

Novembre 2022



Rapport 10

Promotion de la santé pour et avec les personnes âgées

Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 4.80 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Rapport Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat, destinés aux spécialistes sur le terrain et aux scientifiques, ainsi qu'aux médias et aux intervenant-e-s de la politique de la santé. Ces rapports sont soumis à un contrôle de qualité (comité de révision, groupe d'accompagnement). Leur contenu relève de la responsabilité rédactionnelle de leurs auteur-e-s. Les rapports de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Édité par

Promotion Santé Suisse

Auteur principal

- lic. phil. Dominik Weber (Promotion Santé Suisse)

Autres auteures et auteurs

- **Chapitre 3.7, «Gestion des impacts»:** lic. phil. Dominik Weber, avec la contribution du Dr phil. Günter Ackermann (ZHAW Santé)
- **Chapitre 6, «Médias numériques»:** Dr phil. Alexandre Seifert (Haute école de travail social FHNW)
- **Chapitre 9, «Santé psychique»:** lic. phil. Dominik Weber et lic. phil. Cornelia Waser (Promotion Santé Suisse)
- **Chapitre 10, «Interactions»:** lic. phil. Dominik Weber, avec la contribution de lic. phil. Cornelia Waser (Promotion Santé Suisse), MSc Ronia Schifftan (département PEP et Externas GmbH) et MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani (HESGE)

Groupe d'accompagnement

Andreas Bircher (Croix-Rouge suisse), Florence Chenaux (Radix), Mehregan Joseph (Pro Senectute Vaud), Marco Oesterlin (Service de santé de Bâle-Ville), Maya Pfeiffer-Schlatter (Office de la vieillesse de Zurich), Angelo Tomada (Dipartimento della sanità e della socialità, Tessin), Susanne van Gogh (Service de la santé publique et des affaires sociales, Schwyz), Esther Zürcher (Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration, canton de Berne)

Révisseuses et réviseurs

- **Rapport global:** Bettina Abel (Promotion Santé Suisse), Fabienne Amstad (Promotion Santé Suisse), Andreas Biedermann (Public Health Services [PHS]), Ilona Hannich (Promotion Santé Suisse), Claudia Kessler (Public Health Services [PHS]), Chiara Testera (Promotion Santé Suisse), Cornelia Waser (Promotion Santé Suisse)
- **Chapitres 2.1-2.3:** François Höpflinger (Université de Zurich)
- **Focus sur la prévention de la démence:** Stefanie Becker (Alzheimer Suisse), Anna De Benedetti (cabinet médical cantonal, canton du Tessin), Emiliano Albanese (Università della Svizzera italiana et Université de Genève), Eva Bruhin et Margit Jochum Christin (OFSP), Silvia Marti (CDS)
- **Chapitre 5 (Égalité des chances):** Corina Salis Gross (Public Health Services [PHS] et Université de Zurich)
- **Chapitre 7 (Activité physique):** Davide Malatesta (Université de Lausanne), Laurence Seematter-Bagnoud (Université de Lausanne), Julia Schmid (Université de Berne), Claudio Nigg (Université de Berne), Oliver Faude (Université de Bâle), Ralf Roth (Université de Bâle), Nicole Ruch (OFSP), Nadja Mahler (OFSP), Hansjürg Thüler (BPA), Othmar Brügger (BPA), Eva Stocker (BPA), Michel Reymond (BPA), Ursula Meier Köhler (BPA), Tobias Jakob (BPA), Florian Koch (Promotion Santé Suisse).
- **Chapitre 8 (Alimentation):** Karin Haas (Haute école spécialisée bernoise, Santé), Chantal Coenegracht et Bettina Husemann (Promotion Santé Suisse)
- **Section 9.4.3 (Santé psychique des proches aidant-e-s):** Veronica Boss (Promotion Santé Suisse)

Direction de projet Promotion Santé Suisse

- Dominik Weber
- Christa Rudolf von Rohr, traduction et mise en page
- Ronia Schifftan, traduction et mise en page

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, Rapport 10

Citation

Weber, D. (2022). *Promotion de la santé pour et avec les personnes âgées – Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique*. Rapport 10. Promotion Santé Suisse.

Crédit photographique image de couverture

iStock

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, Tél. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original

Allemand

Numéro de commande

02.0452.FR 11.2022

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 02.0452.DE 11.2022 et 02.0452.IT 09.2023).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, novembre 2022

Éditorial

La santé, un bien essentiel

L'importance de la santé pour nous tou-te-s a été clairement démontrée, notamment au cours de ces dernières années marquées par une pandémie. La santé est un bien précieux, car elle nous donne la capacité d'agir et d'adopter un mode de vie qui nous convient. La pandémie a clairement mis en évidence et renforcé la pertinence de la promotion de la santé pour la société. La Fondation Promotion Santé Suisse souhaite profiter de cette prise de conscience pour faire progresser la promotion de la santé et poursuivre les succès précédents.

Programmes d'action cantonaux – histoire d'un succès

En 2007, la Fondation Promotion Santé Suisse a commencé à planifier et à mettre en œuvre, en collaboration avec les cantons, des programmes d'action cantonaux sur le thème «Poids corporel sain» chez les enfants et les adolescent-e-s. Ces programmes ont déclenché une dynamique positive de promotion de la santé dans toute la Suisse. Cinq ans plus tard, fort de son succès, le Conseil de fondation a décidé de développer les programmes d'action cantonaux et de les ouvrir au groupe cible des personnes âgées, ainsi que d'y inclure le thème de la santé psychique. Désormais, presque tous les cantons mettent en œuvre avec succès des programmes d'action cantonaux.

Basé sur des données scientifiques et orienté vers la pratique

Le présent rapport constitue la base des travaux que Promotion Santé Suisse mène sur ces thèmes auprès des groupes cibles et, donc, des programmes d'action cantonaux. Les bases scientifiques ont été mises à jour et, cette fois-ci, un rapport distinct a été consacré aux trois groupes cibles de la Fondation, à savoir:

- les enfants,
- les adolescent-e-s, les jeunes adultes et
- les personnes âgées.

Ces trois rapports suivent une structure uniforme et sont étayés de nombreuses connaissances spécialisées. Ainsi, différent-e-s expert-e-s ont rédigé des chapitres spécifiques aux groupes cibles sur les mêmes thèmes (santé psychique, activité physique et alimentation).

Le présent rapport sur les enfants montre les opportunités offertes par la promotion de la santé avec ce groupe cible et les interventions possibles basées sur des preuves.

La Fondation remercie les auteur-e-s et les membres du groupe d'accompagnement pour leur excellent et précieux travail et souhaite aux lecteur-trice-s une agréable lecture.



Thomas Mattig
Directeur



Bettina Abel
Vice-directrice

Table des matières

Management Summary	8
1 Introduction	12
2 Les personnes âgées en Suisse	14
2.1 Le vieillissement démographique en Suisse	14
2.2 Les multiples visages de la vieillesse	15
2.3 Santé et maladie	16
2.4 Processus de développement et événements critiques de la vie	17
3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les personnes âgées	23
3.1 Une compréhension de la santé adaptée à l'âge	23
3.2 Comment se compose la santé dans la vieillesse	23
3.3 Objectifs de la promotion de la santé chez les personnes âgées	24
3.4 Planification et priorisation de la promotion de la santé chez les personnes âgées	25
3.5 Intégration de la promotion de la santé, de la prévention et des soins	28
3.6 Cadre et acteurs	30
3.7 Gestion des impacts: monitoring et évaluation	33
4 Bénéfices de la promotion de la santé chez les personnes âgées	36
5 L'égalité des chances en matière de santé	39
5.1 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé	40
5.2 Ce que peut faire la promotion de la santé	41
5.3 Mesures éprouvées et critères de réussite	42
5.4 Définition des groupes cibles	43
6 Le numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées	45
6.1 Utilisation des médias par les personnes âgées	45
6.2 L'utilisation du numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées	46
6.2.1 Les informations et la communication liées à la santé via Internet	46
6.2.2 Technologies de santé mobiles destinées aux personnes âgées	47
6.3 Compétences quant aux médias liés à la santé	49
6.4 À quoi faut-il veiller?	49
7 Promotion de l'activité physique régulière	51
7.1 Bases	51
7.2 Pourquoi promouvoir l'activité physique auprès des personnes âgées vaut-il la peine?	51
7.3 Recommandations et comportement en matière d'activité physique chez les personnes âgées	53
7.3.1 Recommandations en matière d'activité physique chez les personnes âgées	53
7.3.2 Comportement en matière d'activité physique des personnes âgées en Suisse	55
7.4 Promotion de l'activité physique chez les personnes âgées	57
7.4.1 Promotion générale d'un mode de vie actif	58
7.4.2 Programmes d'activité physique	59
7.4.3 Prévention des chutes	60
7.4.4 Promotion de l'activité physique avec égalité des chances	62
7.5 Facteurs de réussite	63

8 Promouvoir une alimentation équilibrée	65
8.1 Principes et définitions	65
8.2 Pourquoi il vaut la peine de promouvoir une alimentation équilibrée chez les personnes âgées	66
8.3 Recommandations et comportement en matière d'alimentation chez les personnes âgées	66
8.3.1 Recommandations en matière d'alimentation chez les personnes âgées	66
8.3.2 Comportements alimentaires de la population âgée en Suisse	67
8.4 Promouvoir une alimentation équilibrée	68
8.5 Facteurs de réussite	73
9 Promotion de la santé psychique	75
9.1 Principes et définitions	75
9.2 La santé psychique des personnes âgées en Suisse	76
9.3 Pourquoi la promotion de la santé psychique chez les personnes âgées est-elle utile?	79
9.4 La promotion de la santé psychique des personnes âgées	80
9.4.1 Renforcer l'auto-efficacité	81
9.4.2 Renforcer le soutien social dans le cadre de l'intégration sociale	83
9.4.3 Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s	86
9.4.4 Une promotion équitable de la santé psychique	89
10 Interaction entre alimentation, activité physique et santé psychique	91
10.1 Interactions entre alimentation, activité physique et santé psychique	91
10.1.1 Comment l'activité physique affecte les autres domaines	91
10.1.2 Comment l'alimentation affecte les autres domaines	92
10.1.3 Comment la santé psychique affecte les autres domaines	92
10.2 Recommandations	93
10.3 Exemple de l'auto-efficacité	94
11 Conclusions et recommandations	96
11.1 Arguments en faveur de la promotion de la santé des personnes âgées: POURQUOI	96
11.2 Recommandations: QUOI et COMMENT	97
12 Sources	101

Table des représentations

Figure 1	Groupes d'âge et leur part dans la population	14
Figure 2	Espérance de vie à 65 ans	16
Figure 3	Mécanismes possibles pour la prévention de la démence	22
Figure 4	Les trois composantes d'un vieillissement en bonne santé	24
Figure 5	Parcours de vieillissement en bonne santé	29
Figure 6	Partenaires de coopération dans la promotion de la santé chez les personnes âgées (avec leurs rôles courants)	31
Figure 7	Modèle d'impact d'un projet pilote fictif «Bewegung im Quartier»	35
Figure 8	Dépenses totales de santé	38
Figure 9	Modèle d'explication des inégalités en matière de santé	41
Figure 10	Relation dose-impact	54
Figure 11	Modèle de promotion de l'activité physique sur 24 heures	55
Figure 12	Chaîne alimentaire	69
Figure 13	Modèle des deux continuums de Keyes (adapté)	76
Figure 14	Modèle modifié des ressources et contraintes	76
Figure 15	Modèle des quatre domaines de l'existence	94
Tableau 1	Le vieillissement démographique en Suisse	14
Tableau 2	Indicateurs de santé (chez les personnes vivant en ménage privé)	16
Tableau 3	Indicateurs de problèmes de santé (chez les personnes vivant en ménage privé)	17
Tableau 4	Charge de morbidité chez les personnes de plus de 55 ans en Suisse en 2019	26
Tableau 5	Comment l'activité physique influence positivement la santé	52
Tableau 6	Sports les plus populaires en 2020 parmi les femmes et les hommes âgés et physiquement actifs	56
Tableau 7	Les six compétences de vie des personnes âgées	82

Table des encadrés

Définitions

Définition 1	L'âge en tant qu'étape(s) de la vie	18
Définition 2	La qualité de vie comme concept	27
Définition 3	Égalité et équité des chances	40
Définition 4	Activité physique	51
Définition 5	Alimentation équilibrée	65
Définition 6	Santé psychique	75
Définition 7	Auto-efficacité	81
Définition 8	Compétences de vie	81
Définition 9	Intégration sociale	83
Définition 10	Soutien social	83
Définition 11	Proches aidant-e-s	86

Focus

Les «nouvelles personnes âgées»	19
Prévention des démences	21

Connaissances de base, faits & figures

Diversité sociodémographique dans la vieillesse	15
Différences socialement déterminées en matière de santé	17
La promotion de la santé chez les personnes âgées a un impact	36
Limitations individuelles et égalité des chances	43
Différences sociales dans les comportements en matière d'activité physique	57
Différences sociales en matière de comportements alimentaires	68
Différences socialement déterminées en matière de santé psychique	78
Qui est particulièrement touché par la solitude?	84
Le sujet tabou de la violence dans la vieillesse	87

Management Summary

La pandémie a souligné l'importance de la promotion de la santé, car en temps de crise, il est plus logique que jamais de renforcer les ressources des personnes. Les personnes âgées constituent un groupe cible particulièrement important et en croissance rapide pour la promotion de la santé. Pendant la pandémie, les personnes âgées ont également été au centre des préoccupations dès le départ, car elles sont plus susceptibles d'être touchées par des maladies chroniques (MNT) qui, à leur tour, augmentent considérablement le risque d'évolution sévère du Covid-19.

Ce rapport explique l'importance de l'engagement en faveur de la santé des personnes âgées. Sur la base de constats scientifiques, il est démontré pourquoi les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique sont des piliers importants pour la santé à un âge avancé et très avancé. Des interventions efficaces, ainsi que des approches et des recommandations éprouvées sont présentées.

Le chapitre 2 dépeint le groupe cible des personnes âgées en Suisse.

Vieillesse démographique: La population en Suisse continuera à vieillir à l'avenir: aujourd'hui, 19% ont plus de 65 ans, d'ici 2050 ils seront plus du quart (26%).

Diversité: Les personnes âgées constituent un groupe cible extraordinairement hétérogène qui diffère, entre autres, en termes de ressources financières, d'éducation, de sexe, de statut migratoire, d'état matrimonial, d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Il existe par conséquent de grandes différences en matière de santé, de mode de vie et de besoins. Dans la pratique, cela se traduit par la nécessité d'approches différentes et de mesures équitables dans tous les sujets d'intervention.

Santé: Comme à tous les âges de la vie, les joies et les difficultés se côtoient aussi dans la vieillesse. Il est gratifiant de constater que les Suisses non seulement vieillissent, mais restent également en bonne santé plus longtemps. Cela se perçoit, entre autres, dans l'augmentation du nombre d'années de

vie en bonne santé, la bonne perception de sa propre santé et une grande satisfaction de la vie. Les maladies chroniques qui, avec les troubles psychiques, représentent plus de 90% de la charge de morbidité chez les personnes âgées, constituent un défi de taille. En Suisse, presque une personne sur deux de plus de 65 ans est touchée par au moins une maladie chronique. Selon l'âge, entre 11% et 13% sont susceptibles d'avoir au moins une maladie psychique.

L'âge en tant qu'étape(s) de la vie: L'âge est plein de changements. Ces moments peuvent être difficiles, mais ce sont aussi de bons moments pour prendre des mesures de promotion de la santé. En général, la vieillesse est divisée en deux phases de la vie, nommées les troisième et quatrième âges. Les personnes du troisième âge sont souvent très agiles et actives, veulent avoir leur mot à dire et aider à façonner les choses (également appelées les «nouvelles personnes âgées»). Le passage au quatrième âge (à partir de 80 ans) est souvent associé à des problèmes de santé croissants et à un besoin de soins accru.

Le chapitre 3 traite des bases et méthodes de promotion de la santé chez les personnes âgées.

Compréhension de la santé: Le vieillissement en bonne santé fait référence à la capacité d'une personne à faire et à être ce qu'elle apprécie. L'accent n'est donc pas mis sur les maladies, mais sur l'autonomie, le bien-être subjectif et la qualité de vie.

Déterminants de santé: Le degré de santé d'une personne qui vieillit dépend de ses ressources et de ses contraintes, qu'elle trouve en elle-même et dans son environnement. L'environnement est toujours important pour la santé, mais en particulier lorsque les ressources personnelles sont limitées.

Objectifs de la promotion de la santé chez les personnes âgées: La promotion de la santé repose sur l'empowerment des personnes âgées et sur le renforcement de leur autodétermination et de leur participation. Son but n'est pas toujours d'améliorer la santé et la qualité de vie, mais parfois de les stabiliser. Une promotion de la santé efficace renforce les ressources de la personne elle-même et de son

environnement (combinaison de mesures comportementales et structurelles). En effet, un environnement favorable à la santé peut, non seulement, compenser (partiellement) la diminution des ressources personnelles, mais il facilite également le changement de comportement en favorisant les choix sains.

Axes privilégiés: Le contenu de la promotion de la santé chez les personnes âgées correspond, d'une part, au besoin objectif d'un point de vue épidémiologique et, d'autre part, aux motivations et besoins subjectifs des personnes âgées elles-mêmes. Les principaux axes d'intervention comprennent la promotion de l'activité physique régulière, d'une alimentation équilibrée et de la santé psychique. Ces sujets sont particulièrement adaptés pour améliorer ou maintenir la santé, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

Mise en réseau et collaboration: La promotion de la santé, la prévention et la guérison sont des approches complémentaires qui apportent des contributions spécifiques à l'objectif commun «santé et qualité de vie des personnes âgées». Outre le domaine de la santé, de nombreux autres acteurs influencent la santé des personnes âgées. Afin d'utiliser au mieux leurs compétences respectives, une coopération participative incluant explicitement les personnes âgées doit être assurée dès le départ. La commune est le lieu central de promotion de la santé chez les personnes âgées. Une bonne répartition des rôles ainsi que des fondements stratégiques et politiques dans les communes sont des critères de succès décisifs dans la pratique.

Gestion des impacts: Le monitoring et l'évaluation servent à légitimer la promotion de la santé et à soutenir les processus d'apprentissage. À l'aide de modèles d'impact, l'efficacité d'une mesure peut être évaluée et les impacts à différents niveaux peuvent être illustrés.

Le chapitre 4 montre les bénéfices de la promotion de la santé chez les personnes âgées.

Aujourd'hui, il est clairement prouvé que la santé et l'autonomie peuvent être considérablement améliorées ou au moins stabilisées à un âge avancé. Les changements de mode de vie et d'environnement peuvent prévenir ou au moins influencer positivement les maladies non transmissibles (MNT). Des exercices ciblés réduisent considérablement le risque de chute. La santé psychique chez les per-

sonnes âgées peut également faire l'objet d'une promotion de la santé. Nous bénéficions tou-te-s d'une promotion de la santé efficace: **les personnes âgées elles-mêmes** ont de meilleures chances de vivre longtemps, de façon autonome à leur domicile, en bonne santé et avec une qualité de vie élevée. Les **familles** sont soulagées, car plus les personnes âgées vivent de manière indépendante, moins les soins des proches sont nécessaires. En fin de compte, c'est la **société dans son ensemble qui en profite**: premièrement, grâce à une bonne santé, les personnes âgées s'engagent plus facilement pour leur environnement proche et élargi. Ensuite, la promotion de la santé contribue à retarder le placement en maison de retraite, à réduire les besoins en soins et donc à freiner la croissance prévue des dépenses de maladie et de soins.

Le chapitre 5 est consacré à l'égalité des chances en matière de santé.

Il est prouvé que la santé et la maladie sont inégalement réparties, même à un âge avancé, et dépendent de caractéristiques sociales. Le niveau d'éducation, le sexe, le statut migratoire et l'orientation sexuelle sont des exemples de caractéristiques sociales qui peuvent avoir un impact sur les chances en matière de santé. Ces caractéristiques peuvent se chevaucher et ainsi conduire à des situations particulièrement vulnérables (intersectionnalité).

Les critères de réussite importants pour des mesures équitables sont la participation du groupe cible, le travail centré sur la relation, l'adaptation des offres au groupe cible (p. ex. contenus et langue), le bas seuil des offres, une collaboration multisectorielle et la coordination à petite échelle. Ce ne sont pas seulement les caractéristiques sociodémographiques mentionnées qui peuvent conduire à une vulnérabilité accrue en matière de santé, mais également des limitations individuelles telles que les handicaps.

Au chapitre 6, le potentiel du numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées est en débat.

Utilisation: Les médias numériques font de plus en plus une partie intégrante de la vie quotidienne des personnes âgées: beaucoup utilisent Internet (74%), possèdent un smartphone (64%) ou sont ouvertes aux accessoires tels que les podomètres. L'utilisation des médias diffère actuellement de façon mar-

quée entre les personnes du troisième et du quatrième âge. Par exemple, 86 % des «jeunes personnes âgées» (65-79 ans) utilisent Internet, pour seulement 45 % des personnes âgées de 80 ans et plus.

Application: La numérisation affecte les personnes âgées dans de nombreux domaines de la vie, notamment la mobilité, l'intégration sociale, la santé, la prévention et les soins. Dans le domaine de la santé, Internet et les technologies mobiles offrent un grand potentiel d'application. La pandémie a également souligné le potentiel des émissions de télévision et des services de messagerie. Au-delà du développement des offres numériques, il est important de promouvoir les compétences numériques des personnes âgées.

Égalité des chances: Les personnes ayant peu d'argent ou moins d'éducation utilisent moins souvent les médias numériques. Notamment à cause de cette fracture numérique, les offres analogiques sont toujours nécessaires.

Le chapitre 7 porte sur l'encouragement à l'activité physique.

Influence sur la santé: L'activité physique régulière a un effet préventif et thérapeutique sur la santé physique, émotionnelle et psychique. Elle renforce particulièrement bien l'autonomie des personnes âgées.

Comportement en matière d'activité physique: L'activité physique chez les personnes âgées a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies, mais il existe des différences liées à l'âge: près de 80 % des jeunes personnes âgées respectent les recommandations en matière d'activité physique, tandis que le chiffre pour les personnes âgées de 75 ans et plus est stable autour de 64 %. La randonnée, la natation et le cyclisme sont particulièrement populaires, mais l'entraînement musculaire (si important chez les personnes âgées) est moins apprécié. Les motifs les plus importants pour l'activité physique dans la vieillesse sont: promouvoir sa santé, être dans la nature, la joie de l'activité physique, rester mobile dans la vie quotidienne (autonomie) et maintenir la capacité de penser.

Approches d'intervention: Il est non seulement important pour notre santé d'avoir une activité physique régulière, mais aussi de ne pas rester trop assis. La promotion générale d'un mode de vie actif est donc la base de l'encouragement à l'activité physique dans la vieillesse. L'accompagnement par des

expert-e-s ou des pairs, le soutien social et l'utilisation de technologies telles que les podomètres se sont avérés efficaces. Pour pratiquer une activité physique régulière, il est essentiel de disposer d'un environnement adapté à l'âge, propice au mouvement et sûr. Cela peut être favorisé, entre autres, par des suggestions visuelles pour plus d'activité physique (nudging), des installations de loisirs facilement accessibles et des programmes communaux appliqués à différents niveaux (p. ex., la communication, les offres et l'aménagement du territoire). La promotion générale d'un mode de vie actif est idéalement complétée par des programmes d'activité physique structurés et, si nécessaire, d'une prévention thérapeutique des chutes.

Égalité des chances: Les caractéristiques sociales telles que l'éducation, le revenu, la nationalité et le sexe ont un impact significatif sur le comportement en matière d'activité physique. Les grandes différences d'origine sociale rendent indispensables des interventions en matière d'activité physique adaptées aux chances de chacun-e. Les mesures structurelles sont particulièrement importantes en ce qui concerne l'égalité des chances (p. ex., des réductions sur les offres d'activités physiques ou l'aménagement du territoire).

Le chapitre 8 met en lumière la promotion d'une alimentation équilibrée.

Influence sur la santé: Une alimentation équilibrée sert à prévenir les MNT et a un effet positif sur la mobilité, l'indépendance et la santé psychique, tout en renforçant le système immunitaire.

Comportement alimentaire: Une alimentation saine est importante pour la majorité (95 %) des personnes âgées. En même temps, beaucoup ne savent pas exactement en quoi consiste une alimentation saine. De plus, certains aliments consommés s'écartent sensiblement des recommandations. Avec l'âge, la malnutrition devient un problème croissant et le surpoids et l'obésité sont également répandus chez les personnes âgées. Outre les conditions physiologiques (p. ex. la santé bucco-dentaire), des facteurs sociaux, financiers et psychologiques (p. ex. la solitude et la pauvreté) influencent également les comportements alimentaires. Les croyances individuelles ont une influence particulière: parmi les personnes âgées, par exemple, la croyance est répandue que la nourriture saine n'est pas savoureuse.

Approches d'intervention: La communication et la motivation sont également cruciales dans les mesures alimentaires. Il s'agit d'illustrer comment une alimentation équilibrée contribue positivement à des aspects importants pour les personnes âgées (p. ex., le maintien de l'autonomie et de la santé cognitive). Parmi les mesures clé figurent la promotion des compétences alimentaires des personnes âgées et de leurs familles et la création d'occasions de manger ensemble.

Égalité des chances: Le comportement alimentaire et les connaissances dans ce domaine diffèrent notamment selon l'éducation, le sexe et la région de résidence. Les grandes différences d'origine sociale rendent indispensables des interventions en matière d'activité physique adaptées aux chances de chacun-e. Cela inclut des réductions sur des aliments sains, des visites préventives à domicile et des conseils spécifiques sur la façon de manger équilibré avec un petit budget.

Le chapitre 9 est dédié à la promotion de la santé psychique.

Influence sur la santé: La santé psychique est particulièrement importante chez les personnes âgées, car elle facilite la gestion des déficiences physiques et des événements critiques de la vie. Elle renforce l'autonomie et la capacité de s'impliquer avec les autres.

Données et prévalences: Les soins en santé psychique sont plus importants pour les personnes âgées que pour tout autre groupe d'âge. À certains égards, la santé psychique des personnes âgées est exceptionnellement bonne. Cela se traduit, par exemple, par un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie et un optimisme prononcé. Cependant, par rapport aux personnes plus jeunes, les personnes âgées ont plus d'inhibitions à demander de l'aide et à parler de leurs sentiments. De plus, la stigmatisation des problématiques psychologiques est plus prononcée. Selon leur âge, entre 11 % et 13 % des personnes âgées sont susceptibles de souffrir d'au moins une maladie psychique, la dépression et les troubles anxieux étant particulièrement fréquents. Près d'un tiers (32 %) se sentent seules parfois à très souvent.

Approches d'intervention: Il est judicieux de promouvoir la santé psychique en l'absence de toute

maladie psychique. Les deux ressources à renforcer en priorité sont l'auto-efficacité et le soutien social. Afin de renforcer ces deux ressources, des mesures sont nécessaires au niveau individuel (p. ex., la promotion des compétences de vie) et au niveau de l'environnement. La santé psychique des proches aidant-e-s doit être promue de manière ciblée.

Égalité des chances: Les personnes à faible niveau éducatif et économique, la population migrante, les célibataires, les femmes, les proches aidant-e-s et les personnes LGBTIQ sont plus à risque de mauvaise santé psychique. Les mesures d'égalité des chances sont essentielles. L'accès facilité aux offres et aux informations (adaptées à la diversité), la sensibilisation des professionnel-le-s et la promotion de structures de (ré)intégration sociale ont notamment fait leurs preuves.

Le chapitre 10 sensibilise à l'étroite interaction entre alimentation, activité physique et santé psychique.

Il illustre les nombreuses interfaces et influences réciproques des trois thèmes. Par exemple, l'activité physique favorise le bien-être, réduit le stress et peut influencer la qualité du sommeil. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée contribuent à maintenir l'autonomie et une mobilité sûre. Une auto-efficacité élevée et le soutien social peuvent motiver plus d'activité physique. Le comportement alimentaire est aussi souvent influencé par les émotions et les (le manque de) contacts sociaux. A contrario, une alimentation déséquilibrée peut également favoriser l'apparition de dépressions. Dans la pratique, l'objectif est de mettre en place des interventions globales qui tiennent compte de ces interactions (positives) et les encouragent. Les offres holistiques sont souvent plus attractives, plus efficaces et économes en ressources. Mais cela demande aussi un certain pragmatisme, car tous les projets ne peuvent et ne doivent pas couvrir tous les sujets.

Et pour finir, le chapitre 11 résume, en guise de conclusion, les arguments en faveur de la promotion de la santé chez les personnes âgées. Ce chapitre donne d'autres recommandations sur le contenu et les méthodes de promotion de la santé pour ce groupe cible.

1 Introduction

Promotion Santé Suisse travaille avec les cantons pour promouvoir la santé de la population en Suisse. Les projets et programmes d'action cantonaux éprouvés et couronnés de succès favorisent la santé psychique des enfants, des adolescent-e-s et des personnes âgées et les encouragent à faire une activité physique régulière et à adopter une alimentation équilibrée. La Fondation publie régulièrement des documents de base à l'appui de ces programmes d'action et projets. Ceux-ci constituent la base scientifique de son engagement. Les rapports de base s'adressent à des groupes cibles spécifiques:

- Les enfants
- Les adolescent-e-s et jeunes adultes
- Les personnes âgées

Ce rapport traite du groupe cible des personnes âgées.

Définition du groupe cible personnes âgées

Le principal groupe cible de ce rapport de base sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent à leur domicile et qui bénéficient éventuellement de services de soin ou d'assistance ambulatoires.

Objectifs et destinataires des rapports

Les rapports de base résument les preuves scientifiques sur les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique et sont élaborés sur la base de constats réels. Les rapports doivent montrer quels domaines ont besoin de mesures et quelles approches ont fait leurs preuves pour les différents groupes cibles et thèmes. Basés sur des découvertes scientifiques, les rapports de base proposent une aide permettant d'appliquer dans la pratique ces connaissances scientifiques. Le rapport n'est pas conçu comme une aide à la mise en œuvre opérationnelle, cette fonction étant assurée par des conseils, des listes de contrôle mais aussi d'autres supports pratiques de Promotion Santé Suisse.

Les rapports s'adressent avant tout aux publics suivants:

- Professionnel-le-s des cantons, des communes et des ONG responsables de la stratégie et de la mise en œuvre des campagnes et projets de promotion de la santé
- Autres professionnel-le-s praticien-ne-s, issus également du milieu scientifique et de la recherche

Interdisciplinarité du rapport

En raison de la nature interdisciplinaire du rapport, différent-e-s auteur-e-s des domaines scientifiques concernés ont été impliqués (universités et hautes écoles). Un groupe d'accompagnement garantit la conformité des rapports aux exigences du public cible.

Pandémie de coronavirus

La pandémie de coronavirus influe sur la santé et le comportement individuel en matière de santé des personnes, ainsi que sur le travail de promotion de la santé. Ses effets sont donc systématiquement examinés dans tous les chapitres du rapport.

Structure du rapport

Le présent rapport sur le groupe cible des personnes âgées commence par un aperçu de la phase de vie des personnes âgées de 65 ans et plus. Viennent ensuite des chapitres sur les bases et les méthodes de promotion de la santé auprès des personnes âgées, l'égalité des chances en matière de santé, le potentiel de promotion de la santé chez les personnes âgées et les médias numériques dans la promotion de la santé. Les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique sont ensuite traités dans des chapitres distincts. Le rapport se termine par un chapitre sur les interactions entre ces thèmes.

Pour les lectrices et les lecteurs pressés

Les informations stratégiques sont résumées dans le **management summary**. Les principales **conclusions et recommandations** figurent dans le [chapitre 11](#).

Guide de lecture

Dans les trois rapports spécifiques aux groupes cibles, un parallèle est délibérément maintenu au niveau de la structure et parfois du contenu, afin que le lectorat s'y retrouve plus facilement. Les instructions de lecture suivantes fournissent des informations sur la manière d'utiliser efficacement les rapports.

Chaque rapport constitue un aperçu distinct de la promotion de la santé auprès du groupe cible concerné.

Le chapitre sur l'égalité des chances est essentiellement le même dans les trois rapports.

Des définitions, une bibliographie complémentaire, des explications sur la pandémie de coronavirus, des indications utiles pour la mise en œuvre et des informations de fond, mais aussi des notes complémentaires sur d'autres contenus intéressants sont proposées dans des encadrés de couleur.

Encadré: Définition

Les définitions des termes clés se trouvent dans les encadrés de couleur verte.

**Encadré: Bibliographie complémentaire**

Les références bibliographiques pour de plus amples informations figurent dans les encadrés de couleur orange. Les documents de travail et les brochures de Promotion Santé Suisse sont prioritaires (logo de Promotion Santé Suisse). Pour obtenir l'information souhaitée, il suffit de cliquer sur le produit recherché.

**Encadré: Pratique**

Une sélection d'exemples pratiques illustre la mise en œuvre des recommandations en Suisse.

**Encadré: Pandémie de coronavirus**

Des informations spécifiques liées à la pandémie sont disponibles dans les encadrés de couleur rouge.

**Encadré: connaissances de base, faits & figures**

Des connaissances approfondies et des données pertinentes sur une thématique sont réunies dans les encadrés avec cette icône.

**Focus**

Des rubriques intéressantes et indépendantes sont proposées dans les encadrés de couleur bleue.



2 Les personnes âgées en Suisse

Ce chapitre présente le groupe cible des personnes âgées: combien de personnes de plus de 65 ans vivent en Suisse – aujourd’hui et demain (2.1)? Qui sont «les» personnes âgées (2.2)? Quel est leur état de santé (2.3)? Et qu’est-ce qui caractérise la phase de vie de la «vieillesse» (2.4)?

