une intervention et à son efficacité dépendra de trois facteurs : d'une part, l'absence d'un écart entre les modes habituels d'action des individus et les exigences de l'intervention. D'autre part, la mise en place d'un processus d'échange parmi les membres concernés de l'organisation sur les difficultés rencontrées dans l'implantation de l'intervention. Enfin, l'instauration de mécanismes de renforcement des nouvelles normes d'intervention recherchées. C'est-à-dire, y a-t-il des résistances de la part des individus ou des groupes à la mise en œuvre du programme ? Les postulats qui régissent les conduites des individus ou des groupes dans l'organisation sont-ils favorables à une mise en œuvre de l'intervention ? En quoi les expériences accumulées dans l'organisation favorisent-elles ou limitent-elles la mise en œuvre de l'intervention ? Etc.

➤ Le modèle structurel

Les organisations qui réussissent à implanter une intervention et qui présentent un contexte favorable à son efficacité se distinguent par une série de caractéristiques référant aux attributs organisationnels (taille, centralisation, formalisation, niveau d'expertise), au contexte organisationnel (incertitude environnementale, degré de compétition, aisance organisationnelle) et aux attributs des gestionnaires. C'est-à-dire, les caractéristiques des gestionnaires, de l'environnement et de l'organisation favorisent-elles la mise en œuvre de l'intervention ? Etc.

➤ Le modèle politique :

Selon cette approche, l'adoption et l'implantation d'interventions sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes. Un contexte favorable à l'implantation et à l'efficacité d'une intervention dépend, selon l'approche politique, de trois facteurs : d'une part, d'un support accordé par les agents d'implantation à l'intervention. D'autre part, de l'exercice par ces derniers d'un contrôle suffisant dans l'organisation pour être en mesure de rendre l'intervention opérationnelle et efficace. Et, d'une cohérence entre les

motifs sous-jacents au support qu'ils accordent à l'intervention et les objectifs qui y sont associés. C'est-à-dire, est-ce que les rapports entre les acteurs sont modifiés par la mise en œuvre du programme ? En quoi les stratégies des acteurs s'opposent-elles ou favorisent-elles la mise en œuvre de l'intervention ? En quoi les stratégies des acteurs qui contrôlent les bases de pouvoir dans l'organisation sont-elles favorables à l'atteinte des objectifs poursuivis par l'intervention ? Est-ce que les acteurs qui contrôlent les bases de pouvoir dans l'organisation sont favorables à la mise en œuvre de l'intervention ? Etc.

Il apparaît que chacun de ces modèles théoriques apportent des éléments d'explication complémentaires et pertinents à une meilleure compréhension de la mise en œuvre du programme. Ainsi, nous avons tiré un ensemble d'aspects à analyser (Cf. annexe 3 : aspects à analyser dans l'évaluation d'implantation)

Pour ce qui est de l'évaluation de la qualité du programme, aucun modèle théorique n'a été mobilisé pour faire l'analyser les différents aspects

2. Outils de collecte d'informations

Que ce soit pour l'évaluation d'implantation ou pour celle de la qualité du programme PIED, un ensemble d'outils a été mis en place pour la collecte des données conformément à l'approche choisie : l'approche communautaire. Dans cette démarche évaluative, nous avons préconisé les outils de recherche sociologique à savoir les questionnaires et les entretiens directifs. En plus de ces outils, il y a la recherche documentaire et Preffi 2.0.

En effet Preffi 2.0 provient de l'Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (NIGZ, Pays-Bas, Woerden, janvier 2003). Outil d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, Preffi 2.0 est le fruit d'une réflexion issue de la recherche et de la pratique des professionnels de la promotion de la santé ayant pour volonté de construire un outil opérationnel prenant en compte le caractère dynamique des projets de promotion en santé. Son intérêt réside dans le fait qu'il crée une culture de qualité dans une perspective d'amélioration de la qualité des projets. Il peut être utilisable à différents moments de l'action, de son élaboration, à sa mise en œuvre jusqu'au suivi et bilan. Cet outil soutient la réflexion sur les pratiques et ouvre le dialogue au sein de l'équipe d'animation. Ceci permet après la fin de la « recherche officielle », aux personnes participant à l'évaluation de continuer leur engagement dans la démarche qualité afin de situer le niveau de leurs actions et d'améliorer leur façon de faire. Cet outil est composé de deux parties essentielles :

- **Le questionnaire** (« Indicateurs¹³, questions et appréciations ») qui explicite le questionnement et les appréciations des réponses pour les indicateurs du formulaire de notation.
- **Le formulaire de notation** permet de noter mes catégories utilisées pour analyser les conditions influant sur l'efficacité attendue des projets en promotion de la santé.

C. LA DEMARCHE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME PIED.

La démarche évaluative du programme PIED s'est constituée en plusieurs étapes différentes les unes des autres mais liées.

➤ *Étape 1 : appropriation de l'objet d'étude*

Rappelons que ce travail d'évaluation s'inscrit dans le cadre d'un stage de six mois à la Fédération Française EPMM Sports pour Tous. Cette dite fédération a opté pour une évaluation extérieure du programme. En d'autres termes, l'évaluateur est une personne étrangère à la structure. Étant dans un environnement étranger, notre première démarche était de prendre connaissance du fonctionnement de la structure dans son ensemble et par rapport au programme PIED, d'identifier les personnes ressources et la documentation disponible ayant rapport avec notre travail.

➤ *Étape 2 : définition de l'orientation de l'évaluation*

En effet, cette partie aurait dû être la première, seulement étant donné notre statut d'évaluateur extérieure, nous ne pouvions la placer à ce rang. Il fallait avant d'entrer dans le vif du sujet, de passer par cette phase d'immersion dans la structure.

La définition de l'orientation de l'évaluation est une étape cruciale dans l'évaluation car elle permet de connaître le but de l'évaluation, les modèles d'analyse, l'équipe évaluative ainsi que les questions d'évaluation. Dans notre cas, tout ceci nous a été transmis dans le cahier des charges. Le seul travail effectué dans cette étape a été de mettre en place des indicateurs d'évaluations (cf. annexe 12 : tableau des indicateurs d'évaluation du programme PIED) permettant de répondre aux questions évaluatives

¹³ Notion générale désignant un outil de mesure ou un critère d'appréciation de la santé d'une population à un moment donné.

et d'identifier la population à interroger. Ainsi, l'analyse du processus d'implantation du programme nous a permis d'identifier six (6) types de populations d'enquête :

- **L'équipe fédérale** chargée du programme PIED qui est constituée du responsable du programme et du coordinateur
- **Le responsable régional du programme PIED**
- **L'animateur** du programme
- **Les partenaires** : financiers ou opérationnels
- **Les participants** : seniors (65 ans et plus) ayant bénéficié du programme PIED
- **Le développeur du programme** : personne chargée de la mise en place du programme

➤ *Etape 3 : choix des méthodes et élaboration des outils de collecte de données.*

De façon générale, le choix des méthodes et des outils d'enquête dépend non seulement des questions évaluatives, du temps et aussi moyens mis à dispositions. Le choix des questionnaires ainsi que des entretiens directifs par téléphone effectués avec les participants se justifie par les questions évaluatives et les contraintes de terrain. Au vu des questions évaluatives, le questionnaire nous a semblé l'outil le mieux adapté pour permettre d'avoir des réponses à l'ensemble des questions. Nous avons ainsi élaboré six types de questionnaires (Cf. annexe) :

- 1 questionnaire pour le responsable fédéral du programme PIED
- 1 questionnaire pour le responsable régional du programme PIED
- 1 questionnaire pour le développeur du programme
- 1 questionnaire pour l'animateur du programme
- 1 questionnaire pour le partenaire du programme
- 1 questionnaire pour le participant

Les entretiens directifs par téléphones qui ont été effectués avec les participants, se justifient par les contraintes du terrain. Compte tenu de l'âge des personnes âgées, et du manque de temps, il était plus facile de les joindre par téléphone que de les soumettre le questionnaire à répondre par écrit.

Par rapport à Preffi 2.0, son usage s'inscrit dans une perspective de respect des normes de qualité. Cet outil a été utilisé partiellement compte tenu aussi du contexte de l'évaluation. Il nous semblait impertinent de l'utiliser dans son intégralité car rappelons, que si le programme PIED a été importé en France c'est à cause de ses résultats au Québec. Nul doute donc sur sa structure générale. La pertinence d'une évaluation de la qualité du programme PIED en France, réside dans la recherche du degré de compréhension et d'appréciation : comment le programme est compris et apprécié par les acteurs ?

➤ **Etape 4 : administration des questionnaires**

Après élaboration des questionnaires, nous avons procédé à leur administration qui a été effectuée de différentes manières :

- Le questionnaire du responsable fédéral du programme et celui des participants a été administré sous forme d'entretiens directifs. Contrairement au questionnaire du responsable qui a été conduit en face à face, celui des participants a été mené par téléphone.
- Les autres questionnaires (développeur du programme ; partenaire ; responsable régional ; animateur) ont été transmis au conseiller technique régional qui à son tour les a remis aux destinataires.

**RESULTATS DE L'EVALUATION
D'IMPLANTATION ET DE LA QUALITE
DU PROGRAMME PIED ET DISCUSSION**

A. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'EVALUATION

Dans le cadre de l'évaluation d'implantation du programme PIED, deux phases ont été analysées : la phase de planification et celle de mise en œuvre.

Concernant la phase de planification, elle regroupe l'ensemble des démarches entreprises avant la mise en œuvre effective du programme. Ces démarches, dans le cadre du programme PIED sont sous forme de recommandations (Cf. les principales étapes d'implantation du programme PIED, *Guide pratique de l'animateur*, FF EPMM Sports pour Tous). Il s'agit de

- *l'existence d'un responsable régional du programme*
- *la présentation d'un intérêt pour le programme*
- *la formation des animateurs*
- *la recherche de sources de financement.*
- *la promotion du programme auprès des seniors par réunion d'information*

Dans cette partie, seront présentés les résultats des questionnaires :

- *des conseillers techniques régionaux sur (la fonction du responsable régional du programme, l'identité des financeurs régionaux du programme)*
- *des développeurs du programme sur (l'identification du besoin, la réception de la formation PIED par les animateurs, le financement obtenu par programme, le type de démarche entreprises avant la mise en œuvre du programme)*
- *des participants sur (le type de moyen de communication ayant permis de connaître le programme)*

Pour ce qui est de la phase de mise en œuvre du programme qui succède à celle de la planification, nous avons évalué les aspects suivants :

- *Evolution des programmes (nombre de programmes PIED animés par an par région)*
- *Animation du programme PIED (nombre d'animateurs par programme, diplômes des animateurs des programmes évalués, expérience des animateurs, Répartition par sexe, nombre de participants par programme, durée du programme, déroulement des séances)*
- *Caractéristiques du public (âge, sexe, typologie du public par rapport à la chute)*
- *Partenariat (type de partenariat, secteur d'activité des partenaires, satisfaction par rapport au partenariat, ancienneté des partenaires)*
- *Accessibilité du public (temps et appréciation du trajet)*
- *Communication (moyens de communication pour la promotion du programme, moyens de suivi du programme)*
- *Suivi du programme (type d'interactions entre les acteurs)*

- Difficultés rencontrées (*typologie des difficultés rencontrées*)

Les résultats proviennent pour ce qui est de :

- L'évolution du programme, des questionnaires des conseillers techniques régionaux
- L'animation du programme PIED, des questionnaires des développeurs de programmes (*nombre d'animateurs recrutés par programme, âge moyen des participants, des animateurs (diplômes, expérience, répartition par sexe, nombre de participants par programme, durée des programmes, déroulement des séances)*)
- Caractéristiques du public, des questionnaires des développeurs de programmes (*âge moyen des participants, caractéristiques par rapport à la chute*)
- Du partenariat, des questionnaires des développeurs de programmes (*type de partenariats, secteur d'activité des partenaires, satisfaction par rapport au partenariat, ancienneté des partenaires*), des partenaires (*satisfaction par rapport au partenariat*)
- Accessibilité du public, des questionnaires des participants (*temps de trajet et appréciation du trajet*)
- Communication, des questionnaires des développeurs de programme (*moyen de communication, suivi du programme*), des animateurs (*type de suivi*)
- Suivi du programme, de l'analyse des questionnaires des développeurs de programme, des animateurs ainsi que des responsables régionaux de programme, des partenaires, sur la communication.

L'évaluation de la qualité du programme PIED a concerné :

- L'appréciation du programme (*compréhension du programme, perception des objectifs, des ateliers de prévention, des outils pédagogiques, des exercices à domicile et en groupes, des étapes d'implantation, des ateliers de prévention, des outils pédagogiques, des exercices à domicile et en groupes, des étapes d'implantation, de l'organisation dans son ensemble, des critères de participation au programme, de l'aspect financier, du contenu du programme, des résultats du programme, de la charge de travail, du rythme des séances et de son organisation, de l'environnement de travail*).
- La participation aux séances (*degré d'assiduité et d'abandon des participants*)
- Acquisition de connaissances (*connaissance sur la prévention des chutes et sur l'aménagement du logement*)
- Qualité de vie (*santé perçue et sentiment de sécurité*)
- Satisfaction par rapport au programme

Les résultats ayant permis d'évaluer la qualité du programme, proviennent pour ce qui est de :

- L'appréciation du programme, *des questionnaires des développeurs de programme, des partenaires, des animateurs, des participants*
- De la participation aux séances, *des développeurs de programme*
- L'acquisition de connaissance et de la qualité de vie, *des participants au programme*
- La satisfaction par rapport au programme, *de l'ensemble des acteurs (développeurs de programme, partenaires, participants, animateurs)*

Au total, cinquante-quatre questionnaires ont été traités : cinquante à l'aide du Sphinx (logiciel d'enquêtes et d'analyses des données) et les quatre autres sans le logiciel. L'ensemble des questionnaires récoltés se répartit comme suit :

- **Responsable fédéral du programme PIED : 01 réponse** ; correspond au nombre de responsable fédéral du programme

- **Responsable régional du programme PIED : 03 réponses**, correspond au nombre de responsables régionaux (trois régions étudiées = un responsable par région)

- **Développeur du programme PIED** : le questionnaire du développeur de programme est constitué de deux parties : une première partie qui concerne l'implantation du programme. Cette partie est à répondre au maximum trois fois si la personne a mis en place plusieurs programmes. Chaque réponse correspond à un programme développé. Cette technique vise à évaluer les écarts entre les méthodologies, techniques d'implantation d'un programme à un autre. Et comme pour chaque région nous avons qu'un développeur, nous avons obtenu les réponses suivantes :
 - Aquitaine : **03 réponses**
 - Champagne-Ardenne : **01 réponse** (*deux réponses manquantes*)
 - Poitou-Charentes : **02 réponses**

Comme la seconde partie est à répondre une seule fois même si le l'individu a mis en place plusieurs programmes, nous avons obtenu le nombre de réponses suivant :

 - Aquitaine : **01 réponse**
 - Champagne-Ardenne : **01 réponse**
 - Poitou-Charentes : **01 réponse**

- **Animateur du programme : 08 réponses/ 10 animateurs recensés**

Pour l'ensemble des trois régions étudiées, dix animateurs ont animé les programmes PIED de la saison 2010-2011. Aux questions, y ont répondu, en :

- Aquitaine : **05 réponses / 05 animateurs**
- Champagne-Ardenne : **01 réponse / 03 animateurs** (*le manque des réponses est dû au fait que les deux autres animateurs ne travaillent plus pour le promoteur, donc injoignables*).
- Poitou-Charentes : **2 réponses/ 02 animateurs**

- **Partenaires du programme : 07 réponses/ 08 partenaires recensés**
 - Aquitaine : **03 réponses/ 03 partenaires**
 - Champagne-Ardenne : **02 réponses/ 03 partenaires**
 - Poitou-Charentes : **2 réponses/ 02 partenaires**

- **Participants : 29 réponses / 64 participants.**
 - Aquitaine : **06 réponses/ 15 participants** (*09 participants injoignables*)
 - Champagne-Ardenne : **23 réponses/ 39 participants** (*11 participants injoignables et 05 participants n'ont pas souhaité répondre*)
 - Poitou-Charentes : **0 réponse/ 10 participants** (*participants injoignables, pour cause : décès, maladie*).