2.1 Le vieillissement démographique en Suisse

Aujourd’hui, plus de personnes que jamais atteignent la vieillesse. Les femmes et les hommes qui prennent leur retraite en Suisse aujourd’hui ont encore environ un quart de leur vie devant eux. Ce développement est dû aux progrès atteints au siècle dernier dans les domaines de la médecine, de l’hygiène, de la nutrition, de l’éducation et de la sécurité sociale. Les Nations Unies décrivent l’augmentation de l’espérance de vie comme «l’une des plus grandes réalisations de l’humanité» [1].

Le faible taux de natalité et l’allongement de l’espérance de vie signifient que la population suisse continuera de vieillir au cours des prochaines décennies. Cela se manifestera notamment par le nombre de personnes âgées en général (65+) et en particulier par le nombre de personnes très âgées (80+) (tableau 1). Aujourd’hui, 19% de la population suisse dépasse les 65 ans, d’ici 2050 ce sera plus du quart (26%). Ce qui signifie que de moins en moins de personnes en âge de travailler (20 à 64 ans) sont confrontées à de plus en plus de personnes en âge de retraite (65+) (augmentation du quotient de vieillesse) [2].

Les personnes de plus de 65 ans (et surtout de plus de 80 ans) sont le seul grand groupe d’âge dont la part dans la population continue de croître (figure 1). Pour la première fois dans l’histoire, il y a désormais plus de personnes de plus de 65 ans en Suisse et dans les autres pays de l’OCDE que d’enfants et d’adolescent-e-s de moins de 20 ans. Les personnes âgées constituent donc l’un des principaux groupes cibles de la promotion de la santé.

TABLEAU 1

Le vieillissement démographique en Suisse

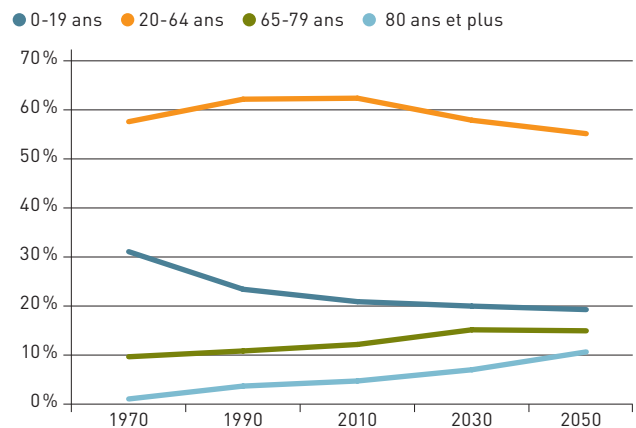
	2020	2050
65+	1,64 Mio.	2,67 Mio.
Part de 65+	18,9%	25,6%
80+	0,46 Mio.	1,11 Mio.
Rapport de dépendance*	31	46

* Nombre de personnes de 65 ans et plus, pour 100 personnes entre 20 et 64 ans

Source: [2]

FIGURE 1

Groupes d’âge et leur part dans la population



Sources: [3-5]

2.2 Les multiples visages de la vieillesse

Les termes «vieillesse» et «personnes âgées» donnent facilement l'impression que les personnes âgées de 65 ans et plus constituent un groupe de population homogène. En réalité, la façon dont les gens vieillissent peut difficilement être normalisée. Parce que le processus de vieillissement et la situation de vie dans la vieillesse sont façonnés par l'histoire personnelle, les caractéristiques personnelles et l'environnement. Cela signifie que les gens vivent différemment, vieillissent différemment et font face à des réalités de vie différentes à un âge avancé. Le groupe de population que nous appelons désormais les «personnes âgées» en Suisse se situe entre 65 et environ 110 ans. Cela correspond à une durée de plus de quatre décennies! Dans la vieillesse «le spectre va des personnes qui sont encore partiellement employées aux personnes qui dépendent de soins et de soutien» [6]. Dans le groupe des «personnes âgées» les différences en termes de santé, de mode de vie et de besoins sont donc plus grandes que dans toute autre phase de la vie auparavant [7].

Il faut penser différemment la «vieillesse» et les «personnes âgées» pour rendre justice à l'hétérogénéité prononcée de ce groupe de population. Il existe des différences significatives qui se situent surtout au niveau des maladies et des limitations. En termes de santé, les personnes âgées peuvent être divisées en trois groupes principaux [8]:

- 1) Les personnes actives, se sentant en bonne santé et autonomes («agilité»)
- 2) Les personnes présentant les premiers symptômes de fragilité, une susceptibilité accrue aux maladies, une ou deux maladies chroniques et les premiers signes de limitations dans la vie de tous les jours («limitations initiales»)
- 3) Les personnes qui, en raison de limitations fonctionnelles, ne sont plus en mesure d'accomplir les activités quotidiennes de manière autonome («dépendance fonctionnelle»)

Les personnes âgées diffèrent non seulement en termes de santé, mais elles constituent également un groupe sociodémographique hétérogène. L'encadré contient des chiffres choisis sur la diversité sociodémographique des personnes âgées.



Diversité sociodémographique dans la vieillesse

Situation économique: les 10 % de retraité-e-s les plus riches ont 3,4 fois plus de ressources financières que les 10 % les plus pauvres de leurs pairs. Plus d'un cinquième des personnes en âge de la retraite AVS sont menacées de pauvreté [9].

Niveau d'études: un peu moins d'un tiers (30 %) des personnes âgées indiquent que l'école obligatoire est le plus haut niveau d'éducation achevé, 49 % le deuxième cycle du secondaire et 21 % le niveau supérieur [10].

Sexe: alors que les femmes ne sont que légèrement surreprésentées dans la tranche d'âge des 65 à 79 ans, leur proportion augmente continuellement pour atteindre 60 % (chez les 80 à 89 ans), 71 % (chez les 90 à 99 ans) et près de 82 % chez les personnes âgées de plus de 100 ans [11].

Statut de migration: près d'un quart (24 %) de la population résidente permanente âgée de 65 à 79 ans est née à l'étranger. Aujourd'hui, cette

proportion est quasiment la même pour les plus de 80 ans (23 %) [12].

Type de logement: entre 65 et 79 ans, 55 % des femmes et 31 % des hommes vivent seuls. À partir de 80 ans ces proportions sont de 80 % pour les femmes et 45 % pour les hommes [13]. Environ 15 % des personnes de plus de 80 ans vivent dans une maison de retraite ou de soins [14].

Orientation sexuelle et identité de genre: bien que des informations fiables sur la population LGBTIQ¹ manquent en raison de difficultés de définition et de méthodes d'enquête divergentes, les expert-e-s supposent, par exemple, que 3 % à 10 % de la population est strictement homosexuelle (lesbiennes et gays) [15]. Si les personnes bisexuelles, intersexuées et trans sont incluses, on peut supposer qu'au moins 10 % de la population sont des personnes LGBTIQ.

1 LGBTIQ est une abréviation de l'anglais et signifie Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Intersex, Queer.

2.3 Santé et maladie

Stabiliser les succès

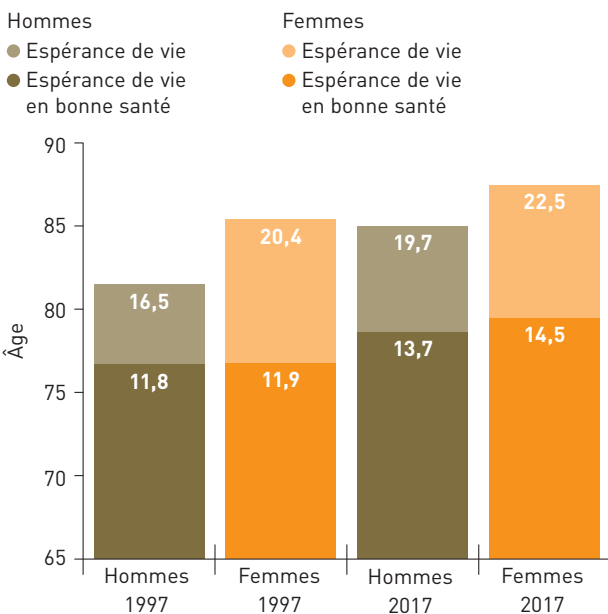
Non seulement les Suisses vieillissent, mais de plus en plus de femmes et d'hommes âgés sont également en bonne santé. Cela est particulièrement vrai pour les personnes âgées de 65 à 75 ans, mais la santé est souvent bonne même après cela. Ces succès se reflètent, par exemple, dans le nombre **d'années** qu'une personne de 65 ans passera **en bonne santé**, c'est-à-dire en grande partie sans limitations fonctionnelles [figure 2] [16].

L'état de santé auto-évalué [17], la satisfaction de vie [18] et la sensation de vitalité [19, 20] restent également élevés pendant longtemps [tableau 2]. Les personnes âgées sont généralement plus heureuses de leur vie que les plus jeunes. Aucun autre groupe d'âge ne se sent aussi plein d'énergie et de vitalité que les 65 à 74 ans [20, 21]. La santé et la vitalité perçues ne diminuent que chez les personnes très âgées, alors que la satisfaction avec sa propre vie ne diminue guère [22].

FIGURE 2

Espérance de vie à 65 ans

Espérance de vie / Espérance de vie en bonne santé à 65 ans, en fonction du genre, en Suisse, en 1997 et en 2017



Source: [16]

Il est important de stabiliser les succès obtenus au cours des dernières décennies afin que la qualité de vie et la santé des personnes âgées restent élevées.

Réduire les défis

Comme à tous les âges de la vie, les joies et les difficultés se côtoient naturellement aussi à partir de 65 ans. Alors que la vieillesse peut être un «temps de croissance personnelle, de créativité et de productivité» [23], des changements qui affectent la santé et le bien-être ont souvent lieu au cours de la vie.

Ce sont surtout les **maladies chroniques (maladies non transmissibles, MNT)** qui augmentent avec l'âge. Près de la moitié des personnes de plus de 65 ans ont au moins une MNT et ces maladies deviennent encore plus fréquentes avec l'âge [17]. Elles comprennent les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, les troubles musculosquelettiques et la démence. Par exemple, près de 700 000 personnes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension artérielle ou prennent des médicaments pour cette raison [24]. Autre exemple: en Suisse, près d'un homme sur deux (48%) et 42% de femmes développeront un cancer au cours de leur vie, 90% de tous les cas de cancer touchant les personnes âgées de 50 ans et plus [17].

Une personne sur quatre de plus de 65 ans (24%) vivant dans un ménage privé suisse tombe au moins une fois par an. Dans le cas des personnes âgées de 80 ans et plus vivant à domicile, le chiffre est même de 33% [25]. Des **chutes** sont également plus susceptibles de causer des blessures graves et même la mort à un âge avancé. Chaque année, près de 1600 personnes âgées meurent en Suisse des suites d'une chute [26].

TABLEAU 2

Indicateurs de santé (chez les personnes vivant en ménage privé)

	65-74 ans	75+ ans
Santé perçue comme (très) bonne	77%	67%
Haut niveau d'énergie et de vitalité	63%	48%
Satisfaction de vie (sur une échelle de 0 à 10)	8,4/10	8,3/10

Sources: [17-19]



Différences socialement déterminées en matière de santé

Les données de santé présentées ici sont des valeurs moyennes. Cependant, les valeurs moyennes occultent souvent un fait essentiel, souligné à plusieurs reprises dans ce rapport: toutes les personnes âgées n'ont pas les mêmes chances d'être et de rester en bonne santé. Certaines caractéristiques sociodémographiques (voir 2.2 et 5.1) engendrent des ressources et des contraintes différentes [27, 28]. En conséquence, les membres de certains groupes sociaux tombent plus souvent malade, souffrent plus souvent de problèmes de santé et meurent plus tôt que les membres d'autres groupes [29]. Dans la pratique, ce fait doit être pris en compte par des mesures d'égalité des chances (voir chapitre 5).

Les limitations au quotidien jouent un rôle particulier dans la vie autonome. En Suisse, près de 11% des 65 à 79 ans vivant à domicile ne peuvent pas ou difficilement réaliser au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) [30]. Cela comprend la préparation des aliments de manière autonome, les courses, les tâches ménagères ou l'utilisation des transports en commun. Cette proportion est de 32% pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Les limitations des activités de base de la vie quotidienne (AVQ) sont moins courantes. Cela comprend le bain/la douche, l'habillage et le déshabillage, l'entrée et la sortie du lit, le passage aux toilettes. 2% des 65 à 79 ans vivant à domicile ne peuvent pas ou difficilement exercer une ou plusieurs de ces activités. Parmi les plus de 80 ans, c'est près de 6% [30]. Ces limitations entraînent souvent un besoin accru d'aide et de soins et des transferts vers des établissements d'accueil.



Informations complémentaires sur les personnes âgées en Suisse

Le vieillissement démographique, la diversité de la vieillesse et les indicateurs de santé et de maladie sont abordés plus en détail dans le [rapport 5](#).

TABLEAU 3

Indicateurs de problèmes de santé (chez les personnes vivant en ménage privé)

	65-74 ans	75+ ans
Au moins une maladie chronique/ un problème de santé durable	45 %	50 %
Charge psychique moyenne à élevée	11 %	13 %
Sentiment de solitude (parfois à très souvent)	28 %	35 %

Sources: [17, 31-33]

Le stress et les maladies psychiques sont un défi qu'il ne faut pas sous-estimer, même à un âge avancé [31], ainsi que le sentiment de solitude [32, 33] (voir aussi 9.2).

Dans la vieillesse, plusieurs maladies surviennent plus fréquemment en même temps et interagissent les unes avec les autres (multimorbidité). Cela a un effet particulièrement négatif sur l'autonomie et la capacité fonctionnelle, la gravité des maladies individuelles et les coûts de santé. En Suisse, 25% des personnes âgées de 65 à 79 ans vivant à domicile souffrent de deux maladies chroniques ou plus. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, ce chiffre atteint 41% [34].

2.4 Processus de développement et événements critiques de la vie

À chaque phase de la vie, il existe des processus de développement et des événements de la vie typiques à l'âge. Qu'est-ce qui influence les processus de développement dans la vieillesse? Quels sont les changements en cours? Et quels défis cela peut-il entraîner?

Considérer les différences notoires

Lorsque nous parlons de changements et de défis liés à la vieillesse, il faut prendre en compte **les grandes différences entre les personnes âgées** (voir 2.2 et chapitre 5). Ces différences de ressources, de contraintes et de désirs peuvent être socialement déterminées, mais aussi façonnées par les histoires de vie.

De plus, les défis et les besoins d'une personne ne restent pas constants. Des **changements surviennent aussi au cours de la vieillesse**. Cela signifie que de nouveaux besoins peuvent devenir pertinents pour les individus à mesure qu'ils vieillissent (voir 3.4).

Processus de développement dans la vieillesse

Aujourd'hui, il est prouvé qu'il n'y a pas de «dégradation générale de la personne, de ses performances et de son adaptabilité liée à l'âge» [35]. Les gens peuvent encore apprendre, changer et se développer même à un âge avancé [35]. La **plasticité**, c'est-à-dire la capacité de s'adapter à de nouvelles conditions [36], persiste jusqu'à un âge avancé. Cela s'applique également aux personnes âgées qui sont déjà limitées sur le plan cognitif, socio-émotionnel et dans la vie quotidienne [35].

Les personnes sont par ailleurs les «**acteurs de leur propre développement**» [35]: elles peuvent contribuer à façonner leur propre développement en mettant en pratique et en développant leurs compétences et en adaptant leurs objectifs aux circonstances changeantes. Le développement des personnes n'est donc pas uniquement le reflet de prérequis ou de conditions externes [35].

Après tout, le développement à chaque phase de la vie est «associé à des gains et à des forces ainsi qu'à

des pertes et à des déficits spécifiques» [35]. Dans la vieillesse, le développement ne va pas seulement dans une direction. Au contraire, divers développements ont lieu dans la vieillesse dans différents domaines (**multidimensionnalité des processus de développement**). Dans la vieillesse, on observe «divers processus de développement, dont certains diffèrent grandement les uns des autres, dans les dimensions physique, psychique, spirituelle et sociale» [35]. Cela signifie qu'à l'intérieur et entre ces dimensions, les gains et les pertes sont parfois répartis très différemment.

Prenons la dimension cognitive pour illustrer des évolutions différentes mais souvent simultanées: d'une part, on observe que les informations sont souvent traitées moins vite avec l'âge. Cela ne signifie toutefois pas que les personnes âgées ne peuvent plus développer et maintenir des systèmes de connaissances différenciés. Car d'autre part, «les forces et les gains se manifestent dans les fonctions cognitives et psychologiques qui reflètent les expériences que les gens ont acquises au cours de leur vie» [35].

Que pouvons-nous donc en conclure sur les continuités et les changements dans la vieillesse? Certaines **tendances se dégagent-elles malgré de grandes différences?**



Définition 1

L'âge en tant qu'étape(s) de la vie

Comme toutes les autres phases de la vie (par exemple «l'enfance» et «l'adolescence»), la phase de la «vieillesse» est également façonnée par la culture et l'histoire. Les caractéristiques et les idées que nous associons à la vieillesse sont donc socialement construites.

Le début de la vieillesse est généralement fixé à l'âge biologique de 65 ans. Étant donné que la durée globale de la vieillesse s'est considérablement rallongée et différenciée au cours des dernières décennies, il est logique de subdiviser davantage cette phase de la vie. Dans le débat scientifique et public, une distinction est donc faite entre un «troisième» et un «quatrième» âge. On suppose que lesdites «jeunes personnes

âgées» (**troisième âge**) vivent en grande partie de manière indépendante et sans handicap, tandis que les personnes très âgées (**quatrième âge**) présentent des limitations physiques liées à l'âge qui les obligent de plus en plus à des ajustements dans la vie quotidienne et entraînent des besoins en soins (en raison notamment de la multimorbidité).

Cependant, les grandes différences interindividuelles rendent difficile une définition chronologique de ces deux phases d'âge. Pour des raisons pragmatiques, le troisième âge est souvent défini comme allant de 65 à 79 ans et le quatrième âge à partir de 80 ans (et de plus en plus à partir de 85 ans) [8, 35].



Focus

Les «nouvelles personnes âgées»

En Suisse, non seulement les gens vieillissent, mais ils restent en bonne santé plus longtemps (voir 2.1 et 2.3). Beaucoup de personnes âgées aujourd'hui de 65 ans et plus sont en meilleure santé et plus actives que les générations précédentes. Ceci est associé à un niveau élevé de vitalité et de satisfaction avec sa propre vie (voir 2.3) ainsi qu'à de nouvelles opportunités pour un mode de vie actif et un engagement post-professionnel (voir chapitre 4).

L'image du vieillissement commence à changer et les personnes ne sont considérées comme âgées que plus tard. Des enquêtes en Suisse montrent que les personnes de plus de 75 ans sont désormais perçues comme des «personnes âgées». Plus les répondant-e-s sont âgés, plus ils situent le seuil de la vieillesse tard: les plus de 70 ans disent que seules celles et ceux qui ont plus de 80 ans sont vieux [383].

Dans ce contexte, l'image des «nouveaux anciens» s'est imposée depuis un certain temps [384, 385]: une génération qui a confiance en elle, exprime ses besoins [385], veut contribuer et

aider à façonner le monde [84, 386] et qui est à l'aise dans le monde numérique (voir 6.1) – en bref: une génération qui «refaçonne l'âge de la retraite» [387]. Cette génération trouve des modèles dans la sphère privée, chez des personnalités connues et même chez ceux qu'on nomme les [influenceurs seniors](#).

Il s'agit d'un achèvement majeur qui représente une nouvelle réalité pour de nombreuses personnes âgées. Mais il ne faut pas oublier: les personnes âgées sont très hétérogènes et elles sont nombreuses à ne pas vivre une vieillesse insouciante et socialement intégrée. La pauvreté limite considérablement l'activité et la participation à la société, le travail physique pénible laisse des traces évidentes dans la vieillesse, la solitude et la discrimination sont répandues [388]. Des termes tels que «best agers», «vieillesse active» ou «fleur de l'âge» peuvent aussi exclure et désstabiliser. Des images différenciées de l'âge et des offres équitables doivent être au cœur de la promotion de la santé chez les personnes âgées.

Avec la division en un troisième et quatrième âge, on peut identifier des similitudes qui existent souvent malgré des différences importantes (voir [définition 1](#) et [focus](#)). Au troisième âge, la «compétence physique, psychique et spirituelle reste généralement largement intacte» et les gens sont capables d'un «mode de vie actif et productif» basé sur leurs propres besoins et objectifs [35]. Au quatrième âge, «la vulnérabilité avant tout physique, mais aussi psychologique» augmente et les personnes sont de moins en moins capables de «compenser les pertes physiques, psychiques et sociales croissantes» [35].

Événements critiques de la vie

Chaque phase de la vie implique des changements de parcours, qui nécessitent des ajustements extraordinaires. Ces événements critiques de la vie jouent un rôle crucial dans la santé psychique et

physique [37]. Ils modifient souvent fondamentalement les ressources et les contraintes d'une personne et affectent ainsi sa santé.

Les événements critiques de la vie dans la vieillesse peuvent être grossièrement classés selon le troisième et le quatrième âge [8, 38, 39].

Au troisième âge ils comprennent notamment:

- la retraite et donc la perte ou le changement du rôle social et de l'identité antérieurs ainsi que la perte des contacts sociaux liés au travail,
- des changements dans la composition de la famille (séparation/divorce, prise en charge des parents),
- la libération croissante des engagements fixes et la question des nouveaux contenus de vie et des nouvelles occupations,
- éventuellement le déclin de la santé et l'accès aux soins médicaux (ambulatoires).

Au quatrième âge, les événements de la vie suivants deviennent de plus en plus courants:

- une maladie grave et une multimorbidité croissante,
- des limitations fonctionnelles et sensorielles, perte d'autonomie et de mobilité et besoin croissant de soins,
- des troubles cognitifs (p. ex., démence),
- des ressources financières souvent en baisse,
- l'aide à un conjoint malade ou handicapé,
- le décès de membres de la famille (en particulier de partenaires de vie), d'ami-e-s,
- le rétrécissement du réseau social,
- le transfert (involontaire) dans une maison de retraite et/ou de soins.

De nombreux thèmes axés sur la pratique

Que signifient ces processus de développement et ces événements de la vie pour la promotion de la santé? Dans la vie quotidienne des personnes âgées, ils entraînent un large éventail de problèmes qui deviennent importants, où la promotion de la santé peut (partiellement) apporter un soutien.

Les thèmes du domaine de la **santé psychique** sont, par exemple, les compétences de vie, la gestion des douleurs chroniques, l'adaptation au deuil, la prise en charge des proches, les questions de sens, les maladies psychiques ainsi que l'addiction et la polymédication. D'autres sujets (psychosociaux) incluent la participation sociale, donner et recevoir du soutien social, les rencontres intergénérationnelles, l'image du vieillissement et le rôle des personnes âgées dans la société et leurs opportunités de s'impliquer.

Les thèmes de la **santé physique** sont la prévention des maladies non transmissibles (MNT) et le ralentissement de leur progression, le maintien et la promotion d'une vie autonome, la prévention et la détection précoce de la démence (voir [focus](#)), la (mal-)nutrition et le maintien de la santé bucco-dentaire.

À la **croisée de la santé psychique et physique**, une attention particulière doit être portée aux points suivants: les effets des changements physiques sur sa propre image corporelle, la confiance en son propre corps et le sentiment de sécurité, la sexualité et le sommeil.

Les thèmes au **niveau systémique** comprennent un environnement matériel et un contexte social adaptés à l'âge (promotion structurelle de la santé), des soins aigus et des systèmes de soins basés sur l'âge et ses besoins, une coordination centrée sur la/le patient-e des différentes professions de la santé, les soins palliatifs, les droits des personnes âgées et la numérisation.

Focus thématique dans les PAC

Cet aperçu montre à quel point la santé et la qualité de vie des personnes âgées sont complexes et à quel point l'éventail des problèmes potentiellement importants dans la vieillesse est large. Certains relèvent du domaine de la promotion de la santé, tandis que d'autres relèvent d'autres domaines politiques.

Des sujets ont également été abordés qui ne sont pas traités plus en détail dans la suite du rapport. Car dans la pratique, il est essentiel que des priorités soient fixées. La [section 3.4](#) montre et explique sur quels thèmes les programmes d'action cantonaux (PAC) se concentrent.



Focus

Prévention des démences

Le développement de la démence est complexe et n'a pas encore été complètement élucidé [40]. Nous pouvons influencer certains risques de démence, d'autres non. L'âge, le sexe et les gènes font partie des facteurs de risque importants mais incontrôlables [41]. Cependant, les risques que nous pouvons influencer sont décisifs pour la prévention et la promotion de la santé. Selon les dernières découvertes, il s'agit des douze facteurs de risque suivants [42]:

- Les facteurs liés au mode de vie tels que le **tabagisme** (dont le tabagisme passif), la **consommation excessive d'alcool** et l'**inactivité physique**
- Des facteurs physiologiques tels que l'**hypertension artérielle**, le surpoids et le **diabète**
- Les limitations sensorielles comme la **déficience auditive** et des blessures comme une **commotion cérébrale**
- Des facteurs cognitifs comme un **faible niveau d'éducation** ou une activité cognitive faible et/ou unilatérale
- Des facteurs psychosociaux tels que **la dépression et la solitude**
- Les facteurs environnementaux tels que la **pollution de l'air**

Environ 40% des démences peuvent être attribuées à ces douze facteurs de risque qui peuvent être influencés [42]. Cela montre la grande portée de la prévention: grâce à une prévention ciblée, les risques peuvent être considérablement réduits et les principales formes de démence évitées ou retardées.

La Commission Lancet conclut: «les individus ont un énorme potentiel pour réduire leur risque de démence» [42]. Dans le même temps, elle souligne que les risques évoqués ne relèvent pas uniquement de la responsabilité des individus. Comme toutes les ressources et les contraintes liées à la santé, **les risques de démence sont influencés de manière décisive par les conditions-cadres du contexte social** (voir chapitre 5). De nombreux facteurs de risque surviennent donc plus fréquemment dans les groupes socialement défavorisés (voir chapitres 7 à 9).

Dans la pratique, les mesures ne doivent pas se concentrer uniquement sur les individus. La charge de morbidité diminue également lorsque les conditions de vie de tou-te-s s'améliorent et que les inégalités sociales se réduisent [42]. Les groupes à risque accru doivent être spécifiquement pris en compte. De plus, selon les groupes, d'autres facteurs de risque doivent être priorisés [43]. En bref: **la prévention de la démence doit être conçue de manière équitable.**

La figure 3 donne un aperçu des mesures possibles de prévention de la démence. Pour ce faire, deux solutions s'offrent à nous: la première est la **réduction des lésions neuropathologiques**. Elle comprend l'identification et le traitement des facteurs de risque physiologiques et la réduction des risques liés au mode de vie. Elle vise essentiellement l'amélioration de la santé cardiovasculaire [44-47], car la règle générale est la suivante: «ce qui est bon pour le cœur est aussi sain pour le cerveau» [45].

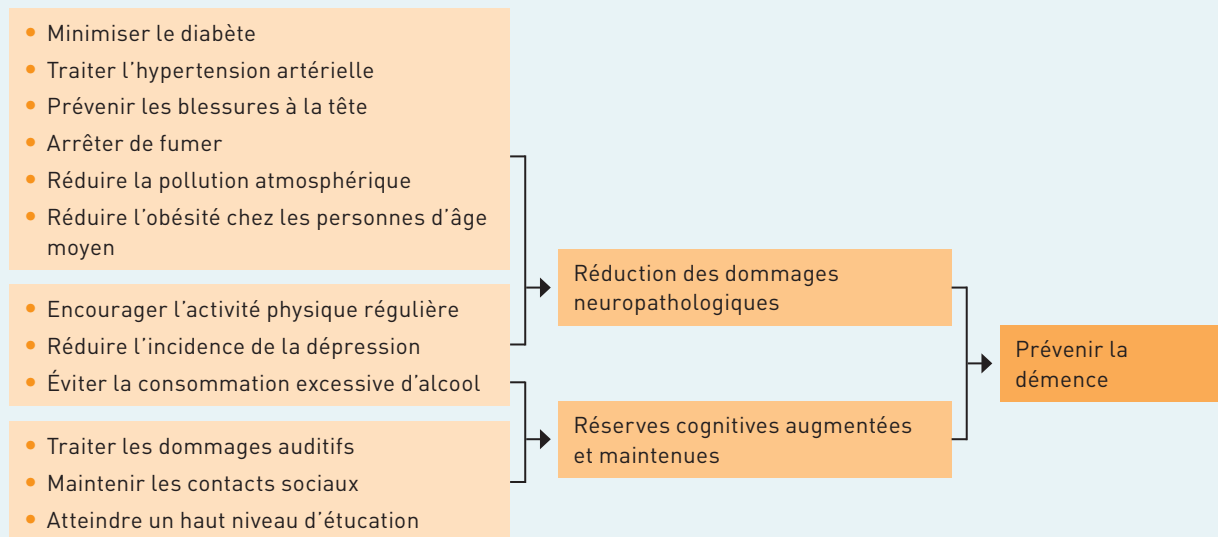
La deuxième consiste à **construire des réserves cognitives**. L'une des façons dont nous protégeons notre cerveau passe par l'enseignement supérieur et des activités cognitives diverses et variées. Il s'agit notamment de l'apprentissage des langues, de la lecture, de l'écriture et de la musique, de la stimulation psychique par l'échange avec d'autres personnes ou de l'activité physique [45-47].

L'étendue des mesures possibles montre clairement que **le domaine de la santé n'est pas le seul à se prêter à la prévention de la démence.**

Parce que l'éducation est le facteur le plus influant sur le risque de démence [45, 47], investir dans le système éducatif est particulièrement important, dans le but de permettre un meilleur niveau d'éducation pour tou-te-s. Autre exemple: la politique environnementale est responsable de la réduction de la pollution de l'air.

Mais il apparaît aussi clairement que **les mesures prévues dans les PAC** contribuent à la prévention de la démence. En effet, l'une des recommandations clés de la Commission Lancet est la suivante: «nous recommandons de rester actifs-ves sur le plan cognitif, physique et social à l'âge moyen

FIGURE 3

Mécanismes possibles pour la prévention de la démence

Source: [42]

et avancé» [42]. La promotion d'une activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée, de la santé psychique et de la participation sociale renforce ainsi des facteurs décisifs de protection contre la démence.

La prévention de la démence se fait de préférence dans une **perspective de parcours de vie**, car «il n'est jamais trop tôt ni trop tard pour prévenir la démence» [42]. Par exemple, un faible niveau d'éducation à un jeune âge ainsi que le surpoids et l'hypertension artérielle à la quarantaine sont des risques importants d'apparition tardive de la démence [45]. Mais même à un âge avancé, la promotion de la santé cardiovasculaire et des réserves cognitives est efficace [42].

La façon dont la maladie affecte et ce qui reste possible pour les personnes malades dépend également du soutien de leur entourage. La promotion du soutien social sert essentiellement à maintenir l'autonomie des personnes atteintes de démence. Il faut penser aux **proches aidant-e-s**, car ils représentent un soutien important, accomplissent des tâches exigeantes et sont particulièrement menacés dans leur santé [48]. Les mesures visant à promouvoir la santé des proches ont un effet positif démontrable sur les troubles dépressifs et anxieux,

améliorent leur qualité de vie et sont rentables [42].

Tant que la démence ne peut être guérie, la prévention et la promotion de la santé restent centrales. Les mesures mentionnées offrent aujourd'hui la meilleure protection contre la démence et contribuent au moins à réduire le risque. Malgré cela, la démence est souvent impossible à prévenir. Pour cette raison, deux aspects doivent être soulignés: premièrement, ces mesures restent importantes même lorsque la démence est déjà présente. Des études montrent qu'une bonne santé générale et un mode de vie sain peuvent avoir un impact positif sur l'évolution de la démence [42, 49]. Les mesures mentionnées ne servent donc pas seulement à la prévention primaire, mais aussi à la **prévention secondaire et tertiaire**. On touche ici à la prévention dans le domaine des soins. Cela nous amène au deuxième aspect: un élément essentiel de la prévention de la démence réside dans le diagnostic et le traitement précoces des facteurs de risque physiologiques [50]. Une **perspective intégrée** de promotion de la santé, de prévention médicale ou de (prévention dans la) prise en charge est donc également indispensable pour la prévention de la démence (voir 3.5).

3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les personnes âgées

Ce chapitre présente la promotion de la santé chez les personnes âgées en général et pose les bases pour les parties du rapport consacrées à des thèmes spécifiques. Il propose une réflexion sur ce qui constitue la santé dans la vieillesse et comment elle se développe. Il décrit ensuite ce que nous voulons réaliser avec les programmes et projets et comment les planifier et les hiérarchiser. La santé et la qualité de vie des personnes âgées dépendent de divers facteurs et de nombreux secteurs de la société sont concernés. Ce chapitre met donc en lumière comment la promotion de la santé est liée à la prévention et à la guérison et avec quels acteurs une coopération est possible. Il se termine par des indications sur l'évaluation des projets et des programmes.

3.1 Une compréhension de la santé adaptée à l'âge

À tout âge, il est crucial pour notre santé de savoir combien de ressources et de contraintes nous avons actuellement. Si elles s'équilibrent ou que les ressources dépassent les contraintes, nous nous sentons en bonne santé [8]. Une définition de la santé adaptée à l'âge met donc **l'accent sur les ressources et les capacités des personnes âgées**. Elles font du bien aux gens et leur permettent de gérer les contraintes liées à la santé.

La santé d'une personne âgée est **«sa capacité à faire et à être ce qu'elle apprécie»**. L'OMS parle de «capacité fonctionnelle». Vieillir en bonne santé est donc le «processus de développement et de maintien de la capacité fonctionnelle qui permet le bien-être dans la vieillesse» [51, 52].