En plus du traitement par le logiciel Sphinx, des entretiens téléphoniques complémentaires ont été effectués avec les conseillers techniques régionaux dans le but d'éclaircir certains points.

1. Implantation du programme PIED

Cette phase est répartie en deux temps : la phase de planification, sous forme de recommandations, et la phase de mise en œuvre.

a. La phase de planification

➤ *L'existence d'un responsable régional du programme*

En région de Poitou-Charentes, le responsable du programme est un Assistant technique régional. En Champagne-Ardenne et en Aquitaine, c'est plutôt le Conseiller technique régional.

➤ *Présenter un intérêt pour le programme*

Les six (6) programmes étudiés, ont été mis en place suite à un besoin identifié par les acteurs locaux évoluant dans le secteur sanitaire et social.

➤ *Formation des animateurs*

L'ensemble des développeurs (100%) affirment que les animateurs ont bien reçu une formation PIED qui a duré 3 jours. De la même façon que les développeurs de programme, les animateurs affirment avoir bénéficié d'une formation PIED.

➤ *La recherche de source de financement.*

L'ensemble des programmes étudiés au cours de cette évaluation, ont bénéficié d'un financement qui tourne au tour de 1200 à 1500 euros. La moyenne des financements est de 1260 euros par programme.

Les organismes financeurs en région sont du secteur social, sanitaire et même étatique:

- Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)
- Mutualité sociale agricole (MSA)
- Régime social des indépendants (RSI)
- Mutualité française
- Communes

- Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES)

➤ *La promotion du programme auprès des seniors par réunion d'information*

Pour mettre en place le programme PIED, il est recommandé de faire sa promotion par une réunion d'information auprès des seniors. Ainsi, parmi les démarches entreprises avec la mise en place effective du programme, on peut constater que la réunion d'information ainsi que la campagne d'information auprès de potentiels partenaires ou collaborateurs (66,7%) figurent en deuxième position après la recherche de financement.

Tableau 1 : Classification des démarches avant-projet

Démarches avant projet		
	Nb	% obs.
Campagne d'information auprès des potentiels partenaires ou collaborateurs	4	66,7%
Réunion d'information des seniors	4	66,7%
Recherche de sources de financement	6	100,0%
Recherche d'organismes partenaires	1	16,7%
État des lieux ou diagnostic territorial	1	16,7%
Autres (préciser)	0	0,0%
Total	6	

Source : Questionnaire développeur de programme

Sur ce même tableau, on peut aussi lire par rapport à la classification des démarches avant-projet, que la recherche de financement reste la démarche la plus effectuée contrairement au diagnostic territorial.

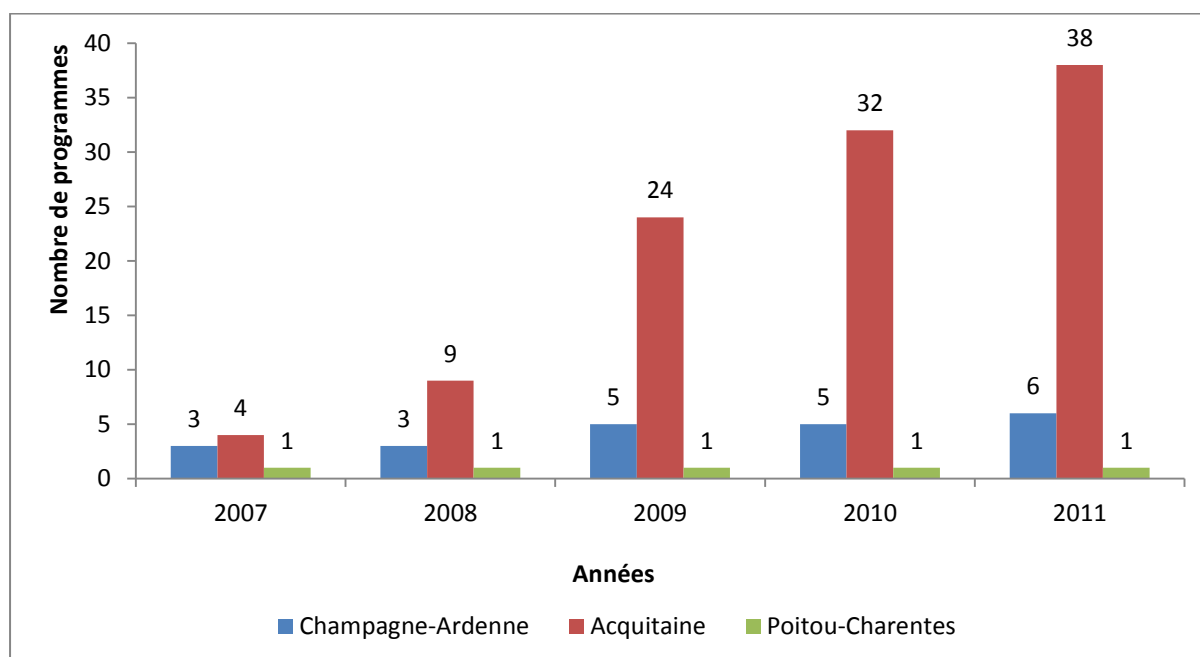
b. Mise en œuvre du programme PIED

Dans cette phase du programme, plusieurs aspects ont été évalués.

➤ *L'évolution du programme*

Celle-ci se présente comme suit dans les trois régions :

Graphique 1 : Evolution du nombre de programmes PIED par région entre 2007 et 2011



Source : Questionnaire responsable régional de programme

Champagne-Ardenne et en Aquitaine, le nombre de programme est en augmentation :

- ✓ en Champagne-Ardenne, on passe de trois programmes en 2007 au double (six programmes) en 2011
- ✓ en Aquitaine, en 2007 on était à quatre programmes, en 2011 à trente-huit programmes

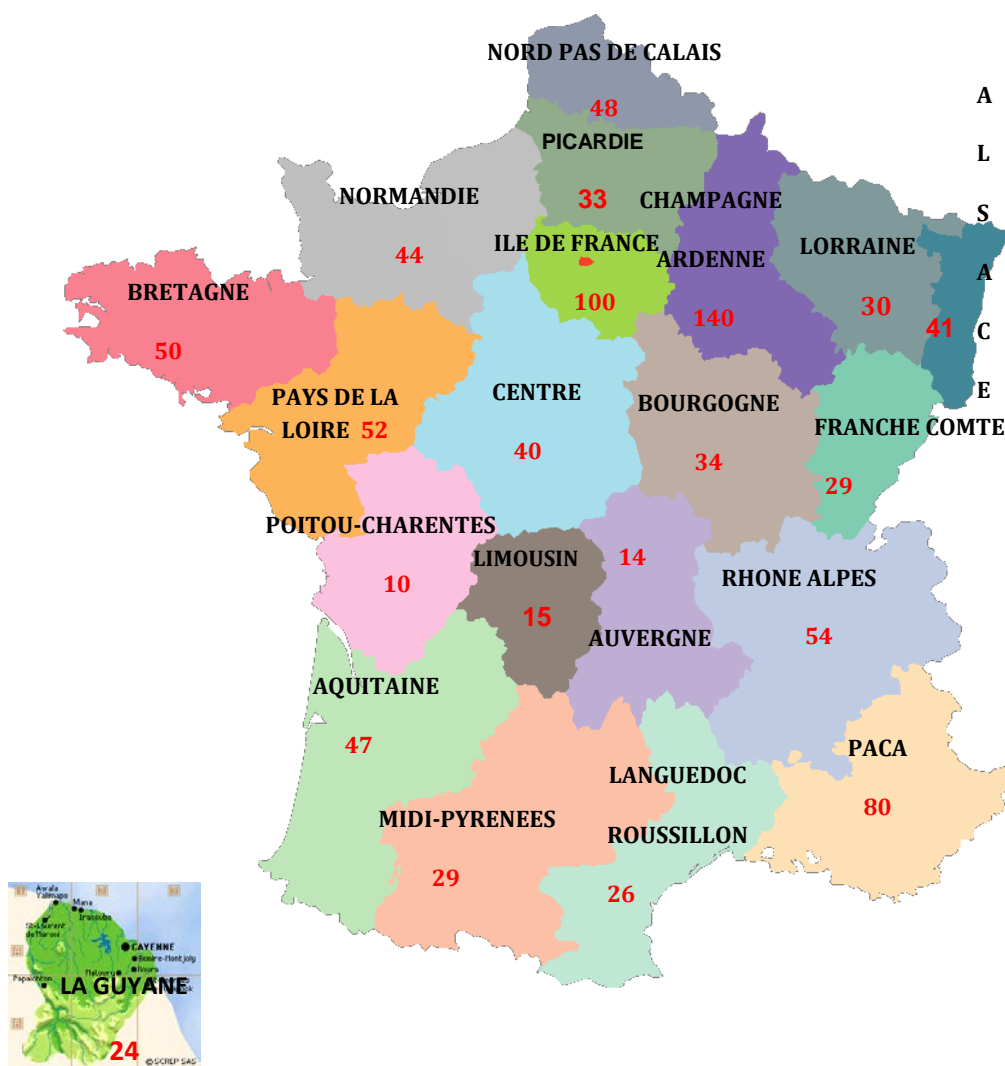
En Poitou-Charentes le nombre de programme mis en place est en stagnation depuis 2007 : en 2007 comme en 2011, on est resté à un programme

➤ Animation du programme PIED

Nombre d'animateurs par programme

En France, le nombre d'animateurs par région se situe entre dix et cent quarante animateurs.

REPARTITION DES ANIMATEURS FEDERAUX P.I.E.D.
(940 animateurs fédéraux P.I.E.D. au 24 février 2012)



Source : Fédération Française EPMM Sports pour Tous.

Pour chaque programme PIED, un seul animateur a été mobilisé. A la saison 2010-2011 :

- En Champagne-Ardenne, trois animateurs ont été mobilisés
- En Aquitaine, ils sont au nombre de cinq animateurs à être actifs
- En Poitou-Charentes, on compte trois animateurs actifs

Expérience des animateurs et diplômes

L'ensemble des animateurs interrogés ont déjà animé au moins un programme PIED.

Concernant les diplômes, on note différents types :

- Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport : Activité Physique pour Tous (**BPJEPS APT**)
- Brevet Professionnel Activités Gymniques Forme et Force (**BPAGFF**)
- Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisir Sportif (**CQP ALS**)
- Animateur Loisir Sportif Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression (**ALS AGEE**)
- Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (**DE JEPS**)
- **MASTER STAPS ENTRAINEMENT SPORTIF**
- **LICENCE STAPS**

Répartition par sexe

Dans la répartition des animateurs par sexe, on note plus d'hommes (5) que de femmes (3).

Durée des programmes et nombre de participants

Les programmes évalués dans les trois régions ont été réalisés en douze semaines et le nombre de participants par groupe est de l'ordre de sept (7) à quatorze (14). La moyenne totale est de dix (10) participants par programme.

Déroulement des séances

Par rapport au déroulement des séances, quatre animateurs sur huit affirment avoir apporté des modifications qui sont du type organisationnel et technique.

Animateur : « Application de certains exercices assis plutôt que debout et mise en place de nouveaux exercices adaptés pour les personnes ayant une canne ou prothèse »

Animateur : « Adapter les exercices en fonction des besoins des seniors : passer plus de temps sur tel ou tel exercice. »

- **Caractéristiques du public** : répartition par sexe, âge et caractéristique par rapport à la chute

Le public des programmes étudiés est majoritairement composé de femmes (90%). L'âge moyen des participants est de 66,7 ans.

Par rapport à la chute, les participants sont répartis comme suit :

- préoccupés par la chute : 33,4%
- à risque de chutes : 33,3%
- ayant déjà chuté : 33,3%

- **Partenariat** : types de partenariat, secteur d'activité des partenaires, satisfaction par rapport au partenariat

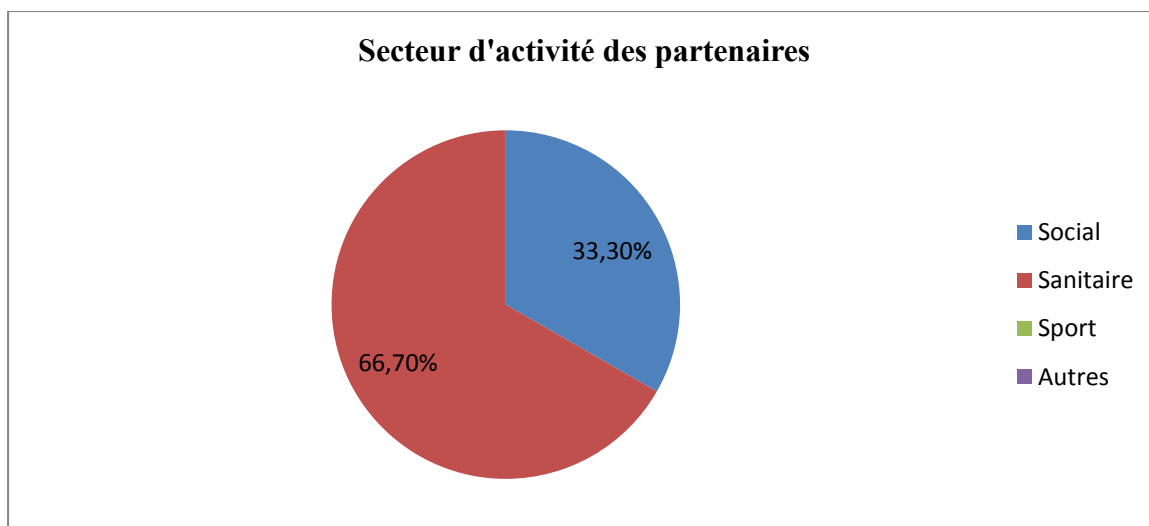
Les partenariats ici identifiés sont dans l'ensemble, financiers.

Tableau 2 : Type de partenariats

Partenaire engagé-Type de partenariat		
	Nb	% cit.
Financier	6	100,0%
Opérationnel	0	0,0%
Autres (préciser)	0	0,0%
Total	6	100,0%

Source : Questionnaire développeur de programme

Par rapport au secteur d'activité des partenaires, on peut constater que les partenaires étaient du domaine social et sanitaire.



Source : Questionnaire développeur de programme

Pour ce qui est de la satisfaction par rapport au partenariat, elle a été mesurée à deux niveaux : au niveau du développeur et celui du partenaire. Pour les deux acteurs (partenaires et développeurs), le partenariat était satisfaisant.

Il faut aussi noter que l'ensemble des partenaires n'en sont pas à leur premier partenariat avec les comités régionaux de la FFEPMM. Ainsi, pour cette saison 2010-2011, aucun nouveau partenaire n'a été recensé.

➤ **Accessibilité du public**

L'accessibilité du public aux lieux de pratique des séances est ici mesurée par le temps de trajet effectué.

Tableau 3 : Temps de trajet et appréciation

Appréciation du trajet Temps de trajet	Non réponse	Long	Moyen	Court	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
Moins de 5mn	0	0	1	10	11
10 à 15mn	0	0	11	3	14
15 à 30mn	0	1	1	0	2
Plus de 30mn	0	0	0	1	1
TOTAL	1	1	13	14	29

Source : Questionnaire participants

Tableau 4 : Moyen de déplacement et appréciation du trajet

Appréciation du trajet	Non réponse	Long	Moyen	Court	TOTAL
Moyen de déplacement					
Non réponse	1	0	0	0	1
En voiture	0	0	10	6	16
En transport en commun	0	1	3	1	5
A pieds	0	0	0	7	7
Autres (préciser)	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	13	14	29

Source : Questionnaire participants

Quatorze personnes jugent leur trajet court et la plupart de ces personnes se déplacent à pied.

Ceux qui trouvent le trajet moyen sont en majorité en voiture personnelle.

➤ **Communication**

La communication est évaluée en termes de moyens. Deux catégories ont été faites : moyens de communications promotionnels et moyens de communication coordinationnels.

Moyen de communication pour la promotion du programme.

Tableau 5 : Moyen de communication auprès du public

Moyen de communication		
	Nb	% obs.
Campagne publicitaire	1	16,7%
Réunion d'information	5	83,3%
Événementiel	4	66,7%
Via les partenaires	1	16,7%
Tracts	0	0,0%
Autres (préciser)	1	16,7%
Total	6	

Source : Questionnaire développeur de programme

Ces réponses résultent d'un questionnaire à choix multiple. Ainsi on peut constater que la réunion d'information à le taux le plus élevé (83,3%) suivi de l'événementiel avec 66,7%. En revanche, les tracts ne sont jamais utilisés pour la promotion du programme PIED.

Outre ces moyens de communications, d'autres ont permis la promotion du programme. Il s'agit du bouche à oreille ou les spots publicitaires.

Tableau 6 : Moyen de connaissance de l'existence du programme

Connaissance existence du programme		
	Nb	% obs.
Réunion d'information	13	44,8%
Spots publicitaires	2	6,9%
En maison de retraite	2	6,9%
Par la mairie	6	20,7%
Par la carsat	1	3,4%
Bouche à orielle	6	20,7%
Professionnel de santé	0	0,0%
Autres (préciser)	0	0,0%
Total	29	

Source : Entretien participant

Sur ce tableau, on peut noter l'absence des professionnels de santé comme relais de promotion du programme.

Moyens de suivi du programme

Le suivi du programme s'effectuait le plus souvent à l'aide de rapports écrits et de réunions.

Tableaux 7 : Moyen de coordination

Type de suivi		
	Nb	% cit.
Visite	1	25,0%
Rapport écrit	2	50,0%
Réunion	1	25,0%
Téléphone	0	0,0%
Autre(préciser)	0	0,0%
Total	4	100,0%

Source : Questionnaire animateur

Tableau 8: Moyens de suivi du programme

Le suivi du programme		
	Nb	% obs.
Rapport	2	66,7%
Compte rendu téléphonique	0	0,0%
Réunion	1	33,3%
Autres (préciser)	1	33,3%
Total	3	

Source : Questionnaire développeur

➤ **Suivi du programme**

L'analyse du suivi du programme a permis d'identifier trois types d'interactions s'effectuant à trois niveaux :

- Animateur → Développeur de programme
- Développeur de programme → Partenaire
- Développeur du programme → Responsable régional du programme

Cependant, dans certains cas comme en Champagne-Ardenne l'animateur est en même temps développeur de programme. En Aquitaine, le responsable régional du programme est en même temps le développeur du programme.

Définitions :

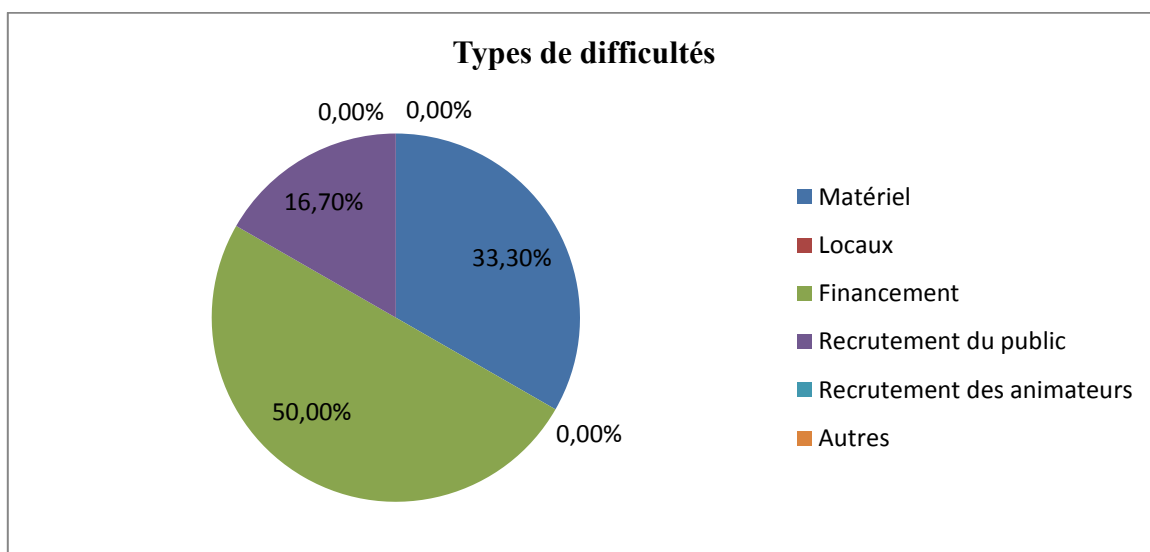
Développeur de programme : personne chargée de la mise en œuvre du programme PIED

Responsable du programme : personne chargée de la gestion du programme sur toute la région

➤ **Difficultés rencontrées**

Six programmes sur huit ont été évalués et des difficultés ou obstacles ont pu être identifiés :

Pour *les développeurs de programme*, la grande difficulté reste la recherche de financement



Source : Questionnaire développeur de programme

Pour *les animateurs*, c'est plutôt l'hétérogénéité du public et le manque de matériel d'animation.

2. Qualité du programme PIED

➤ Compréhension du programme

Tableau 9 : Compréhension du programme PIED par les acteurs

	Développeurs de programme	Animateurs	Partenaires
Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets	33,3%	12,5%	0,0%
Programme intégré d'équilibre dynamique qui vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes	33,3%	12,5%	14,3%
Un programme d'activité physique pour les seniors	0,0%	0,0%	0,0%
Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes	33,4%	75,0%	85,7%
TOTAL	100%	100%	100%

Sources : questionnaires développeurs de programme, animateurs, partenaires.

A travers ce tableau, on peut voir que le programme, défini comme *''un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes''* détient les pourcentages les plus élevés

➤ Perception du programme

- *des objectifs et des ateliers de prévention*

Les objectifs du programme sont jugés réalisables, par les développeurs de programme et les ateliers de prévention compréhensifs et faciles à diriger par les animateurs.

- *des outils pédagogiques*

Les outils pédagogiques sont aussi jugés compréhensibles par les développeurs de programme et compréhensibles et pas compliqués, par les animateur.

Tableau 10 : Perception des outils pédagogiques

Perception des outils pédagogiques		
	Nb	% cit.
Compréhensibles	3	100,0%
Incompréhensibles	0	0,0%
Compliqués	0	0,0%
Pas compliqués	0	0,0%
Total	3	100,0%

Source : Questionnaire développeur de programme

Tableau 1 : Perception des outils pédagogiques

Perception des outils pédagogiques		
	Nb	% obs.
Compréhensibles	8	100,0%
Incompréhensibles	0	0,0%
Compliqués	1	12,5%
Pas compliqués	7	87,5%
Total	8	

Source : Questionnaire animateur

- *des exercices à domicile et en groupes*

Les exercices à domicile et en groupes sont réalisables (100% des réponses des développeurs de programme).

Les activités physiques en groupe sont à 62,5% utiles et 62,5% facile à diriger (selon les réponses des animateurs). Sur cette question, les animateurs avaient un choix de réponse par groupe : groupe de réponses 1 (utiles, intéressantes, pas du tout intéressantes) ; groupe 2 (difficiles à diriger, faciles à diriger, autres).

Tableau 12 : Appréciation des activités physiques en groupe

activités physiques en groupe		
	Nb	% obs.
Utiles	5	62,5%
Intéressantes	3	37,5%
Pas du tout intéressantes	0	0,0%
difficile à diriger	3	37,5%
Facile à diriger	5	62,5%
Autres (préciser)	0	0,0%
Total	8	

Source : Questionnaire animateur

- *des étapes d'implantation*

Les étapes d'implantation du programme PIED sont jugés moyennement faciles par les développeurs de programme.

- *de l'organisation dans son ensemble*

L'organisation du programme dans son ensemble est estimée facile à 66,7% soit deux développeurs sur trois.

- *des critères de participation au programme*

Les critères de participation sont pour leur part, compréhensibles (100% des réponses des développeurs de programme).

- *de l'aspect financier*

Tableau 13 : Perception de l'aspect financier du programme par les partenaires

Perception du programme		
	Nb	% cit.
Très coûteux	2	28,6%
Peu couteux	2	28,6%
Pas couteux	3	42,9%
Total	7	100,0%

Source : Questionnaire partenaire

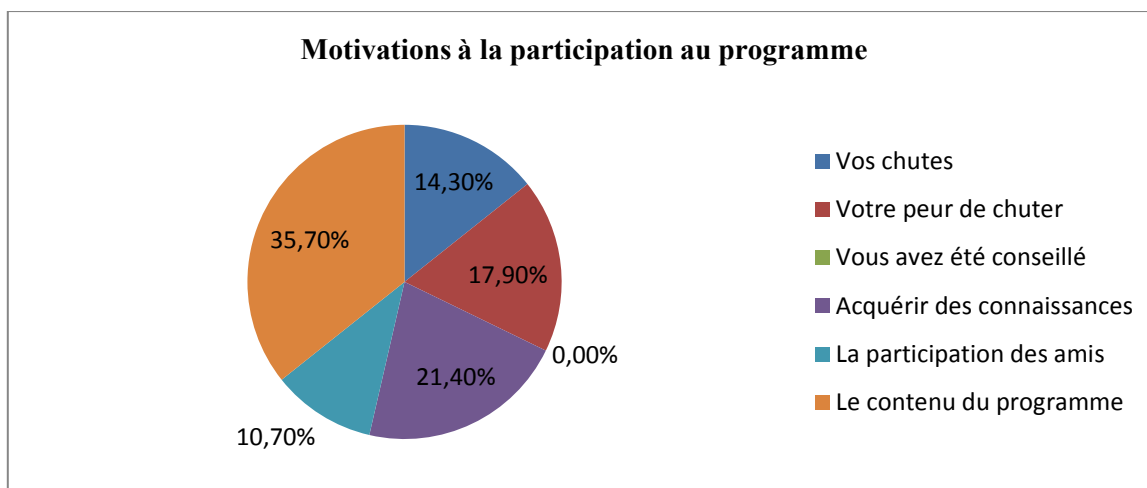
Le programme est jugé par les partenaires pas coûteux à 42,9% soit trois réponses sur sept. Les quatre autres réponses sont partagées en les deux choix (très coûteux, peu coûteux).

- *du contenu du programme*

L'appréciation du programme a été mesurée sur deux acteurs : les partenaires et les participants.

Ainsi, l'ensemble des partenaires jugent le contenu du programme intéressant.

Pour ce qui est des participants, l'appréciation du contenu du programme est mesurée par la motivation à la participation.



Source : Questionnaire participant

Avec 35,7% des voix, le contenu du programme constitue l'une des plus grandes motivations à participer au programme.

- *des résultats du programme*

Le programme du point de vue de ses résultats est jugé efficace (100% des réponses) selon les partenaires.

- *de la charge de travail*

Tableau 14 : Perception de la charge de travail

Perception de la charge de travail		
	Nb	% cit.
Légère	1	14,3%
Lourde	6	85,7%
Très lourde	0	0,0%
Total	7	100,0%

Source : Questionnaire animateur

85,7% des animateurs ayant répondu, pensent que la charge de travail liée au programme est lourde

- *du rythme des séances et de son organisation*

L'ensemble des participants interrogés (29) trouvent le rythme des séances ainsi que l'organisation, convenables.