Ce qui constitue exactement ce bien-être est subjectif et diffère d'une personne à l'autre. Si nous sommes physiquement et cognitivement limités, cela détermine à quel point nous nous sentons bien et en bonne santé. Cependant, d'autres facteurs sont souvent plus décisifs pour la façon dont nous

percevons notre santé. **À la vieillesse, la santé** (ou justement: la capacité fonctionnelle) **se mesure notamment avec les indicateurs suivants** [52-56]:

- Répondre aux besoins de base (alimentation et logement adéquats, services de santé et de soins)
- Bien-être subjectif et satisfaction de vivre ainsi que gestion réussie des défis sociaux, physiques et émotionnels
- Apprendre, grandir et prendre des décisions (autonomie et dignité, réalisation de son potentiel)
- Être mobile (pour vivre de façon autonome et participer aux activités)
- Construire et entretenir des relations sociales
- Apporter une contribution à la société (mentorat, prise en charge de proches ou travail bénévole et salarié)

Dans ce contexte, un phénomène que nous observons souvent dans la vieillesse devient compréhensible: la perception subjective de la santé diminue souvent moins nettement que la «santé objective», qui se mesure en termes de maladies et de limitations [57].

3.2 Comment se compose la santé dans la vieillesse

Les ressources et les contraintes de santé – également appelés déterminants de santé – se trouvent en la personne elle-même et dans son environnement:

- Sur le plan personnel, les facteurs héréditaires, l'âge, le sexe et son propre comportement doivent être pris en compte.
- L'environnement désigne le contexte social, les conditions de vie et de travail ainsi que les conditions-cadres socioculturelles, économiques et écologiques.

À l'aide d'une métaphore connue, nous pouvons illustrer ce qu'est le vieillissement en santé et comment il se développe (figure 4). La santé à un âge

avancé peut être décrite en bref comme une «capacité fonctionnelle» (voir 3.1) et représentée par un fleur. Elle naît des capacités intrinsèques d'une personne (racines) intégrées dans un environnement (terreau).

Les capacités intrinsèques («intrinsic capacity») – c'est-à-dire les racines – **désignent les ressources que la personne a en elle-même** [52, 53]. Elles comprennent toutes les ressources physiques, psychiques et psychosociales qu'une personne peut utiliser. Cela inclut les compétences de marcher, voir, entendre et penser, mais aussi l'auto-efficacité et de nombreuses compétences de vie².

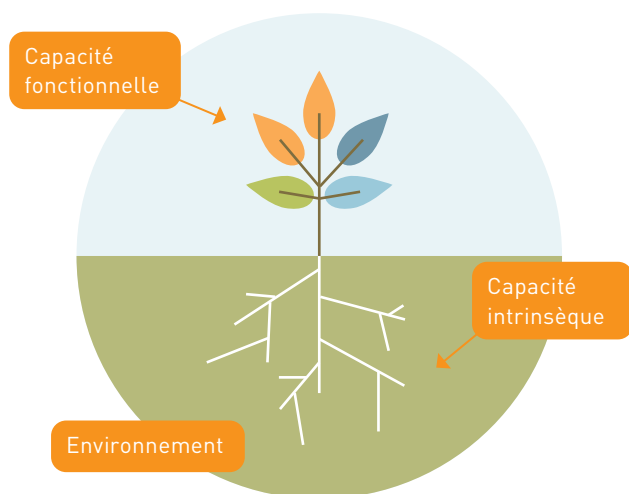
Le terreau représente les **ressources et les contraintes qui reposent sur le contexte** («environnement»). Les environnements matériel, social et politique sont essentiels pour la santé [23]. Il y a plusieurs questions que l'on peut se poser pour évaluer comment un environnement affecte la santé d'une personne âgée: le logement et le cadre de vie naturel et structurel sont-ils conçus pour être adaptés à l'âge? La personne âgée bénéficie-t-elle de technologies qui simplifient les activités quotidiennes? A-t-elle des personnes de référence qui la soutiennent socialement? La société a-t-elle une image

différenciée de la vieillesse qui tient compte des potentiels autant que des défis? Les offres des secteurs sanitaire et social sont-elles adaptées aux personnes âgées? [52] Selon les réponses, nous avons affaire à un environnement qui favorise ou entrave une vie autonome dans la vieillesse [23].

Les capacités intrinsèques et l'environnement ne sont pas indépendants les uns des autres. Au contraire: l'environnement détermine ce qu'une personne âgée avec certaines limitations fonctionnelles peut faire. Un exemple: les personnes souffrant d'arthrose sévère sont limitées dans leur mobilité. Cependant, elles peuvent toujours se déplacer dans les espaces publics et poursuivre des activités quotidiennes telles que faire du shopping si, par exemple, des transports facilement accessibles sont à leur disposition [23]. Autre exemple: grâce aux services de transport et aux itinéraires sans obstacle, les personnes avec un handicap physique peuvent également participer à des offres de promotion de la santé. **Les ressources présentes dans l'environnement peuvent, dans une certaine mesure, compenser la diminution des ressources personnelles** (voir figure 5).

FIGURE 4

Les trois composantes d'un vieillissement en bonne santé



Source: [52]

3.3 Objectifs de la promotion de la santé chez les personnes âgées

La plupart des déterminants de santé mentionnés dans la section 3.2 peuvent être influencés [52]. Cela signifie que les individus peuvent agir pour être en bonne santé (plus longtemps) et indépendants dans la vieillesse. De la même manière, la société peut contribuer à ce que les personnes vieillissent en bonne santé. Afin d'obtenir le plus grand effet possible, la promotion de la santé combine idéalement des mesures au niveau individuel et environnemental (**niveau comportemental et structurel**).

Au niveau individuel, il s'agit de **transmettre des connaissances, de conseiller, de renforcer les ressources et les compétences** (par exemple les compétences de santé), **de motiver et de soutenir les comportements favorables à la santé**. Cela renforce la capacité individuelle d'une personne âgée à prendre des décisions conscientes qui favorisent sa propre santé et sa qualité de vie.

Au niveau de l'environnement, il s'agit de créer **des conditions de vie favorables à la santé, adaptées à l'âge et sûres, ainsi qu'un contexte social favorable**. Nous y parvenons notamment grâce à des mesures dans les domaines des transports publics, du logement, de l'urbanisme, des soins et de l'accompagnement ainsi que de l'intégration sociale et des valeurs. Un large éventail de mesures concrètes est possible: nous pouvons créer des opportunités de participation sociale, concevoir des espaces publics adaptés à l'âge et ainsi promouvoir une mobilité sûre ou contribuer à une image différenciée de la vieillesse dans la société. Tout cela crée un environnement dans lequel les décisions et les comportements favorables à la santé deviennent plus faciles. Selon la devise: **faire du choix sain un choix simple**. Aux deux niveaux, les mesures contribuent à l'objectif central de la promotion de la santé: «permettre à toutes les personnes d'avoir un degré plus élevé d'autodétermination sur leur santé et ainsi leur permettre de renforcer leur santé» [58]. L'empowerment des individus et des groupes et le «renforcement des possibilités d'épanouissement en matière de santé» [59] de tou-te-s sont donc au cœur du projet.

Ce qui signifie qu'en Suisse, la promotion de la santé n'est pas axée sur l'augmentation de l'espérance de vie absolue. Il s'agit plutôt de **permettre au plus grand nombre de vivre en bonne santé, dans le bien-être, l'autonomie et chez soi jusqu'à la vieillesse**.

Ainsi, la promotion de la santé contribue à améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Il soutient les personnes âgées dans ce qui leur tient à cœur (voir 3.4). Et elle contribue à réduire le besoin de soins et à freiner l'évolution des coûts de santé (voir chapitre 4).

3.4 Planification et priorisation de la promotion de la santé chez les personnes âgées

Comment renforcer les «opportunités de développement de la santé» des personnes âgées? Dans quels thèmes est-il particulièrement important de

s'impliquer afin de favoriser leur santé et leur qualité de vie? La pratique nous a appris que les programmes et les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont orientés à la fois vers les besoins objectifs d'un point de vue spécialisé et vers les besoins subjectifs du groupe cible.

Besoins du point de vue de la santé publique

Il s'agit de la charge de morbidité, c'est-à-dire des maladies et limitations les plus importantes chez les personnes âgées, ainsi que des facteurs de risque et de protection qui influencent la charge de morbidité. Cette perspective montre quelles ressources doivent être renforcées et quelles contraintes doivent être réduites en priorité. L'examen de la charge de morbidité répond à la question «où l'engagement est-il particulièrement intéressant pour augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé et réduire les coûts de santé?».

Le [tableau 4](#) montre les **quinze problèmes de santé les plus courants chez les personnes âgées** et leur contribution à la charge de morbidité³ chez les personnes de plus de 55 ans en Suisse [60]. Près de 90% de la charge de morbidité chez les personnes âgées est due aux maladies non transmissibles (MNT) (y compris les maladies psychiques, qui représentent 4,3%) [61].

Pour les principales **MNT physiques**, des facteurs de risque communs peuvent être identifiés et divisés en facteurs liés au mode de vie et aux facteurs physiologiques [62]:

- Les **facteurs de risque liés au mode de vie** les plus importants sont le manque d'activité physique, la consommation excessive de tabac et d'alcool et une alimentation déséquilibrée.
- Les **facteurs de risque physiologiques** primaires comprennent l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids/l'obésité et l'hyperglycémie (diabète). Ces facteurs de risque peuvent être héréditaires, mais résultent principalement d'un mode de vie défavorable. Ils sont donc influencés par les facteurs de risque liés au mode de vie mentionnés ci-dessus.

³ Basé sur les études «Fardeau mondial de la maladie» [382] la charge de morbidité est calculée ici en utilisant les «années de vie ajustées sur l'incapacité» (DALY). Les DALY sont la somme des années de vie perdues prématurément et des années de vie passées avec une incapacité (ces dernières pondérées par la gravité de l'incapacité). Les DALY sont également appelées «années de vie en bonne santé perdues».

TABLEAU 4

Charge de morbidité chez les personnes de plus de 55 ans en Suisse en 2019

- Maladies transmissibles
- Maladies non transmissibles
- Blessures

1	Les tumeurs (en particulier le cancer)	22,9%
2	Les maladies cardiovasculaires	19,9%
3	Les troubles musculosquelettiques/troubles du système musculosquelettique	10,0%
4	Les maladies neurologiques (en particulier Alzheimer et autres démences)	7,7%
5	Les blessures accidentelles (en particulier les chutes)	6,5%
6	Le diabète et les maladies rénales	5,9%
7	Autres MNT	4,9%
8	Affections chroniques des voies respiratoires	4,8%
9	Les maladies psychiques	4,3%
10	Les maladies digestives (en particulier la cirrhose et d'autres maladies du foie)	3,2%
11	Les maladies des organes des sens (en particulier la perte de l'ouïe et de la vue)	3,0%
12	Les maladies de la peau	1,5%
13	Les infections respiratoires	1,5%
14	L'automutilation et les violences interpersonnelles	1,0%
15	La toxicomanie (en particulier l'alcoolisme et les drogues)	0,9%

Source: [60]

La promotion d'une activité physique suffisante, d'une alimentation équilibrée et la prévention du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool sont donc particulièrement adaptées au maintien ou à l'amélioration de la santé des personnes âgées. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime même qu'au moins 80% de toutes les maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies du diabète ainsi que 40% des maladies cancéreuses pourraient être évitées par des mesures dans ces quatre domaines [63].

Sur le plan de la **santé psychique**, les facteurs de risque suivants doivent être pris en compte:

- des **facteurs de risque internes** tels qu'une faible attente d'efficacité personnelle, de faibles

capacités de réflexion et de régulation personnelles ou une image négative de soi,

- des **facteurs de risque externes** tels que les événements de vie critiques (p. ex. le veuvage) et les transitions entre les phases de vie (p. ex. la retraite), la solitude et l'absence de possibilités d'un engagement porteur de sens [64-66].

La promotion spécifique de la santé psychique repose sur le renforcement des ressources internes et externes. Ceci comprend les compétences de vie (telles que les compétences de communication et de réflexion individuelle), l'attente d'auto-efficacité, le soutien social et les opportunités d'activités porteuses de sens.

La **santé physique et psychique sont inextricablement liées**. Les mesures physiques (plus d'activité physique, une alimentation plus équilibrée) ont donc aussi un impact positif sur la santé psychique. Inversement, les mesures de promotion de la santé psychique ont souvent aussi un effet sur le corps. Il est aujourd'hui prouvé qu'il existe des liens significatifs entre les facteurs de risques psychosociaux (stress, manque de sommeil, isolement social et manque de repos) et la survenue des MNT (voir [chapitre 10](#)) [67].

Les besoins des personnes âgées

Afin de développer des mesures attractives et efficaces, le point de vue des personnes âgées est essentiel. Que signifient santé et qualité de vie pour les personnes âgées? Quels sont leurs objectifs et leurs préoccupations? Dans quels domaines souhaitent-elles être accompagnées?

La pratique nous montre deux choses: premièrement, les besoins des personnes âgées ne coïncident pas nécessairement avec la perception qu'ont leurs proches et les professionnel-le-s de ce qui constitue la santé et la qualité de vie dans la vieillesse.

Deuxièmement, **les besoins de santé liés à la vieillesse peuvent difficilement être standardisés**. Les concepts de santé et de qualité de vie sont aussi variés que les personnes âgées elles-mêmes (voir 2.2). Ils ne sont pas seulement enracinés dans la personnalité individuelle, mais sont généralement aussi façonnés par des facteurs socioculturels. De plus, les besoins ne sont pas nécessairement stables, mais changent souvent en fonction de la situation de vie actuelle et de l'état de santé [68, 69].



Définition 2

La qualité de vie comme concept

La qualité de vie résulte de l'interaction entre la personne et son environnement [389], c'est-à-dire que ce sont les conditions de vie objectives et les perceptions subjectives qui contribuent à la qualité de vie [8].

La qualité de vie est la plus élevée «lorsqu'une personne a autant d'occasions que possible de faire des choses qui sont importantes pour elle et qui contribuent à ses propres objectifs» [390]. Cette capacité à façonner sa propre vie quotidienne selon ses propres souhaits et à faire face de manière autonome a souvent un impact plus important sur la qualité de vie que la présence de maladies individuelles [53].

En conséquence, tout le monde ne ressent par exemple pas le besoin d'avoir un réseau social étendu pour être heureux [68].

Dans ce qui suit, aucune liste générale et hiérarchique des besoins ne peut être proposée. Au lieu de cela, les domaines dans lesquels la promotion de la santé peut généralement soutenir les personnes âgées sont indiqués.

Une revue systématique a analysé 48 études et élaboré une synthèse de ce que les personnes âgées considèrent comme important dans la vie [70]. Les propos des personnes âgées ont été condensés en neuf dimensions de la qualité de vie, souvent étroitement liées:

- **La santé:** qui comprend se sentir en bonne santé et ne pas être limité-e par des maladies physiques, psychiques et cognitives.
- **Avoir un rôle et des activités propres:** faire des activités qui vous apportent de la joie et du sens; disposer de son temps de manière autonome; se sentir partie prenante de la société, contribuer et faire une différence (avoir de la valeur).
- **Les relations:** avoir des relations étroites qui vous permettent de vous sentir soutenu-e, d'avoir un sentiment d'appartenance, d'être aimé-e et valorisé-e. Les personnes âgées ne veulent pas seulement recevoir de l'aide, elles veulent aussi en offrir (réciprocité). Si une relation est perçue comme unilatérale, les personnes âgées peuvent avoir du mal à solliciter et à accepter un soutien.

- **L'autonomie:** pouvoir se débrouiller seul-e; conserver sa dignité; ne pas se sentir comme un fardeau; pouvoir faire et décider ce que l'on veut.
- **L'état d'esprit et la capacité d'adaptation:** cultiver une vision positive de sa vie; cela signifie avoir confiance et accepter la réalité, mais aussi la capacité à adapter ses habitudes et son comportement aux circonstances en cours.
- **Le bien-être émotionnel:** être en harmonie avec soi-même et le monde; ne pas se perdre dans l'inquiétude; ne pas être hanté par les expériences passées; ne pas souffrir de solitude.
- **Chez-soi et le voisinage:** vivre dans sa propre maison aussi longtemps que possible; se sentir en sécurité chez soi; vivre dans un quartier agréable et adapté à l'âge; se déplacer de manière autonome dans l'espace public et pouvoir atteindre les lieux importants.
- **La sécurité financière:** ne pas se sentir limité-e par sa propre situation financière; satisfaire les besoins de base et profiter de la vie.
- **La spiritualité:** être connecté-e à ses croyances; évoluer; faire l'expérience de la contemplation intérieure.

La santé est souvent considérée comme revêtant une importance particulière car elle affecte de nombreuses autres dimensions de la qualité de vie et, plus particulièrement, rend possible la vie autonome [70].

Comme indiqué dans l'introduction, ces neuf dimensions gagnent ou perdent de l'importance selon la situation de vie en cours de la personne concernée. Chez les **personnes d'âge avancé**, de nombreux besoins restent stables (notamment le désir de pouvoir vivre de manière autonome et dans son propre logement), tandis que d'autres changent ou varient en importance [71]: la «bonne santé» reste importante, mais plus dans le sens d'absence de douleur que d'absence de maladie. De plus, les aspects sociaux et cognitifs semblent devenir plus importants que la santé physique [71].

Avec l'apparition de **multimorbidité**, des besoins peuvent aussi s'ajouter ou prendre un sens différent. Les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus veulent souvent des informations plus compréhensibles sur leur état de santé et les options de traitement. Elles veulent également des services et des offres mieux coordonnés. Parce

que les situations de santé complexes rendent souvent la participation sociale difficile, la promotion du soutien social et des compétences de vie est souvent particulièrement importante pour les personnes multimorbides [69, 72].

Enfin, la **prise en charge de proches** peut entraîner des besoins distincts. Dans une étude suisse, les proches aidant-e-s âgés de plus de 65 ans accordent la priorité aux formes de soutien suivantes [73]: l'aide d'urgence si vous tombez vous-même malade; service d'accompagnement et de voiturage de la personne aidée; des groupes d'entraide pour parler aux personnes dans une situation similaire; relais pour pouvoir se reposer.

Il est conseillé de sonder les besoins et les objectifs individuels aussi précisément que possible et de les mettre en avant dans les mesures. Cela rend les projets plus attractifs et la participation à plus long terme est plus probable.

Thèmes d'intervention des PAC

Conformément à la demande et aux besoins, les programmes d'action cantonaux (PAC) et le présent rapport portent sur les thèmes suivants:

- Encouragement aux activités physiques (dont la prévention des chutes)
- Promotion d'une alimentation équilibrée
- Promotion de la santé psychique

Grâce à des mesures dans ces trois domaines, le plus grand bénéfice possible pour la santé, la qualité de vie et l'autonomie dans la vieillesse peut être obtenu avec des moyens généralement limités. L'accent mis sur ces trois thèmes, qui se distinguent de l'engagement d'autres acteurs, impliqués notamment dans la prévention du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool depuis des années.

3.5 Intégration de la promotion de la santé, de la prévention et des soins

Les mesures mentionnées ci-dessus, la promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée et de la santé psychique, apportent une contribution décisive à la santé et à la qualité de vie des personnes âgées. Cependant, elles seules ne suffisent pas à atteindre cet objectif.

Bases pour une perspective intégrée

À mesure que nous vieillissons, les problèmes de santé ont tendance à devenir plus chroniques et complexes [74]. La moitié des personnes de plus de 65 ans en Suisse souffrent d'au moins une maladie chronique; la tendance est à la hausse avec l'âge de ces personnes (voir 2.3). Les personnes atteintes de maladies chroniques dépendent souvent de soins car, en plus de profiter des ressources, elles souhaitent également ralentir la progression des maladies et éviter les maladies secondaires [57]. La promotion de la santé, la prévention et les soins ont souvent lieu simultanément chez les personnes d'âge avancé et sont étroitement liés.

Les maladies non transmissibles (MNT) illustrent l'importance d'une perspective intégrée. Les principaux facteurs de risque des MNT peuvent être significativement réduits grâce à la promotion de la santé (plus d'activité physique et une alimentation équilibrée, ne pas fumer et moins consommer d'alcool). Ces mesures font une grande différence, mais elles ne préviendront jamais toutes les MNT. Afin d'agir rapidement et de manière optimale, les MNT et leurs facteurs de risque physiologiques doivent être identifiés et traités précocement. Dans les soins, par exemple, il existe des mesures pour la détection précoce des types courants de cancer (tels que le cancer du sein, de la prostate et du côlon).

Un cadre conceptuel

La promotion de la santé, la prévention et les soins ne se complètent pas seulement, ils **renforcent mutuellement l'efficacité et l'impact de leur travail respectif**.

L'OMS a développé un cadre conceptuel pour faciliter la réflexion et la planification du lien entre la promotion de la santé, la prévention et les soins chez les personnes âgées [52]. Ce cadre est illustré à la [figure 5](#). Le modèle présente notamment un double avantage:

Tout d'abord, il établit un objectif global et commun, qui est **le maintien et le renforcement de la capacité fonctionnelle des personnes âgées**, c'est-à-dire le cœur d'une compréhension de la santé adaptée à l'âge (voir 5.2 et 5.4).

Deuxièmement, le modèle illustre comment **les ressources de l'environnement peuvent compenser la diminution des ressources personnelles** (voir 3.2). Plus nos ressources personnelles

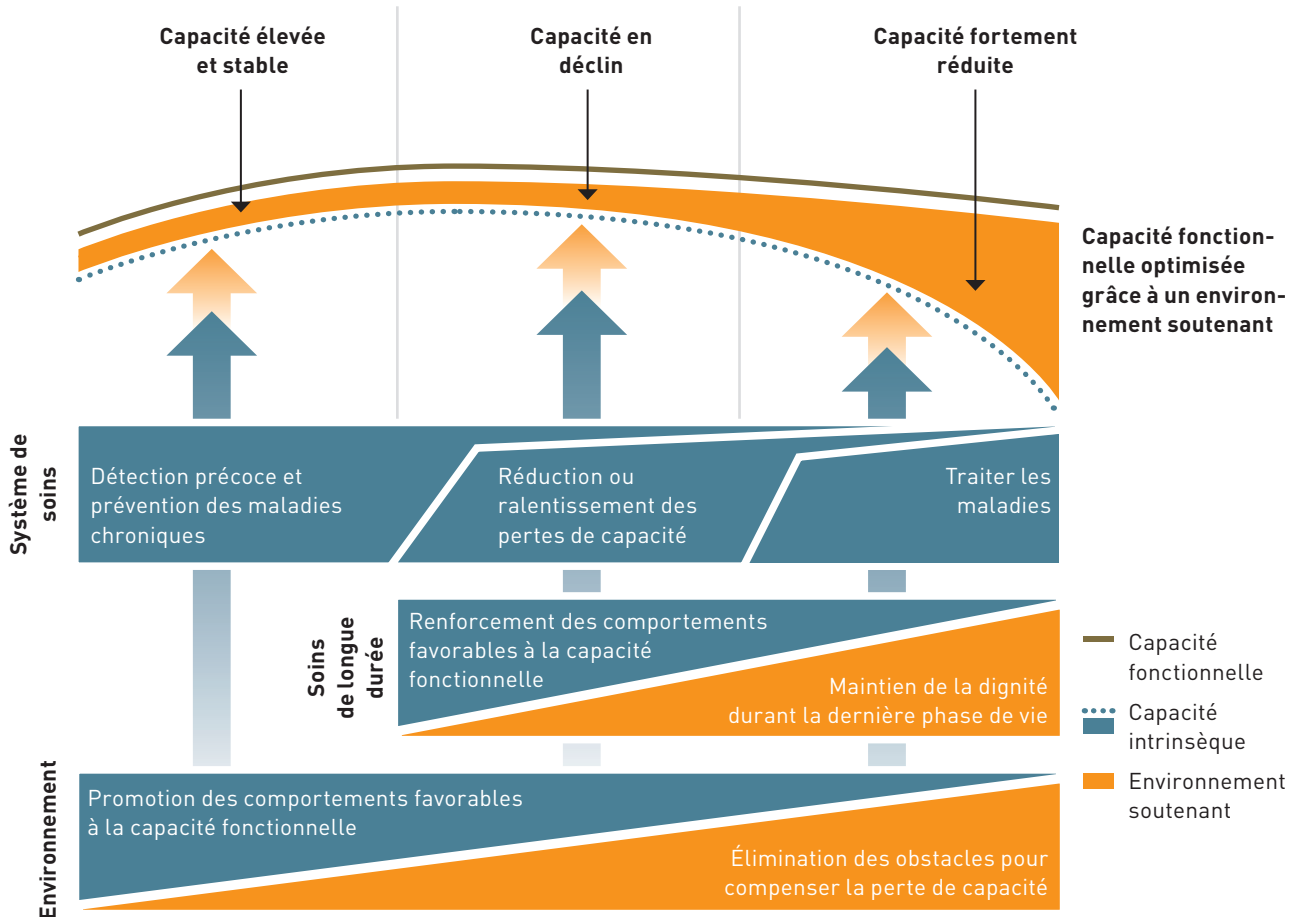
diminuent, plus il nous est souvent difficile de faire et d'être ce que nous apprécions. Dans le modèle, cela est représenté comme un écart croissant entre l'objectif (capacité fonctionnelle) et la capacité à l'atteindre (capacité intrinsèque). La zone orange illustre comment un environnement favorable peut combler cet écart et ainsi aider à maintenir la capacité fonctionnelle des personnes âgées. Un exemple: la mobilité autonome est toujours possible grâce à des trottoirs sans obstacle, même si votre propre sécurité de marche diminue.

Le modèle identifie les **points de départ pour le travail de l'ensemble du système de santé**, qui se déclinent selon les domaines d'action prioritaires suivants:

- 1) Alignement des systèmes de santé sur les besoins des personnes âgées
- 2) Développement de systèmes de soins de longue durée
- 3) Création d'un milieu de vie adapté aux personnes âgées

FIGURE 5

Parcours de vieillissement en bonne santé



Source: [52]

Selon l'état de santé d'une personne âgée, d'autres points de départ seront mis au premier plan. Le modèle distingue donc différents parcours de vieillissement: les parcours avec une capacité élevée et stable, ceux avec une capacité décroissante et ceux avec des pertes de capacité importantes.

La promotion de la santé, la prévention et les soins ont des points de départ distincts. Leurs activités principales et leurs groupes cibles peuvent se chevaucher dans une certaine mesure, mais tendent à se définir comme suit **dans le modèle** (voir [75]):

La promotion de la santé pose la question «qu'est-ce qui maintient les personnes âgées en bonne santé et indépendantes?» et s'oriente ainsi vers l'approche salutogénique. Elle vise à renforcer les ressources personnelles et un comportement sain ainsi qu'à améliorer les conditions de vie. Elle se situe donc plutôt à l'extrême gauche et s'étend légèrement jusqu'au centre. Elle s'adresse ainsi en premier lieu aux personnes ayant des capacités stables et élevées et secondairement aux personnes âgées avec des capacités en déclin. La promotion de la santé chevauche en partie la prévention primaire [76].

La prévention dans le domaine des soins (PDS) est située au milieu et s'étend sur les deux bords. Elle se concentre sur la prévention secondaire, c'est-à-dire sur la détection précoce, la limitation et le retardement des maladies [77]. Si une maladie est déjà déclarée, la PDS sert également de prévention tertiaire. Elle aide donc à prévenir la progression des maladies, à atténuer les dommages consécutifs, à prévenir les rechutes et à restaurer la fonctionnalité et la qualité de vie [76].

Les soins curatifs, les soins de longue durée et la réadaptation s'étendent du centre vers le bord droit. Ils sont entre autres utilisés pour traiter des maladies avancées, accompagner les personnes dans la dernière phase de leur vie et visent à promouvoir la dignité.

Du bord gauche au bord droit du modèle, et par conséquent dans la promotion de la santé, dans la prévention et dans les soins, il est important de renforcer les ressources. Le modèle à deux continuités de Keyes (voir 9.1) sensibilise au fait qu'il est logique de renforcer les ressources et le bien-être indépendamment des maladies et des plaintes. Cela s'applique également aux phases de maladie, à la vieillesse fragile et à la fin de vie.

3.6 Cadre et acteurs

La promotion de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées ne relève pas d'un seul domaine politique. Au contraire: **de nombreux acteurs professionnels et de la société civile influencent la santé des personnes âgées** (figure 6). Le Conseil de l'Union européenne demande donc que le vieillissement et les personnes âgées soient pris en compte dans tous les domaines de la politique publique [78]. La mise en place de partenariats intersectoriels et transdisciplinaires et la coordination des mesures font partie des recommandations fondamentales pour la promotion de la santé chez les personnes âgées. Cette coopération vise notamment à atteindre les objectifs suivants:

- La mise en réseau des acteurs
- L'échange d'expérience
- La mutualisation des connaissances et des compétences
- L'articulation des activités et l'exploitation des synergies
- L'optimisation des plateformes existantes

La **mise en réseau devrait commencer au niveau local**, car une grande partie de la vie des personnes âgées se déroule au sein d'une commune (voir ci-dessous). Afin d'utiliser au mieux les ressources et les compétences de tous les acteurs impliqués, une coopération participative dans les domaines de la vieillesse et de la santé doit être assurée dès le départ. Cela inclut explicitement les personnes âgées elles-mêmes.

La collaboration et la répartition des rôles

Avec qui existe-t-il une opportunité concrète de collaboration? Dans la pratique, les différents acteurs n'assument pas toujours les mêmes rôles. En 2015, Promotion Santé Suisse a demandé aux cantons comment les tâches dans la promotion de la santé chez les personnes âgées étaient réparties chez eux [8]. La figure 6 montre quels rôles sont assumés par quels types d'acteurs. Il convient de noter: en principe, n'importe quel type d'acteur peut assumer presque n'importe quel rôle; ce sont les rôles qu'un type d'acteur assume le plus fréquemment qui sont indiqués ici. Les exemples concrets sont choisis à titre d'illustration et ne constituent pas une liste exhaustive.

FIGURE 6

Partenaires de coopération dans la promotion de la santé chez les personnes âgées (avec leurs rôles courants)

Source: propre représentation



Les facteurs contribuant à une bonne collaboration

Les participant-e-s à la Journée de mise en réseau PAC 2021 ont échangé sur ce qui facilite pour elles/eux la collaboration interdisciplinaire. Pour un grand nombre de professionnel-le-s du domaine, les facteurs suivants sont particulièrement importants:

- Privilégier les objectifs communs
- Penser du point de vue des personnes âgées et s'orienter à leurs besoins
- Communication claire et ouverte
- Confiance mutuelle
- Approche participative
- Clarifier les rôles, les mandats et les processus
- Faire connaître sa marge de manœuvre afin d'avoir des attentes réalistes
- Curiosité quant à la façon dont les autres peuvent vous aider à atteindre vos propres objectifs
- Les réunions de réseau comme plateforme importante d'échange et de mise en réseau

Vous trouverez d'autres facteurs de succès pour la coopération des nombreux acteurs dans la brochure [La promotion de la santé chez les personnes âgées, de réels bénéfices! Arguments et champs d'action pour les communes et villes.](#)

Les **administrations communales** sont principalement actives dans la planification, la coordination et le financement des mesures. Dans la pratique, cela illustre que l'ancrage stratégique et politique de la promotion de la santé chez les personnes âgées dans les collectivités est un facteur de succès décisif.

Les **cantons** et la **Confédération** jouent un rôle clé dans le (co-)financement et le développement de la stratégie. Certains cantons assument un rôle de coordination et soutiennent les communes dans la mise en œuvre de leurs mesures.

Des **organisations non gouvernementales** comme Pro Senectute, Caritas, la Croix-Rouge suisse (CRS) et les ligues régionales de santé jouent un rôle important dans la promotion de la santé chez les personnes âgées. Leur tâche principale est de concevoir et de mettre en œuvre des mesures. Beaucoup assument également des tâches de coordination.

Les **professionnel-le-s de la médecine et de la santé** ont souvent un accès privilégié aux personnes âgées et peuvent ainsi enseigner des compétences en santé et encourager des changements de comportement favorables à la santé.

En plus des professionnel-le-s de la santé, les **familles** et les **contacts personnels** sont les personnes qu'on va solliciter en cas de difficultés. Ils sont donc importants pour l'accès aux personnes âgées et la mise en œuvre de mesures [79].

Les **acteurs de la société civile** tels que les **réseaux de personnes âgées** sont d'autres figures incontournables, non seulement dans la mise en œuvre, mais aussi dans la conception des mesures.



Exemple pratique en Suisse

Avec le Réseau Seniors Vernier (RSV), la commune de Vernier propose des prestations qui vont vers les gens et les soutiennent dans leur vie quotidienne. Le RSV se déplace à domicile par l'intermédiaire de sa coordinatrice qui fait une analyse de situation. Puis tel un chef d'orchestre, elle contacte son réseau de partenaires (p. ex. le médecin traitant, les voisins, les soins à domicile, les HUG, les EMS, la Croix-Rouge genevoise, Caritas, Pro Senectute, les bibliothèques, les associations d'âiné-e-s) pour mettre en lien la personne âgée et la prestation et ainsi proposer une réponse aux besoins exprimés.

Le label «[Commune en santé](#)» sert à sensibiliser les communes au thème de la promotion de la santé et à promouvoir leur engagement dans ce domaine.

Le cadre de la commune est décisif

La promotion de la santé est basée sur l'approche du cadre. Celle-ci considère les personnes comme faisant partie des systèmes socio-spatiaux dans lesquels elles vivent, travaillent, apprennent et vieillissent. Lesdits settings ont un impact significatif sur la santé des gens [80]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) écrit à ce sujet: «la santé est créée et vécue par les gens dans leur environnement quotidien» [58].

Contrairement à la promotion de la santé auprès des enfants et des adolescent-e-s, qui est fortement impliquée à la maternelle et à l'école, il n'y a pratiquement pas de cadres institutionnalisés et de voies d'accès pour la promotion de la santé chez les personnes âgées [57].

La commune est généralement considérée comme le cadre central pour la promotion de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Parce que c'est l'endroit où les personnes âgées vivent au quotidien, poursuivent leurs intérêts et prennent des décisions qui affectent leur santé.

Cet espace de vie «en commun» comprend le voisinage immédiat, le logement, la famille, les salles de rencontre et les structures de jour, les centres de conseil et autres équipements sociaux et de santé ainsi que les clubs, communautés et organisations religieuses. Ces différents settings au sein de la commune posent le cadre d'intervention de la promotion de la santé.