- *de l'environnement et le matériel de travail*

Tableau 15 : Perception du cadre de travail

Perception du cadre de travail		
	Nb	% cit.
Agréable	8	100,0%
Peu agréable	0	0,0%
Pas du tout agréable	0	0,0%
Total	8	100,0%

Source : Questionnaire animateur

Tableau 16 : Perception des locaux des séances

Perception des locaux de séance		
	Nb	% cit.
Agréables	6	85,7%
Peu agréables	1	14,3%
Pas du tout agréables	0	0,0%
Total	7	100,0%

Source : Questionnaire animateur

Tableau 17 : Perception du matériel de travail

Perception du matériel		
	Nb	% cit.
Adapté	7	100,0%
Peu adapté	0	0,0%
Pas du tout adapté	0	0,0%
Total	7	100,0%

Source : Questionnaire animateur

Le cadre de travail est perçu à 100% comme étant agréable. Les locaux des séances pour leur part sont jugés à 85,7% agréables. Le matériel fourni, il est jugé à 100% adapté.

➤ *Participation aux séances*

La participation est mesurée ici par le degré d'assiduité (participer à au moins 10 à 12 séances). Ainsi, on note 83% d'assiduité des participants et les abandons représentent que 17%. Celles-ci se situent majoritairement entre la première et la troisième semaine du programme.

Tableau 18 : Période d'abandon du programme

Période d'abandon		
	Nb	% cit.
Entre 1ère et 3ème semaine	3	100,0%
4ème et 7ème semaine	0	0,0%
8ème et 12ème semaine	0	0,0%
Total	3	100,0%

Source : Questionnaire développeur de programme

Les raisons souvent évoquées pour les cas d'abandon sont pour la plupart liées à la maladie ou aux affaires familiales.

➤ **Acquisition de connaissances**

Il s'agit des connaissances sur l'aménagement du logement et la prévention des chutes.

- Concernant l'acquisition de connaissance sur la prévention des chutes à travers les ateliers de prévention : sur vingt-neuf participants interrogés, vingt-six soit 96,6% affirment avoir acquis des connaissances sur la prévention des chutes. Parmi les types de connaissances cités, on a :
 - Les comportements à risque
 - Les mesures de sécurité
 - Les activités physiques adaptées
 - Les causes des chutes

Tableau 19 : Types de connaissances acquises

Type de connaissance		
	Nb	% obs.
Causes des chutes	7	24,1%
Comportements à risque	25	86,2%
Les mesures de sécurités	19	65,5%
Les activités physiques adaptées	14	48,3%
Autres (préciser)	0	0,0%
Total	29	

Source : Entretien participants

- Par rapport à l'acquisition de connaissance relative à l'aménagement du logement, l'ensemble des participants (100%) affirment en avoir acquis.

En revanche, très peu d'aménagement a été fait par les participants du fait que pour certains cas, le logement était en location, pour d'autres, il n'y a pas besoin ou déjà bien avant la participation au programme, il y a eu transformation du logement. Pour les rares cas de modification, l'aménagement du logement était du type : amélioration des escaliers, descente de lit, allumage des lumières, mise en place d'escabot baignoire, installation de barre dans les toilettes, augmentation de rampe d'escalier.

➤ **Qualité de vie**

Sur cet aspect, les participants ont été interrogés sur leur ressenti et le sentiment de sécurité.

Ainsi, par rapport au ressenti après participation au programme, sur vingt-huit participants qui ont répondu à la question, vingt-sept participants se sentaient mieux.

Pour ce qui est du sentiment de sécurité, vingt-neuf participants ont répondu à la question et vingt-sept affirment se sentir plus en sécurité dans les activités quotidiennes

➤ **La satisfaction**

L'ensemble des partenaires et participants affirment être entièrement satisfaits du programme.

B. DISCUSSION

Deux types d'évaluation ont été entrepris au cours de cette étude : une évaluation d'implantation et de la qualité du programme. Pour chaque évaluation, un ensemble d'aspects ont été évalués.

1. Implantation du programme PIED

Dans le cadre de l'évaluation d'implantation, deux phases ont fait l'objet d'une analyse : la phase de planification et celle de mise en œuvre du programme.

- L'analyse des résultats a permis de montrer dans la phase de planification :
 - Des statuts différents pour le responsable régional du programme PIED entre les trois régions : en Champagne-Ardenne et Aquitaine, le conseiller technique régional (CTR) se charge de cela; Poitou-Charentes il s'agit de l'assistant technique régional (ATR) qui se charge de ce rôle sous tutelle du conseiller technique régional
 - L'ensemble des programmes PIED étudiés ont été mis en place suite à un besoin identifié par les acteurs locaux évoluant dans le secteur sanitaire et social
 - L'ensemble des animateurs PIED interrogés ont bénéficié d'une formation PIED qui a duré 3 jours,
 - Les programmes ont bénéficié d'un financement qui est en moyenne de 1260 euros par programme. Les organismes financeurs étant du secteur social, sanitaire et même étatique
 - La promotion du programme PIED auprès des seniors a été effectuée principalement par des réunions d'informations.

Par rapport à cette phase de planification, au vu des résultats, nous pouvons dire, hors mis l'absence de diagnostic territorial, que le préalable requis pour mettre en place le programme PIED a bien été respecté.

S'il y a absence de diagnostic territorial dans les régions, cela pourrait être dû en partie au fait que c'est le plus souvent le partenaire qui ayant identifié lui-même le besoin, fait appel au comité régional de la FFEPM. Les autres hypothèses seraient que, les responsables régionaux n'ont pas pris conscience de l'importance d'un diagnostic ou qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour effectuer ce travail ou encore qu'ils n'ont pas le temps.

Il serait intéressant pour un meilleur déploiement du programme, d'inclure dans les recommandations pour la mise en place du programme PIED, l'élaboration d'un diagnostic territorial initial. Celui-ci

pourrait permettre la connaissance du territoire sur le plan géographique, socio-économique et aussi l'analyse de besoins des populations afin d'apporter des réponses plus ciblées et efficaces.

- La phase de mise en œuvre du programme PIED a vu l'évaluation des aspects suivants : évolution du nombre de programmes, animation du programme, caractéristiques du public, partenariat, accessibilité du public, communication, suivi du programme, difficultés rencontrées.

L'évolution du nombre de programmes dans les trois régions (Champagne-Ardenne, Aquitaine et Poitou-Charentes) a été observée dans la période 2007-2011. On a pu voir qu'il y a une différence dans l'évolution : une région (Aquitaine) où le programme connaît une évolution spectaculaire, une autre (Champagne-Ardenne) où elle est moyenne et enfin la troisième région où le nombre de programme par an, stagne.

S'il y a cette différence entre les régions, cela est dû à plusieurs raisons :

En Aquitaine, c'est grâce à l'expérience cumulée dans la mise en place de programmes mais surtout grâce au programme régional prévention senior qui constitue un appui considérable pour le programme PIED. Aujourd'hui, la région d'Aquitaine est dans la troisième phase de son processus de développement d'un programme : la phase de pérennisation. Cette phase vient après celle de communication et de mise en place.

En Champagne-Ardenne, si le programme évolue, c'est grâce d'une part à l'existence d'un besoin qui se traduit par une demande de mise en place du programme PIED par les partenaires et d'autre part, par la mise en place depuis 2007 d'un comité de pilotage senior qui regroupe un ensemble d'acteurs (Collectivité, CARSAT, CODES, MSA...). Il faut aussi noter que malgré la présence de concurrents tel que l'Association Gymnastique Volontaire, le comité régional FFEPMM est fortement implanté historiquement. A la différence de l'Aquitaine, la région de Champagne-Ardenne, dans le processus de développement du programme PIED, se situe dans la deuxième phase, c'est-à-dire la mise en place (déploiement).

En Poitou-Charentes, si l'évolution du programme PIED reste stagnante, c'est en partie à cause du manque d'expériences du responsable régional du programme qui est en fonction depuis moins d'un an. L'autre cause marquante dans cette région c'est surtout l'arrêt du développement du programme PIED en 2008. Cet arrêt donne un grand avantage aux concurrents présents (Ciel bleu, Gym Volontaire...) dans la conquête du territoire. Ceci ramené le comité régional dans le processus de développement, à la première phase : la communication pour se faire connaître auprès des partenaires et du grand public.

On peut voir que les trois régions ne sont pas au même niveau dans le processus de développement du programme PIED. Il serait à cet effet intéressant d'organiser une journée d'échange entre les différents responsables régionaux pour permettre de partager les expériences, les méthodes de développement et peut être construire une stratégie commune de développement du programme PIED en tenant en compte les particularités de chaque région. En même temps, introduire une session de formation à l'élaboration de diagnostic territorial.

Dans le cadre de **l'animation du programme**, l'évaluation a concerné le nombre d'animateurs par programme, les diplômes et l'expérience des animateurs, la répartition par sexe des animateurs, le nombre de participants par programme, la durée du programme, le déroulement des séances. Celle-ci a permis de montrer que :

- Pour chaque programme, un seul animateur a été mobilisé. Les animateurs, suivant leurs diplômes étaient répartis en deux groupes : ceux du monde universitaire et ceux du milieu jeunesse et sport. La majorité des animateurs étaient des hommes.
- La composition des groupes se situe entre sept et quatorze seniors (dix participants en moyenne par groupe)
- La durée des programmes étaient de 12 semaines

Pour rappel : *Le programme multifactoriel PIED dure douze semaines. Il peut être proposé à des groupes de 10 à 15 seniors. Étant donné la nature des exercices et le type de supervision requis, l'animation du programme doit être confiée à un professionnel de la santé ou de l'activité physique qui a suivi la formation donnée par la Fédération Française EPMM Sports pour Tous.*

Sur ces faits, nous pouvons avancer l'idée selon laquelle le programme s'est déroulé comme prévu. Seulement, au niveau du déroulement des séances, nous assistons à certaines modifications qui étaient plus techniques qu'organisationnelles. Celles-ci n'ont cependant aucun impact sur l'efficacité du programme. Ces changements permettent au contraire au programme de s'adapter à son public hétérogène et accordent de la marge de manœuvre aux animateurs et de l'importance à chaque participant.

Globalement, dans l'aspect animation du programme, deux remarques principales ont été faites :

- une double compétence de certains acteurs. Cette double compétence se présente en deux cas :
 - développeur de programme qui est même temps animateur,
 - responsable du programme qui est aussi développeur

- le peu d'animateurs actifs (Champagne-Ardenne : 03 animateurs ; Poitou-Charentes : 02 animateurs ; Aquitaine : 05 animateurs), au regard de ceux formés (Champagne-Ardenne : 140 animateurs ; Poitou-Charentes : 10 animateurs ; Aquitaine : 47 animateurs)

La première situation pourrait être attribuée à un manque de moyen financier pour la création de postes, un manque de personnels ou tout simplement une stratégie adoptée par les régions. Dans ce cas, une étude plus approfondie serait utile pour voir la pertinence d'une telle stratégie.

Face à la double compétence, nous préconisons la séparation des postes qui pourrait permettre l'allégement des tâches, un suivi beaucoup plus régulier et le recrutement de beaucoup plus d'animateurs. A la séparation des compétences nous pourrions ajouter comme solution la tenue d'une formation sur le développement de programme.

L'écart entre les animateurs actifs et ceux formés s'explique par le fait que ce ne sont pas tous les animateurs formés qui souhaitent animer un programme. Certains bénéficient de la formation pour leur culture générale ou parce que le contenu du programme leur plaît, d'autres pensent ne pas être prêts. Outre ces explications, il pourrait y avoir aussi l'indisponibilité des animateurs, l'éloignement géographique...

« Le programme PIED s'adresse aux personnes autonomes, qui vivent à domicile et qui sont préoccupés par les chutes ». L'observation des **caractéristiques du public** des programmes a permis de voir que le public cible a bien été atteint par les programmes évalués. Ce public est majoritairement composé de femmes.

Dans l'ensemble des programmes évalués, **un partenariat** a été tissé. L'évaluation de cet aspect partenarial a permis de voir qu'aucun partenaire n'est à son premier partenariat avec la FFEPMM. La mise en place du programme PIED pour la saison 2010-2011 n'a donné naissance à aucun nouveau partenariat. Cette situation pourrait être liée à l'absence de diagnostic qui, en plus de permettre la connaissance du territoire peut à partir de l'analyse des besoins des populations, repérer de nouveaux partenaires.

En plus de l'aspect animation du programme, partenariat, caractéristiques du public, **l'aspect communication** a aussi été évalué. Par rapport à la promotion du programme, la réunion d'information reste le moyen le plus utilisé en plus de l'événementiel et du bouche à oreille. Cependant, tous les moyens de communications n'ont pas été exploités. Il s'agit par exemple de tracts et du réseau de professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens).

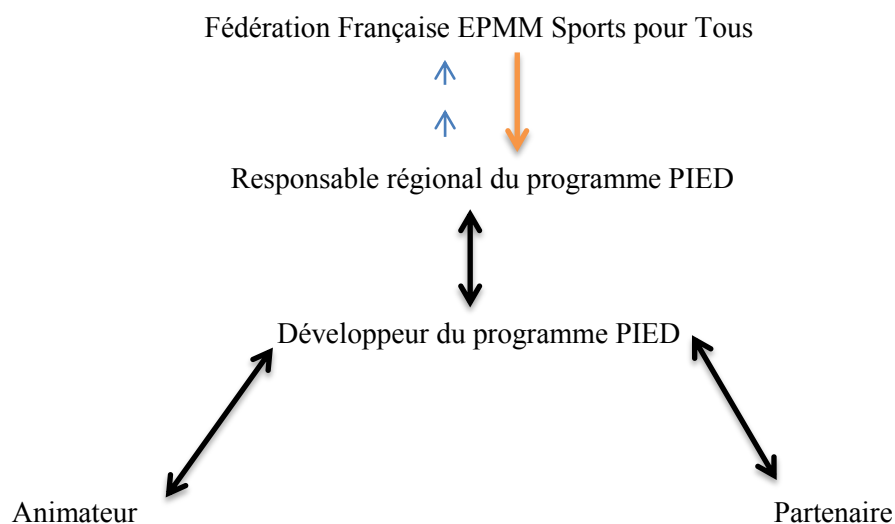
L'absence des professionnels de santé dans la stratégie de communication pourrait résulter du fait qu'ils ne sont pas informés de l'existence du programme PIED et non du désintéressement de ce type

de programme de prévention. Ces derniers, dans la stratégie de promotion du programme PIED pourraient servir de relais d'information auprès du public cible

L'analyse de l'aspect communication et suivi du programme a permis aussi de constater un faible échange particulièrement du régional vers le national. Cette situation pourrait être dû en grande partie au fait qu'il n'y a pas d'obligation de transmission d'informations pour les régions mais aussi à la double compétence qui occasionne un manque de temps (on ne peut pas tout faire).

Le rapport inverse, c'est-à-dire du national vers le régional se traduit par la transmission de documentation et de formations. Aucun retour en termes de bilan n'est constaté. Ceci rend l'évaluation ou le suivi du programme au niveau régional et national difficile car n'ayant pas de données disponibles. Ce manque de visibilité sur l'ensemble du territoire pourrait pénaliser le développement des programmes PIED notamment lors de la recherche de nouveaux partenariats.

Figure : Niveaux d'échange dans le programme PIED



Légende :

- ↔ : Echange effectif
- → : Echange insuffisant
- : Echange documentaire

A ce problème, il serait pertinent dans un premier temps de mettre en place un outil d'évaluation du programme commun à toutes les régions. Cet outil facilitera dans le cadre de bilan, l'élaboration de cartes ou de graphiques (cf. <http://www.sportpourtous.org/index.php?act=16,4>). Dans un second

temps, dans une perspective d'échange et de regroupement des informations, il serait utile d'élaborer un site internet dédié au programme PIED. Cet outil sera un moyen de promotion plus élargie du programme, de base de données et une plateforme communicative. Le site comportera quatre rubriques :

- **Rubrique 1 : Présentation générale du programme**
- **Rubrique 2 : Documentation**

Il s'agira dans cet espace de présenter l'ensemble des documents permettant de comprendre le vieillissement, la chute (définition, causes et conséquences), comment prévenir les chutes ...

- **Rubrique 3 : Base de données**

Cette rubrique sera répartie en deux : une section réservée aux participants et où sera stockées des informations telles que : les revues scientifiques, les calendriers régionaux des programme PIED et les contacts des responsables de programme, les plaquettes d'information (téléchargeables), les vidéos des ateliers. La deuxième section réservée exclusivement aux responsables régionaux du programme, sera le lieu de stockage des bilans d'activité. Avec la subvention pour la création de nouveaux postes ou la rémunération des animateurs, la Fédération pour demander un retour de bilan trimestriel ou annuel. Cette rubrique sera accessible à l'aide de codes.

- **Rubrique 4 : Forum/blog**

Cet espace sera le lieu de discussion et d'échange entre les participants, animateurs...

Avec l'élaboration du site internet qui sera gérée par la Fédération nationale, on verra l'accroissement du rôle de celle-ci.

Pour inciter un retour d'information de la part des régions, la Fédération peut aider les régions à travers un financement.

Par rapport à l'accessibilité du public aux lieux, il n'existe pas de remarques particulières car le trajet effectué par les participants est souvent jugé court.

2. Qualité du programme PIED

La qualité du programme PIED a été évaluée par la compréhension et l'appréciation des acteurs, le degré de participation des seniors aux séances, l'acquisition de connaissances, la qualité de vie et le degré de satisfaction

La compréhension du programme a été mesurée à l'aide d'une question se rapportant à la définition du programme PIED (*Pour vous, qu'est-ce que le programme PIED ?*). Celle-ci a été posée aux acteurs du programmes (développeurs de programmes, animateurs, partenaires). Quatre réponses au choix ont été soumises. Le programme PIED : « *Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes* » reste la réponse qui comporte le plus de voix.

Quant à l'appréciation du programme, elle a concerné les différentes composantes du programme et l'animation. Ainsi :

- les objectifs, les exercices à domicile et en groupes étaient jugés réalisables,
- les ateliers de prévention compréhensifs et faciles à diriger,
- les outils pédagogiques et les critères de participation compréhensibles
- les étapes d'implantation du programme PIED sont jugés moyennement faciles
- l'organisation du programme dans son ensemble est estimée facile
- le programme est jugé pas coûteux
- le contenu du programme est jugé intéressant
- les résultats sont pour leurs parts efficaces
- la charge de travail pour l'animateur est lourde
- le rythme des séances et de son organisation sont jugés convenables
- l'environnement de travail est agréable
- le matériel est adapté

L'observation de l'ensemble de ces résultats, permet de dire que le programme a bien été compris et vécu par les acteurs, même si au cours de ce travail on a été confronté à un problème d'utilisation maladroite de certains termes.

Le degré de participation des seniors aux séances est aussi l'un des critères de vérification de la qualité d'un programme. En observant un taux d'assiduité des seniors (80%), on peut affirmer que le programme a connu un succès auprès des participants. Les abandons notés étaient pour la plupart liées à la maladie ou à des affaires familiales.

L'un des objectifs du programme PIED est de fournir des connaissances sur la prévention des chutes et l'aménagement de logement. A travers cette évaluation, à l'aide d'entretiens téléphoniques effectués avec les participants on a cherché à voir si cet objectif a été atteint. Plus de la moitié des participants interrogés affirment tous avoir acquis des connaissances. Nous pouvons à cet effet dire que cet objectif du programme a été atteint.

En plus de l'acquisition de connaissance, le programme PIED vise aussi à améliorer la qualité de vie des seniors. Une qualité de vie améliorée pourrait être : faire moins de chutes, être plus confiant dans ses activités, se sentir plus autonomes... après leur participation au programme, les participants interrogés affirment se sentir mieux et plus en sécurité dans leur activités quotidiennes. Ce qui amène à dire qu'à ce niveau aussi, le programme a atteint son objectif.

Au cours de cette évaluation, nous avons aussi, pour mesurer la qualité du programme, cherché à savoir s'il a eu satisfaction des acteurs par rapport au programme. On a pu se rendre compte que la satisfaction était générale. Les développeurs de programme pour leur part sont même prêts à continuer à proposer le programme. De même, les partenaires à continuer le partenariat sur ce programme.

CONCLUSION

Le Programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D) a fait dans cette étude l'objet d'une évaluation d'implantation et de la qualité, à travers une étude de cas (régions : Champagne-Ardenne, Aquitaine, Poitou-Charentes). L'évaluation d'implantation consistait à voir et proposer une explication d'un écart entre les actions planifiées et celles mises en place. Par l'étude de cas, spécifier l'ensemble des facteurs influençant l'évolution du programme dans les régions. L'évaluation de la qualité du programme comme son nom l'indique consistait à vérifier la qualité du programme PIED.

L'évaluation d'implantation a concerné la phase de planification et celle de mise en œuvre. Dans chaque phase, différents aspects ont été évalués. L'évaluation de la qualité du programme a quant à elle concerné les composantes du programmes ainsi que la qualité de vie et la satisfaction des acteurs par rapport au programme.

Cette évaluation a vu la participation de l'ensemble des acteurs du programme (responsable fédéral et régional du programme, participants, animateurs, partenaires) et l'utilisation d'un ensemble d'outils et méthodologie.

A la lumière des résultats obtenus au terme de cette étude, malgré certaines données à compléter, nous pouvons dire que l'implantation et la qualité du programme sont globalement satisfaisantes. Cependant, pour permettre un meilleur développement du programme, un certain nombre de points sont à améliorer. Il s'agit de l'absence de diagnostic territorial, celle des professionnels de santé dans la stratégie de communication, le manque de communication entre le régional et le national, l'absence de nouveaux partenaires, la double compétence, l'insuffisance du suivi, l'insuffisance de l'utilisation du potentiel en termes d'animateurs.

Pour améliorer ces différents points, nous suggérons :

- L'incitation à l'élaboration de diagnostic territorial qui permettrait la connaissance du territoire en termes de besoins et de structures existants et donc possibilité de créer de nouveaux partenariats
- La mise en place d'un outil commun d'évaluation des programmes
- La mise en place d'une formation permettant la double compétence
- L'expérimentation de nouveaux outils de communications
- L'organisation d'une journée d'échange entre les différents responsables régionaux de programmes PIED

- La mise en place d'une plateforme internet permettant de stocker les données (base de données accessible à tous), de partager les expériences et les informations (plaquettes, vidéos des séances, revues scientifiques...)

Cette évaluation d'implantation et de la qualité du programme PIED a permis de voir comment le programme PIED a été appliqué, compris, vécu et accepté par l'ensemble des acteurs, pourquoi les évolutions du programme diffèrent entre les trois régions étudiées. Elle a aussi une fois de plus permis de voir :

- la capacité d'une fédération sportive à mobiliser ses associations et d'autres organismes sociaux partenaires (centres communaux d'action sociale, foyers logement, etc.) pour des actions innovantes en prévention des chutes ;
- la capacité des éducateurs sportifs d'une fédération sportive à animer un programme multifactoriel de prévention qui inclut l'activité physique et l'éducation à la santé.

Si dans certaines régions (Aquitaine, Champagne- Ardenne), le programme PIED connaît un succès, c'est probablement grâce aux caractéristiques de la région mais surtout à l'existence d'une politique favorable à la mise en place du programme PIED, à l'existence d'un réseau ou d'un comité et aussi à l'expérience dans la mise en place de programme. Si le programme en Poitou-Charentes est lent à se développer, c'est dû en partie à l'inexpérience dans la mise en place de programme et au fait que celui-ci a été stoppé pendant 2 ans ce qui a ramené le programme à la phase initiale de développement de programme.

A travers cette étude, nous avons une idée de ce qui se passe *avant* (planification) et *pendant* (activités) le programme mais nous ignorons *l'après programme PIED*. Dans une prochaine étude, il serait intéressant d'établir un lien entre le programme de prévention des chutes PIED et l'après programme.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada : Trousse d'évaluation des programmes (www.santepublique.gc.ca)
- Blain H., Mitermite N., Vuillemin A., Jeandel C. (2001). Intérêt et limites de l'activité physique dans la prévention des effets du vieillissement. *La revue du généraliste et de la gérontologie* ; (72) : 79-89.
- Bourdessol H., Pin S. (sous la dir.). (2005) Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis : INPES, 155 p.
- Bourdillon F. (2009). Agences régionales de santé- Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis : INPES, 191p.
- Briand L. MISHARA, Robert G. RIEDEL, (1984). *Le vieillissement*, PUF.
- BURY J.A. (1988). *Education pour la santé*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 224p
- Chaleix M. (1999). Recensement de la population: 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999 Insee Première, 2001 ; 788 : 1-4. (www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP788.pdf)
- Champagne F. et coll. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 5, 2, 45 -67.
- CONTANDRIOPOULOS A.P, CHAMPAGNE F., DENIS J.L, PINEAULT R. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev. Epidem et Santé Publ.*, 48, 517-539.
- Dargent-Molina P., Bréart G. (1995). Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* ; (43) : 72-83.
- Docteur Lydie WALTZING : Le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des chutes de la personne âgée en EHPAD, mémoire DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université René Descartes Paris V, Faculté Cochin-Port-Royal. (<http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/Memoire%20de%20Lydie%20Waltzing.pdf>)
- Eurostat, Portail social de l'Europe, Luxembourg : Office statistique des Communautés européennes, 1998 :235 p.
- Fauchard, T. & Le Cren, F. (2009). Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). *Science & Sports*, Vol. 24, No. 3-4, pp. 152-159.
- Fédération Française EPMM Sports pour Tous, Guide pratique de l'animateur PIED
- Filiatrault J., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C., Gauvin, L., Fournier, M., Trickey, F. et Robitaille, Y. (2008). Implantation d'un programme de prévention des chutes en milieu

communautaire : du concept à la réalité, Canadian Journal on Aging, Vol. 26, No. 3, pp. 213-226.

- Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. (2004). Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social, Lyon : ERSP, p.18
- Glossaire européen en santé publique, 2003 (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>)
- Institut national d'études démographiques (Ined) 2010 : Espérance de vie à la naissance. (http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/esperance_vie_naissance/)
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Résultats du recensement de la population R2008. (<http://www.recensement.insee.fr/chiffresCles.action?zoneSearchField=FRANCE&codeZone=M-METRODOM&idTheme=3>)
- Institut de la statistique Québec, 2011. Données générales sur la population du Québec : Population, Québec et Canada, 1851-2011 (www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_poplt/104.htm)
- Institut de la statistique Québec. Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1980-1982 à 2011. (http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/4p1.htm)
- InVS, (Octobre 2007). Epidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°37-38
- IREPS LORRAINE, (2011) Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé : guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets, 58p
- Marie-Louise Le Rouzo, (2008). La personne âgée - Psychologie du vieillissement, Bréal, 190p
- Ministère de la santé : Activité physique : arguments scientifiques, pistes pratiques (www.sante.gouv.fr, Thème « Nutrition »)
- OFS, Etat et Structure de la population : Population résidante permanente et non permanente selon le canton, le sexe, l'état civil et l'âge 2010. (<http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Dialog/Saveshow.asp>)
- Pineault R. et Daveluy C., (1995). La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Editions nouvelles, 480p
- Robitaille, Y., et coll. (2005). Moving forward in fall prevention: An intervention to improve balance among older adults in real-world settings. American Journal of Public Health, 95(11), 2049-2056.
- Skelton D.A., Dinan S.M, (1999). Exercise for falls management: rationale for an exercise programme aimed at reducing postural instability. Physiotherapy Theory and Practice, 15 (2): 105-20.

- Vignat, J.P. (2001). Aspects psychiques de la chute, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, Année I : 12-16.

ANNEXE

Annexe 1 : Conséquences du vieillissement sur la personne

- **Sur le métabolisme**
 - Diminution de la tolérance aux hydrates de carbones
 - Baisse de la sécrétion des (GH, IGF-1, DHEA, Hormones sexuels)
 - Diminution poids (baisse de la masse musculaire au profit de la masse grasseuse)
 - Insulino-résistance
- **Sur le système nerveux**
 - Diminution du nombre des neurones corticaux, raréfaction de la substance blanche
 - Diminution de certains neurotransmetteurs intra cérébraux (acétylcholine)
 - Augmentation du temps de réaction (augmentation des catécholamines)
 - Réduction modérée de mémoire par rapport aux informations nouvelles
 - Déstructuration du sommeil
 - Risque de confusion, de désorientation, de chute
- **Sur les organes des sens**
 - Presbytie (réduction de l'accommodation)
 - Cataracte (opacification du cristallin)
 - Perte de l'audition vers les sons aigus
- **Sur le système respiratoire et cardio-vasculaire**
 - Diminution capacité respiratoire (diminution muscles, diminution diffusion de l'O₂)
 - Augmentation de la pression systolique et pouls
 - Pression diastolique reste inchangée
 - Légère augmentation de la masse ventriculaire (HVG concentrique)
 - Altération du remplissage passif du VG compensé par la systole auriculaire
- **Sur l'appareil locomoteur**
 - Diminution masse musculaire, Diminution force musculaire
 - Ostéoporose (plus particulièrement chez les femmes)
- **Sur l'appareil urinaire**
 - Diminution de la capacité de filtration glomérulaire
 - Diminution de la capacité des sphincters à se contracter
 - Diminution de (pouvoir de concentration/dilution, érythropoïétine, hydroxylation de la Vitamine D)
- **Sur les organes sexuels**
 - Diminution de la sécrétion de testostérone, augmentation du volume de la prostate
 - Arrêt du cycle menstruel : involution de l'utérus et des glandes mammaires
 - Arrêt de sécrétion des œstrogènes

- **Sur la peau et les phanères**
 - Altération du tissu élastique
 - Diminution de la vitesse de croissance des cheveux et des ongles
 - Diminution des mélanocytes => grisonnement des cheveux
- **Sur le système immunitaire**
 - Diminution de l'immunité à médiation cellulaire.
 - Augmentation de la production d'auto-anticorps
 - Réponse à la vaccination conservée même si le taux des anticorps produits est légèrement bas.