3.7 Gestion des impacts: monitoring et évaluation

Les personnes âgées et leur santé ont fait l'objet d'une attention croissante ces dernières années. Malgré cela, **des données importantes manquent encore** au sujet du vieillissement en bonne santé [52]. Cela contribue à «l'invisibilité des personnes âgées» (et surtout des personnes très âgées) ainsi qu'à d'importantes lacunes dans les connaissances [52, 74].

Pour faire de nouveaux progrès dans le vieillissement en bonne santé, il faut investir davantage dans les données. «Améliorer la mesure, le monitoring et la compréhension» est l'une des mesures clés pour promouvoir la santé et la qualité de vie des personnes âgées.

La gestion des impacts est également importante car la promotion de la santé est largement financée par l'État. **L'objectif de la gestion des impacts** est de [8]:

- soutenir les processus d'apprentissage,
- légitimer les activités et l'utilisation des ressources,
- faciliter le contrôle – en fournissant des informations sur les services rendus, la réalisation des objectifs et les évolutions dans les domaines.

Les évaluations et le monitoring servent à examiner de manière critique ses propres interventions et à tirer des enseignements de ses expériences.

Lors du lancement, de la coordination et de l'évaluation des programmes et des projets, il est important de savoir quels objectifs doivent être atteints et au moyen de quelles mesures. Pour ce faire, Promotion Santé Suisse élabore des **modèles d'impact** pour ses projets et programmes, d'après lesquels elle oriente ses activités de monitoring et d'évaluation.

Les modèles d'impact montrent essentiellement quelles mesures sont mises en œuvre dans un projet et par quels chemins et objectifs intermédiaires les impacts souhaités doivent être atteints. Ils illustrent et expliquent ainsi les relations (intentées) de cause à effet qui forment la base d'un projet ou d'un programme et créent ainsi la base permettant d'évaluer l'efficacité d'un programme. Grâce à un tel modèle, on peut également communiquer rapidement avec les personnes concernées et impliquées sur la logique d'action et l'importance de chaque mesure.



Le projet pilote fictif «Bewegung im Quartier» [81] permet d'illustrer le modèle d'impact. Le modèle montre avec quels moyens (input) par quel chemin (mise en œuvre) et avec quelles prestations (output) quel impact (outcome) doit être obtenu auprès de qui (figure 7). Enfin, une réflexion est menée sur l'imbrication de ce projet avec un programme plus général, en montrant comment le projet contribue aux objectifs d'un programme d'action cantonal pour les personnes âgées (impact).

Le modèle indique clairement que les impacts peuvent se produire à différents niveaux. Ce n'est pas seulement l'impact sur la santé des personnes âgées qui est intéressant, mais aussi les impacts en amont. Si, par exemple, un parcours d'activité physique est fréquemment utilisé ou si les responsables des communes s'engagent sur le sujet suite à une information et à une sensibilisation, ce sont des étapes intermédiaires importantes dans des chaînes d'impacts plus longues.

Outils et aides à la pratique

Promotion Santé Suisse fournit des informations, des outils et des prestations pour soutenir les cantons et les partenaires de projet dans la planification, la révision et le développement de l'efficacité et de la qualité des projets et programmes.

Sur quint-essenz.ch, d'importantes bases sont décrites. Sur le [site web de Promotion Santé Suisse](#) il existe des modèles d'impact et un outil, avec lequel on peut créer ses propres modèles en ligne.

- Document de travail 46: [Évaluation de l'impact des interventions](#)
- Feuille d'information 26: [Promotion de la santé et prévention: évaluer l'efficacité des mesures](#)
- Document de travail 42: [Démontrer et optimiser les impacts de la promotion de la santé](#)



Informations complémentaires sur la promotion de la santé chez les personnes âgées

Bases générales:

- Brochure [La promotion de la santé des personnes âgées – de réels bénéfices! Arguments et champs d'action pour les communes et villes](#)
- Document de travail 60: [L'application des approches comportementales aux mesures gouvernementales](#)
- Document de travail 48: [La participation en matière de promotion de la santé](#)
- Brochure de l'OFSP [Guide d'économie comportementale: Comprendre et gérer les comportements](#)

Pandémie de coronavirus:

- Promotion de la santé chez les personnes âgées dans le contexte du Covid-19: [Situation et expériences | Recommandations et exemples pratiques](#)

- Document de travail 56: [Impact de la pandémie de coronavirus sur la promotion de la santé](#)
- Document de travail 52: [Effets de la pandémie du coronavirus sur le stress et les ressources liées à la santé de la population.](#)

Aides à la mise en place au niveau communal:

- [Conseils de santé aux personnes âgées](#)
- [Manifestations et cours sur la promotion de la santé des personnes âgées](#)
- [Créer des réseaux communautaires pour les personnes âgées](#)
- Radars réseau: [Un guide pour développer des réseaux](#)
- Liste de contrôle [Participation des médecins de famille](#)

FIGURE 7

Modèle d'impact d'un projet pilote fictif «Bewegung im Quartier»

● Prévention comportementale directe ● Effets visés à long terme au niveau Impact



Source: [81]

4 Bénéfices de la promotion de la santé chez les personnes âgées

Les personnes âgées ne tombent pas nécessairement malade et n'ont pas forcément besoin de soins, car elles peuvent avoir un impact sur leur santé jusqu'à un âge avancé [57]. Les déterminants de santé qui peuvent être influencés incluent, par exemple, son propre comportement, ses ressources personnelles, ses conditions de vie et le système de santé [57]. Les mesures de promotion de la santé au niveau comportemental et structurel ont donc une efficacité significative (voir encadré).



La promotion de la santé chez les personnes âgées a un impact

Le comportement et les conditions de vie tout au long de la vie façonnent la santé des personnes âgées (voir chapitre 5). Mais même à un âge avancé, nous pouvons encore influencer dans quelle mesure nous vieillissons en bonne santé et de façon autonome. Les changements de mode de vie et d'environnement peuvent prévenir ou du moins influencer positivement les maladies non transmissibles (MNT). Des exercices ciblés réduisent considérablement le risque de chute. Il est également possible de stabiliser et de promouvoir efficacement la santé psychique des personnes âgées. Les chapitres 7 à 9 apportent la preuve de l'efficacité de la promotion de la santé chez les personnes âgées.

Pour une discussion générale sur l'efficacité et l'utilité de la promotion de la santé, voir l'[argumentaire Promotion de la santé et prévention](#) (avec infographies et vidéos).

Bonne santé: un atout pour les personnes âgées et leurs familles

Pour les personnes âgées elles-mêmes, une meilleure santé signifie un grand gain de qualité de vie et

de bien-être. Elles peuvent, entre autre, vivre plus longtemps de façon autonome et à leur domicile, participer à la vie sociale, s'impliquer dans la société et poursuivre des activités qui leur tiennent à cœur (voir 3.4).

La promotion de la santé bénéficie également à leurs familles. En effet, plus les personnes âgées vivent de manière indépendante, moins elles requièrent les soins de leurs proches. Les femmes, en particulier, s'en voient soulagées [23]. La santé des proches aidant-e-s est, ce faisant, protégée et leur insertion sur le marché du travail facilitée, ce qui a un effet positif sur leur qualité de vie.

Les personnes âgées sont une ressource sociale indispensable

De nombreuses personnes âgées sont désormais engagées dans leur environnement personnel et social avec compétence, connaissances et expérience. Les personnes atteintes de maladies et de troubles physiques ou psychiques peuvent également apporter une contribution précieuse à la société. Cependant, un tel engagement est généralement plus facile quand on est en bonne santé. En ce sens, la promotion de la santé renforce la capacité des personnes âgées à continuer à s'impliquer dans la société.

En Suisse en 2016⁴, plus de 53% des personnes âgées de 65 à 74 ans ont déclaré s'engager dans le bénévolat [82]. Aucun autre groupe d'âge n'en fait autant. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, cette proportion se situe encore autour de 30%. Le volontariat informel est deux fois plus courant que le volontariat institutionnalisé.

- 22% des personnes âgées de 65 à 74 ans et environ 11% des personnes âgées de 75 ans et plus sont engagées dans un travail bénévole institutionnalisé (travail non rémunéré pour une organisation, une association ou une institution publiques) [82, 83].

⁴ Pendant la pandémie de coronavirus, la proportion de personnes qui se sont portées volontaires a diminué dans certains groupes d'âge [82]. Les données de la dernière enquête avant l'épidémie (2016), plutôt que les chiffres de 2020, sont utilisés afin d'éviter cet effet lié au coronavirus.

- Plus de 43% des personnes âgées de 65 à 74 ans et environ 23% des 75 ans et plus déclarent faire du bénévolat informel (soutien non rémunéré, sur initiative personnelle, à des personnes qui ne vivent pas sous le même toit) [82, 83]. Cela n'inclut pas les personnes âgées qui s'occupent d'une personne dans le même foyer (p.ex. leur partenaire).

L'engagement dans son propre foyer et à l'extérieur a plusieurs visages: les personnes âgées s'occupent de leurs proches, aident ami-e-s et voisin-e-s, gardent leurs petits-enfants, sont des mentors pour les plus jeunes et s'impliquent dans l'aide aux réfugié-e-s et dans des associations environnementales [84]. De plus, 80% des 55 à 74 ans donnent régulièrement de l'argent à des causes sociales ou caritatives [84]. Les personnes âgées contribuent également à l'économie nationale en tant que con-



Le bénévolat en période de coronavirus

Le bénévolat dans certains groupes d'âge a diminué pendant la pandémie. En raison des risques accrus, cette diminution était plus prononcée dans la population âgée. En Suisse, l'engagement volontaire des 65 à 74 ans est passé de plus de 53% en 2016 à près de 45% en 2020 [82]. Néanmoins, ces chiffres montrent que les personnes âgées ont également apporté une contribution importante à la société pendant la pandémie, malgré les risques accrus et la recommandation de s'isoler.

Une étude allemande a spécifiquement analysé la garde des petits-enfants pendant la pandémie et a prouvé que: la part de grands-parents s'occupant de leurs petits-enfants est restée largement stable, tout comme le temps consacré à la garde [391]. Cela à une époque où le contact avec les petits-enfants était déconseillé mais où, les jardins d'enfants et les écoles étant souvent fermés, de nombreux parents qui travaillaient avaient un besoin urgent d'aide pour la garde des enfants. L'auteure principale de l'étude conclut donc: «les personnes âgées ne constituent pas seulement un groupe à risque vulnérable, elles contribuent aussi activement à la gestion des crises» [392].

somatrices et parfois encore en tant qu'employées [23]. Enfin, elles jouent un rôle de plus en plus actif dans la planification et la mise en œuvre des mesures de promotion de la santé.

Elles sont donc une grande ressource sociale et apportent une contribution essentielle à la société. En outre, cette dernière devient de plus en plus importante avec le changement démographique [85]. Les gérontologues allemands Andreas Kruse et Eric Schmitt écrivent:

«La capacité d'innover [...] et la prospérité des sociétés vieillissantes, tout comme des systèmes de sécurité sociale et de retraite performants, ne peuvent être assurés sur la seule base de la productivité des jeunes générations, et les besoins et exigences d'un nombre toujours plus grand de personnes âgées ne peuvent être financés à long terme par un nombre toujours plus petit de jeunes, en renonçant aux (contre-)prestations que les générations plus âgées peuvent apporter» [85].

C'est donc une «tâche centrale du développement social» que de garantir les contributions économiques et sociales des personnes âgées, et de créer constamment pour elles de nouvelles possibilités d'implication [85], comme celles d'assumer des rôles significatifs, de ressentir un sentiment d'appartenance et de recevoir et apporter du soutien, afin de répondre aux besoins de nombreuses d'entre elles (voir 3.4).

Le potentiel économique de la promotion de la santé chez les personnes âgées

En 2019, les coûts de la santé des personnes de plus de 65 ans se sont élevés à environ 37 milliards de francs [86]. Cela correspondait à environ 45% des coûts totaux des soins. L'examen des différents types de prestations dispensées aux personnes âgées est instructif:

- 7,5 milliards de francs ont été dépensés pour les soins hospitaliers (plus de 9% des coûts totaux des soins).
- Les traitements ambulatoires ont coûté 6,5 milliards de francs (7,9% du total des dépenses de santé).
- Les coûts des soins de longue durée (hospitalisation et ambulatoire) s'élevaient à environ 12,5 milliards de francs (15% des coûts totaux des soins).
- 300 millions de francs ont été investis dans des mesures de prévention (0,36% du total des dépenses de santé).

En raison du vieillissement démographique, les coûts des soins de longue durée et des soins aux personnes âgées en particulier, ainsi que de l'assistance et du soutien, sont susceptibles d'augmenter [87-93]. La façon dont les personnes en bonne santé vieillissent est déterminante pour les coûts futurs des soins [94]. L'évolution prévue des coûts sera considérablement ralentie si l'on parvient à éviter ou à retarder l'invalidité, le besoin d'assistance ou encore les admissions à l'hôpital et en maison de retraite des personnes âgées.

Des modèles de calcul peuvent être utilisés pour évaluer l'importance du bénéfice économique si les personnes âgées restent en bonne santé le plus longtemps possible. Une étude de l'Université de St. Gall prévoit que l'augmentation du coût des soins de longue durée devrait être réduite d'environ deux tiers d'ici 2050, si la durée de vie en situation de maladie grave et de dépendance peut être diminuée. Les auteurs de l'étude concluent qu'une évolution positive de la santé des personnes âgées «peut atténuer en grande partie l'impact de la croissance et du vieillissement de la population sur le coût des soins de longue durée» [95].

Ces calculs confirment les résultats d'une étude plus ancienne de 2012, qui concluait que l'augmentation future des dépenses de santé pourrait être réduite jusqu'à 40% si les années de maladie et de

dépendance pouvaient être diminuées (voir figure 8, scénario «Compression of Morbidity» versus «Pure Ageing»). Cela devrait se traduire par des économies annuelles de plus de 10 milliards de francs à l'avenir [87, 91].

La conclusion suivante peut être tirée: investir dans la promotion de la santé chez les personnes âgées présente «de réels bénéfices» en termes de qualité de vie de ces dernières, de cohésion sociale et de société civile qui fonctionne. Les investissements dans la promotion de la santé chez les personnes âgées aujourd'hui ont le potentiel d'alléger le budget financier de demain. Ce ne sont pas seulement les communes et les cantons qui sont soulagés financièrement, mais aussi les ménages de personnes âgées. D'un point de vue économique, la promotion de la santé chez les personnes âgées gagne donc en importance au fur et à mesure du vieillissement démographique.

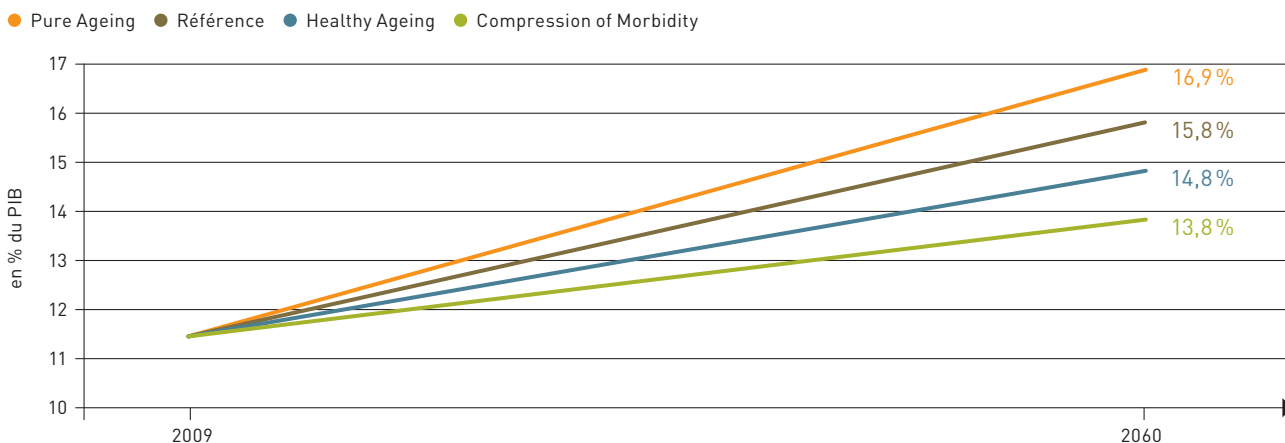


Informations complémentaires sur le rapport coût-efficacité

Le potentiel économique de promotion de la santé chez les personnes âgées est examiné plus en détail dans le rapport 5 «[Santé et qualité de vie des personnes âgées](#)».

FIGURE 8

Dépenses totales de santé



Source: propre représentation basée sur [96]

5 L'égalité des chances en matière de santé

En Suisse, les conditions d'une vie longue et en bonne santé sont meilleures que dans la plupart des autres pays. Cependant, cela ne s'applique pas à tous les groupes de population dans la même mesure. Notre disposition à naître, grandir, vivre, vieillir et mourir en bonne santé dépend considérablement de caractéristiques sociales, dans le monde comme en Suisse:

- Les personnes sans **formation** post-obligatoire sont presque trois fois plus susceptibles de souffrir de problèmes psychologiques graves que les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur [21].
- À Berne et à Lausanne, les hommes des **quartiers** socialement défavorisés décèdent près de cinq ans plus tôt que les hommes des quartiers privilégiés [97].
- Les femmes font globalement état d'une moins bonne capacité fonctionnelle que les hommes; **une différence de genre** qui augmente souvent avec l'âge [98]. À 75 ans et plus, 7,4 % des femmes sont fortement limitées dans leurs activités quotidiennes, contre 4,3 % des hommes [99].
- Près de 35 % des personnes de plus de 65 ans avec un **passé migratoire** (première génération) ne considèrent pas leur santé comme étant bonne. Ce chiffre s'élève à un peu moins de 25 % pour les personnes du même âge non issues de l'immigration [100].
- Dans de nombreux domaines (mais pas tous), les personnes **LGBTIQ** ont des chances inégales en matière de santé par rapport au reste de la population. Cela concerne notamment l'accès aux soins, la santé psychique et certains aspects de la santé physique [101]. Des études internationales montrent que les homosexuel-le-s à partir de 55 ans sont plus susceptibles d'être célibataires que les hétérosexuel-le-s (41 % contre 28 %). Cela peut conduire à un plus grand sentiment de solitude. De plus, leur contexte social est plus homogène en termes d'âge, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur la disponibilité d'un soutien dans les activités quotidiennes [102].

Ces **différences** ne sont dues ni au hasard ni à des raisons biologiques. Elles sont bien plus **la conséquence d'un modèle social clair**: les personnes socialement défavorisées souffrent plus souvent d'une mauvaise santé et ont une espérance de vie plus courte que les personnes mieux loties dans la société. Parce que ces différences sont socialement déterminées, elles sont considérées comme entièrement évitables et injustes [103, 104]. On parle donc d'inégalités en matière de santé («health inequities») [29].

Les inégalités en matière de santé appellent la société à agir. Parce que l'inégalité des chances en matière de santé contredit la conception et les principes de base de l'État suisse, elle met en danger la cohésion sociale et entraîne des surcoûts inutiles et substantiels [29]. Aucun pays ne peut donc se permettre de ne pas lutter contre l'inégalité des chances en matière de santé [105].



Coronavirus et égalité des chances

La pandémie agit comme une loupe sur les injustices de la société: plutôt que d'en créer de nouvelles, elle grossit celles existantes. Dans le domaine de la santé, c'est le principe «same script, different illness» qui s'applique: les effets du coronavirus suivent des schémas épidémiologiques communs, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation entre les caractéristiques sociales mentionnées en introduction et le degré d'affectation au coronavirus. On constate, de façon empirique, des différences d'origine sociale, notamment en ce qui concerne les indicateurs suivants:

- Contamination et gravité de l'évolution de la Covid-19 [393-395]
- Compétences en matière de santé en ce qui concerne la Covid-19 [396]
- Intérêt pour les effets des mesures de protection [397-399]
- Disposition à se faire vacciner [400-403]

Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé grâce à des mesures adaptées aux personnes concernées

La promotion de la santé et la prévention sont plus susceptibles d'atteindre les groupes de statut socio-économique moyen à élevé [106-108]. Par conséquent, les offres de promotion de la santé parviennent rarement jusqu'aux groupes sociaux qui en bénéficieraient le plus [108]. La numérisation croissante peut entraîner de nouvelles inégalités («fracture numérique», voir chapitre 6).

Accroître l'égalité des chances en matière de santé est donc l'un des objectifs prioritaires de la promotion de la santé. En Suisse, il est défini dans la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral, la stratégie MNT et la stratégie Addictions.

L'égalité des chances en matière de santé ne signifie pas que tout le monde doit jouir de la même santé: au lieu de résultats égaux («une santé égale pour tou-te-s»), elle vise à **l'égalité en termes d'opportunités et de conditions** («des chances égales en matière de santé pour tou-te-s»).



Définition 3

Égalité et équité des chances

L'égalité des chances en matière de santé est un objectif de politique de santé, visant les mêmes chances pour tou-te-s en termes de développement, de maintien et de rétablissement de la santé.

L'équité des chances est un principe de mise en œuvre et signifie la création des conditions nécessaires pour permettre à tou-te-s de mener une vie saine.

En bref: l'égalité des chances est l'objectif, l'équité des chances en est le moyen [29].

5.1 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé

Pour identifier les champs d'intervention de la promotion de la santé et de la prévention, et réduire les inégalités en matière de santé, il convient d'abord de comprendre comment celles-ci surviennent et se reproduisent.

À titre d'exemple, un revenu élevé n'est pas automatiquement garant de meilleure santé. Les inégalités économiques ont toutefois un impact complexe – et pas toujours clairement explicable – sur notre vie et donc sur notre santé. Le modèle suivant (figure 9) tente d'expliquer en quatre étapes comment surviennent les inégalités en matière de santé (pour plus de détails, voir [29]):

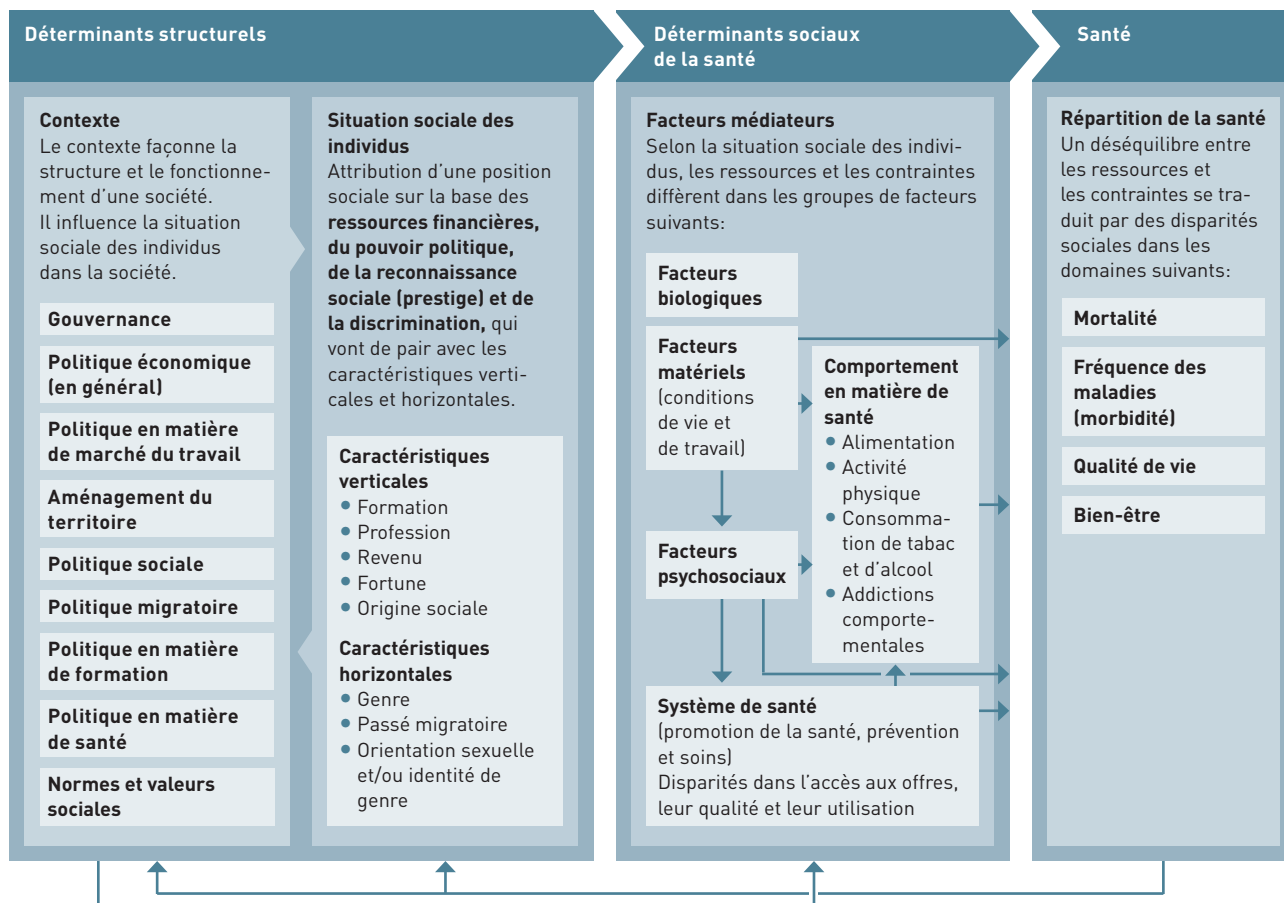
- 1) Le **contexte social** (c'est-à-dire les politiques économiques, sociales et sanitaires ainsi que les normes et les valeurs) détermine la position qu'une personne occupe dans la société. En fonction de celle-ci, on jouit d'un meilleur ou d'un moins bon statut social et est donc privilégié-e ou défavorisé-e par rapport aux autres membres de la société.
- 2) La **situation sociale** détermine les contraintes auxquelles on est concrètement exposé-e et les ressources dont on dispose. En général, les personnes socialement défavorisées ont, à la fois, plus de contraintes et moins de ressources.
- 3) Ce sont ces **contraintes et ressources** qui ont un impact direct sur la santé. Plus on a de contraintes et moins on dispose de ressources, plus l'état de santé est généralement mauvais.
- 4) Les **inégalités en matière de santé**, empiriquement documentées, se trouvent au bout de cette chaîne d'effets.

Ceci démontre que l'inégalité sociale – c'est-à-dire la répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles dans une société – affecte clairement la santé. **Les inégalités en matière de santé** ne sont donc pas seulement un problème individuel, mais aussi et surtout **un problème de société**. Le comportement en matière de santé, qui est souvent la cause directe de maladies, ne dépend pas seulement d'une volonté forte; les conditions-cadres contribuent considérablement à le façonner.

Bien sûr, la responsabilité individuelle est également au cœur des questions de santé et doit donc être renforcée de manière ciblée. Parallèlement, il convient de reconnaître qu'un problème social ne peut être uniquement résolu par des mesures destinées à certaines personnes (niveau comportemental). Il faut avant tout réunir les conditions pour permettre à tou-te-s d'être et de rester en bonne santé (niveau structurel).

FIGURE 9

Modèle d'explication des inégalités en matière de santé



Source: [29]

5.2 Ce que peut faire la promotion de la santé

Une promotion durable de l'égalité des chances en matière de santé nécessite, premièrement, une **réduction des inégalités sociales** dues à des caractéristiques telles que le revenu, l'éducation, le sexe, l'origine migratoire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Les mesures correspondantes se situent généralement **en dehors de la politique de la santé** et relèvent de la sphère d'influence de la politique du marché du travail, de la politique sociale et de la politique de l'éducation. Cependant, il incombe aux acteurs du secteur de la santé de sensibiliser d'autres domaines politiques en conséquence (programmation des thèmes clés) et d'initier une coopération ciblée (multisectorielle).

Deuxièmement, il est recommandé de rendre les **déterminants sociaux de la santé** – c'est-à-dire les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, évoluons, travaillons et vieillissons – favorables à la santé de tou-te-s. Les mesures correspondantes **relèvent également de la sphère d'influence de la promotion de la santé et de la prévention**. Il est important de promouvoir à la fois les ressources et la capacité d'agir des personnes socialement défavorisées, et de réduire leurs contraintes. Cela peut être fait dans les domaines suivants [29]:

- Conditions matérielles de vie et de travail
- Facteurs psychosociaux
- Comportement et compétences en matière de santé
- Secteur sanitaire

5.3 Mesures éprouvées et critères de réussite

En raison des schémas d'évolution variables du vieillissement et de l'inégalité des chances en matière de santé, les mesures universelles destinées à l'ensemble de la population doivent tenir compte de la diversité sociale et des différentes exigences d'action («élargissement des offres»). En outre, il peut être opportun de concevoir et de mettre en œuvre des mesures spécifiques aux groupes cibles. Les approches d'intervention qui améliorent de manière avérée les opportunités de santé pour les personnes défavorisées sont présentées plus loin dans le rapport et en particulier pour les thèmes suivants:

- Activité physique (7.4.4)
- Alimentation (8.4)
- Santé psychique (9.4.4)

Le succès de ces approches d'intervention dépend, dans une large mesure, de la manière dont elles sont conçues, mises en œuvre et évaluées. La [version courte](#) du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» résume les critères de réussite qui déterminent l'efficacité des mesures auprès des groupes socialement défavorisés. Les critères de réussite suivants sont particulièrement importants:

- La **participation** du groupe cible à toutes les phases des projets (de la conception et la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation) [109, 110]. Car les personnes socialement défavorisées ont toujours des ressources sur lesquelles la promotion de la santé peut s'appuyer.
- **Le travail basé sur les relations:** les personnes et institutions de liaison professionnelles et informelles se révèlent être des «bâisseurs de ponts» et simplifient l'accès aux groupes défavorisés [28, 111]. Il est crucial que ces relais aient une relation de confiance avec le groupe cible (p. ex. spécialistes de la santé et de la médecine, ONG telles que CRS, Caritas et EPER, associations et personnes clés ainsi que membres de la famille et voisins). Il est important que le travail de médiation formel et informel soit récompensé matériellement ou symboliquement [112].
- Des **offres variées** et l'**adaptation de leur contenu et de la langue** au groupe cible et à son cadre de vie socioculturel sont garantes de réussite. Il s'agit de proposer, par exemple, un matériel d'information dans une langue facilement com-

préhensible ou dans différentes langues parlées par les migrant-e-s, un contenu orienté vers le cadre de vie, des formateur-trice-s issus de l'environnement socioculturel des participant-e-s («peer educators») et une mise en œuvre dans les settings et les structures des communautés spécifiques (p. ex. dans les églises et les associations de migrant-e-s) [57, 109, 113-116].

- Les offres sont d'autant plus accessibles qu'elles sont **concrètes, compréhensibles et abordables**. Il s'agit donc de proposer des informations pratiques et faciles à appliquer (comme des instructions étape par étape) ainsi que des offres à prix réduit, voire gratuites pour les personnes financièrement vulnérables [115, 116].
- Les mesures structurelles, par exemple dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique, n'ont généralement d'effet que lorsqu'elles sont associées à des interventions au niveau individuel, par exemple sous forme d'information et de sensibilisation (**combinaison de mesures structurelles et comportementales**) [117-121].
- L'engagement de différents domaines politiques est nécessaire afin de promouvoir durablement et efficacement l'égalité des chances en matière de santé. Il convient donc de renforcer tant le principe «Health in All Policies» (santé dans tous les domaines politiques) que la **collaboration multisectorielle** et la **coordination à petite échelle** [110].
- Le **suivi** et l'**évaluation** des mesures et des progrès réalisés sont importants pour mieux comprendre l'évolution des inégalités en matière de santé et promouvoir des mesures efficaces.



Exemples pratiques en Suisse

Quartiers solidaires (VD); Femmes-Tische et Hommes-Tische (CH); Être Gai Ensemble (GE); AltuM – Âge et migration de l'EPER (CH); MigrantInnen leben gesund im Alter (BE); Feierabendtreff Männer 60+ (BE)

Les évaluations suivantes documentent les avantages des projets d'égalité des chances et fournissent des recommandations pratiques:

- Feuille d'information 62: [Évaluation 2019-2021 «Femmes-Tische et Hommes-Tische»](#)
- Feuille d'information 66: [Évaluation du programme Âge et migration \(AltuM\) de l'EPER, 2019-2021](#)



Limitations individuelles et égalité des chances

Les personnes peuvent être vulnérables sur le plan de la santé pour deux raisons: un désavantage social et/ou des limitations individuelles [29]. Ce chapitre se concentre sur les personnes dont la santé est vulnérable en raison d'un désavantage social (p. ex. en raison de l'éducation, du revenu, d'une origine migratoire, de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle). La vulnérabilité en matière de santé due aux déficiences dites individuelles est tout aussi importante. Par exemple, des troubles physiques (tels qu'une maladie ou un handicap existant) ou psychologiques (tels qu'un traumatisme ou la prise en charge de proches) peuvent favoriser la survenue de (nouvelles) maladies et incapacités [29]. Il convient de noter que les limitations indivi-

duelles (comme les handicaps) peuvent également aller de pair avec un désavantage social. Prenons l'exemple des handicaps physiques: l'[Office fédéral de la statistique](#) estime qu'en 2019, pas moins de 22 % des personnes en Suisse vivaient avec un handicap et qu'environ 5 % présentaient même un handicap sévère. Ces pourcentages sont plus faibles chez les jeunes et augmentent avec l'âge. Les personnes en situation de handicap présentent un risque accru de restrictions et de troubles (supplémentaires) mentaux, physiques, cognitifs et sensoriels (OMS). Un texte d'introduction sur le sujet [«Inclusion et promotion de la santé»](#) est accessible sur le site web du Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé.

5.4 Définition des groupes cibles

L'objectif de la promotion de la santé est toujours d'améliorer la santé de l'ensemble de la population – mais dans l'idéal, son engagement est d'autant plus intensif qu'un groupe de population est défavorisé (principe de l'**universalisme proportionné**) [105].