Annexe 2 : Modèle social du vieillissement

	AGE	CRISE	TÂCHE
Fin de la vieillesse	75ans	<i>Invalidité, placement en institution</i>	Perte de l'indépendance Placement en institution
Milieu de la vieillesse	70- 74 ans	<i>Symbiose</i> <i>Veuvage</i>	Perte des capacités et développement des mécanismes d'adaptation Perte du conjoint
Début de la vieillesse	65 – 70 ans	<i>Retraite</i>	Diminution du revenu Développement de la capacité d'occuper son temps libre et de s'adapter à ses nouveaux rôles
Âge adulte (2^e temps)	45- 65 ans	<i>Stabilité de la carrière</i> <i>Départ des enfants</i>	Obligation envers les enfants et le couple Plafonnement de la carrière
Âge adulte (1^{er} temps)	26- 45 ans	<i>Développement de la famille,</i> <i>Développement de la carrière</i>	Naissance des enfants Développement de la carrière
Jeunesse	17- 25 ans	<i>Projet de mariage et carrière</i>	Décision concernant le mariage Début du travail à temps plein
Adolescence	11- 17 ans	<i>Instruction et acculturation fondamentale</i>	Développement des capacités de socialisation hétérosexuelles Premier choix de la carrière et des études
Enfance	1- 11 ans	<i>Socialisation et éducation familiale</i>	Développement des capacités sociales Apprentissage de la vie en famille

Premier âge	0-1 an	<i>Conception de la réalité et survie</i>	Développement d'une conception stable de la réalité Développement des capacités primaires de communication et de locomotion
--------------------	--------	---	--

Source : Briand L. MISHARA, Robert G. RIEDEL, *Le vieillissement*, PUF, 1984, p.68

Annexe 3 : Aspects à analyser dans l'évaluation d'implantation

La planification et le contrôle

- Supports construits par les responsables nationaux du programme
- Existence d'un contrôle hiérarchique suffisant permettant de rendre l'intervention opérationnelle et efficace
- Recrutement des animateurs
- Mécanismes qui permettent de suivre la mise en œuvre de l'intervention
- Attitudes des acteurs qui contrôlent le pouvoir dans l'organisation pour la mise en œuvre du programme
- Organisation du programme
- Présence ou manque de procédures de suivi et d'évaluation
- La non présence ou l'arrêt d'un programme PIED

Le développement organisationnel

- Le degré de l'aide du milieu d'accueil du programme
- Analyse des réactions des différents acteurs du programme PIED
- Soutien du programme par les autorités régionales, départementales et locales
- Conformité entre les animations prévues dans le programme et celles réalisées
- Programme de formation professionnelle continue des animateurs

Les aspects psychologiques :

- Capacité d'adaptation et de duplication de la structure organisant le programme
- Acceptation du programme par le public et la structure

Les aspects structurels

- Les caractéristiques de l'environnement (institutionnel et de terrain) favorables à la mise en œuvre du programme
- Accessibilité au public
- Communication interne et communication externe
- Besoins après le programme

Les aspects politiques

- Communication aux différents niveaux de l'organisation
- Le cahier des charges du programme du programme PIED
- Les priorités de la politique nationale (plans nationaux de santé publique)
- Présence ou absence de collaborations avec les organismes de santé qui financent ou organisent ce type de programme (temps d'apprentissage collectif ou pas)

Annexe 4 : Questionnaire pour animateur

(Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre au Conseiller Technique Régional)

1. IDENTIFICATION

- Age :
- Sexe :
- Fonction :
- Diplôme(s) :
- Nombre de programmes PIED animés : Depuis :.....
- Tél :

(Si besoin pour un entretien complémentaire veuillez s'il vous plait mentionner vos coordonnées téléphoniques.)

2. DESCRIPTION DU PROGRAMME PIED

2.1. Pour vous qu'est-ce que le programme PIED ? (cochez une seule réponse)

- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets.
- Un programme intégré d'équilibre dynamique qui vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes
- Un programme d'activité physique pour les seniors
- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes.

2.2. Pour vous, quels sont les objectifs du programme PIED ? (notez de 1 à 7, par ordre de priorité)

- Prévenir les chutes
- Informer sur les chutes
- Enseigner les bonnes manières pour éviter les chutes ?
- Améliorer l'équilibre et la force des jambes
- Développer la capacité à aménager le domicile et à adopter des comportements sécuritaires
- Favoriser le maintien d'une pratique régulière en club
- Favoriser une pratique à domicile

2.3. Y a-t-il des choses que vous ne comprenez pas dans le programme PIED ?

OUI

NON

- Si oui, lesquelles (choix multiples de réponses)

- Les objectifs
- Les ateliers de prévention
- Les exercices à domicile
- Les exercices en groupe
- L'organisation des ateliers et exercices
- Le processus d'implantation
- Les critères de participation au programme
- Autres (préciser)

2.4. D'après vous, le programme répond-il aux objectifs fixés ?

OUI

NON

3. MISE EN ŒUVRE

3.1. Avez-vous suivi les recommandations du programme à la lettre ?

OUI

NON

- Si non pourquoi ?

- *Manque de matériel*
- *Nombre de participants insuffisant ou trop important*
- *Séances et atelier compliqués à mettre en place*
- *Manque de coordination*
- *Manque de temps*
- *Trop contraignant*
- *Autres (préciser)*

3.2. Quel(s) type(s) de modifications avez-vous apporté dans l'animation du programme?

○ *Modifications de type organisationnel*

▪ *Préciser*

○ *Modifications de type technique*

▪ *Préciser*

3.3. Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire pour mieux animer ce programme PIED ?

OUI

NON

• **Si non pourquoi ?**

○ *Pas besoin*

○ *Formation non disponible*

○ *Manque de temps ou de moyens*

○ *Autres (préciser)*

• **Si oui, combien d'heures ?**

3.4. La formation était-elle suffisante ?

OUI

NON

Si non, sur quelle durée aurez-vous aimé l'avoir ?

3.5. Comment jugez-vous :

a. Votre cadre de travail pour animer PIED?

- Agréable
- Peu agréable
- Pas du tout agréable

b. Les activités physiques en groupe :

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Utiles
- Intéressantes
- Pas du tout intéressantes

Et

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Difficile à diriger
- Facile à diriger
- Autres (préciser)

c. Les ateliers de prévention :

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Utiles
- Intéressantes
- Pas du tout intéressantes

Et

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Difficile à diriger
- Facile à diriger
- Autres (préciser)

d. Les activités physiques à domicile :

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Utiles
- Intéressantes
- Pas du tout intéressantes

Et

(Un seul choix possible sur ce groupe de réponses)

- Difficile à diriger
- Facile à diriger
- Autres (préciser)

e. Le matériel fourni :

- *Adapté*
- *Peu adapté*
- *Pas du tout adapté*

f. Locaux :

- *Agréables*
- *Peu agréables*
- *Pas du tout agréables*

g. La charge de travail :

- *Légère*
- *Lourde*
- *Trop lourde*

h. Les outils pédagogiques (guide de pratique de l'animateur, référentiel de bonnes pratiques, brochure)

- *Compréhensibles*
- *Incompréhensibles*
- *Complicés*
- *Pas complicés*

i. L'animation du programme

- *Facile*
- *Peu facile*
- *Difficile*

4. APRES MISE EN ŒUVRE

4.1. Pensez-vous avoir atteint les objectifs du programme ?

OUI

NON

- **Si non, pourquoi ?**

4.2. Tableau à remplir

	Nombre de séances animées	Nombre de participants ayant finis le programme	Nombre de participants ayant abandonnés le programme	Période d'abandon du programme
Programme n°1 Date : Lieu de déroulement :				Entre : 1ère et 3ème semaine <input type="checkbox"/> 4ème et 7ème semaine <input type="checkbox"/> 8ème et 12ème semaine <input type="checkbox"/>
Programme n°2 Date : Lieu de déroulement :				Entre : 1ère et 3ème semaine <input type="checkbox"/> 4ème et 7ème semaine <input type="checkbox"/> 8ème et 12ème semaine <input type="checkbox"/>

Programme n°3 Date : Lieu de déroulement :				Entre : 1ère et 3ème semaine <input type="checkbox"/> 4ème et 7ème semaine <input type="checkbox"/> 8ème et 12ème semaine <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--

4.3. Quelles sont les raisons souvent évoquées dans les cas d'abandon ?

4.4. Recevez-vous des plaintes de la part :

a. Des participants ?

• Si oui, lesquelles ?

- *Fatigue*
- *Découragement/ Démotivation*
- *Autres (préciser)*

b. De la part de vos supérieurs ? (pour chaque point, préciser)

Si oui, lesquelles ?

- *Insatisfaction*
- *Travail non accompli*
- *Aspects financiers*
- *Autres (préciser)*

4.5. *Seriez-vous prêts à retravailler avec ce public (les seniors) ?*

OUI

NON

4.6. **Quelles modifications souhaiteriez-vous apporter au programme, et pourquoi ?**

4.7. **Pensez-vous que votre salaire était adapté ?**

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

4.8. **Y a-t-il un suivi de votre travail ?**

OUI

NON

- **Si oui, par qui ?**

Fonction(s) :

- **De quelle sorte ?**

- Visite
- Rapport écrit
- Réunion
- Téléphone
- Autres (préciser)

4.9. **Avez-vous effectué un bilan du programme PIED ?**

OUI

NON

- **Si oui, auprès de qui ? (fonctions) :**

- **En quoi consistait-il ? (choix multiples de réponses)**

- Compte rendu d'assiduité des participants
- Compte rendu de satisfaction des participants
- Compte rendu du déroulement des ateliers
- Compte rendu d'évaluation des participants
- Autres (préciser)

- **Si non pourquoi ?**

- Pas demandé
- Existence de compte rendu intermédiaire
- Autres (préciser)

4.10. Quelles sont les difficultés rencontrées au cours de votre travail ?

- *Aucune*
- *Fatigue*
- *Relations difficiles avec les supérieurs*
- *Manque de matériel*
- *Incompréhension des participants*
- *Démotivation des participants*
- *Autres (préciser)*

4.11. Avez-vous des suggestions d'améliorer pour la mise en place du programme PIED ?

Annexe 5 : Questionnaire pour partenaire

(Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre au Conseiller Technique Régional)

1. IDENTIFICATION

- Nom de la structure :
- Coordonnées :
- Secteur d'activité :
 - Social :
 - Sport :
 - Sanitaire :
 - Autres (préciser) :

(Si besoin pour un entretien complémentaire veuillez s'il vous plait mentionner vos coordonnées téléphoniques)

2. DESCRIPTION DU PROGRAMME PIED

2.1. Comment avez-vous pris connaissance de l'existence du programme PIED ? (cochez une réponse)

- Par une campagne publicitaire
- Au cours d'une réunion concernant le programme
- Par un représentant de la fédération
- Autres (à préciser) :

2.2. *Pour vous qu'est-ce que le programme PIED ? (cochez une réponse)*

- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets.
- Programme intégré d'équilibre dynamique qui vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes
- Un programme d'activité physique pour les seniors
- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes.

2.3. Pour vous, quels sont les objectifs du programme PIED ? (notez de 1 à 7, par ordre de priorité)

- Prévenir les chutes
- Informer sur les chutes
- Enseigner les bonnes manières pour éviter les chutes
- Améliorer l'équilibre et la force des jambes
- Développer la capacité à aménager le domicile et à adopter des comportements sécuritaires
- Favoriser le maintien d'une pratique régulière en club
- Favoriser une pratique à domicile

2.4. Par rapport à vos missions, sur quels aspects êtes-vous concerné par le programme PIED?

2.5. Avez-vous déjà été partenaire avec la FFEPMM avant ce programme PIED ?

OUI

NON

- *Si oui, sur quels projets ?*

2.6. Quel type de partenariat avez-vous tissé sur ce programme ?

- *Financier* :
- *Opérationnel* :
- *Autres (préciser)* :

2.7. Pourquoi avoir mis en place ce type de partenariat avec la FFEPMM Sports pour Tous ?

2.8. Pour vous, est ce que le programme fait ressortir :

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • La population cible | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • L'objectif | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Les résultats attendus | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

2.9. Avez-vous eu un compte rendu intermédiaire du programme PIED ?

OUI NON

• **Si non pourquoi ?**

- *Pas nécessaire* :
- *Manque de temps* :
- *Pas prévu* :
- *Autres (préciser)* :

2.10. Auriez-vous aimé en avoir un ?

OUI

NON

• Sous quelle forme ?