Les motifs conduisant à une discrimination en particulier varient et peuvent différer selon qu'il s'agit, par exemple, d'un comportement en matière d'activité physique, de suicide ou de recours à une détection médicale précoce.

Les statistiques suisses montrent que l'analyse de l'inégalité des chances en matière de santé doit accorder une attention particulière aux caractéristiques suivantes, liées aux inégalités [122]: le statut socio-économique (SSE), c'est-à-dire l'éducation, le statut professionnel, le revenu, la fortune et l'origine sociale (foyer parental), mais aussi le genre, une éventuelle origine migratoire et l'orientation sexuelle et l'identité de genre (communauté LGBTIQ).

Les éléments suivants doivent être pris en compte lors de la définition des groupes cibles:

- La situation de vie, les ressources et les contraintes d'une personne ne peuvent généralement pas être attribuées à une seule caractéristique. Dans l'exemple de la population migrante, il est évident que la situation de vie d'une professeure française est fondamentalement différente de celle d'un homme ayant fui l'Érythrée. La santé d'une personne n'est pas seulement ou principalement influencée par les caractéristiques de «l'origine migratoire», mais aussi par l'éducation, le revenu, le genre et le statut migratoire. Par conséquent, la dénomination «population migrante» suffit rarement à définir la cible d'un projet. En règle générale, plus une personne présente des caractéristiques saillantes en matière d'inégalités, plus il est probable qu'elle soit malade et plus son espérance de vie est courte. Le recoupement de caractéristiques sociales doit donc faire l'objet d'une attention particulière lors de la définition du groupe cible (**intersectionnalité**).

- Les données sur la santé démontrent un lien entre les caractéristiques pertinentes pour les inégalités et la santé (par exemple, «des parties de la population migrante sont plus fréquemment touchées par les maladies»), mais ne l'expliquent généralement pas. **D'autres analyses sont donc nécessaires** pour déterminer ce qui est réellement responsable d'un risque accru de maladie. Y a-t-il, dans l'exemple de la population migrante, des connaissances lacunaires de la langue nationale, un manque d'intégration sociale et économique ou un statut de séjour précaire?

Les mesures sont d'autant plus efficaces que l'image que nous avons du groupe cible est différenciée et que les ressources et les contraintes concrètes du groupe cible sont prises en compte avec plus de précision.

Cela peut être illustré par un exemple: une étude néo-zélandaise montre que les facteurs de risque individuels en matière de démence ont un poids différent selon le groupe ethnique [43]. Dans la pratique, cela signifie que selon les groupes, d'autres facteurs de risque doivent être traités en priorité.



Informations complémentaires sur l'égalité des chances

Le rapport [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#) [29] aborde les sujets suivants plus en détail:

- Arguments en faveur du renforcement de l'égalité des chances en matière de santé
- Clarifications terminologiques et conceptuelles sur un sujet complexe – et souvent vague
- Contributions à la planification systématique d'une promotion équitable de la santé
- Approches d'intervention fondées sur des données probantes et critères de réussite pratiques

Bibliographie complémentaire de Promotion Santé Suisse:

- [Version courte du rapport de base «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse»](#)
- Rapport [Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten](#) (Les compétences en santé dans des contextes difficiles)
- Feuille d'information 59: [Comment recueillons-nous des données sur le genre, l'origine migratoire et le statut socio-économique?](#)
- Promotion de la santé chez les personnes âgées en lien avec le genre: [Feuille d'information Épidémiologie](#)
- Guide pratique [Comment atteindre les hommes de 65 ans et plus?](#)
- Feuille d'information 19: [Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention](#)

6 Le numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées

- **Dr phil. Alexander Seifert**, Haute école de travail social FHNW

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) telles que la radio, la télévision, Internet et les médias sociaux sont considérées depuis longtemps comme des technologies du quotidien et utilisées, par exemple, pour obtenir des informations ou maintenir des contacts. Les technologies numériques jouent un rôle déterminant dans un nombre croissant de domaines de la vie, à tel point qu'elles sont devenues indispensables à notre quotidien.

Le chapitre décrit comment les personnes âgées utilisent les dispositifs techniques quotidiens pour obtenir des informations et communiquer ainsi que dans quelle mesure elles se servent des solutions numériques pour la promotion de la santé.

6.1 Utilisation des médias par les personnes âgées

Les TIC numériques sont de plus en plus utilisées par les personnes âgées

Une étude des tendances suisse [123] sur dix ans (2009-2019) permet de bien illustrer l'utilisation actuelle des TIC chez les 65 ans et plus [124]. Elle démontre que les personnes âgées parcourent de plus en plus le monde virtuel et utilisent des offres, des aides et des applications numériques.

Alors que seul-e-s 37,8% des répondant-e-s utilisaient **Internet** en 2009, elles/ils étaient déjà 74,2% en 2019 [123]. Internet fait désormais partie du quotidien, notamment pour les seniors les plus jeunes: 95% des 65 à 69 ans sont désormais en ligne. Ces valeurs diminuent avec l'âge et les plus de 80 ans notamment utilisent moins fréquemment ces technologies: seulement 45% des personnes âgées de 80 ans et plus ont utilisé Internet en 2019. L'utilisation de **smartphones** et de **tablettes** a également fortement augmenté depuis 2014, s'élevant à 63,7% (smartphone) et 40% (tablette) en 2019. Même avec ces appareils mobiles plus récents, une différence entre les deux catégories de personnes

âgées peut encore être observée en 2019: 75,2% des 65 à 79 ans possèdent un smartphone et 47,3% une tablette, mais seulement 34,6% et 21,9% des 80 ans et plus en possèdent.

Les valeurs de forme physique et de santé sont aujourd'hui mesurées majoritairement de façon numérique grâce aux **accessoires** et aux **applications**. L'auto-évaluation de sa santé progresse et offre un potentiel pour un suivi des comportements de santé. Des études empiriques montrent que les «wearables» (p.ex. les bracelets de santé et les moniteurs d'activité physique) ainsi que les applications de santé sur les smartphones et les tablettes deviennent de plus en plus importants et populaires auprès des personnes âgées. Ils demeurent néanmoins toujours moins utilisés par ces dernières (à partir de 65 ans) que par les plus jeunes [125-127].

Les moyens d'information et de communication classiques ont encore la préférence des personnes âgées

96,7% des personnes interrogées en 2009 ont déclaré posséder une **télévision**; 89,0% d'entre elles déclaraient l'utiliser quotidiennement. Entre 2014 et 2019, ce nombre a cessé d'augmenter. Une tendance tout aussi stable, quoique légèrement à la baisse, concerne l'utilisation de la **radio** et du **téléphone fixe**. Les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont pas grandi avec les technologies numériques ont donc toujours moins de points de contact avec celles-ci que les jeunes [128]. Si les technologies modernes telles que les aide-mémoire, que l'on trouve sur un smartphone, peuvent apporter un soutien aux personnes âgées, des études montrent que ces dernières manquent parfois des compétences techniques nécessaires ou qu'elles ne voient pas d'avantage direct à leur utilisation car elles se sont jusqu'ici appuyées dans leur quotidien sur les «moyens classiques», comme les contacts directs ou le fait de se rendre au guichet de la gare [129]. De plus, des ressources sociales ou financières limitées, ainsi qu'un manque de pratique ou des craintes quant à l'utilisation de la technologie peuvent, à leur tour, rendre l'accès à celle-ci plus difficile [130].



Utilisation des TIC pendant la pandémie de coronavirus

La pandémie de coronavirus a une fois de plus clairement révélé la fracture numérique entre les jeunes et les moins jeunes, car les personnes sans compétences et moyens techniques ne savaient pas/ne pouvaient pas, pendant les périodes de confinement, compenser le manque de contacts sociaux par des solutions techniques [135]. Le groupe d'âge «plus jeune» des 46-69 ans a davantage utilisé Internet pendant la pandémie (une personne sur quatre a indiqué l'avoir fait), contre environ une personne sur huit âgée de 76 à 90 ans [404]. La pandémie montre que les contacts sociaux ne peuvent pas être maintenus uniquement par des solutions numériques [405].

Applications classiques des TIC numériques

La diversité avec laquelle les internautes se servent du web est particulièrement évidente dans l'enquête de 2019. Bien qu'elles/ils continuent à en avoir une utilisation classique intensive, notamment pour rechercher des informations, rédiger des e-mails ou connaître des horaires, ils y ont recours de plus en plus pour consulter des services bancaires ou lire des journaux en ligne. Néanmoins, fin 2019, moins de la moitié des personnes interrogées utilisaient Internet pour, par exemple, effectuer des achats. Il en va de même pour la visite des réseaux sociaux: moins de 50% des participant-e-s utilisent cette option [123].

Il existe certaines barrières à leur utilisation

Les problèmes liés à la sécurité et l'idée que son utilisation est trop compliquée ou trop difficile à maîtriser constituent les principales raisons de ne pas se servir d'Internet à un âge avancé. Les coûts entrent moins en ligne de compte. De plus, les personnes âgées n'utilisent fréquemment pas Internet parce qu'une tierce personne se charge d'y récupérer les informations dont elles ont besoin. Cette raison a même gagné en importance au fil des années [123].

Fracture numérique: l'éducation et l'intérêt pour la technologie favorisent l'utilisation d'Internet

Des études menées en Suisse et en Europe montrent qu'en plus de l'âge, l'éducation, le revenu et l'intérêt pour la technologie influencent également l'utilisation d'Internet [124, 131, 132]. À partir de 80 ans, les personnes âgées sont donc moins susceptibles d'être des internautes. Il en va de même pour celles ayant un niveau d'éducation et de revenu plus faible. Les personnes ayant un fort intérêt pour la technologie sont plus susceptibles d'être en ligne que les autres [124]. Les facteurs d'influence «éducation» et «intérêt pour la technologie» sont également évidents dans le cas d'accessoires tels que la smartwatch [133].

Le fait de ne pas participer à la vie numérique au quotidien (p.ex. en consultant des informations sur la santé ou en s'inscrivant en ligne) ne constitue pas seulement un danger pour la santé. Il restreint également la participation sociale en général [134]. À titre d'exemple, les personnes qui n'utilisent pas Internet ne reçoivent pas certaines informations ou ne les reçoivent qu'indirectement et se sentent ainsi exclues de la société [135].

6.2 L'utilisation du numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées

La numérisation affecte les personnes âgées dans six domaines de la vie et champs d'action clés: le logement, la mobilité, l'insertion sociale, la santé, l'approvisionnement et les soins ainsi que l'espace social [128]. Ces six domaines offrent différentes possibilités d'utilisation des TIC. Dans le domaine de la santé, Internet et les technologies mobiles, en particulier, offrent un grand potentiel d'utilisation.

6.2.1 Les informations et la communication liées à la santé via Internet

Alors que le médecin était autrefois le principal interlocuteur, Internet devient désormais une source d'information toujours plus importante [136]. Les problèmes de santé mineurs font l'objet d'une recherche via Google et les forums de santé ou les informations officielles des associations de santé

sont consultés sur Internet en vue d'obtenir des renseignements et des conseils. Des études sur le groupe cible que constituent les internautes âgé-e-s montrent que, pour ces derniers aussi, Internet est une source d'information importante en matière de santé, qu'ils consultent surtout après une visite chez le médecin [137, 138]. Dans l'étude «Digital Seniors» [123], les internautes interrogé-e-s (64 %) déclarent fréquemment l'utiliser pour rechercher des informations sur des sujets liés à la santé; cela

semble être important pour les personnes âgées et souvent un besoin dans la vie de tous les jours. Aujourd'hui, grâce aux technologies modernes de l'information, il est possible de s'informer rapidement et de différentes manières; toutefois, le fait que les informations disponibles sur Internet fassent l'objet d'une confiance aveugle ou que l'on pratique l'automédication sur cette seule base peut générer certaines inquiétudes.

En plus de rechercher des informations relatives à la santé, Internet peut également être utilisé pour prendre contact avec des médecins. Ces offres de contact numériques regroupées sous le terme de «**télémédecine**» [139] comprennent, par exemple, la possibilité d'une visite médicale par visioconférence ou encore de consulter ses valeurs vitales en ligne. De plus, les canaux de communication numériques peuvent être utilisés pour mettre en place des mesures de promotion de la santé. Cependant, il convient de veiller à ce que ces dernières soient non seulement efficaces, mais également sûres et facilement accessibles pour les personnes dont les compétences numériques sont limitées [140, 141].



Promotion de la santé numérique pendant la pandémie de coronavirus

Pendant la pandémie, divers [canaux de communication numériques](#) ont été utilisés pour la promotion de la santé chez les personnes âgées. À titre d'exemple, l'encouragement aux activités physiques via des programmes de télévision s'est avéré particulièrement utile. Des offres telles que «[Bliib fit – mach mit](#)» (Restez en forme – rejoignez-nous), «[Ça bouge à la maison](#)», «[Gymnastik im Wohnzimmer](#)» (Gymnastique dans le salon) ou «[Aktiv zu Hause](#)» (Active/actif à la maison) sont des programmes d'activité physique spéciaux à pratiquer chez soi, développés par des professionnel-le-s pour les personnes âgées et diffusés par des chaînes de télévision locales.

Les services de messagerie (comme Signal ou WhatsApp) ont été utilisés dans des projets tels que «[Zäme go laufe](#)» ou «[Tavolata](#)» comme chats de groupe à bas seuil pour s'adresser aux personnes âgées, organiser des réunions ou rester en contact. Dans le domaine de la migration, par exemple, les associations culturelles et religieuses (p. ex. l'association culturelle kurde-turque-suisse [Kutüsch](#) à Berne) ont organisé des groupes WhatsApp plus importants où les participant-e-s pouvaient poser des questions sur le virus. Des spécialistes (p. ex. des médecins) ont ensuite répondu à ces questions au moyen de messages vidéo dans chaque langue.

Ces expériences et le potentiel des différents moyens de communication doivent également être utilisés de manière ciblée après la pandémie.

6.2.2 Technologies de santé mobiles destinées aux personnes âgées

Les technologies permettant de **mesurer et de surveiller** les données relatives à la santé (p. ex. les fonctions vitales) font aujourd'hui l'objet de discussions plus approfondies dans le domaine de la promotion de la santé [133]. Le nombre de personnes s'informant grâce à des traqueurs d'activité, des podomètres, des smartwatches et des applications sur smartphone et tablette pour connaître leurs données corporelles et leur santé ne cesse d'augmenter [142, 143].

Utilisation d'accessoires et d'applications chez les personnes âgées

Une étude suisse a permis d'évaluer **l'utilisation ou non de bracelets d'activité, de smartwatches et d'applications de santé** sur smartphone et tablette auprès de plus de 1000 personnes âgées d'au moins 65 ans [123]. Seul-e-s 8 % utilisent un bracelet d'activité et seulement 3 % une smartwatch. Cependant, 56 % des utilisateur-trice-s de bracelets d'activité et 61 % des utilisateur-trice-s de smartwatches font usage de leurs appareils au quotidien.

Lorsqu'on leur a demandé si elles/ils s'étaient déjà servi d'applications de santé, les participant-e-s à l'étude suisse mentionnée ci-dessus ont déclaré qu'elles/ils **utilisaient principalement celles de suivi d'activité et des caisses-maladie** bien qu'elles ne soient pas très répandues (respectivement 18% et 13%). Les applications de mesure ou d'enregistrement des fonctions vitales (5%) ainsi que celles visant à communiquer avec les médecins (2%) ou à rappeler une prise de médicaments (1%) sont peu ou jamais utilisées. En additionnant toutes les personnes qui utilisent au moins une de ces cinq applications de santé, on peut considérer que 22,9% se servent actuellement d'applications liées à la santé.

Il existe différentes raisons d'utiliser des bracelets d'activité ou des applications de santé sur smartphone. Une étude suisse dans laquelle des personnes âgées de 50 ans et plus ont été interrogées a montré que les participant-e-s veulent vérifier, par exemple, leur niveau d'exercice quotidien et leur forme physique. En même temps, elles/ils veulent se motiver à se comporter d'une manière qui les maintient en bonne santé. L'échange social est moins cité, mais reste non négligeable avec 20% des réponses. Cela inclut, d'une part, la possibilité de comparer ses propres données avec celles d'ami-e-s et, d'autre part, la possibilité de discuter des informations recueillies avec sa ou son médecin de famille [144].

Potentiel des accessoires et des applications pour la promotion de la santé

Les données collectées à l'aide d'accessoires ou d'applications de santé sont utilisées pour **analyser la vie que l'on mène et le comportement que l'on a**, en tirer des conclusions **et prendre des décisions en vue d'une meilleure santé et d'un plus grand bien-être** [145, 146].

L'auto-évaluation à l'aide d'appareils mobiles a suscité de grands espoirs dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, car **ils peuvent aider à changer de comportement**, à surveiller certains paramètres et à promouvoir les compétences en matière de santé [142, 147]. La surveillance de la santé, notamment chez les personnes âgées, gagne en importance, car les maladies chroniques et la multimorbidité augmentent avec l'âge [148]. Les comportements qui maintiennent en bonne santé (comme une alimentation équilibrée ou une activité physique régulière) peuvent être

accompagnés et soutenus par des solutions techniques, comme celles proposées par une application détaillant les habitudes alimentaires [127]. Les outils d'auto-évaluation semblent permettre d'atteindre le but visé par les campagnes de promotion et de prévention de la santé: à savoir **passer de «je sais ce que je dois faire» à un changement concret de comportement** [142].

Les personnes âgées peuvent également bénéficier d'approches innovantes dans les mesures et **plans d'actions individuels** en partageant avec leur médecin les données de santé qu'elles ont elles-mêmes recueillies à l'aide de leur smartphone ou de leur bracelet d'activité [149]. Cela est susceptible de leur apporter une valeur ajoutée, car l'échange de données permet d'élaborer un suivi médical personnalisé. À titre d'exemple, les données de santé enregistrées par un bracelet d'activité avant une visite médicale pourraient aider à évaluer l'impact qu'a eu la promotion d'activités physiques au niveau individuel et à déterminer lesquelles sont jugées agréables par le/la patient-e au quotidien.

Pour les personnes présentant des risques accrus (p.ex. l'hypertension artérielle, le diabète, les problèmes de sommeil ou les dépendances), les applications servent de plus en plus aujourd'hui à la **promotion de l'autogestion**. Dans le projet suisse **«NoA-Coach»** par exemple, un outil qui combine l'autogestion numérique de l'alcool via chatbot avec un soutien personnel par des professionnel-le-s a été développé. Entre autres, le chatbot s'informe sur la consommation d'alcool du/de la patient-e, répond à ses questions, observe son auto-efficacité, lui donne des conseils pour réguler son stress et lui explique comment gérer les rechutes.

L'utilisation d'outils techniques permet également une **intégration sociale**, par exemple en partageant les données de santé mesurées avec des proches ou des ami-e-s et en recevant une réponse ou encore lorsqu'un groupe de coureuses et coureurs s'organise via une application et se motive mutuellement. Les applications de santé peuvent également favoriser la **protection sociale**, notamment en permettant aux proches de surveiller la prise de médicaments via une application sur leur smartphone.

En outre, les **approches de ludification** (du terme anglais gamification) [150] peuvent être utilisées afin de générer de manière ludique des comportements positifs en matière de santé, par exemple en «récompensant» l'activité physique enregistrée numériquement [151].

6.3 Compétences quant aux médias liés à la santé

Les personnes âgées qui ne se connectent jamais ou qu'occasionnellement à Internet souhaiteraient davantage de soutien dans l'apprentissage et l'utilisation des TIC numériques [123].

Le terme «littératie numérique en santé» (ou «digital health literacy»), c'est-à-dire la capacité d'obtenir, d'évaluer et d'utiliser des informations relatives à la santé, comprend deux aspects:

- Les compétences numériques
- Les compétences d'évaluation des informations sur la santé

Les **compétences numériques** sont la capacité d'utiliser le matériel et les logiciels de manière adéquate, c'est-à-dire de pouvoir utiliser un smartphone et des applications, par exemple. Toutefois, il convient d'avoir également des **compétences pour évaluer les informations sur la santé** que l'on a identifiées. Cela signifie, par exemple, que l'on peut évaluer l'utilité et la qualité des informations sur la santé trouvées sur Internet et ce que les données relevées par un moniteur d'activité physique signifient concrètement quant à son comportement individuel en matière de santé. Le nombre de pas par jour qu'il faut faire pour améliorer sa santé peut notamment être vérifié.

Des formations permettent d'améliorer la capacité à utiliser les technologies numériques: des cours classiques peuvent être prévus, mais aussi des options informelles, par exemple lorsque des utilisateur-trice-s seniors familiarisent à la technologie des profanes du même âge (voir par exemple le projet «[Technikbotschafter*innen](#)» [Ambassadeurs et ambassadrices de la technologie] [152]).

6.4 À quoi faut-il veiller?

La faible diffusion des accessoires et des applications de santé parmi les personnes âgées en Suisse est probablement due, entre autres, au fait qu'on ne sait que peu de choses sur la **validité et la fiabilité des mesures** et des interventions. La plupart des applications et des accessoires sont des produits de consommation. Jusqu'à présent, seuls quelques dispositifs médicaux sur le marché sont garantis comme fiables et valides. On peut également se poser la question du succès à long terme des chan-

gements espérés en termes de motivation [153]. Des applications de santé plus fiables et constituant un outil utile à la fois pour les utilisateur-trice-s et pour les professionnel-le-s de la santé, sont donc nécessaires [133].

Les applications de santé mobiles, telles que les moniteurs d'activité physique, offrent un potentiel pour une vie saine, mais présentent également des **risques**. Outre des mesures inexactes et un contenu de qualité parfois douteuse, de nombreux appareils et applications disponibles gratuitement posent problème en matière de protection des données. Souvent, ces dernières ne sont pas transmises sous forme cryptée; elles sont stockées dans le cloud avec d'autres données personnelles, voire utilisées à mauvais escient et vendues, le tout à l'insu de l'utilisateur-trice [142]. Ce sont ces préoccupations légitimes concernant la qualité et la protection des données qui empêchent la diffusion de ces technologies, en particulier auprès des personnes âgées. Une étude allemande a montré qu'un manque de confiance, des craintes en matière de protection des données et la peur d'un diagnostic erroné, notamment, les conduisent à ne pas utiliser d'applications de santé [125].

Il conviendrait de demander aux personnes âgées quels sont leurs **besoins, leurs souhaits et leurs possibilités** en matière d'utilisation de la technologie et de respecter les conditions-cadres éthiques [154]. À titre d'exemple, les prestataires d'informations relatives à la santé sur Internet devraient préparer leur contenu de manière à ce qu'il soit **convivial** également pour les personnes âgées [155]. Cela concerne, notamment, la clarté des sites, leur lisibilité et la convivialité de la navigation. Tous ces aspects devraient également être pris en compte lors du développement de nouvelles solutions techniques [156].

L'orientation vers les besoins implique également de montrer les avantages et les potentiels ainsi que l'**utilité directe des TIC au quotidien**. Lorsque le bénéfice concret d'une application numérique est visible, on a d'autant plus envie de savoir l'utiliser. Afin de promouvoir un usage durable, l'utilisation des TIC doit, si possible, **être associée à des opportunités de contacts sociaux directs** (p.ex. avec d'autres utilisateur-trice-s ou à des professionnel-le-s).

Enfin, rappelons-le, il faut accepter que les personnes âgées n'utilisent pas intentionnellement certaines offres numériques. Parallèlement, il convient d'éviter les images négatives sur elles, selon lesquelles elles ne veulent pas ou ne peuvent pas se servir des offres numériques et des TIC. Afin d'éviter l'exclusion sociale de certains groupes de personnes, des accès alternatifs à l'information et aux services (par exemple la visite classique chez le médecin ou la visite d'un groupe d'entraide en cas de maladies chroniques) devraient continuer à être proposés en plus des cours de formation et d'initiation à l'utilisation des nouveaux services technologiques.



Informations complémentaires sur le thème de la numérisation

Les principaux résultats de l'étude suisse sur l'utilisation des TIC par les personnes âgées sont présentés dans la brochure [«Digital Seniors»](#) de Pro Senectute Suisse.

Vous trouverez d'autres recommandations pour la conception de sites web et d'applications en fonction de l'âge dans le livre «Altersgerechte Kanäle» (des canaux adaptés à l'âge) [155] ou sur le site ageweb.ch.

Vous trouverez un ensemble de méthodes pour favoriser l'accès des personnes âgées au monde numérique sur le site web allemand [Forum Seniorenarbeit](#). Le même organisme propose des outils de travail et des exemples de projets pour renforcer les compétences numériques des [personnes âgées requérant une aide supplémentaire](#).

7 Promotion de l'activité physique régulière

La promotion de l'activité physique (y compris la prévention des chutes) est l'un des champs d'action les plus importants de promotion de la santé chez les personnes âgées. Ce chapitre montre comment l'activité physique influence la santé et indique le nombre et le type d'activités physiques recommandés chez les personnes âgées. Y sont, en outre, présentés des mesures éprouvées et des facteurs de succès.

7.1 Bases

Facteurs influents sur le comportement en matière d'activité physique

Le comportement en matière d'activité physique d'une personne dépend, d'une part, de facteurs immuables tels que l'hérédité, l'âge et le genre ainsi que, d'autre part, de facteurs variables tels que les caractéristiques personnelles et le contexte social et physique [157, 158].

L'auto-efficacité (le fait de penser que l'on peut effectuer correctement une activité), la motivation, les habitudes et l'attitude envers l'activité physique (p.ex. la conviction qu'elle est bonne pour soi à la fois physiquement et psychologiquement) font partie des **caractéristiques personnelles**. Les **influences de l'environnement** comprennent notamment les infrastructures locales (p.ex. le réseau de transports en commun et des voies piétonnes sûres) et l'accès aux espaces verts ou aux offres d'activités physiques près de chez soi, ainsi que le soutien social de la famille, des ami-e-s et des voisin-e-s. L'environnement est décisif pour la mobilité des personnes âgées [159, 160].

7.2 Pourquoi promouvoir l'activité physique auprès des personnes âgées vaut-il la peine?

L'activité physique a un effet thérapeutique et bénéfique sur la santé

Être active/actif physiquement contribue fortement à bien vieillir. Une activité physique régulière réduit significativement la mortalité toutes causes confondues («all-cause mortality»).

Elle a également des effets à la fois thérapeutiques et bénéfiques pour la santé: grâce à elle, de nombreuses maladies physiques et psychiques peuvent non seulement être évitées ou retardées, mais certaines affections déjà installées peuvent également être soulagées [157, 161, 162]. Des preuves illustrent les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé, en particulier en ce qui concerne les maladies et les symptômes résumés dans le [tableau 5](#).

En raison de ces divers effets, l'activité physique régulière renforce de manière décisive l'autonomie des personnes âgées [161, 178-183]. Une activité physique régulière **favorise même de façon avérée un mode de vie autonome**. Les études sur la démence et le besoin d'aide dans la vie quotidienne l'illustrent:

- Une activité physique régulière réduit le risque d'être atteint de démence de plus de 10% ou en retarde l'apparition de deux à trois ans [184]. Même chez les personnes déjà atteintes de cette



Définition 4

Activité physique

Les mots «mouvement» et «activité physique» sont utilisés indifféremment ci-dessous et portent sur deux catégories [406]:

- L'activité physique quotidienne, par exemple dans le cadre d'un emploi rémunéré, des tâches ménagères et des déplacements quotidiens
- L'activité physique au sens d'activités sportives et de loisirs (appelées «exercice» dans le discours scientifique)

L'expression «activité physique régulière» désigne une activité physique qui correspond aux recommandations générales d'activité physique pour les personnes âgées (voir [7.3.1](#)).

maladie, une activité physique régulière a un effet positif sur les fonctions cognitives [185, 186].

- Elle permet de réduire jusqu'à 50 % le risque d'avoir besoin d'aide dans la vie quotidienne [187].

La pandémie de coronavirus a également démontré qu'une activité physique suffisante renforce le **système immunitaire** ainsi que les systèmes respiratoire et cardiovasculaire et peut, ce faisant, avoir un effet positif sur l'affectation et l'évolution des maladies infectieuses [164-167].

En résumé, une activité physique régulière augmente le nombre d'années de vie en bonne santé et en autonomie de même qu'elle **contribue**, de manière décisive, **au bien-être et à la qualité de vie** des personnes âgées. Les personnes âgées physiquement actives, grâce à leur plus grande autonomie et mobilité, ont également plus de facilité à **participer à la vie sociale** et à utiliser des offres de promotion de la santé (p. ex. sur l'alimentation et la santé psychique).

La promotion de l'activité physique chez les personnes âgées est efficace (en termes de coûts)

Les mesures visant à promouvoir l'activité physique au quotidien, à savoir les interventions liées au mode de vie, sont considérées **comme faciles à mettre en œuvre** [188-190]. Il a été démontré qu'elles peuvent améliorer les connaissances, les compétences en matière de santé et l'auto-efficacité des personnes âgées en ce qui concerne l'activité physique [191]. Par ailleurs, il est avéré qu'elles permettent de réduire **la position assise et d'augmenter l'activité physique** à faible, moyenne et haute intensité [188, 192-196]. La prévention des chutes a également des effets probants: la fréquence de ces dernières chez les personnes âgées peut être réduite d'environ 20 à 40 % avec une formation spécifique [175, 197, 198]. En cas de chute, les personnes entraînées souffrent moins fréquemment de blessures graves que le groupe de référence du même âge n'entraînant pas leur musculature [199, 200].

L'encouragement aux activités physiques et la prévention des chutes réduisent ainsi le **besoin en prestations médicales** et évitent ou retardent la

TABLEAU 5

Comment l'activité physique influence positivement la santé

Au niveau corporel	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité toutes causes confondues («all-cause mortality») • Maladies cardiovasculaires telles que les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et l'hypertension artérielle • Métabolisme et maladies métaboliques telles que le diabète de type 2 • Cancer, par exemple cancer du côlon, du sein, du poumon et de l'utérus • Maladies respiratoires, par exemple fonction pulmonaire générale • Troubles musculosquelettiques tels que douleurs dorsales et articulaires • Perte de masse musculaire et de force • Fréquence des chutes et risque de blessure (p. ex. fractures) • Renforcement du système immunitaire • Maladies infectieuses comme le Covid-19 et la grippe
Au niveau affectif	<ul style="list-style-type: none"> • Bien-être et qualité de vie • Dépressions • Troubles anxieux • Tolérance au stress • Qualité du sommeil • Peur de tomber
Au niveau cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de réflexion, capacité de concentration et vitesse de réaction • Démences telles que la maladie d'Alzheimer • Désorientation

dépendance aux soins et à l'assistance [161, 162, 187]. L'encouragement aux activités physiques est donc également rentable économiquement: les coûts de l'inactivité physique sont élevés et «plus d'activité physique signifie moins de dépenses de santé» [201]. En Suisse, les comportements sédentaires sont à l'origine de plus de 325 000 cas de maladie, de plus de 1150 décès et de coûts médicaux directs de plus de 1,165 milliard de francs par an, toutes tranches d'âge confondues [202]. La prévention des chutes offre également un potentiel de réduction des coûts considérable car en Suisse, celles des personnes âgées occasionnent des coûts annuels de 1,7 milliard de francs en termes de guérison et de soins [203].

7.3 Recommandations et comportement en matière d'activité physique chez les personnes âgées

7.3.1 Recommandations en matière d'activité physique chez les personnes âgées

Alors que dans le passé le repos était recommandé aux personnes âgées en mauvaise santé, on sait désormais qu'une activité physique régulière est généralement bénéfique pour la santé à tout âge et quel que soit l'état de santé [177, 204]. Il n'y a **pas de contre-indication absolue** à une activité physique légère, modérée ou intensive chez les personnes âgées et celles souffrant de problèmes de santé, de handicaps ou de douleurs peuvent également tirer profit d'une activité adaptée [157, 178, 204].

Bouger plus...

Dans ses dernières directives, l'OMS déclare [204]:

- **Chaque mouvement compte** et même une activité physique brève et légère est précieuse (p. ex., monter des escaliers).
- Les personnes âgées devraient commencer par une activité physique légère, puis augmenter progressivement **la fréquence et la durée**, et seulement en dernier lieu l'intensité.
- Elles devraient **adapter** leur niveau d'activité et d'effort à leurs capacités fonctionnelles, à leur état de forme et **à leur état de santé** actuel.

- Les avantages d'une activité physique l'emportent sur les risques potentiels associés à l'exercice.

Généralement, il est recommandé aux personnes âgées de pratiquer chaque semaine au moins 150 à 300 minutes d'une activité d'endurance (activité aérobique) d'intensité moyenne ou au moins 75 à 150 minutes d'activité d'intensité élevée⁵ [204, 205]. Cette activité physique peut se dérouler dans le cadre de loisirs (randonnées, jeux, sports ou cours), de déplacements quotidiens (vélo et marche) et de travaux ménagers et de jardinage.

En ce qui concerne l'activité physique chez les personnes âgées, **c'est l'intensité relative qui est déterminante**, c'est-à-dire l'effort perçu pour effectuer une activité [204, 206]. De manière générale, pour les personnes âgées, les activités aérobiques d'intensité modérée comprennent les éléments suivants:

- Marche rapide (mais sans course)
- Aquagym
- Faire du vélo à moins de 15 km/h
- Danse de société
- Jardinage courant
- Travaux ménagers (p. ex. passer l'aspirateur, passer la serpillière ou monter les escaliers)

Voici des exemples d'activités aérobiques de haute intensité:

- Jogging
- Natation
- Faire du vélo à plus de 15 km/h
- Sports et jeux comme le tennis
- Jardinage intensif (creusage continu ou binage)
- Randonnée

En vieillissant, il faut également faire attention à **entraîner l'endurance, la force, l'équilibre, la coordination et la souplesse**.

Dans l'idéal, l'activité physique doit être répartie sur plusieurs jours par semaine. Il convient de pratiquer des exercices de renforcement et d'entretien musculaire au moins deux jours par semaine, en plus de l'activité aérobique hebdomadaire. Dans

⁵ Intensité moyenne signifie un effort de 5 à 6 sur une échelle de 0 à 10 (ou 3 à 6 METs [équivalent métabolique de tâche]). Une personne peut parler, mais pas chanter. Haute intensité signifie un effort de 7 à 8 sur 10 (soit 6 METs et plus). Une personne ne peut pas dire plus de quelques mots sans reprendre son souffle [204, 206].