○ *Rapport*

○ *Réunion*

○ *Autres (préciser) :*

3. APRES MISE EN ŒUVRE

3.1. Comment jugez-vous le programme dans son ensemble ? (les objectifs, les séances d'exercice physique, ateliers proposés, moyen requis et organisation) ?

a. Du point de vue financier

• *Très coûteux*

• *Peu coûteux*

• *Pas coûteux*

b. Du point de vue de son contenu

• *Intéressant*

• *Peu intéressant*

• *Pas intéressant*

c. Du point de vue de ses résultats

• *Efficace*

• *Peu efficace*

• *Pas efficace*

3.2. Etes-vous satisfait du programme PIED ?

OUI

NON

• **Si non, pourquoi ?**

- *Manque d'efficacité*
- *Pas intéressant*
- *Ne répond pas à nos exigences*
- *Autres (préciser) :*

3.3. Etes-vous satisfait de votre partenariat ?

OUI

NON

3.4. Avez-vous eu un compte rendu final du programme ?

OUI

NON

• **Si non pourquoi ?**

- *Pas nécessaire*
- *Manque de temps*
- *Pas prévu*
- *Autres (préciser) :*

• **Auriez-vous aimé en avoir un ?**

OUI

NON

○ **Si oui, sous quelle forme ?**

- *Rapport*
- *Réunion*
- *Autres (préciser) :*

3.5. Etes-vous prêt à renouveler votre partenariat pour mettre en place un programme PIED ?

OUI

NON

• **Si non pourquoi ?**

- *Objectifs non atteints*
- *Programme couteux*
- *Manque d'efficacité du programme*
- *Déception liée aux attentes du programme*
 - *Préciser :*

- *Autres (préciser) :*

3.6. Avez-vous des suggestions pour l'amélioration du partenariat avec la Sport pour Tous ?

FF EPMM

Annexe 6 : Questionnaire pour conseiller technique régional

(Etat des lieux de la région)

1. Y a-t-il un ou des responsable(s) régional du développement du programme PIED ?

OUI

NON

Si oui :

- Nom :
- Prénom :
- Diplôme(s) et fonction(s) :

Si non, qui s'en charge ?

- Nom :
- Prénom :
- Diplôme(s) et fonction(s) :

2. Nombre de programmes PIED mis en œuvre sur la région en :

- 2007 :
- 2008 :
- 2009 :
- 2010 :
- 2011 :

3. Combien d'animateurs ont été formés au programme PIED dans la région ?

4. Connaissez-vous le nombre de chutes des seniors (+ de 60 ans) dans votre région par an ?

OUI

NON

Si oui, combien en :

- *2010 :*
- *2011 :*

5. Quels sont les principaux financeurs du programme PIED dans votre région ?

6. Avez-vous des suggestions pour l'amélioration du développement du programme PIED dans votre région ?

Annexe 7 : Questionnaire pour développeur de programme

(Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre au Conseiller Technique Régional)

Le développeur du programme :

- Nom :
- Prénom :
- Fonction
 - ATD
 - ATR
 - CTR
 - ELU
- Tél :

(Si besoin pour un entretien complémentaire veuillez s'il vous plait mentionner vos coordonnées téléphoniques)

Partie 1

(Cette partie du questionnaire est à remplir pour chaque programme développé. Par exemple s'il y a eu 3 programmes PIED différents, il faut remplir 3 questionnaires différents)

Programme n°...

1. IDENTIFICATION

- 1.1. Nom du programme :**
- 1.2. Date de mise œuvre : Du** _____ **Au** _____
- 1.3. Lieu d'implantation du programme :**

2. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

2.1. La mise en place du programme émane-t-elle :

- a. D'un besoin identifié par les acteurs locaux ?

Si oui, quel besoin a été d'identifié ?

Par quel(s) acteur(s) (secteur d'activité) ?

- b. D'une demande des seniors ?

2.2. Quelle était la durée (en jours) de préparation de l'implantation du programme ?

2.3. Quelles étaient les démarches entreprises avant mise en place du programme PIED ?

(notez par ordre de progression de la démarche à partir de 1= première démarche, 2,..., 7=dernière démarche)

- *Campagne d'information auprès des potentiels partenaires ou collaborateurs*
- *Réunion d'information des seniors*
- *Recherche de sources de financement*
- *Recherche d'organismes partenaires*
- *Etat des lieux ou diagnostic territorial*
- *Autres (préciser) :*

2.4. Avez-vous eu des difficultés à mettre en place les moyens nécessaires pour démarrer le programme PIED ?

OUI

NON

Si oui, quelles difficultés ?

- *Matériel*
- *Locaux*
- *Financement*
- *Recrutement du public*
- *Recrutement des animateurs*
- *Autres (préciser) :*

3. QUESTIONS CONCERNANT LES PARTENAIRES

3.1. Partenaire(s) engagés

Partenaire(s) engagé(s) dans le programme	Nature du partenariat et durée sur ce programme	Partenariat(s) avant le programme PIED	Moyens de communication
<p>Nom</p> <p>Secteur d'activité</p> <p><i>Social</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sport</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p> <p>Contact :</p>	<p>Nature :</p> <p>Financier <input type="checkbox"/></p> <p><i>A quelle hauteur ?</i></p> <p>Opérationnel <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sur quoi ?</i></p> <p><i>Autre (à préciser) :</i></p> <p>Durée :</p>	<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Sur quels (s) projets ?</p>	<p><i>Réunion</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Entretien</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p>
<p>Nom</p> <p>Secteur d'activité</p> <p><i>Social</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sport</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p> <p>Contact :</p>	<p>Nature :</p> <p>Financier <input type="checkbox"/></p> <p><i>A quelle hauteur ?</i></p> <p>Opérationnel <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sur quoi ?</i></p> <p><i>Autre (à préciser) :</i></p> <p>Durée :</p>	<p>Nombre <input type="text"/></p> <p>Sur quels (s) projets ?</p>	<p><i>Réunion</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Entretien</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p>

<p>Nom</p> <p>Secteur d'activité</p> <p><i>Social</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sport</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p> <p>Contact :</p>	<p><u>Nature :</u></p> <p>Financier <input type="checkbox"/></p> <p><i>A quelle hauteur ?</i></p> <p>Opérationnel <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sur quoi ?</i></p> <p><i>Autre (à préciser) :</i></p> <p><u>Durée :</u></p>	<p><u>Nombre</u> <input type="text"/></p> <p><u>Sur quels (s) projets ?</u></p>	<p><i>Réunion</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Entretien</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Autres (préciser) :</i></p>
--	---	--	---

3.2. Partenaires contactés et partenaires s'étant désistés

Partenaires contactés		Partenaires s'étant désistés	
Identification	Moyen de communication	Identification	Moyen de communication
Nom Secteur d'activité <i>Social</i> <input type="checkbox"/> <i>Sport</i> <input type="checkbox"/> <i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i> Contact :	<i>Réunion</i> <input type="checkbox"/> <i>Entretien</i> <input type="checkbox"/> <i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i>	Nom Secteur d'activité <i>Social</i> <input type="checkbox"/> <i>Sport</i> <input type="checkbox"/> <i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i> Contact :	<i>Réunion</i> <input type="checkbox"/> <i>Entretien</i> <input type="checkbox"/> <i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i>
Nom Secteur d'activité <i>Social</i> <input type="checkbox"/> <i>Sport</i> <input type="checkbox"/> <i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i> Contact :	<i>Réunion</i> <input type="checkbox"/> <i>Entretien</i> <input type="checkbox"/> <i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i>	Nom Secteur d'activité <i>Social</i> <input type="checkbox"/> <i>Sport</i> <input type="checkbox"/> <i>Sanitaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i> Contact :	<i>Réunion</i> <input type="checkbox"/> <i>Entretien</i> <input type="checkbox"/> <i>Courrier d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Courriel d'information</i> <input type="checkbox"/> <i>Autres (préciser) :</i>

3.3. Quels autres partenaires aurez-vous aimé avoir pour ce programme ?

<i>Nom et secteur d'activité</i>	<i>Contacts</i>

4. QUESTIONS CONCERNANT LES ANIMATEURS

4.1. **Qui était chargé du recrutement des animateurs ?**

- Nom :
- Prénom :
- Statut :

4.2. **A quel moment de la planification avez-vous procédé au recrutement du/des animateur(s) ? (cochez une réponse)**

- *Au début de la planification*
- *Avant la recherche de financement*
- *Après la recherche de partenaires*
- *Autres (préciser) :*

4.3. **Nombre d'animateur(s) recruté(s) pour ce programme ?**

4.4. **Diplômes de(s) animateur(s) ?**

- *Animateur 1 :*

- *Animateur 2 :*

4.5. **Si vous avez choisi plusieurs animateurs pour un même programme, pouvez-vous nous dire pourquoi ?**

- *Pour être plus efficace*
- *Pour assurer la continuité de l'intervention*
- *Autres (préciser) :*

4.6. **Ont-ils reçu une formation PIED ?**

OUI

NON

4.7. **Qui était en charge de cette formation ?**

Fonction :

4.8. **Quelle était la durée de formation**

5. QUESTIONS CONCERNANT LES PARTICIPANTS

5.1. **Nombre de participants inscrits au programme PIED ?**

5.2. **Quelles étaient les caractéristiques de votre public ?**

• *Age moyen* :

• *Sexe* :

○ *Nombre de femmes* :

○ *Nombre d'hommes* :

5.3. **Parmi les participants, combien ont présenté le caractère de :**

• Risque de chute

• Déjà chuté

• Préoccupé par les chutes

• Autres (préciser) :

5.4. **Par quel moyen avez-vous touché principalement le public ?**

• *Campagne publicitaire*

• *Réunion d'information*

• *Evènementiel*

• *Via les partenaires*

• *Tracts*

• *Autres (préciser) :*

6. APRES MISE EN ŒUVRE

6.1. Selon vous, comment les participants ont-ils perçu le programme ?

- *Bien perçu*
- *Peu perçu*
- *Mal perçu*

6.2. Pensez-vous qu'ils aient compris l'intérêt du programme ?

- *Bien compris*
- *Peu compris*
- *Mal compris*

6.3. Combien de participants ont fini le programme ?

6.4. Combien de participants ont participé à au moins à 10 des 12 séances ?

6.5. Combien ont abandonnés le programme PIED avant la fin?

• **A quel moment du programme ?**

- *Entre 1ere et 3ème semaine*
- *4ème et 7ème semaine*
- *8ème et 12ème semaine*

6.6. Par quel moyen êtes-vous au courant de tout cela ? (choix multiples de réponses)

- *Tableau de bord*
- *Constats*
- *Entretiens personnalisés*
- *Autres (préciser) :*

6.7. Les partenaires étaient-ils :

- *Satisfaits*
- *Peu satisfaits*
- *Pas du tout satisfaits*

6.8. **Quels étaient les obstacles rencontrés dans l'implantation de ce programme PIED ?**

(choix multiples)

- *Obstacles financiers*
- *Obstacles de ressources humaines*
- *Obstacles matériels*
- *Autres obstacles (préciser) :*

6.9. **Le calendrier a-t-il été respecté ?**

OUI

NON

- *Si non pourquoi ?*

6.10. **Y a-t-il eu des modifications sur le programme PIED ?**

OUI

NON

Si oui, lesquelles

6.11. **A combien s'élève le coût financier du programme ?**

6.12. **Seriez-vous prêt à proposer à nouveau le programme :**

OUI

NON

a. **Avec les mêmes partenaires ?**

OUI

NON

Pourquoi ?

b. Avec cet animateur ?

OUI

NON

Pourquoi ?

Partie 2 :

(Cette partie du questionnaire est à remplir une seule fois même si vous avez eu à développer plusieurs programmes)

1. DESCRIPTION DU PROGRAMME PIED

1.1. Pour vous qu'est-ce que le programme PIED ? (cochez une réponse)

- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets.
- Programme intégré d'équilibre dynamique qui vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes
- Un programme d'activité physique pour les seniors
- Un programme multifactoriel de 12 semaines qui comprend trois volets et vise à prévenir les chutes et les fractures de seniors autonomes.

1.2. Pour vous, quels sont les objectifs du programme PIED ? (notez par ordre d'importance : de 1= plus important au moins important)

- Prévenir les chutes
- Informer sur les chutes
- Enseigner les bonnes manières pour éviter les chutes ?
- Améliorer l'équilibre et la force des jambes
- Développer la capacité à aménager le domicile et à adopter des comportements sécuritaires
- Favoriser le maintien d'une pratique régulière en club
- Favoriser une pratique à domicile

1.3. Comment jugez-vous le programme dans son ensemble ?

a. Les objectifs

- Réalisables
- Difficilement à réalisables
- Non réalisables

b. Les ateliers de prévention

- *Compréhensibles*
- *Accessibles*
- *Difficiles*

c. Les exercices à domicile

- *Réalisables*
- *Peu réalisables*
- *Difficilement réalisables*

d. Les exercices en groupe

- *Réalisables*
- *Peu réalisables*
- *Difficilement réalisables*

e. Les étapes de l'implantation (recherche de partenaires, de financements, formation des animateurs...)

- *Faciles*
- *Moyennement faciles*
- *Difficiles*

f. L'organisation dans son ensemble

- *Facile*
- *Moyennement facile*
- *Complexe*

g. Les critères de participation au programme

- *Compréhensibles*
 - *Incompréhensibles*
- *Complicés*
 - *Pas complicés*
- *Trop Nombreux*
 - *Pas nombreux*

h. Les outils pédagogiques (référentiel de bonnes pratiques, brochure, guide pratique de l'animateur)

- Compréhensibles
 - Incompréhensibles
- Compliqués
 - Pas compliqués

1.4. Selon vous, les méthodes d'animation sont-elles cohérentes avec les objectifs ?

OUI

NON

1.5. Y a-t-il des choses que vous ne comprenez pas dans le programme PIED ?

(Choix multiples de réponses et pour chaque réponse, préciser.)