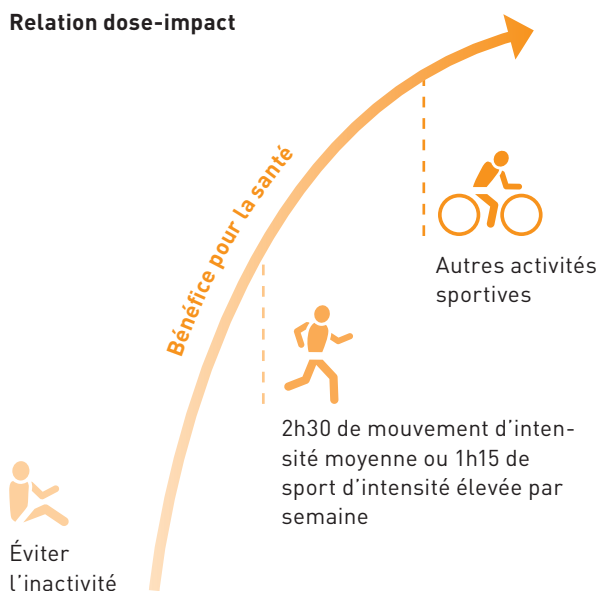
le cadre de cette dernière, une variété d'exercices à plusieurs composants est recommandée (entraînements dans lesquels toutes les dimensions de l'activité physique telles que l'endurance, la force, l'équilibre, etc. sont pratiquées) [204].

La «relation dose-impact» montre clairement que toute activité physique régulière est **bénéfique pour la santé, même si celle-ci est en dessous des recommandations générales d'activité physique pour les personnes âgées** (figure 10). Même, et surtout, les personnes âgées auparavant peu ou pas actives peuvent voir leur santé s'améliorer grâce à une augmentation faible mais durable de l'activité physique [157, 207].

Ce dernier point est décisif en matière de pratique, car les recommandations d'activité physique ne doivent pas seulement être basées sur l'entraînement en soi, mais aussi sur la psychologie. Pour les personnes qui étaient peu actives auparavant, une activité légère est souvent plus motivante car cette intensité fait du bien. Ce **bien-être pendant l'activité** est crucial pour le maintien d'une activité physique [208].

FIGURE 10

Relation dose-impact



Sources: [157, 204]

... et s'asseoir moins

Ce n'est pas seulement le nombre de minutes d'activité physique qui compte pour la santé, mais aussi **la façon de passer le reste de la journée**. Même si l'on respecte les recommandations d'activité physique, on risque de minimiser les effets positifs de l'exercice en restant assis-e trop longtemps⁶ [209-211].

Demeurer **trop longtemps assis-e a un impact direct avéré sur la santé**. Chez les personnes âgées, il existe un lien entre une position assise trop longue et une augmentation de la mortalité toutes causes confondues ainsi que la survenue de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète de type 2 et de surpoids [204, 212-214].

Afin de conserver une bonne santé, il convient donc non seulement d'augmenter l'activité physique, mais aussi de réduire le temps passé assis-e [204]. Celui-ci peut être remplacé par une activité physique de n'importe quelle intensité (y compris de faible intensité) [204, 206, 215]. Il peut être compensé ou remplacé par de courtes pauses avec une activité physique légère tout au long de la journée [215]: à titre d'exemple, en étant active/actif pendant les publicités télévisées (notamment en jouant avec un animal de compagnie), en faisant une promenade après le dîner, en prenant les escaliers au lieu de l'ascenseur, en se déplaçant lorsque l'on est au téléphone, en choisissant un passe-temps actif (p.ex. le jardinage) ou en écoutant des livres audio tout en se promenant [214].

Trouver le bon équilibre tout au long de la journée

On ne peut pas considérer les différentes formes d'activité (de l'inactivité au sport à haute intensité) isolément. Trouver un bon équilibre entre occupations sédentaires et activité physique est décisif [215]. Le Canada a été le premier pays au monde à publier récemment des recommandations d'exercices qui **prennent en compte l'activité physique tout au long de la journée** [206]. Ce modèle sur 24 heures inclut l'activité physique et le comportement sédentaire ainsi que le sommeil. Basé sur le modèle canadien, la figure 11 résume les recommandations les plus importantes mentionnées ci-dessus pour l'activité physique des personnes âgées de 65 ans et plus.

⁶ Ledit «comportement sédentaire» comprend des phases sédentaires plus longues à l'état de veille, qui se déroulent en position assise ou allongée et avec une faible consommation d'énergie (moins de 1,5 METS, par exemple à un bureau, sur le canapé, devant la télévision et au volant d'une auto) [204, 214].

7.3.2 Comportement en matière d'activité physique des personnes âgées en Suisse

Les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) montrent que la condition physique ou sportive **des personnes âgées** au cours des deux dernières décennies **a augmenté**. Une grande proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans est désormais considérée en forme (29%) ou suffisamment active (50%)⁷. Ces près de 80% de personnes qui respectent les recommandations d'activité physique contrastent avec les quelque 20% qui ne font pas assez d'exercice [216].

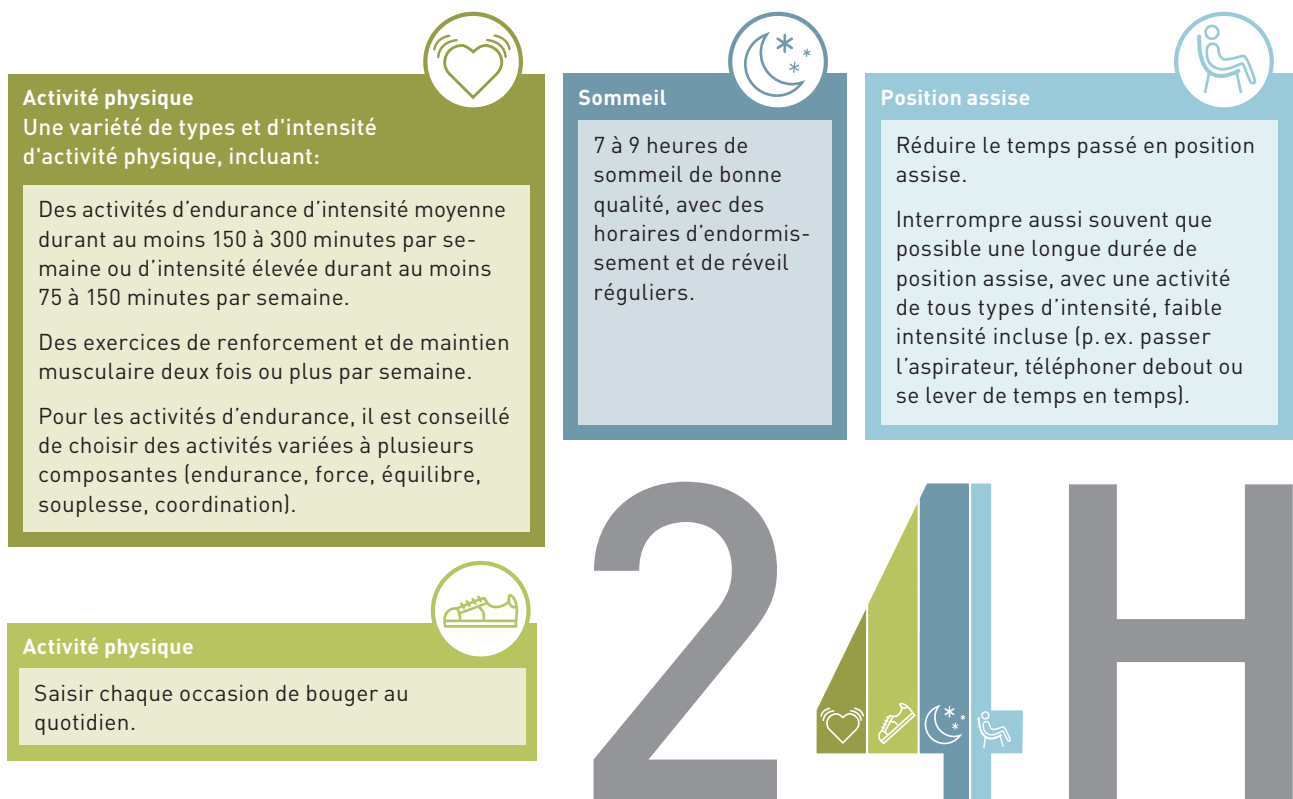
L'activité physique diminue avec l'âge. Dans le groupe des 75 ans et plus, 47% des personnes sont

encore considérées comme suffisamment actives et 17% comme entraînées, mais 37% ne sont plus suffisamment actives (21% sont même considérées comme inactives) [216].

Selon leurs propres déclarations, les personnes de plus de 65 ans passent en moyenne 4,5 heures par jour assis-e [217]. Comparativement aux autres tranches d'âge, **les personnes âgées sont celles qui passent le moins de temps en position assise**. Cependant, environ un quart des personnes âgées déclarent être assises 6 heures ou plus par jour [218]. Toutes ces données ne sont pas des mesures objectives, mais des temps auto-déclarés qui peuvent comporter certaines inexactitudes.

FIGURE 11

Modèle de promotion de l'activité physique sur 24 heures



Sources: [204, 206]

⁷ «Suffisamment actif» signifie selon l'ESS «une activité physique intensive ou au moins 150 minutes d'activité modérée 2 fois par semaine»; «entraîné» signifie «une activité physique intensive au moins 3 fois par semaine» [216].



Comportement en matière d'activité physique pendant la pandémie de coronavirus

Un quart (24 %) des personnes âgées de 60 ans et plus ont beaucoup moins bougé pendant le confinement qu'auparavant, tandis que 8 % ont davantage bougé [331].

Chez environ 35 % des personnes âgées, l'utilisation des espaces ouverts et des espaces verts a diminué pendant le confinement, tandis qu'elle a augmenté pour 29 % d'entre elles.

La mobilité s'est déplacée des destinations d'excursion plus éloignées vers l'environnement résidentiel plus proche [337].

Environ un quart des personnes interrogées ont déclaré qu'elles se sentaient plus inactives ou plus fragiles depuis le confinement [337].

Par rapport aux groupes d'âge plus jeunes en particulier, il n'y a pas eu de changements majeurs dans la majorité de la population plus âgée concernant le temps passé assis et à dormir [330, 338].

Préférences, motivations et différences sociales

Les personnes âgées apprécient particulièrement les «**sports de toute une vie**» comme notamment la randonnée, la natation et le vélo (tableau 6). La musculation et le renforcement musculaire sont, en comparaison, moins prisés. Alors que de nombreux

sports perdent en popularité avec l'âge, la gymnastique, elle, en gagne.

En règle générale, on est actif sur un plan physique ou sportif pour plusieurs motifs. Il existe bien sûr de grandes différences entre les personnes, mais dans l'ensemble, **certaines raisons motivent** plus souvent que d'autres **la population âgée en Suisse à avoir une activité physique et à faire du sport** [219, 221]:

- Trois motifs d'activité physique sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées actives et sont soulignés par plus de 80 % d'entre elles: entretenir sa santé et sa forme physique (important pour plus de 95 % des personnes âgées), être dans la nature et faire de l'activité physique.
- Viennent ensuite les motifs de détente/réduction du stress, silhouette/apparence et contact/sociabilité, qui sont importants pour 25 % à 45 % des personnes âgées, selon l'âge et le sexe.
- La recherche de risque/défi et le motif habituel de la compétition et de l'accomplissement, en revanche, ne sont guère pertinents; selon l'âge et le sexe, ils sont considérés comme importants par 1 % à 12 % des personnes âgées.
- À l'âge de la retraite, cependant, deux raisons importantes entrent en jeu: 91 % des plus de 64 ans déclarent que l'activité physique et le sport les aident à rester mobiles au quotidien (autonomie) et 57 % y ont recours pour entretenir leur capacité de réflexion.

TABLEAU 6

Sports les plus populaires en 2020 parmi les femmes et les hommes âgés et physiquement actifs

Activité	Femmes		Hommes	
	65-74	75+	65-74	75+
Randonnée/randonnée de montagne	65 %	44 %	69 %	56 %
Nager	39 %	26 %	35 %	24 %
Cyclisme (sans VTT)	36 %	23 %	44 %	35 %
Gymnastique	20 %	27 %	10 %	20 %
Yoga, Pilates	19 %	12 %	7 %	6 %
Ski (sans randonnée à ski)	16 %	2 %	30 %	11 %
Entraînement de fitness	13 %	7 %	16 %	9 %
Jogging/course à pied	12 %	7 %	14 %	10 %
Danse	12 %	11 %	6 %	4 %
Musculation, renforcement musculaire	7 %	1 %	9 %	4 %

Sources: [219], propre représentation basée sur [220]

Des «raisons de santé», telles que la douleur et la fatigue, le sentiment d'être trop vieille/vieux et le manque d'envie comptent parmi les **causes** les plus courantes pour lesquelles les personnes âgées sont **physiquement inactives** [219].

Cependant, une partie des personnes âgées inactives **est disposée à plus bouger**: 21 % des inactives et inactifs entre 65 et 74 ans déclarent vouloir faire du sport contre seulement 16 % chez les plus de 75 ans [219].

Que cela signifie-t-il dans la pratique pour la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées?

- 1) L'activité physique chez les personnes âgées correspond à un besoin généralisé (notamment pour des raisons de santé). La promotion de la santé peut créer une dynamique positive et les soutenir dans une cause qui leur tient à cœur.
- 2) Certains motifs d'activité physique prédominent chez les personnes âgées et doivent être mis en avant dans la communication lorsque l'on s'adresse à elles (objectif: communiquer sur ce qui motive et procure du plaisir).
- 3) Les personnes craignant les effets négatifs de l'activité physique et du sport sur la santé pourraient, notamment, bénéficier d'offres adaptées

qui veillent au bien-être pendant l'activité et renseignent sur les effets thérapeutiques et bénéfiques de l'activité physique.

- 4) Un soutien ciblé est requis pour que les personnes passant du troisième au quatrième âge puissent continuer à faire suffisamment d'exercice.
- 5) Des moyens doivent être trouvés pour rendre l'entraînement musculaire (qui est très important chez les personnes âgées) plus attractif.
- 6) Compte tenu des différences sociales (voir encadré), l'égalité des chances doit être renforcée y compris dans le cadre des mesures en matière d'activité physique.

7.4 Promotion de l'activité physique chez les personnes âgées

Le paragraphe suivant examine tout d'abord la façon de promouvoir un mode de vie actif chez les personnes âgées (7.4.1). Les programmes d'activité physique structurés sont également utiles et répandus chez les personnes âgées et font donc l'objet d'une section distincte (7.4.2). Chez les personnes âgées présentant un risque de chute élevé, il est recommandé de mettre en place une prévention



Différences sociales dans les comportements en matière d'activité physique

Le comportement en matière d'activité physique de la population en Suisse est fortement influencé par diverses caractéristiques sociodémographiques:

- Éducation: plus le niveau de scolarité est élevé, plus les personnes sont considérées comme suffisamment actives: tertiaire 79 %, secondaire supérieur 75 %, école obligatoire 69 % [409].
- Revenu: plus les revenus sont élevés, plus on fait du sport. 62 % des personnes dont le revenu mensuel du ménage est supérieur à 15 000 francs pratiquent une activité physique plusieurs fois par semaine et au moins 3 heures contre 44 % des personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 3 000 francs [219].
- Nationalité: globalement, les Suisses sont plus sportives/sportifs que les personnes d'origine étrangère qui vivent dans le pays (53 % contre 46 % sont physiquement actives/actifs plusieurs

fois par semaine et au moins 3 heures). Cependant, il existe de grandes différences selon la région d'origine: les personnes originaires d'Europe centrale et septentrionale sont encore plus actives que les Suisses, tandis qu'en comparaison, celles originaires d'Europe méridionale et orientale ne pratiquent souvent aucun sport [219].

- Sexe: si l'on considère l'ensemble de la population, les différences de comportement d'activité selon le sexe s'amenuisent de plus en plus. Néanmoins, 77 % des hommes âgés de 65 ans et plus sont jugés en forme ou suffisamment actifs contre 67 % des femmes du même âge [409].

Ces caractéristiques peuvent se chevaucher et ainsi façonner particulièrement le comportement en matière d'activité physique.

des chutes dirigée par un-e thérapeute. Cette recommandation est décrite dans la section 7.4.3. Enfin, la manière dont la promotion de l'activité physique peut répondre à l'égalité des chances sera abordée (7.4.4).

7.4.1 Promotion générale d'un mode de vie actif

Dans la promotion des activités physiques, il est important de saisir toutes les occasions de bouger. À tout âge, et surtout chez les personnes âgées, bouger **au quotidien** constitue la base d'un comportement actif et donc aussi de la promotion des activités physiques. On entend par là se déplacer à pied ou à vélo (p.ex. pour faire les courses), faire le ménage, monter les escaliers, jardiner, etc. Ce que ces activités ont en commun, c'est qu'elles ne servent pas principalement le but de l'activité physique en soi, mais plutôt que cette dernière est un effet secondaire positif des activités quotidiennes. Outre cette activité physique quotidienne, il existe des activités physiques que l'on pratique **pendant ses loisirs** et de manière ciblée: pour la détente (par exemple, la randonnée et le yoga), pour le plaisir de socialiser (p.ex. le vélo en groupe), pour entretenir sa santé et conserver son autonomie (gymnastique et entraînement musculaire), pour être dans la nature et pour le plaisir de l'activité physique (ski et randonnées à vélo), pour le plaisir de la compétition (p.ex. courses populaires et tennis de table) ou pour favoriser les performances cognitives (p.ex. tennis et danse) [222].

Les mesures visant à promouvoir l'activité physique qui se sont révélées efficaces dans la recherche et la pratique sont présentées ci-dessous [205]. Certaines mesures se concentrent sur des individus ou de petits groupes afin de modifier leur activité physique (niveau comportemental). D'autres visent un niveau structurel, afin de créer un environnement propice au mouvement et de faire de l'activité physique le «choix facile» (encouragement des activités physiques au niveau comportemental ou structurel).

Personnes seules et petits groupes

Les stratégies pour les individus et les petits groupes sont généralement efficaces lorsqu'elles sont basées sur des théories de changement comportemental. En s'appuyant sur ces connaissances théoriques, les personnes âgées peuvent profiter de conseils et de compétences spécifiques qui les aideront à intégrer avec succès plus d'activité physique à leur vie quotidienne [205].

Les trois approches suivantes sont considérées comme particulièrement efficaces [205]:

Encadrement par des professionnel-le-s ou par les pairs: en petits groupes dirigés par des professionnel-le-s ou des pairs formé-e-s du même âge, les personnes âgées apprennent à se fixer des objectifs d'activité physique (selon des critères SMART) et à suivre leur progression vers ces objectifs. Les personnes âgées apprennent également à effectuer une activité physique en toute sécurité et à développer la confiance en leur propre corps et leur mobilité. Le travail en groupe sert également à modifier les normes en matière de santé [223-225]. Enfin, les personnes âgées apprennent à se récompenser, à se motiver par un discours intérieur positif et renforcent ainsi leur propre auto-efficacité. Un élément important à cet égard est la mise en place précoce de solutions concrètes pour faire face aux éventuels défis et aux baisses de motivation. La (co-)gestion par des pairs formé-e-s est prometteuse, puisque lesdits programmes «animés par des pairs» (peer-led) jouissent d'un taux de participation et d'une satisfaction des participant-e-s élevés [114, 226]. Les personnes socialement défavorisées, en particulier, sont plus faciles à atteindre lorsque les pairs sont activement impliqué-e-s (voir 5.3). Un exemple suisse de projet mené par des pairs est [«zäme go laufe»](#).

Soutien social: l'activité physique peut être plus facile si elle est pratiquée en communauté, si des discussions sont possibles avant et après l'exercice, si l'on s'offre un soutien social et si l'on se motive mutuellement. Les réseaux d'ami-e-s et les groupes de marche sont des moyens éprouvés d'encourager l'activité physique dans une communauté. La fondation bâloise [Hopp-la](#) montre, par ses projets, que l'activité physique et la rencontre peuvent aussi se faire de manière intergénérationnelle et avoir un effet positif sur les deux générations [195, 227].

Technologie: aujourd'hui, il existe différentes façons d'utiliser les technologies dans la promotion des activités physiques (voir [chapitre 6](#)). Les podomètres, qui permettent de vérifier facilement si un objectif d'activité a été atteint (p.ex. 10 000 pas par jour), sont très répandus [228]. De tels appareils et applications, ainsi que d'autres, fournissent un feedback direct et motivant sur les progrès et la réalisation des objectifs, contribuant ainsi à renforcer l'auto-efficacité. En Suisse, de bonnes expériences ont été faites dans les Grisons, par exemple avec l'application «Bisch fit?», et à Zurich avec le programme de

formation «Active Lifestyle», qui utilise des iPads comme outils de motivation. Ces applications offrent également un potentiel de «gamification» (présentation ludique des contenus et de la promotion de l'activité physique). Enfin, ces technologies rendent possible le coaching virtuel. De cette manière, les personnes peuvent être instruites et motivées individuellement par SMS, téléphone et Internet. Un exemple européen est le projet «PreventIT», dans lequel des messages et des commentaires motivants sont envoyés aux utilisatrices et utilisateurs en temps réel [229].

Niveau structurel

Selon l'environnement, les personnes âgées peuvent trouver plus facile ou plus difficile d'être physiquement actives [204]. Des mesures pour un contexte propice à l'activité physique ont donc une portée particulièrement large et peuvent conduire à des changements plus durables que les mesures qui se concentrent exclusivement sur le comportement individuel [205].

Dans la promotion structurelle des activités physiques, les quatre mesures suivantes ont fait leurs preuves [205]:

Suggestions visuelles aux points de décision: dans la vie de tous les jours, il y a des endroits où nous choisissons de pratiquer ou non une activité physique, par exemple lorsque nous voulons monter au deuxième étage d'un immeuble et que nous disposons à la fois d'escaliers et d'un ascenseur. Des suggestions motivantes peuvent être placées dans de tels endroits, qui montrent les avantages de l'option active (nudging) [230]. Dans les espaces publics, de telles suggestions dirigent les gens vers des destinations accessibles à pied, telles que des parcs, des magasins et d'autres installations.

Rendre accessibles les installations de loisirs intérieures et extérieures: les bâtiments tels que les salles de sport et de fitness ainsi que les lieux en plein air (tels que les parcs, les terrains de sport, les rives des lacs et les sentiers de randonnée) offrent la possibilité de pratiquer une activité physique seul-e ou en groupe. L'accès à ces lieux peut être élargi par diverses mesures: par des subventions et une ouverture au grand public pour que l'ensemble de la population puisse les utiliser, ou par un travail de relations publiques pour faire connaître ces équipements et les opportunités qu'ils offrent aux personnes âgées.

Concevoir un environnement propice à l'activité physique et adapté à l'âge: l'aménagement du territoire favorisant l'activité vise à concevoir l'environnement bâti de manière à ce que la mobilité soit sûre et invitante pour les personnes âgées également. Par exemple, les lieux de rencontre, les magasins ou les transports en commun doivent être facilement accessibles à pied, à vélo ou en fauteuil roulant. Les chemins piétons et les pistes cyclables attractifs, les zones vertes, les infrastructures sportives, les aménagements adaptés aux personnes âgées tels que les balustrades et les bordures de trottoirs abaissées, les bancs et les toilettes publiques en nombre suffisant ainsi que les rues bien éclairées ont notamment un effet favorable sur le comportement en matière d'activité physique [231, 232]. Sur son site web, Promotion Santé Suisse propose une [collection d'offres et de matériel d'information](#) sur le contexte favorable à l'activité physique.

Programmes à l'échelle de la commune / de la communauté: les programmes à l'échelle communale rassemblent différents acteurs et mesures à différents niveaux. Au niveau de la communication, par exemple, des messages motivants sont véhiculés via la télévision, des affiches et d'autres médias. Parallèlement, des offres de conseil ou des groupes d'entraide sont promus dans lesquels les individus peuvent être accompagnés et informés. Pour garantir que les personnes trouvent également un environnement propice à l'activité physique, des mesures supplémentaires sont prises au niveau structurel, par exemple en concevant des sentiers de randonnée adaptés à leur âge.

7.4.2 Programmes d'activité physique

L'exercice au quotidien est idéalement complété par des programmes d'activité physique et de sport qui facilitent la création d'habitudes et permettent des stimuli d'entraînement ciblés et plus intensifs.

En Suisse aujourd'hui, les programmes d'activité physique structurés prennent souvent la forme de cours collectifs dans des installations communautaires (p.ex. gymnases, piscines publiques, centres de fitness). Être active/actif avec d'autres personnes a souvent un effet motivant.

La fréquence et l'intensité sont déterminantes dans l'efficacité des programmes d'activité physique. Deux à trois unités d'exercice par semaine sont les mieux adaptées pour obtenir l'effet souhaité sur la

santé [157]. Si la santé des participant-e-s le permet et qu'ils se sentent à l'aise pour le faire, un entraînement non seulement léger et modéré, mais aussi intensif est recommandé [204].

Les programmes d'activité physique et de sport sont idéaux pour entraîner **divers aspects de la performance physique** (exercices dits mixtes ou combinés) [205]. Cela inclut notamment les types de sollicitation suivants:

- l'endurance (également appelée entraînement aérobique), par exemple par le jogging, la marche, le vélo, la danse ou l'aquagym;
- la force ou les muscles, qui peuvent être renforcés avec son propre poids corporel, avec des machines ou des poids libres;
- la mobilité, qui est améliorée, par exemple, par le yoga, le tai-chi, la gymnastique, la musculation ou la danse;
- l'équilibre et la coordination, qui peuvent également être entraînés par le tai-chi, la danse, la musculation ou des exercices d'équilibre spécifiques.

Certains **types d'activité physique** sont mieux adaptés à la prévention de certaines maladies ou à l'obtention d'un certain effet bénéfique sur la santé. Ceux-ci **se complètent** donc mutuellement. Par exemple, bien que l'exercice aérobique soit important pour prévenir les maladies cardiovasculaires, l'entraînement de force sert à maintenir la masse musculaire. Combiné à un entraînement d'équilibre, cette formule est particulièrement importante pour prévenir les chutes [163].

En principe, les programmes spécifiques d'activité physique et de sport peuvent non seulement avoir lieu dans le cadre de cours collectifs, mais aussi être **réalisés individuellement à la maison** sous forme de séances d'entraînement. Pour les programmes d'exercices à domicile, une supervision régulière par des entraîneur-se-s personnels s'est avérée efficace pour maintenir la motivation et s'assurer que les exercices sont effectués correctement. Un bon exemple en Suisse est le projet [«DomiGym – offre d'activités physiques à domicile»](#). Des brochures avec des illustrations photographiques d'exercices ainsi que des programmes télévisés, des vidéos et des applications avec des programmes d'exercices commentés peuvent également motiver et jouer un rôle de guide.

7.4.3 Prévention des chutes

Les personnes âgées ont une incidence significativement plus élevée de chutes (voir 2.3). Une personne sur quatre de plus de 65 ans (24%) vivant dans un ménage privé suisse tombe au moins une fois par an. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, ce chiffre atteint même 33% [25]. Les chutes chez les personnes âgées entraînent souvent des blessures, des complications à long terme, une réduction d'autonomie, une dépendance accrue aux soins, l'isolement social et 1600 décès par an [26, 200, 233-236]. Dans l'optique de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes âgées, la prévention des chutes revêt donc une grande importance.

Causes de chutes chez les personnes âgées

Les facteurs de risque de chute peuvent être divisés en causes principalement liées à la santé des personnes et en causes issues de l'environnement et du contexte [236, 237]:

- Les **facteurs de risque individuels** sont principalement la perte de masse musculaire et de force et la perte d'équilibre, les troubles de la vision et de l'ouïe, la santé psychique (p. ex. la dépression, les troubles cognitifs et la peur de tomber), la santé physique (p. ex. les maladies chroniques telles que l'ostéoporose), la prise de plusieurs médicaments ainsi que des chaussures inadéquates et des aides visuelles et à la marche mal adaptées.
- Les **facteurs de risque environnementaux** sont les obstacles (comme les seuils de porte et les tapis), l'absence de dispositifs de sécurité dans la salle de bain, les sols glissants, l'absence de mains courantes dans les escaliers ainsi que des barrières dans l'espace public et la circulation.

Les risques de chute dans l'environnement jouent souvent un «rôle amplificateur» car dans le cas d'un handicap physique, même de petits obstacles tels que les seuils de porte et les trottoirs peuvent entraîner des trébuchements [238].

Dans ce qui suit, l'accent est mis sur la promotion de la forme physique et de l'environnement privé des personnes âgées, car la forme physique est le principal facteur de protection contre les chutes chez les personnes âgées et la moitié des chutes se produisent dans les espaces de vie privés [26].

Entraînement corporel

Sur la base des connaissances scientifiques et pratiques actuelles, les recommandations suivantes en matière d'entraînement physique pour prévenir les chutes peuvent être dérivées:

- Les programmes de formation devraient se concentrer sur la **force** et l'**équilibre** et être complétés par des tâches faisant appel aux compétences mentales («**dual tasking**») et **des composantes de maintien de la mobilité et de la fonctionnalité** (entraînement à la marche, entraînement aux activités quotidiennes et transfert debout-couché au sol). En Suisse, sichergehen.ch a formulé des critères de label correspondants.
- Selon le groupe cible, **la peur de tomber** doit être thématisée et la chute et le relèvement corrects pratiqués, afin que les participant-e-s renforcent leur confiance en leur propre corps et apprennent à faire face à une éventuelle chute.
- **Les principaux motifs de participation aux cours de prévention des chutes** sont la santé, les aspects sociaux et le bien-être. Ainsi, des aspects tels que la santé, la sociabilité et la qualité de vie ainsi que la confiance en son propre corps doivent être soulignés. «Éviter les chutes» est l'objectif principal de moins de 3% [239] des participant-e-s. Le terme «chute», qui a des connotations très négatives, ne devrait pas être mis en avant.
- Les **aspects sociaux du programme** sont à intégrer en bonne place dans les offres collectives.
- Une **approche spécifique au groupe cible** peut augmenter l'accessibilité et donc la participation aux cours (p. ex. accessibilité des hommes de plus de 65 ans) [240, 241].
- Les **exercices de prévention des chutes** peuvent être intégrés dans des programmes d'exercices existants (p. ex. un cours de marche nordique qui intègre également des exercices d'équilibre).
- Une **alimentation** équilibrée et adaptée à l'âge est un accompagnement obligatoire de l'entraînement physique (voir [chapitre 8](#)). En particulier, l'apport de protéines et de vitamine D doit être souligné, car celles-ci soutiennent de manière significative le maintien et le développement des muscles, avec un entraînement suffisant [242, 243].

Ajustements à domicile et dans les espaces publics

Dans le cadre de visites à domicile chez les personnes âgées, il est possible d'identifier les facteurs de risque de chutes **dans l'environnement de vie** et d'indiquer des mesures concrètes pour les éliminer. Parmi les mesures faciles à mettre en œuvre, citons: enlever les tapis de sol et les moquettes glissantes, acheter un tapis antidérapant dans la salle de bains, fixer du ruban antidérapant dans les escaliers, installer des mains courantes et des glissières et améliorer les conditions d'éclairage [244].

Dans l'**espace public**, les mesures suivantes ont notamment fait leurs preuves [245, 246]:

- Sécuriser les points de chute potentiels par des garde-corps et des parapets
- Concevoir des escaliers en toute sécurité avec des mains courantes des deux côtés, des marches régulières, etc.
- Utiliser des revêtements de sol antidérapants sur lesquels il est facile de marcher
- Optimiser l'éclairage et les contrastes
- Assurer une bonne accessibilité, par exemple avec un espace libre devant la porte ou un accès sans seuil

Autres mesures de prévention des chutes

D'autres facteurs de risque de chute peuvent être traités à l'aide d'un certain nombre de mesures supplémentaires. Cela inclut le choix de **chaussures adéquates**, des **aides à la marche** bien adaptées tels que des cannes ou des déambulateurs, l'adaptation de la **médication** (notamment la polymédication), une adaptation de l'**alimentation** (y compris la consommation d'alcool), une éventuelle **correction de la vue** et, enfin, des **informations et sensibilisations** concernant les situations potentiellement dangereuses et la transmission de stratégies pour faire face à ces situations. Ces stratégies sont discutées plus en détail dans la référence [8]. Un des projets suisses qui met plusieurs de ces stratégies en œuvre est nommé [«être et rester mobile»](#).

7.4.4 Promotion de l'activité physique avec égalité des chances

Le comportement en matière d'activité physique n'est pas le même pour l'ensemble de la population, mais est fortement influencé par les caractéristiques sociales et les conditions de vie (voir 7.3.2). Afin de promouvoir l'égalité des chances, les ressources personnelles des individus doivent être renforcées et les conditions-cadres sociales doivent être améliorées pour tou-te-s.

Certaines des mesures suivantes peuvent être mises en œuvre par les acteurs de la promotion et de la prévention de la santé eux-mêmes. De nombreuses mesures relèvent toutefois de la sphère d'influence d'autres domaines politiques. La promotion de la santé peut alerter ces domaines politiques au sujet de l'inégalité des chances en matière de santé et sensibiliser les dirigeant-e-s au rôle qu'ils jouent dans la promotion de l'activité physique chez les personnes socialement défavorisées (mots clés: coopération multisectorielle et programmation des thèmes clés, par exemple dans des groupes de travail transversaux, des procédures de consultation, etc.).



Source

Les recommandations suivantes sont tirées du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» [29]. On trouve dans ce rapport des approches d'intervention actuelles basées sur des évidences et les critères de réussite des mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé.

Les personnes âgées ayant un statut socio-économique (SSE) faible sont parfois exclues des opportunités d'activité physique si celles-ci sont associées à des coûts financiers excessifs. **Les avantages et déductions financiers pour les offres d'activité physique** peuvent donc augmenter l'activité physique [247, 248].

L'aménagement de **conditions de vie matérielles et structurelles favorables à l'activité physique** est particulièrement important dans la promotion de l'activité physique auprès des personnes âgées défavorisées. En effet, ces personnes vivent géné-

ralement moins souvent dans un contexte propice à l'activité physique (p.ex. moins de parcs, plus de rues et un environnement dangereux). Les mesures éprouvées comprennent la création d'espaces verts et la conception adaptée à l'âge de sentiers pédestres et cyclables [118, 249].

La littérature met également l'accent sur les approches suivantes pour encourager l'activité physique chez les personnes âgées défavorisées:

- **Visites préventives à domicile par des professionnel-le-s de la santé**, qui sensibilisent à la question de l'activité physique chez les personnes âgées [250].
- Envoi de **lettres de motivation avec des évaluations individualisées de l'activité physique et des conseils concrets sur les activités à pratiquer dans l'environnement immédiat** [251]. L'effet positif des lettres ne semble pas dépendre du niveau d'instruction des personnes âgées.
- Les **interventions basées sur la technologie** (p.ex. via une application ou avec un podomètre) peuvent aider à augmenter l'activité physique des personnes âgées défavorisées [115, 252].

Les mesures pour encourager les activités physiques n'ont pas le même effet sur tous les genres [253-256]. Cet effet dépendant du genre se reflète, entre autres, dans le fait qu'une mesure est utilisée ou non et s'il y a un changement réel de comportement. Par exemple, les parcs publics – une mesure visant à améliorer les conditions matérielles de vie – sont plus souvent utilisés par les hommes pour des activités sportives intensives, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'y marcher ou d'être physiquement inactives [254]. En pratique, ces différences liées au genre signifient:

- La caractéristique du **genre** (pas seulement compris en termes binaires comme homme et femme) doit être systématiquement prise en compte lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation.
- **Des interventions spécifiques aux femmes** (surtout celles issues de l'immigration), qui soient participatives, adaptées sur le plan socioculturel et linguistique, dirigées par des pairs et mises en œuvre dans le cadre communautaire de référence, sont recommandées [257].
- Les hommes étant souvent sous-représentés dans les mesures relatives à l'activité physique et à l'alimentation, le **recrutement d'hommes** plus

âgés, et en particulier d'hommes défavorisés sur le plan socio-économique, revêt une importance particulière [258-260]. L'accent mis sur le maintien des performances physiques, les adaptations terminologiques (p. ex. «entraînement» au lieu de «gymnastique»), le recrutement et la réalisation dans des «cadres masculins» (p. ex. associations et clubs de sport) ainsi que l'approche en rapport avec des événements critiques de la vie (départ à la retraite ou veuvage) ont fait leurs preuves [241, 259].

Chez la **population migrante**, les canaux médiatiques spécifiques aux groupes cibles ont fait leurs preuves dans la transmission des informations sur la promotion de la santé et la prévention [261, 262]. De plus, les offres basées sur le web sont efficaces auprès de la population migrante et ont pu atteindre des taux de rétention exceptionnellement élevés de plus de 70 %, selon une étude [263]. Ces interventions basées sur le web sont idéalement accompagnées d'un soutien individuel ponctuel [263] et adaptées au groupe cible en termes de langue et de contenu [264].

L'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre ont reçu peu d'attention dans les études précédentes sur les mesures équitables en matière d'activité physique [265, 266]. Certaines interventions réussies, spécifiques au groupe cible, visant à promouvoir l'activité physique des femmes lesbiennes et bisexuelles sont connues aux États-Unis [267]. Les critères de réussite de ces mesures sont la mise en œuvre en groupe et avec les organisations locales du groupe cible. De plus, il s'est avéré utile de se concentrer sur l'activité physique et ses effets positifs sur le bien-être et non sur le poids, puisque ce dernier peut être compris comme l'expression d'une image corporelle hétéronormative [267].



Critères de réussite issus de la pratique

La [section 7.3](#) énumère les critères généraux de réussite de la promotion de la santé auprès des groupes socialement défavorisés, c'est-à-dire les moyens qui ont été essayés et testés dans la pratique pour rendre les approches mentionnées encore plus efficaces.

7.5 Facteurs de réussite

La régularité de l'activité physique est la condition préalable aux gains de santé et est en même temps le principal défi de la promotion de l'activité physique à tout âge.

Il faut que la société dans son ensemble apporte des changements durables dans le comportement en matière d'activité physique. De plus, la motivation individuelle joue un rôle déterminant. Ces deux facteurs sont examinés plus en détail ci-dessous, en complément des conseils généraux concernant la coopération (voir encadré).

Engagement de toute la société

Tout le monde peut contribuer à augmenter l'activité physique chez les personnes âgées. Les personnes âgées peuvent formuler des raisons personnelles pour faire de l'activité physique et fixer des objectifs d'exercice. Les familles, les connaissances et les professionnel-le-s de la médecine et de l'activité physique peuvent soutenir et motiver les personnes âgées à être actives, car les recommandations personnelles d'activités et d'offres sont très convaincantes. Surtout, les professionnel-le-s de la santé peuvent motiver, mais aussi prévenir l'excès de confiance et les blessures.

Des organisations telles que des ONG, des communautés religieuses et des groupes sportifs peuvent proposer des programmes d'offre d'activités physiques. Les autorités peuvent créer des conditions-cadres favorables en créant un environnement attractif pour l'activité physique ou en proposant des offres facilement accessibles et abordables pour tous les groupes de population [205].



Coopération dans la mise en œuvre

Vous trouverez à la [section 3.6](#) des informations sur les principaux partenaires de mise en œuvre et de contact dans la pratique.

Motivation et communication

Les motifs pour lesquels une personne est ou veut être physiquement active doivent être explicitement inclus dans la conception des mesures. Parce que la réalisation de ces motivations contribue de manière décisive au maintien d'un comportement en matière d'activité physique [171, 221]. C'est pourquoi il est important, lors de la communication et de la mise en œuvre des offres, de faire le lien avec les motivations personnelles les plus importantes pour l'activité physique.

Les **raisons de pratiquer une activité physique** chez les personnes âgées sont très individuelles et très variées et vont bien au-delà des avantages pour la santé (en tant que motif le plus important). Outre les effets avérés sur la santé (voir 7.2), il convient d'inclure, entre autres, les motifs suivants **dans la communication**:

- L'activité nous aide à nous sentir plus fort-e et à avoir plus d'énergie pour ce qui est important dans la vie.
- Faire de l'activité physique en groupe est amusant et offre la possibilité de sociabiliser.
- Les excursions dans la nature nous permettent de profiter de la beauté et de la tranquillité des parcs, des forêts et des montagnes.
- L'activité physique peut être associée à la joie, au bien-être et à une bonne image corporelle, surtout si l'intensité et la durée correspondent à notre propre condition physique et que l'activité physique est variée.
- Un mode de vie autonome et une mobilité sûre restent possibles si l'on est en bonne forme physique.
- L'activité physique aide à entraîner notre mémoire et à rester en bonne santé psychique.
- Une meilleure santé physique et psychique favorise la capacité de conduire et peut éviter de perdre son permis de conduire.

Les recommandations d'activité physique peuvent sembler très liminaires et troublantes, en particulier pour les personnes âgées qui ont été inactives jusqu'à présent. Dans la communication, **les messages suivants** sont à **mettre en avant**:

- Chaque mouvement compte! Même une petite augmentation de l'activité et une réduction du temps passé assis-e peuvent améliorer la santé.

- Par petites étapes, nous pouvons avancer vers un objectif à long terme.
- De nombreuses activités de la vie quotidienne (nettoyage, jardinage, marche) sont déjà considérées comme des activités physiques et peuvent être «créditées».
- L'activité physique peut créer un cercle vertueux, nous donner de l'énergie et faciliter les activités quotidiennes (comme la douche, le nettoyage et la marche).



Informations complémentaires sur la promotion de l'activité physique

Recommandations et outils pour les professionnel-le-s:

- Liste de contrôle des tâches pour le développement et la mise en œuvre d'offres d'activité physique avec des groupes de personnes âgées: [Informations et conseils pour la direction](#)
- Feuille d'information 63: [Fondation Hopp-la: Promotion de la participation sociale des personnes âgées par le biais d'offres inter-générationnelles d'activité physique](#)
- Feuille d'information 24: [Prévention des chutes chez les personnes à risque de chute](#)
- Brochure [Personnes âgées: bouger et se rencontrer encore plus grâce aux réseaux communaux](#)

Conseils pour le public:

- Campagne [«Bien équilibré-e au quotidien»](#)



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Un grand nombre d'exemples de bonnes pratiques pour promouvoir une activité physique régulière figurent dans la [liste d'orientation](#) de Promotion Santé Suisse.

8 Promouvoir une alimentation équilibrée

À la suite, nous verrons en quoi consiste une alimentation équilibrée chez les personnes âgées, quels facteurs peuvent conduire à la malnutrition ou aux carences, et comment une alimentation équilibrée chez les personnes âgées peut être encouragée.

8.1 Principes et définitions

Facteurs influençant les comportements alimentaires chez les personnes âgées

À tout âge, **la joie et le plaisir** de manger ainsi que **prendre son repas en bonne compagnie** sont des facteurs capitaux, qui favorisent une alimentation régulière et équilibrée [268].

De plus, de nombreux **changements physiologiques** chez les personnes âgées peuvent affecter l'état nutritionnel. Ceux-ci comprennent, entre autres, la diminution de l'appétit et de la soif, la diminution de la salivation, de la déglutition ou des problèmes de mastication et des problèmes digestifs. La perte de dents, une dentition mal ajustée ou une mauvaise santé bucco-dentaire peuvent avoir des conséquences douloureuses en bouche et limiter le choix des aliments. En particulier, les aliments riches en nutriments tels que les produits complets, les fruits, les légumes et la viande sont évités car ils nécessitent d'être mâchés et peuvent provoquer des douleurs (p. ex. les céréales dans le pain). Cela a pour conséquence que certains groupes d'aliments sont partiellement ou complètement omis et que certaines vitamines et minéraux sont donc fournis en quantités insuffisantes [269]. Des maladies telles que la démence entraînent également une modification des habitudes alimentaires et des difficultés à mâcher et à avaler [270, 271].

En outre, une **diminution des perceptions sensorielles**, par exemple du goût, de l'odorat, de la vue ou du toucher, peut avoir une influence négative sur l'alimentation.

Des **facteurs de risque sociaux, psychiques et financiers**, comme la perte de partenaires et d'amis, la retraite et le manque d'activités, la pauvreté ainsi

que la solitude et la dépression, favorisent également un mode d'alimentation irrégulier ou déséquilibré. Dans l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017, une grande partie (39 %) des 65 à 74 ans ont indiqué que les prix élevés des aliments sains étaient un obstacle à un comportement alimentaire sain.

Enfin, les **perceptions et habitudes personnelles** qui influencent les habitudes alimentaires sont particulièrement pertinentes pour la promotion de la santé. Dans l'ESS précitée, environ un quart des 65 à 74 ans ont cité les habitudes et contraintes quotidiennes (25 %) et le temps passé à faire les courses et à préparer les repas (23 %) comme des obstacles majeurs à une alimentation saine. Cependant, l'obstacle autodéclaré le plus courant à une alimentation saine était une forte préférence pour la bonne nourriture, citée par la moitié (52 %) des personnes âgées de 65 à 74 ans interrogées. Cette perception qu'une bonne alimentation n'est pas saine ou qu'une alimentation saine n'est pas bonne est plus courante chez les personnes âgées que chez les plus jeunes et augmente avec l'âge (59 % des personnes âgées de 75 ans et plus). La sensibilisation au fait qu'une nourriture saine est également savoureuse et la transmission d'idées de recettes concrètes semblent particulièrement importantes dans ce groupe d'âge. En effet, **le manque de volonté**, et donc une faible priorité d'une alimentation saine, a été mentionné le moins souvent comme un obstacle (18 %).



Définition 5

Alimentation équilibrée

Une alimentation est considérée comme équilibrée si elle respecte les recommandations en vigueur pour les personnes âgées. Celles-ci sont esquissées dans la [section 8.3.1](#) et décrites de manière pratique et détaillée dans les [Recommandations alimentaires suisses pour les personnes âgées](#) de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV).

8.2 Pourquoi il vaut la peine de promouvoir une alimentation équilibrée chez les personnes âgées

L'alimentation affecte la santé et la qualité de vie de plusieurs façons

Des études montrent un lien clair entre l'alimentation et la santé, la qualité de vie et la mobilité des personnes âgées.

Une alimentation qui apporte suffisamment d'énergie et de nutriments essentiels (en particulier des protéines), contribue donc de manière décisive, avec une activité physique régulière, à assurer **une mobilité et une indépendance** à long terme [268]. Une alimentation équilibrée est aussi importante pour maintenir le maximum de masse musculaire. En effet, les causes actuellement connues de l'atrophie musculaire chez les personnes âgées ne sont pas seulement des changements biologiques, mais aussi des changements de l'alimentation et l'activité physique [243]. La malnutrition joue un rôle important dans l'apparition de la fragilité, qui s'accompagne d'un risque accru de chutes, de restrictions dans la vie quotidienne et d'admissions en maison de retraite [272].

De plus, une alimentation équilibrée a également un effet préventif sur de nombreuses **maladies non transmissibles (MNT)**. Elle aide à prévenir le surpoids et l'obésité qui, à leur tour, contribuent au développement du diabète, de certains types de cancer, de l'hypertension artérielle et d'autres maladies cardiovasculaires. Des études montrent également qu'un régime méditerranéen (forte proportion de céréales, fruits, poissons et légumes) pourrait réduire le **risque de démence** [273, 274].

Une alimentation équilibrée – et un poids normal associé – renforce finalement le **système immunitaire** et réduit ainsi la **susceptibilité à l'infection** ou à une évolution positive d'une maladie infectieuse telle que le Covid-19 [275, 276].

L'alimentation affecte aussi la **santé psychique** (voir 10.1.2), car une alimentation déséquilibrée peut favoriser le développement de la dépression, par exemple [277]. Des pays comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie ont donc explicitement inclus l'alimentation dans leurs dernières recommandations en matière de santé psychique.

Les mesures visant à promouvoir une alimentation équilibrée influencent donc positivement la santé physique et psychique de diverses manières [278]. Toute personne qui maintient une alimentation équi-

librée et agréable même à un âge avancé établit une bonne base pour rester en bonne santé, mobile et indépendante pendant longtemps [268, 279-281].

Les mesures nutritionnelles sont également rentables même chez les personnes du 4^e âge

Des études montrent que le comportement alimentaire peut être amélioré et rendu plus équilibré même à un âge avancé grâce à des interventions ciblées [278, 282-284]. Il y a des effets mesurables: les interventions visant à promouvoir une alimentation équilibrée peuvent influencer positivement diverses fonctions physiques et psychiques (telles que le maintien de la masse musculaire) et ainsi améliorer la santé des personnes âgées [278]. Une méta-analyse de diverses études a pu montrer une influence favorable à la santé d'une mesure nutritionnelle sur la dépression clinique et subclinique [285].

Une analyse systématique de la littérature a montré que les mesures nutritionnelles chez les personnes âgées peuvent également contribuer à réduire les coûts de santé [278].

8.3 Recommandations et comportement en matière d'alimentation chez les personnes âgées

8.3.1 Recommandations en matière d'alimentation chez les personnes âgées

Les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées (65 ans et plus) correspondent largement à celles des personnes d'âge moyen en bonne santé. Une caractéristique des générations vieillissantes est une hétérogénéité prononcée de l'état de santé ainsi que des comportements de consommation, d'alimentation et de plaisir. L'alimentation est façonnée par des facteurs culturels et des préférences et expériences personnelles en matière de goût. Les recommandations pour l'alimentation des personnes âgées doivent donc être formulées spécifiquement pour le groupe cible et continuellement adaptées aux nouvelles générations de personnes âgées [272].

Dans le même temps, une alimentation équilibrée doit couvrir les besoins en nutriments, éviter la suralimentation ou la dénutrition et tenir compte des préférences personnelles, selon la devise «savourer et rester en bonne santé» [286]. Les principales [recommandations suisses](#) pour une alimentation

saine, équilibrée et savoureuse pour les personnes âgées vivant de manière autonome à domicile, sont les suivantes:

- Adapter l'apport calorique à la dépense d'énergie
- Boire suffisamment (au moins 1,5 litre)
- Manger varié et de façon régulière
- Ingérer suffisamment de protéines
- Prendre de la vitamine D en complément
- Préserver le plaisir de manger et cultiver les repas en compagnie
- Identifier et traiter la malnutrition

8.3.2 Comportements alimentaires de la population âgée en Suisse

En résumé, on peut dire qu'une alimentation saine est importante pour les personnes âgées, mais beaucoup ne savent pas exactement en quoi celle-ci consiste. De plus, certains aliments consommés s'écartent sensiblement des recommandations.

Situation alimentaire générale chez les personnes âgées

En général, l'apport énergétique quotidien des personnes âgées est suffisant en Suisse, mais la composition de l'alimentation pourrait être améliorée. Afin de répondre aux recommandations nutritionnelles spécifiques à l'âge, il convient généralement de réduire l'apport en graisses et d'augmenter l'apport en protéines et en glucides complexes [272]. La recommandation de manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour n'est suivie que par 20 % des personnes âgées [287].

En moyenne, les personnes âgées boivent suffisamment, à savoir un peu moins de 1,5 litre d'eau par jour, et respectent ainsi la recommandation minimale [272]. Comme c'est souvent le cas, les valeurs moyennes occultent les divergences au sein de la population: selon l'Enquête suisse sur la santé 2012, seulement 50 % des personnes âgées boivent 1,5 litre ou plus. Et avec l'âge, moins de liquide est consommé en général; par exemple, plus de 12 % des personnes âgées de 75 ans et plus boivent moins d'un litre par jour [288].

À noter que la grande hétérogénéité de la vieillesse est également associée à différents problèmes nutritionnels: chez les personnes âgées pleines de vitalité, ils sont souvent liés aux MNT, alors que chez les personnes fragiles, ils concernent plutôt la malnutrition.

La malnutrition chez les personnes âgées

La malnutrition est un défi majeur chez les personnes âgées. Une étude interne de l'hôpital cantonal de Winterthur a montré que la prévalence de la malnutrition dépendait directement de l'âge [289]: alors qu'elle était de 8 % pour les moins de 45 ans, cette proportion augmentait avec l'âge pour atteindre 11 % (45 à 64 ans), 22 % (65 à 84 ans) et 28 % (plus de 85 ans).

Poids corporel des personnes âgées

Une alimentation déséquilibrée peut affecter le poids corporel et se manifester par une insuffisance pondérale ou un surpoids. Alors qu'en Suisse un peu plus de 2 % des personnes âgées souffrent d'insuffisance pondérale, [290] 39 % des adultes âgés de 65 à 75 ans sont considérés en surpoids et 17,8 % sont obèses [291].

À mesure que nous vieillissons, l'obésité et la perte de masse musculaire vont souvent de pair, entraînant davantage de problèmes de santé. Néanmoins, à partir de 70 ans, il est souvent souhaitable de maintenir son poids (en particulier la «masse maigre»), car la perte de poids s'accompagne généralement d'une perte de masse musculaire, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'autonomie et la mobilité et augmenter la fréquence des chutes.



L'alimentation pendant la pandémie de coronavirus

En mars et avril 2020 – c'est-à-dire pendant les mesures de protection contre le coronavirus les plus strictes («premier confinement») – les habitudes alimentaires des jeunes de moins de 45 ans ont beaucoup plus changé que celles des personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes âgées ont pour la plupart conservé leurs anciennes habitudes.

Néanmoins, 22 % des personnes âgées déclarent avoir mangé globalement plus et, par exemple, fait plus de collations (+21 %). Les aliments sains tels que les fruits et légumes, ainsi que les collations sucrées et salées et le pain fait maison étaient consommés plus fréquemment. Cela a également affecté le gain de poids de la population au cours de cette période [398, 408].

État d'esprit, connaissances et comportement

Un regard sur l'état d'esprit et les connaissances ainsi que sur les différences sociales dans le domaine de l'alimentation est particulièrement intéressant et pertinent pour la promotion de la santé.

Une alimentation saine est très importante pour les personnes âgées: dans une étude menée auprès de personnes âgées de 50 à 80 ans dans toute la Suisse, 95 % des participant-e-s ont déclaré qu'une alimentation saine était plutôt importante ou très importante pour eux [292].

Les personnes âgées ont une conscience alimentaire élevée: comparativement aux groupes d'âge plus jeunes, les 65 à 74 ans déclarent un peu plus fréquemment qu'elles/ils font attention (73 %) à certaines choses⁸ en matière d'alimentation. Cette valeur ne diminue qu'après 75 ans [293].

Les recommandations nutritionnelles sont moins connues avec l'âge: la pyramide alimentaire suisse est nettement moins connue des 65-75 ans que des jeunes de 18-34 ans (66 % contre 83 %) [291].



Différences sociales en matière de comportements alimentaires

Le comportement alimentaire et les connaissances dans ce domaine diffèrent notamment selon l'éducation, le sexe et la région de résidence des personnes. Plus le niveau d'études est élevé, plus la consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes est fréquente [287], plus les recommandations nutritionnelles sont connues [291] et d'autant plus d'attention est portée à certaines choses en matière de nutrition [293]. Les femmes accordent plus d'attention à certaines choses dans leur alimentation que les hommes [293] et elles connaissent mieux les recommandations nutritionnelles [291]. Enfin, les Tessinois-e-s (77 %) et les Suisses alémaniques (73 %) font plus attention à certaines choses en matière de nutrition qu'en Suisse romande (52 %) [293], bien que cinq portions de fruits et légumes soient consommées plus fréquemment en Suisse romande que dans les autres régions du pays [287].

Que signifient ces résultats pour la pratique de la promotion de la santé?

- Les interventions visant à promouvoir une alimentation équilibrée soutiennent les personnes âgées lorsqu'il s'agit d'une cause qui leur tient à cœur.
- De nombreuses personnes âgées ont déjà un niveau élevé de conscience alimentaire, qui peut être intégrée aux mesures.
- Une proportion importante de personnes âgées ignore les recommandations nutritionnelles et un besoin de sensibilisation et d'information persiste.
- Compte tenu des différences sociales (voir encadré), l'égalité des chances doit être renforcée dans les mesures de promotion alimentaires.

8.4 Promouvoir une alimentation équilibrée

De la production à la consommation des aliments, il existe différents champs d'action pour favoriser une alimentation équilibrée (figure 12). L'objectif est toujours d'éveiller le plaisir d'une alimentation équilibrée, de transmettre des connaissances et de rendre accessible une alimentation saine [268].

Dans le cadre de la production, le plaisir de manger peut être favorisé en impliquant les personnes âgées dans les jardins de quartier ou intergénérationnels, par exemple.

Lors des achats, le «nudging» (pour attirer l'attention sur un certain comportement) permet de soutenir le choix d'aliments sains [230, 294-297].



Sources

Les recommandations suivantes pour favoriser une alimentation équilibrée reposent sur:

- des bases techniques [8, 268, 272, 410, 411],
- des stratégies thématiques ([stratégie nutritionnelle suisse](#)) et
- des projets éprouvés et innovants ([liste d'orientation](#) et [soutien de projets PAC](#)).

⁸ L'ESS ne collecte pas de données sur ce à quoi les personnes âgées prêtent attention en matière d'alimentation. Cependant, la question peut donner une indication de la conscience alimentaire.

En matière de préparation, les connaissances peuvent, par exemple, être renforcées par des cours de cuisine pour personnes âgées et la qualité des services de restauration peut être augmentée par des labels.

Enfin, le plaisir de consommer peut être encouragé en mangeant ensemble le midi et en entretenant des contacts sociaux.

Selon l'état actuel des connaissances, les approches suivantes semblent recommandées afin de promouvoir concrètement une alimentation équilibrée chez les personnes âgées.

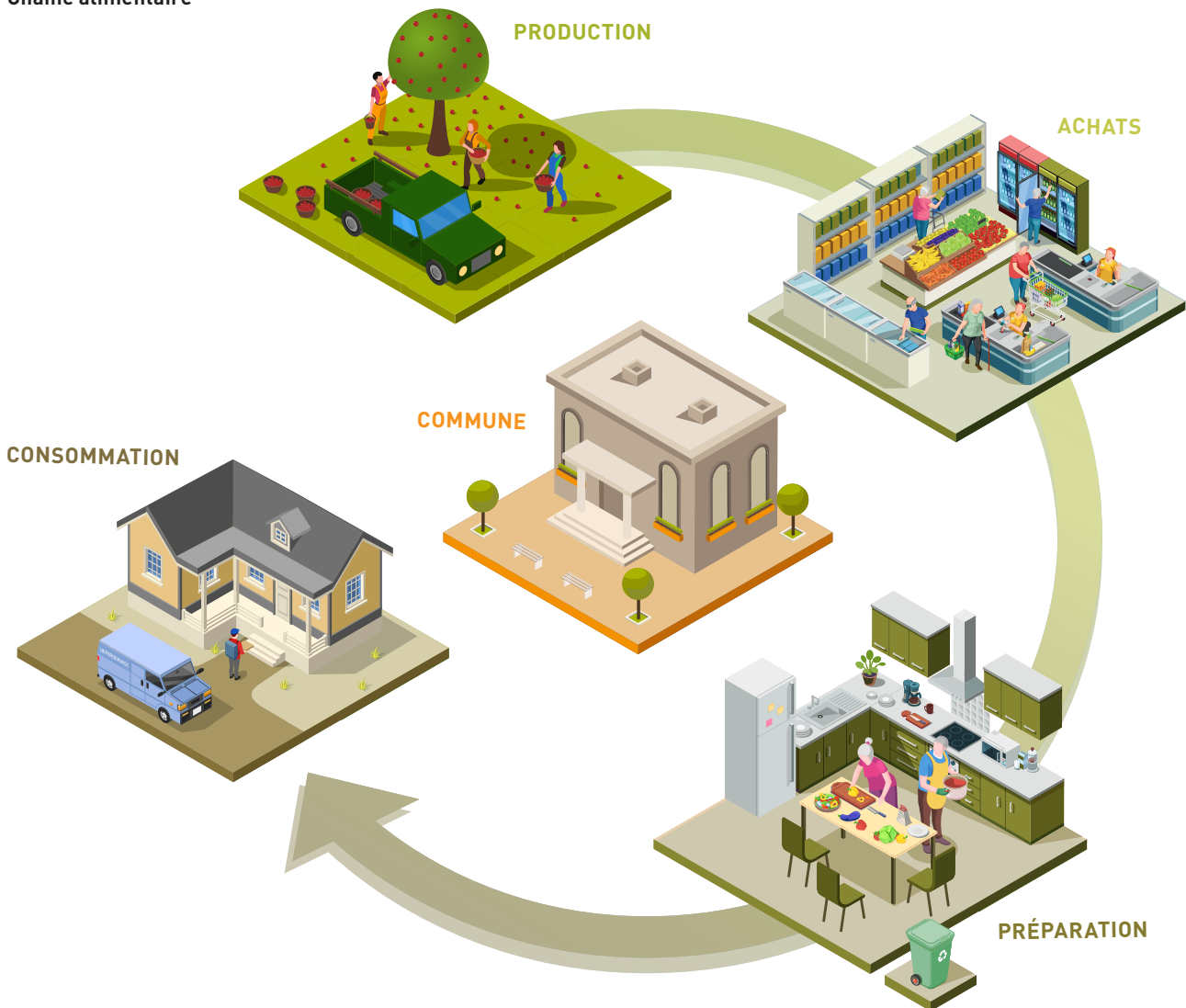
Promotion de la compétence nutritionnelle des personnes âgées et de leurs proches

La sensibilisation et le transfert de connaissances jouent un rôle central, car «seules les personnes qui sont bien informées et qui comprennent le lien entre alimentation et santé peuvent se responsabiliser elles-mêmes et celles qui les entourent, et faire un choix conscient de nourriture» [286].

L'accent est mis sur des messages clés homogènes à propos des recommandations nutritionnelles (au sens de «combien de quoi?») et des conseils nutritionnels faciles à mettre en œuvre pour les per-

FIGURE 12

Chaîne alimentaire



sonnes âgées et leurs proches. D'une part, l'information doit sensibiliser et montrer comment l'alimentation contribue aux objectifs et préoccupations de santé des personnes âgées (p.ex. autonomie et mobilité). D'autre part, elle vise à renforcer les compétences liées à une alimentation équilibrée et agréable en fournissant des recommandations et des conseils faciles à comprendre. Cela inclut, entre autres, des idées de recettes qui couvrent les besoins nutritionnels à mesure que nous vieillissons et des conseils pratiques sur l'hygiène en cuisine, afin que nous puissions identifier de manière fiable les aliments avariés même lorsque nos sens sont en déclin.

Ce contenu peut être véhiculé de différentes manières. Les informations nutritionnelles peuvent être communiquées via les **médias** et les **brochures**. Ceci comprend des documentaires à la télévision, dans les journaux et les magazines ainsi que sur Internet. En Suisse romande, par exemple, le projet [«senso5»](#) propose des brochures et clips vidéo, des outils en ligne tels que des tests sensoriels, des recettes adaptées et des conseils pratiques en cuisine. Les personnes âgées peuvent découvrir l'importance d'une alimentation équilibrée également dans le cadre d'**événements d'information** et de **conseils personnels**. Ces derniers sont généralement proposés par des multiplicateur-trice-s de la société civile, tels que Spitex, Pro Senectute et CRS. Les conseils en matière de santé fournis par «Zwäg ins Alter» dans le canton de Berne en sont un exemple.

Le **travail en groupe** a fait ses preuves lorsqu'il s'agit d'accéder aux couches socialement défavorisées de la population. Dans le projet «Femmes-Tische» pour les migrantes et les migrants âgés, les thèmes de l'activité physique et de l'alimentation sont abordés en petits groupes de confiance dans la langue maternelle des participant-e-s, des expériences sont transmises et des solutions pratiques au quotidien sont échangés.

Après tout, le plaisir de cuisiner et parfois aussi les compétences nutritionnelles sont encouragés à l'occasion de **cours de cuisine⁹** et de **concours de cuisine ludiques**. Ceux-ci peuvent s'adresser spécifiquement aux personnes âgées, mais peuvent aussi regrouper plusieurs générations. Le projet intergénérationnel [«Die Küchenpartie mit peb»](#) en Allemagne, par exemple, rassemble jeunes et moins

jeunes en cuisinant ensemble pour initier l'échange entre les générations et renforcer les compétences nutritionnelles. Un [fil conducteur de projet](#) avec les méthodes, les matériaux, les recettes, les processus et des informations contextuelles, soutiennent les personnes intéressées à la mise en œuvre. Il existe un projet pilote similaire en Suisse romande, intitulé [«Fourchette gourmande»](#).

Promouvoir les occasions de manger ensemble

Le plaisir de manger est la meilleure condition préalable à une alimentation qui couvre les besoins. Les acteurs de la promotion de la santé chez les personnes âgées peuvent y contribuer en favorisant les occasions de manger ensemble [268]. Les tables de midi ou tables communautaires, qui allient l'intégration sociale et une alimentation équilibrée, revêtent donc une importance particulière dans les mesures destinées aux personnes âgées.

En Suisse, les repas de midi sont offerts par les communes, les églises et les associations; depuis des années déjà les [«Tavolata»](#) en Suisse alémanique et les [«Tables conviviales»](#) en Suisse romande, ont fait leurs preuves. Ces projets sont des réseaux de tables communautaires locales basées sur l'auto-organisation, à l'occasion desquelles des personnes âgées se réunissent régulièrement, dans un local privé ou semi-public, pour cuisiner, manger ensemble et échanger de manière informelle.



Créer des liens thématiques

Les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique s'influencent mutuellement et il est donc idéal de les combiner dans les mesures. La combinaison de l'intégration sociale et d'une alimentation équilibrée offre également un bon cadre pour motiver les personnes âgées à profiter d'autres offres de promotion de la santé. Un programme-cadre supplémentaire peut être proposé avant ou après le repas de midi, par exemple en guidant des exercices d'activité physique ou en donnant des informations brèves et attrayantes sur des thèmes de santé (voir à ce sujet le [chapitre 10](#)).

⁹ Voir à ce sujet la [liste de contrôle](#) de Promotion Santé Suisse sur les interventions culinaires pour les personnes âgées.

Les atouts de tels projets sont multiples: outre la promotion des contacts sociaux et du plaisir de manger, ils résident également dans le fait que les personnes âgées peuvent s'impliquer et s'organiser, devenant ainsi acteurs de la promotion de la santé. À l'international, les repas de midi ont également fait leurs preuves pour réunir des personnes âgées d'horizons différents (notamment issues de l'immigration) et des jeunes et moins jeunes [298].

Enfin, les déjeuners sont l'occasion de faire passer des recommandations nutritionnelles pour cuisiner et manger ensemble. À titre d'exemple, le projet «Tavolata» a été spécifiquement élargi pour inclure l'aspect «alimentation saine chez les personnes âgées», en fournissant des recettes et des idées de menus adaptées à leur âge, ainsi que des conseils concrets de mise en œuvre, par exemple sous forme d'«amuse-bouche» (courts événements virtuels sur le thème de la cuisine, de l'alimentation et de la santé).

Créer des conditions-cadres favorables à une alimentation équilibrée

Les comportements alimentaires sont fortement influencés par l'environnement de chacun. L'objectif est donc de concevoir le cadre et l'environnement de manière à ce qu'il soit plus facile de choisir des aliments sains et d'avoir une alimentation équilibrée [286].

Les villes, municipalités et quartiers peuvent, par exemple, initier des repas de midi auto-organisés, organiser des services de transport pour les personnes à mobilité réduite, **fournir l'accès à des salles de rencontre pour cuisiner et manger ensemble** ou ancrer dans les modèles pour la vieillesse une **alimentation ou une restauration équilibrées et adaptées à l'âge** (policy).