- Les objectifs
- Les ateliers de prévention
- Les exercices en groupe
- Les exercices à domicile
- L'organisation des ateliers et exercices
- Le processus d'implantation
- Les critères de participation
- Autres (préciser) :

1.6. Selon vous, le programme est-il suffisamment détaillé et complet pour atteindre ses objectifs ?

OUI

NON

2. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

2.1. *Quels étaient vos critères de sélection des partenaires :*

- *Notoriété*
- *Financement*
- *Déjà partenaire*
- *Autre (préciser) :*

2.2. **Critères de choix de(s) animateur(s) ?** (notez par ordre d'importance : de 1= plus important, au moins important)

- *Diplômes*
- *Formations*
- *Expérience en animation*
- *Nombre de programmes PIED animés*
- *Autres (préciser) :*

2.3. *Quelle était votre méthodologie de suivi des programmes ?*

- *Rapport*
- *Compte rendu téléphonique*
- *Réunion*
- *Autres (préciser)*

2.4. *Pensez-vous que ce suivi était efficace pour une quelconque amélioration dans le programme ?*

OUI

NON

3. APRES MISE EN ŒUVRE DES ROGRAMMES

3.2. *Pensez-vous avoir touché le public cible du programme PIED?*

OUI

NON

3.3. *Comment jugez-vous vos partenariats dans l'ensemble ?*

- *Excellents*
- *Bien*
- *Moyens*

Expliquer

3.4. *Quelles étaient vos attentes par rapport au programme PIED ?* (notez par ordre d'importance : de 1= plus important au moins important)

- *Notoriété*
- *Diminution du nombre de chutes sur le territoire*
- *Augmentation du nombre de partenaires*
- *Orientation des participants vers les clubs*
- *Autres (préciser) :*

3.5. *Le programme a-t-il répondu à vos attentes ?*

OUI

NON

3.6. *Que souhaiteriez-vous améliorer ?* (Choix multiples de réponses)

- *Les ateliers de prévention*
- *Les exercices en groupe*
- *Les exercices à domicile*
- *Les critères de participation au programme PIED*

- *Autres (préciser):*

Pourquoi

3.7. *Qu'est ce qui, dans le processus d'implantation :*

a. *Vous a aidé ?*

b. *Vous a ralenti ?*

3.8. *Quel constat avez-vous fait après l'implantation du programme sur :*

a. *Votre organisation ou façon de travailler* (choix multiples de réponses)

- *Création de nouveaux postes*
- *Plus de charge de travail*
- *Création de nouveaux partenariats*
- *Développement fédéral*
- *Autres (préciser) :*

b. *Votre budget global*

- *Augmentation du budget*
- *Diminution du budget*

c. Votre territoire

- Diminution du nombre de chutes
- Augmentation des adhérents
- Autres (préciser) :

d. Vos partenaires

- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas du tout satisfaits

e. Vos publics

- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas du tout satisfaits

Annexe 8 : Questionnaire pour participant

1. IDENTIFICATION

Age :

Date de début du programme participé :

Lieu de déroulement :

Vous êtes :

- Licencié d'un club OUI NON

Vous vivez :

- Dans une maison de retraite
- Dans un foyer logement
- Seul(e)
- Autres (préciser)

2. Comment avez-vous pris connaissance de l'existence du programme ?

- Réunion d'information
- Spots publicitaires
- En maison de retraite
- Par la mairie
- La CARSAT
- Bouche à oreille
- Professionnel de santé
- Autres (préciser)

3. Par quel moyen vous déplacez vous pour aller participer aux séances ?

- Voiture
- Transport en commun
- A pieds
- Autres (préciser)

4. Quel était votre temps de trajet?

- Moins de 5 min
- 10a à 15 min
- 15 à 30 min
- Plus de 30 min

5. Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à ce programme ?

- Vos chutes
- Votre peur de chuter
- Vous avez été conseillé
- Acquérir des connaissances sur la prévention des chutes
- La participation des amis (es)
- Autres (préciser)

6. Avez-vous acquis des connaissances sur la prévention des chutes?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

7. Avez-vous développé des connaissances relatives à l'aménagement du logement ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

8. Avez-vous fini le programme ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

9. Le rythme des séances vous a-t-il convenu ?

OUI

NON

10. L'organisation des séances vous a-t-il convenu ?

OUI

NON

11. Les outils pédagogiques vous ont-ils convenus ?

OUI

NON

12. Êtes-vous satisfait globalement du programme ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

13. Continuez-vous à pratiquer l'activité physique régulièrement ?

OUI

NON

Si oui, où ?

- Clubs
- A domicile
- Avec des amis
- Autres (préciser)

Si non, pourquoi ?

- Manque de temps
- Lieu de pratique trop loin
- Activités physiques proposées pas adaptées
- Trop cher
- Problème de santé
- Pas nécessaire
- Autres (préciser)

14. Vous sentez vous à l'aise après votre participation au programme ?

OUI

NON

15. Avez-vous entrepris un changement dans votre domicile ?

OUI

NON

Quel type de changements ?

16. Vous sentez vous en sécurité ?

OUI

NON

17. Si vous avez eu à chuter avant le programme, votre situation s'est-elle améliorée par rapport au nombre de chutes dans les 6 mois qui ont suivi la fin du programme ?

OUI

NON

Annexe 9 : Questionnaire pour responsable fédéral du programme

Profil du chargé de la promotion du programme PIED au niveau fédéral :

Pour la mise en œuvre du programme :

- Ressources humaines requises :
- Types de matériel requis :
- Financement ou budget requis

Moyens de promotion du programme utilisés

- Typologie des moyens de communication
- Calendrier de communication

Partenaires du programme :

- Contactés
- Adhérents

Nombre de programmes mis en œuvre sur le territoire national par an

- 2005 :
- 2006 :
- 2007 :
- 2008 :
- 2009 :
- 2010 :
- 2011 :

Nombre de régions ayant mis en œuvre le programme :

Recommandations pour la mise en œuvre du programme

Outils mis à la disposition des référents ou développeurs du programme dans les régions :

Profil du développeur du programme PIED

Profil de l'animateur PIED

Suivi du programme

- Typologie
- Fréquence

Annexe 10 : Outil d'évaluation de programmes PIED régionaux

(À remplir pour chaque programme)

Région :

Ville :

Lieu :

Date :

Partenaire(s):

Animateur(s) :

Nombre de participants :

Caractéristiques des participants :

- Peur de chuter :
- Ayant déjà chuté :
- Autre(s) :

Age des participants :

- Moins de 65 ans :
- 65 à 69 ans :
- 70 à 74 ans :
- 75 à 79 ans :
- 80 à 84 ans :
- 85 ans et plus :

Nombre de participants ayant finis le programme :

Nombre de participants n'ayant pas finis le programme :

Nombre de semaines d'animation :

Annexe 11 : Bilan régional des programmes PIED

Région :

Année :

Responsable régional du programme :

Nombre de programme PIED mis en place :

Nombre de participants :

Nombre de participants ayant fini le programme :

Nombre de participants n'ayant pas fini le programme :

Caractéristiques des participants :

- Peur de chuter
- Déjà chuté
- Autres

Age des participants :

- Moins de 65 ans :
- 65 à 69 ans :
- 70 à 74 ans :
- 75 à 79 ans :
- 80 à 84 ans :
- 85 ans et plus :

Nombre d'animateurs ayant animé les programmes :

Nombre de partenaires :

Annexe 12 : Tableau des indicateurs d'évaluation du programme PIED

Public

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Combien de personnes ont participé au programme ? (dans la région, chaque programme)	Nombre de participants (par région, par programme)	Fiche de présence à recueillir auprès des CTR ou animateurs
Combien de participants ont été informés du programme	Nombre de participants aux réunions d'information	
Qui a participé aux programmes ?	Profil des participants (par région par programme)	Questionnaires développeurs de programme
Ont-ils été satisfaits ?	Proportion et profil des participants satisfaits	Entretien avec les participants
Ont-ils été assidus ?	Nombre de participants présents à au moins 80% des séances	Questionnaires développeurs de programme
Ont-ils compris l'utilité du programme ?	Compréhension/perception du programme	Entretiens avec les participants
Quel est le temps de trajet ?	Accessibilité des locaux de pratique.	Entretiens avec les participants
Comment ont-ils perçu le programme (Chaque composante) ?	Appréciation du programme	Questionnaires développeurs de programme + Entretiens participants

Le partenariat

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Combien de partenaires ont participé ? Quel est leur profil ?	Nombre de partenaires Profil des partenaires	Questionnaires (développeur du programme)
Combien de partenaires ont été contactés ? Quel est leur profil ?	Nombre de partenaires contactés Profil des partenaires contactés	Questionnaires développeurs du programme
Combien se sont désistés, par programme ? Quel est leur profil ?	Nombre de partenaires s'étant désistés Profil des partenaires	Questionnaires (développeur du programme)
Comment sont-ils impliqués ?	Typologie des partenariats (financier, matériel, humain)	Questionnaires (développeur du programme)
Ont-ils été satisfaits du programme ? Ont-ils été satisfaits du partenariat ?	Proportion et profil des partenaires satisfaits du programme Proportion et profil des partenaires satisfaits du partenariat	Questionnaires développeurs du programme + partenaires
Quel est le nombre de nouveaux partenariats ? Quel est leur profil ?	Nombre de nouveaux partenaires Profil des nouveaux partenaires	Questionnaires développeurs du programme
Quels sont les principaux financeurs du programme PIED en France?	Typologie des financeurs du programme dans la région Nombre de financeurs du programme PIED par région	Questionnaire (CTR) partenariat

L'information, la communication

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Comment les partenaires impliqués ont-ils été informés ?	Typologie des moyens de communication utilisés auprès des partenaires	Tableau de bord ou fiches de contact Questionnaires
Comment les participants ont-ils été informés ?	Typologie des moyens de communication utilisés auprès des participants	Tableau de bord ou fiches de contact Questionnaires
Comment les élus ont-ils été informés ?	Typologie des moyens de communication utilisés auprès des élus	Tableau de bord ou fiches de contact Questionnaires
Une autre communication autour du programme a-t-elle été ? Par qui ?	Typologie de la communication Profil du communicant	Questionnaires développeurs du programme
Comment la communication a-t-elle été menée au niveau fédéral? Par qui ?	Typologie des moyens de communication Profil du communicant	Entretien responsable fédéral du programme

La mise en œuvre

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Les ateliers prévus ont-ils été réalisés ?	Nombre d'ateliers réalisés/prévus	Questionnaires
Le calendrier d'action a-t-il été respecté ?	Respect du calendrier d'action	Questionnaires + entretiens
Comment le programme a-t-il été implanté ?	Respect de la démarche d'implantation	Questionnaires + entretiens
Combien d'animateurs par programme?	Nombre d'animateurs par programme	Questionnaires (développeur du programme)
Comment les animateurs ont-ils été recrutés? A quel moment de l'implantation du programme ?	Critères de sélection des animateurs Période de recrutement des animateurs	Questionnaires (développeur du programme)
Les animateurs ont-ils reçu une formation PIED ? Quelle était la durée de la formation PIED ? La formation PIED été-elle suffisante pour animé le programme ?	Acquisition de la formation PIED Durée de la formation PIED Satisfaction des animateurs par rapport à l'offre de formation PIED.	Questionnaire (animateur)
Combien d'animateurs ont été formé au programme PIED dans la région ?	Nombre d'animateurs formés	Questionnaire (CTR)
Quelle était la durée d'animation du programme ?	Durée d'animation /prévue	Questionnaire animateurs

Quels sont les principaux obstacles de l'implantation du programme ?	Typologie des obstacles	Questionnaire (développeur du programme)
Y a-t-il eu des modifications dans le déroulement du programme ?	Adaptation du programme	Questionnaire (développeur du programme)
Combien de programmes PIED ont été mis en œuvre par an et par région ?	Nombre de programmes PIED (par an et par région)	Questionnaire (CTR)

Les moyens humains et financiers

<i>Questions évaluatives</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de données</i>
Les moyens matériels prévus ont-ils pu être mobilisés ?	Moyens matériels utilisés par rapport à ce qui été prévu	Questionnaires animateurs
Les moyens humains prévus ont-ils pu être mobilisés ?	Moyens humain utilisés par rapport à ce qui était prévu	Questionnaires développeurs du programme
Le budget a-t-il été respecté ?	Budget utilisé/prévu Financement obtenu/prévu	Etude de la comptabilité
Qui était le (s) responsable(s) du programme?	Profil du responsable du programme	Questionnaires

Le suivi du programme

<i>Questions évaluatives</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de données</i>
Comment s'est effectué le suivi du programme ? Quels sont les moyens de suivi du programme ?	Méthodologie et Fréquence du suivi régional et national Types de supports de suivi régionaux et nationaux	Entretiens
Qui était en charge du suivi du programme ?	Profil de la personne en charge du suivi national et régional	Questionnaires
Le type de suivi du programme permet-il une amélioration ?	Efficacité du suivi du programme	Questionnaires

Qualité de vie

Questions évaluatives	Indicateurs	Sources de données
Améliorer la qualité de vie et de santé	Nombre de participants se déclarant se sentir plus en sécurité Nombre de chutes t1 to des participants à 6 mois Nombre de participants se déclarant se sentir mieux globalement	Entretiens avec les participants
Favoriser le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques	Nombre de participants pratiquants régulièrement des activités physiques à 6 mois	Entretiens avec les participants
Augmenter le nombre de licenciés	Nombre de nouveaux licenciés suite au programme PIED. Profil de ces nouveaux licenciés	Statistiques de la Fédération



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER



TITRE DU MEMOIRE : Evaluation d'implantation et de la qualité de programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chutes chez les personnes âgées : *Programme Intégré d'Equilibre Dynamique (P.I.E.D)*

Nom et Prénom de l'étudiant(e) : *Bauniface Fourmoss CORREA*

UNIVERSITE D'INSCRIPTION
Université de Lorraine

MOIS et ANNEE
Septembre 2012

MOTS CLES en Français : Prévention, Chute, Qualité de vie, Evaluation, Activité physique, Equilibre,

RESUME en Français :

Le Programme Intégré d'Equilibre Dynamique (PIED) est d'origine Québécoise. Il a été implanté en France depuis 2005 par la Fédération Française EPMM Sports pour Tous. Ce programme dure douze semaines. Il est composé d'une série d'exercices physiques en groupe et à domicile et de séances d'informations sur l'aménagement du logement, la nutrition, la médication... L'objectif de ce travail est de faire à partir d'une étude de trois cas (Champagne-Ardenne, Aquitaine, Poitou-Charentes) une évaluation systémique de l'implantation et de la qualité des actions du programme PIED.

A travers les aspects évalués, l'étude a pu montrer d'une part que le programme a été bien compris et vécu par l'ensemble des acteurs et d'autre part, qu'un certain nombre de points sont à améliorer. Il a été aussi l'occasion de faire ressortir non seulement un ensemble de facteurs permettant une « bonne » implantation du programme mais aussi de mettre en lumière certains points de l'étude effectuée par Thierry Fauchard et Frédéric le Cren. (*Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Science & Sports, Vol. 24, 2009, No. 3-4, pp. 152-159.*)

MOTS CLES en Anglais : Prevention, Fall, Estimation, Physical activity, Quality of life, Equilibrium,

ABSTRACT en anglais :

The PIED (an integrated program for dynamic balance) is from Quebec. It was introduced in France since 2005 by the French Federation EPMM Sports for All. The duration of this program is for 12 weeks. It is composed by a series of physical exercises that can be done in group or at home. It also includes information sessions about the home fitting, the nutrition, the medication, etc. This work aims to make, from three case studies (in Champagne-Ardenne, Aquitaine, Poitou-Charente), a systemic valuation about the establishment and the quality of PIED program actions.

Through the evaluated aspects, the study has shown that on the one hand, the program was well understood and enjoyed by the whole actors. On the other hand, it showed that there are still some points that need to be improved. We can also say that this study was the occasion to bring out, not only a set of factors that allow the "good" establishment of the program, but, it was also the occasion to highlight some points of the study that was done by Thierry Fauchard and Frederic le Cren. (*Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Science & Sports, Vol. 24, 2009, No. 3-4, pp. 152-159.*)