Le choix équilibré d'aliments peut être encouragé en coopération avec des **producteurs et détaillants**, qui optimisent volontairement la composition et la gamme d'aliments sains. En Suisse, c'est déjà le cas dans le cadre de l'initiative [actionsanté](#). Lors de l'achat, une stratégie à base de «nudging» (orientation du comportement) permet de soutenir le choix d'aliments sains [230, 294-297, 299].

Tandis que les conseils misent sur les incitations et le volontariat, l'état nutritionnel des personnes âgées peut également être amélioré par des **normes de qualité** et des réglementations [278]. En Suisse, les

établissements socio-médicaux et gériatriques dont les repas et collations suivent les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées se voient déjà décerner le label [«Lieux d'accueil de jour Fourchette verte Senior»](#). De même, il convient d'établir des normes de qualité et des lignes directrices pour les offres de services de restauration qui livrent les personnes âgées à leur domicile. Le label [«Fourchette verte Senior @home»](#) va dans ce sens en Suisse. Dans ce cadre, des conseils, des formations et un label pour les services de restauration sont proposés.

Promouvoir l'expertise des professionnel-le-s et des multiplicatrices et multiplicateurs

Une alimentation équilibrée chez les personnes âgées peut être encouragée en sensibilisant les professionnel-le-s et les multiplicateur-trice-s au sujet, et en renforçant leurs compétences professionnelles. L'un des principaux objectifs est d'accompagner les professionnel-le-s dans la mise en œuvre du thème de l'alimentation avec des mesures simples. Ces offres de conseil et de formation continue s'adressent aux professionnel-le-s et aux multiplicateur-trice-s qui sont en contact direct avec les personnes âgées. Cela inclut le personnel social et soignant, les bénévoles, les médecins, les livreuses et livreurs de repas, les professionnel-le-s de la restauration collective, etc.

Dans la pratique, les actions qui ont fait leurs preuves sont d'une part la mise en place de **formations sur les questions de la nutrition et de la santé**, ainsi que le développement et la collecte de **données scientifiques et d'outils papier**, que les professionnel-le-s peuvent utiliser lors des consultations et dans des formations. Le projet [«Nutrition 60+»](#) de la Société Suisse de Nutrition SSN, par exemple, met gratuitement à disposition des documents pour conseiller les personnes âgées (p.ex. textes bruts, présentations, podcasts). Le projet [«senso5»](#) a développé une boîte à outils créative et innovante que les professionnel-le-s peuvent utiliser pour des interventions à bas seuil sur l'alimentation des personnes âgées.

D'autre part, il existe l'**échange d'expériences** avec d'autres multiplicatrices et multiplicateurs, afin que les connaissances et les critères de succès des projets et des mesures puissent être mutuellement bénéfiques.



Coopération avec le domaine des soins – détection précoce de la malnutrition

La malnutrition est de plus en plus fréquente avec l'âge et constitue un facteur de risque majeur de chutes, de mobilité réduite et d'hospitalisation (voir 8.2). La mise en réseau avec le domaine des soins est donc particulièrement importante pour la promotion d'une alimentation équilibrée.

Très souvent, l'état nutritionnel d'une personne âgée est constaté à l'hôpital [301]. Cependant, la malnutrition ne devrait pas seulement être découverte à l'hôpital, mais être diagnostiquée à un stade précoce par le médecin de famille. La détection précoce de la malnutrition chez les personnes vivant à domicile est possible à l'aide d'instruments tels que le MNA-SF (Mini nutritional assessment short form) et le MUST (Malnutrition universal screening tool). En gros, trois questions suffisent pour le dépistage et la détection précoce en médecine générale:

- 1) Avez-vous perdu du poids sans le vouloir?
- 2) Si vous avez perdu du poids, combien de kilogrammes?
- 3) Avez-vous peu mangé en raison d'une perte d'appétit?

Une perte de poids non désirée peut notamment indiquer un risque de malnutrition et la nécessité de procéder à un historique nutritionnel détaillé et de promouvoir une alimentation équilibrée [301].

Égalité des chances dans les mesures nutritionnelles

Le comportement alimentaire et l'état nutritionnel ne sont pas les mêmes pour l'ensemble de la population, mais sont fortement influencés par les caractéristiques sociales et les conditions de vie (voir 8.3.2). Afin de promouvoir l'égalité des chances, les ressources personnelles des individus doivent être renforcées et les conditions-cadres sociales doivent être améliorées pour tou-te-s.

Certaines des mesures suivantes peuvent être mises en œuvre par les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention eux-mêmes. En revanche, de nombreuses mesures relèvent de la sphère d'influence d'autres domaines politiques. Cependant, les acteurs de la promotion de la santé peuvent signaler les inégalités des chances en matière de santé à ces domaines politiques et les rendre attentifs à leur rôle dans la promotion d'une alimentation équilibrée pour les personnes socialement défavorisées (coopération multisectorielle

Source

Les recommandations suivantes sont tirées du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» [29]. On trouve dans ce rapport des approches d'intervention actuelles basées sur des évidences et les critères de réussite des mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé.

et programmation des thèmes clés, par exemple dans des groupes de travail transversaux, des procédures de consultation, etc.).

En raison de ressources financières restreintes, les personnes âgées touchées par la pauvreté ne peuvent s'offrir une alimentation saine que dans une mesure limitée (voir 8.1). Il est ainsi prouvé qu'une alimentation équilibrée pour les personnes à faible statut socio-économique (SSE) peut être encouragée par des **incitations financières à adopter une alimentation saine**, sous forme de subventions pour l'achat d'une nourriture saine. Un **ajustement des prix alimentaires** par l'augmentation du prix des aliments «malsains» a également apporté des preuves d'efficacité [118, 247]. En Suisse, le projet [«gggessen»](#) met à disposition des multiplicatrices et des multiplicateurs du matériel permettant de favoriser une alimentation équilibrée même avec un petit budget. La Fédération romande des consommateurs (FRC) propose des informations et des ateliers sur le thème [«Bien manger à petit prix»](#). Des interventions qui encouragent **l'offre locale d'aliments sains** dans les quartiers défavorisés rencontrent également du succès [118, 119], car des études (internationales) montrent que l'accès à une alimentation saine n'est pas égal dans tous les quartiers et régions de résidence [302, 303].

Enfin, les compétences nutritionnelles et les connaissances en matière d'alimentation saine ne sont pas également réparties dans la société (voir 8.3.2). Afin d'influer sur les comportements alimentaires pour qu'ils deviennent plus favorables à la santé, il existe des **visites préventives à domicile par des professionnel-le-s de la santé** [250].

Dans la population migrante, il s'est également avéré efficace de recourir aux **canaux médiatiques spécifiques au groupe cible** pour fournir des informations sur des sujets liés à la promotion de la santé et à la prévention (p.ex., une alimentation équilibrée) [261, 262].

Les hommes sont clairement sous-représentés dans les mesures nutritionnelles, surtout s'ils sont socialement défavorisés. Afin d'approcher **les hommes plus âgés**, les critères suivants, entre autres, ont fait leurs preuves: insister sur le maintien de la forme physique et procéder au recrutement et à la mise en œuvre dans des «milieux masculins» (p.ex. clubs, organisations, clubs sportifs). Les hommes plus âgés qui ont vécu des événements difficiles de la vie (retraite, maladie, décès d'un être cher) sont notamment plus motivés pour se pencher sur un sujet comme l'alimentation [241, 258-260].



Critères de réussite issus de la pratique

La [section 5.3](#) énumère les critères généraux de réussite de la promotion de la santé auprès des groupes socialement défavorisés, c'est-à-dire les moyens qui ont été essayés et testés dans la pratique pour rendre les approches mentionnées encore plus efficaces.

8.5 Facteurs de réussite

Les interventions efficaces et durables pour promouvoir une alimentation équilibrée s'appuient sur les orientations générales de la promotion de la santé. Cela inclut notamment:

- les bénéfices étayés scientifiquement et clairement démontrés aux parties prenantes et au groupe cible;
- l'empowerment des personnes âgées;
- différentes approches méthodologiques pour tenir compte de la diversité du groupe cible et de sa vie quotidienne;
- la coopération interdisciplinaire avec les professionnel-le-s de la santé, la société civile et l'environnement personnel des personnes âgées;
- la participation active des personnes âgées en tant que facteur de succès particulier des mesures alimentaires efficaces.



Coopération dans la mise en œuvre

Vous trouverez à la [section 3.6](#) des informations sur les principaux partenaires de mise en œuvre et de contact dans la pratique.

Lorsqu'il s'agit de mesures alimentaires, la joie est un facteur de succès décisif, car le plaisir et la joie de manger sont les meilleures conditions préalables à une alimentation qui répond à nos besoins [268]. Parce que le thème de la «santé» en lien avec l'alimentation est moins associé au plaisir qu'au sacrifice pour de nombreuses personnes âgées, il est important de transmettre des idées de recettes qui ouvrent l'appétit et de sensibiliser au fait qu'une alimentation saine est aussi savoureuse.

Étant donné que les habitudes alimentaires des personnes âgées se sont développées et établies sur une longue période, changer les modes alimentaires déséquilibrés demande du temps. De plus, les personnes âgées qui se sentent actuellement en bonne santé voient souvent peu de raisons de changer leurs habitudes alimentaires. La communication et la motivation jouent donc un rôle particulier: il peut s'avérer utile de parler de «petits ajustements» de l'alimentation et d'insister notamment sur la préservation de l'autonomie et d'illustrer comment une alimentation équilibrée y contribue.

Comme pour la promotion des activités physiques (voir 7.5), les besoins et les objectifs individuels des personnes âgées jouent un rôle central dans le changement de comportement dans le domaine de l'alimentation. Qu'est-ce qui motive les personnes âgées à avoir une alimentation plus équilibrée (p.ex. maintenir la mobilité, promouvoir la capacité cognitive, manger dans un cadre social)? Compte tenu du groupe cible très hétérogène, il est important d'identifier activement les motivations et besoins différents et de les placer au centre des mesures.



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Un grand nombre d'exemples de bonnes pratiques pour promouvoir une alimentation équilibrée figurent dans la [liste d'orientation](#) de Promotion Santé Suisse.



Informations complémentaires sur la promotion d'une alimentation équilibrée

Recommandations alimentaires:

- [Recommandations alimentaires suisses pour les seniors](#) (OSAV)

Comportement alimentaire:

- [Enquête suisse sur la santé](#) (personnes âgées de 15 ans et plus dans un ménage privé)
- Enquête nationale sur la nutrition [menuCH](#) (population entre 18 et 75 ans)
- Étude européenne [DO-HEALTH](#) (personnes de plus de 70 ans, également en Suisse)

Bases et outils pour les professionnel-le-s:

- Informations scientifiques sur l'[alimentation des personnes âgées](#) (CEE, 2018)
- Brochure [Promouvoir une alimentation saine chez les personnes âgées: guide pour les collectivités](#)
- Liste de contrôle [Promouvoir une alimentation saine chez les personnes âgées: Recommandations aux chefs de projet pour le développement d'interventions culinaires](#)

- Documents de présentations, [textes bruts et podcasts sur l'alimentation après 60 ans](#) (SSN)
- Brochure [L'alimentation après 60 ans](#) (8 pages)
- [Alimentation en cas de problèmes de santé](#)

Conseils pour le public:

- Brochure pour les personnes âgées et leurs proches [«Manger sainement – rester en forme»](#)
- Fiche d'information sur [l'alimentation à partir de 60 ans](#) (1 page)
- Brochure [Malnutrition malgré l'abondance?!](#)
- Livret d'énigmes avec [des astuces pour manger et se régaler après 60 ans](#)
- [Divers dépliants et affiches sur les besoins énergétiques, les protéines et la vitamine D chez les personnes âgées](#)

9 Promotion de la santé psychique

De quoi est faite la santé psychique? Qu'est-ce qui protège et menace la santé psychique des personnes âgées? Pourquoi est-il important de promouvoir la santé psychique des personnes âgées – pour les individus concernés et pour la société dans son ensemble? Quelles mesures concrètes se sont avérées efficaces dans la pratique pour promouvoir la santé psychique des personnes âgées? Le chapitre suivant répond à ces questions et à d'autres.

9.1 Principes et définitions

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soulignait déjà il y a environ soixante-dix ans que la dimension psychologique fait partie intégrante de la santé [304]. En fait, il n'y a pas de santé sans santé psychique [305]. Compte tenu de la diminution des ressources physiques et sociales, la santé psychique revêt une importance particulière chez les personnes âgées car elle aide à faire face aux diminutions et aux déficiences physiques et sociales.

Santé psychique et maladies psychiques

Le modèle du continuum santé-maladie d'Antonovsky est utilisé pour illustrer la transition fluide entre la santé et la maladie. Le modèle à deux continuums [307-309] fournit un modèle utile et complémentaire pour la promotion de la santé psychique [310], car il montre qu'il est judicieux de **renforcer la santé psychique indépendamment d'une éventuelle maladie (chronique)**.

L'axe vertical du modèle (figure 13) représente le niveau de santé psychique, d'élevé à faible. Cela signifie que cet axe illustre le bien-être émotionnel et le fonctionnement psychologique et social. La promotion de la santé commence sur cet axe. L'axe horizontal, quant à lui, représente la maladie psychique, avec des niveaux allant d'élevé à faible. Cet axe représente les symptômes de la maladie psychique. Grâce à la promotion de la santé, les

personnes atteintes ou non de maladies peuvent renforcer leur bien-être émotionnel et leur fonctionnement psychologique et social [310].

Comment atteindre la santé psychique

La santé psychique change tout au long de la vie, ce qui en fait un processus plutôt qu'un état fixe.

La santé psychique peut être imaginée **comme une balance, sur laquelle les ressources et les contraintes sont posées de chaque côté** [311].

D'un côté de la balance se trouvent les contraintes qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé psychique. L'impact des contraintes sur la santé dépend, entre autres, de leur intensité et de leur fréquence [312]. La santé psychique n'est pas seulement influencée par des événements majeurs, mais aussi par de petits stressors au quotidien.

De l'autre côté de la balance, on trouve les ressources qui renforcent notre santé. Les ressources nous font du bien et elles nous permettent de faire face aux contraintes et donc de réduire, voire de prévenir leur impact négatif sur la santé psychique [313].



Définition 6

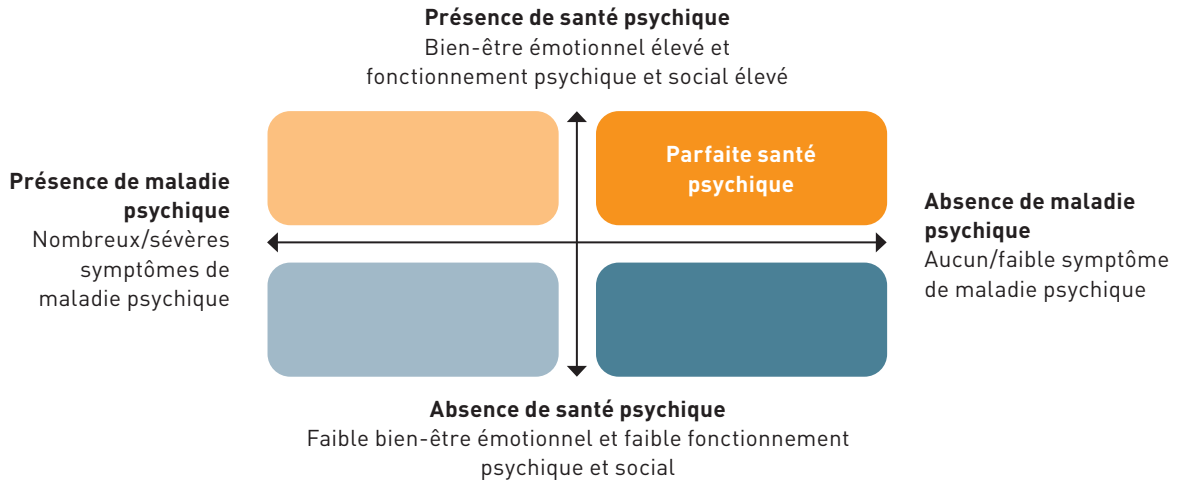
Santé psychique

La santé psychique est complexe et comprend des aspects tels que le bien-être, l'optimisme, ressentir du sens, les relations sociales, la gestion de la vie quotidienne, l'estime de soi et une identité solide [65]. La santé psychique n'est donc pas la simple absence de maladie psychique.

Une personne en bonne santé psychique peut utiliser pleinement ses capacités cognitives et émotionnelles, faire face au stress et aux changements de la vie quotidienne et contribuer à sa communauté [306].

FIGURE 13

Modèle des deux continuums de Keyes (adapté)



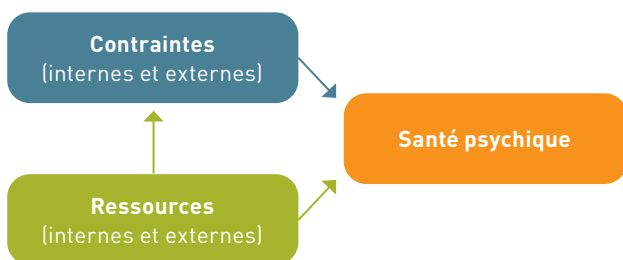
- Personnes ayant un bien-être psychique élevé, sans trouble psychique
- Personnes ayant un bien-être psychique élevé, avec un trouble psychique pouvant être diagnostiqué
- Personnes ayant un bien-être psychique faible, sans trouble psychique
- Personnes ayant un faible bien-être psychique, avec un trouble psychique pouvant être diagnostiqué

Sources: propre représentation basée sur [307-309]

On parle de santé psychique lorsque les ressources et les contraintes sont en équilibre ou que les ressources sont plus élevées que les contraintes. Le modèle modifié des ressources et contraintes (figure 14) montre de manière simplifiée les effets directs et indirects des ressources et des contraintes sur la santé psychique.

FIGURE 14

Modèle modifié des ressources et contraintes



Source: [311]

Pour promouvoir la santé psychique, il faut par conséquent **réduire les contraintes** et surtout **renforcer les ressources**.

Les ressources et les contraintes sont diverses et peuvent exister au niveau physique, psychologique, social et matériel [8]. On distingue donc les ressources et contraintes internes (qui résident en la personne elle-même) et les ressources et contraintes externes (qui sont causées par l'environnement d'une personne).

Les **ressources** importantes sont les compétences de vie (telles que les compétences de communication et de réflexion individuelle), l'attente d'auto-efficacité, le soutien social, les opportunités d'activités qui ont du sens et une image différenciée de la vieillesse dans la société.

Les **contraintes** majeures sont des facteurs physiques (p.ex. une déficience auditive, des douleurs chroniques), la solitude, la prise en charge de proches, des barrières infrastructurelles ainsi que des événements critiques de la vie et les transitions biographiques (p.ex. la retraite, la séparation ou le divorce, le décès d'un parent proche).

9.2 La santé psychique des personnes âgées en Suisse

État d'esprit, connaissances et comportement

En 2021, Promotion Santé Suisse a fait réaliser une [enquête représentative de la population](#) sur le thème des compétences en santé psychique. Ces données ont révélé les éléments suivants pour les personnes âgées en Suisse:

- **Priorité élevée:** prendre soin de leur santé psychique est plus important pour les personnes âgées que pour tout autre groupe d'âge (en particulier par rapport aux personnes âgées de 15 à 34 ans et de 35 à 49 ans) et elles s'occupent plus souvent consciemment de leur santé psychique que les personnes plus jeunes.
- **Inhibition plus forte pour demander de l'aide:** à mesure que l'on vieillit, les moments de détente, d'acceptation de soi, de socialisation, d'apprentissage et de créativité, mais aussi de prise en charge des autres, sont des stratégies très appréciées pour favoriser sa santé psychique. Par rapport aux groupes plus jeunes, les personnes âgées sont moins susceptibles de dire qu'elles auraient besoin d'aide et de parler de leurs émotions. Elles indiquent aussi plus souvent que les plus jeunes qu'elles ne savent pas à qui en parler.
- **Niveau de connaissances moyen et stigmatisation plus élevée:** à l'exception des ressources en ligne, les personnes âgées déclarent avoir un bon accès aux informations sur la promotion de la santé psychique. Cependant, plus souvent que les plus jeunes, elles ont du mal à comprendre ces informations. Les connaissances des personnes âgées sur ce qui peut être fait pour la santé psychique sont bonnes et comparables à celles des groupes d'âge plus jeunes. Les personnes âgées, en revanche, ont une connaissance un peu moins élevée des maladies psychiques. La croyance qu'une maladie psychique n'est pas une «vraie» maladie est plus répandue à mesure que les gens vieillissent.
- **De grandes différences sociales:** les hommes et les personnes issues de la population migrante connaissent moins d'offres pour renforcer leur santé psychique que les femmes et les personnes avec un passeport suisse. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation trouvent et comprennent moins bien les informations sur la santé psychique et considèrent les soins de santé

psychique comme moins importants que les personnes ayant un niveau d'éducation élevé. Les obstacles à la recherche et à l'acceptation d'aide d'autrui (tels que «ne pas vouloir déranger les autres», «ne pas avoir envie d'en parler», «être affecté par un problème psychique est gênant») sont plus prononcés chez les personnes âgées, les personnes ayant un faible niveau d'instruction et les personnes sans passeport suisse, mais aussi plus chez les hommes que chez les femmes.

Que signifient ces résultats pour la promotion de la santé?

La promotion de la santé psychique soutient les personnes âgées dans une cause qui leur tient à cœur. Elle peut venir s'ajouter à ce que les personnes âgées font souvent déjà consciemment pour leur propre santé psychique. Fondamentalement, la promotion de la santé psychique commence toujours par de l'information. Cependant, il ne s'agit pas seulement de renforcer l'accès aux connaissances sur ce que l'on peut faire soi-même et où l'on peut trouver de l'aide, mais d'étendre en particulier les mesures spécifiques au groupe cible et à bas seuil. Les informations doivent être fournies via de nombreux canaux différents et les offres doivent également s'adresser aux groupes cibles socialement défavorisés.

Propagation de la santé et de la maladie

Dans l'ensemble de la population âgée, la santé psychique est bonne et, à certains égards, même meilleure qu'à l'âge adulte moyen. Ce phénomène est appelé le paradoxe de la vieillesse: en raison d'un niveau élevé d'adaptation et d'autorégulation (coping d'adaptation), le bien-être psychique ne diminue généralement pas avec l'âge, malgré les pertes physiques et cognitives, mais se stabilise même plutôt à un niveau supérieur [314].

La bonne santé psychique des personnes âgées vivant dans des ménages privés est illustrée, entre autres, par les indicateurs suivants:

- **Qualité de vie:** 92 % des personnes de plus de 65 ans jugent leur qualité de vie comme (très) bonne [310]. Sur ce critère, les personnes âgées indiquent des valeurs plus élevées que les personnes plus jeunes (à l'exception des 15 à 34 ans, qui évaluent leur qualité de vie encore plus haut).
- **Énergie et vitalité:** aucun autre groupe d'âge ne se sent aussi plein d'énergie et de vitalité que les 65 à 74 ans (soit 62 % des personnes interrogées).

Cette valeur ne baisse qu'à partir de 75 ans et se situe légèrement en dessous de la moyenne de toutes les tranches d'âge [20].

- **Optimisme et bien-être:** l'optimisme et le bien-être augmentent avec l'âge et ne diminuent qu'avec la vieillesse avancée. Entre 65 et 74 ans, 72% indiquent des valeurs élevées à très élevées d'optimisme et de bien-être. À partir de 75 ans, on constate une diminution à une valeur moyenne de 55% [21].

Une ressource interne majeure consiste à adopter la conviction que l'on peut façonner sa propre vie de manière autodéterminée (conviction de contrôle interne). Dans aucun autre groupe d'âge, cette ressource n'est aussi prononcée que chez les personnes à l'âge de la retraite [315].

Le vieillissement n'est donc pas forcément associé à une augmentation des maladies psychiques, seules les maladies organiques cérébrales, en particulier la démence, augmentent avec l'âge. Néanmoins, la charge psychique chez les personnes âgées ne doit pas être sous-estimée. Il existe des différences selon l'âge et le sexe: les personnes de plus de 75 ans signalent un niveau de charge psychique plus élevé que les personnes de 65 à 74 ans; les femmes plus élevé que les hommes. Il en résulte un spectre allant de 7,5% (hommes entre 65 et 74 ans) à 17,3% (femmes de plus de 75 ans) qui déclarent ressentir une charge psychique moyenne à élevée. Une charge modérée à élevée indique une probabilité accrue à très élevée de développer une maladie psychique.



Différences socialement déterminées en matière de santé psychique

Certains groupes de personnes présentent un risque plus élevé de mauvaise santé psychique que la population générale. Cela inclut les personnes à faible statut socio-économique, les couches socialement défavorisées de la population migrante, les personnes seules, les proches aidant-e-s et les membres de la communauté LGBTIQ. Les femmes sont également légèrement plus susceptibles que les hommes d'avoir une mauvaise santé psychique à un âge avancé, en particulier lorsqu'elles vivent dans la pauvreté ou l'isolement social [29, 101, 310].

En Suisse, les maladies et affections psychiques suivantes sont les plus fréquentes chez les personnes âgées:

- Les **dépansions** moyennes à lourdes («major depressions») touchent 3,2% des personnes âgées de 65 à 74 ans. À partir de 75 ans, il existe de nettes différences entre les sexes: 3,8% des hommes et 6,7% des femmes signalent une dépression à un âge avancé [310]. Les **troubles anxieux** (phobies spécifiques et troubles anxieux généralisés) sont également fréquents [318].
- Près de 6,5% des personnes à l'âge de la retraite indiquent une **consommation chronique d'alcool à haut risque**, les hommes étant plus souvent touchés que les femmes [319]. La prise de **médicaments** tels que les analgésiques, les sédatifs et les somnifères augmente considérablement avec l'âge [310].
- Les **troubles du sommeil** surviennent plus fréquemment avec l'âge et sont souvent le résultat, mais aussi la cause, d'autres maladies. 41% des personnes de plus de 65 ans souffrent de problèmes légers à sévères pour s'endormir ou dormir toute la nuit [320].

Les maladies psychiques, et la dépression en particulier, peuvent également augmenter la tendance au **suicide**. Les suicides réussis augmentent avec l'âge, et les hommes veufs plus âgés, en particulier, se suicident plus fréquemment que la moyenne. Sans compter les suicides assistés, le taux de suicide chez les hommes âgés est deux fois (65 à 84 ans) à quatre fois (85 ans et plus) plus élevé que dans l'ensemble de la population masculine [321, 322]. Enfin, l'isolement social et la **solitude** chez les personnes âgées représentent des défis psychosociaux importants avec de graves conséquences sur la santé. Ces conditions de vie induisent morbidité et mortalité et sont, dans cette optique, aussi mauvaises pour la santé, voire pires, que d'autres facteurs de risque bien connus, tels que la consommation de 15 cigarettes par jour et le surpoids [323-325]. Près d'une personne sur trois (32%) en âge de prendre sa retraite déclare se sentir parfois à très souvent seule [33].



Coronavirus et santé psychique des personnes âgées

Plusieurs enquêtes montrent que les personnes âgées se sentent moins stressées par le coronavirus que les groupes d'âge plus jeunes [412]. En effet, comme avant le coronavirus, les 65 à 74 ans indiquent la satisfaction de vie la plus élevée de tous les groupes d'âge pendant la pandémie (91 % sont plutôt satisfait-e-s à très satisfait-e-s de leur vie) [413].

La solitude a augmenté dans la population totale pendant la pandémie, mais plus chez les jeunes que chez les personnes âgées. Néanmoins, la solitude et l'isolement social durant la pandémie représentaient également un gros problème chez les personnes âgées. 30 % des personnes âgées ont déclaré que le maintien des relations constituait un défi majeur pendant le confinement [399]. Les personnes âgées socialement isolées ou ayant des antécédents de maladie avec un impact sur leur vie quotidienne ont encore davantage souffert de la solitude pendant la pandémie [414].

9.3 Pourquoi la promotion de la santé psychique chez les personnes âgées est-elle utile?

La santé psychique est (aussi) importante chez les personnes âgées

La santé psychique a un impact positif sur les individus et la société tout au long de la vie, et en particulier durant la vieillesse [326]. Une bonne santé psychique permet, entre autres:

- d'apprécier la vieillesse et de faire face à la maladie et au déclin physiques, ainsi qu'à l'approche de sa propre fin [314, 327];
- de réduire les maladies physiques, car la santé physique et la santé psychique sont particulièrement liées à un âge avancé [305, 328];
- une plus grande autonomie et indépendance, parce que les maladies psychiques induisent une plus grande impuissance et dépendance, surtout durant la vieillesse [318];
- de faire face à l'impact des crises sociétales comme la pandémie de Covid-19;
- de s'engager en faveur de son environnement personnel et de la société (voir [chapitre 4](#)).

Efficacité (économique) même durant la vieillesse avancée

La santé psychique peut également être encouragée chez les personnes âgées. Au niveau des communes, il a été démontré que les interventions de groupe, par exemple sur la réflexion individuelle et la maîtrise du stress, entretiennent et améliorent la santé psychique des personnes âgées [329]. La promotion des ressources sociales a non seulement un effet positif sur le bien-être et les troubles de l'humeur, mais elle s'avère également être un facteur de protection de la santé cognitive [330]. Les maladies psychiques peuvent également être efficacement réduites chez les personnes âgées: la dépression et les troubles anxieux peuvent être influencés positivement, par exemple par la promotion d'un mode de vie favorable à la santé et physiquement actif, et par un entraînement à la relaxation [331]. Après tout, même les personnes âgées seules peuvent «se remettre» de la solitude par des interventions adaptées et retrouver un réseau social solide [332]. Outre un gain de qualité de vie pour les personnes concernées, la promotion de la santé psychique des personnes âgées s'accompagne d'un potentiel économique considérable:

- Sur l'ensemble des tranches d'âge, les maladies psychiques entraînent des coûts de santé directs élevés, qui représentent en Suisse entre 4 et 6,3 milliards de francs par an [333]. Si les maladies psychiques peuvent être prévenues ou si leur étendue peut être réduite, on peut s'attendre à une baisse significative des dépenses de santé.
- La promotion de l'intégration sociale réduit, par exemple, le recours aux services de santé [334, 335]. Une évaluation des groupes d'arts, de discussion et d'activité physique en Finlande a montré que ces mesures réduisaient les coûts des prestations médicales et sociales de plus d'un tiers [336].
- Une personne en bonne santé psychique est capable de mener une vie indépendante plus longtemps, ce qui permet d'économiser sur les frais de soins et d'institutions d'accueil. La solitude est souvent une raison importante pour emménager dans une maison de retraite, même si la personne concernée peut encore vivre de façon autonome.
- Les personnes âgées en bonne santé psychique sont capables de s'impliquer dans la société et d'apporter diverses contributions.

9.4 La promotion de la santé psychique des personnes âgées

Que peut-on faire pour promouvoir la santé psychique des personnes âgées? Par où commencer et comment procéder?

Des bases nationales [337] et internationales [338-343] formulent généralement les trois recommandations suivantes pour promouvoir la santé psychique.

Recommandation 1: renforcer les ressources internes et externes

Les mesures doivent se concentrer sur l'empowerment et la résilience, en renforçant les ressources internes et externes.

Il est prouvé que les ressources internes (comme l'auto-efficacité) et les ressources externes (comme le soutien social) peuvent être renforcées en encourageant les compétences de vie (comme les compétences en communication, la réflexion individuelle et la régulation des émotions) et un environnement propice à la santé (comme des personnes référentes fiables).

Recommandation 2: accorder la priorité aux groupes cibles (en particulier aux groupes cibles vulnérables)

Fondamentalement, lors de la planification et de la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé, il est logique de donner la priorité aux groupes cibles vulnérables. Il s'agit de groupes exposés à des conditions particulièrement difficiles pour la santé psychique. Cela inclut, en particulier, les personnes socialement défavorisées. Dans les PAC, une attention particulière est également portée à la santé des proches aidant-e-s.

Recommandation 3: tenir compte de la personne dans son environnement

La santé psychique est influencée par des facteurs personnels et environnementaux. En raison de l'interaction étroite entre la personne et son milieu de vie, les mesures les plus efficaces sont celles qui tiennent compte des comportements et des modes de vie, ainsi que des conditions de vie des personnes âgées et les conçoivent de manière favorable à la santé (combinaison d'approches comportementales et structurelles).

La recommandation 3 est donc une sorte de «recommandation transversale» qui doit impérativement être prise en compte pour les recommandations 1 et 2. En effet, pour renforcer les ressources internes et externes, des mesures sont nécessaires au niveau individuel (p. ex. la promotion des compétences de vie) et au niveau de l'environnement. Pour améliorer la santé des groupes vulnérables, il faut renforcer les conditions de vie favorables à la santé, en plus des ressources personnelles (comme les compétences en santé).

Sur la base de ces recommandations, **quatre manières de promouvoir la santé psychique chez les personnes âgées** sont présentées ci-après:

- le renforcement de l'auto-efficacité en guise de ressource interne, associé au renforcement des compétences de vie et à un environnement favorable (9.4.1),
- le renforcement du soutien social en tant que ressource externe et élément important de l'intégration sociale (9.4.2),
- la promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s en tant que groupe cible vulnérable (9.4.3),
- et l'égalité des chances pour la promotion de la santé psychique (9.4.4).



Informations complémentaires sur la santé psychique en général

Bases et outils pour les professionnel-le-s:

- Rapport [La santé psychique tout au long de la vie](#)
- Feuille d'information 60: [La Suisse sait-elle ce qu'elle peut faire pour sa santé psychique?](#)
- Fiche d'info [10 activités pour la santé psychique](#)
- Site web de l'OFSP sur la [promotion de la santé psychique](#)

Conseils et recommandations pour les personnes âgées:

- [10 activités pour ta santé psychique](#)
- Campagne «[Comment vas-tu?](#)» – ABC des émotions
- Campagne «[Santépsy](#)»



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Un grand nombre d'exemples de bonnes pratiques pour promouvoir la santé psychique des personnes âgées figurent dans la [liste d'orientation](#) de Promotion Santé Suisse.



Coopération dans la mise en œuvre

Vous trouverez à la [section 3.6](#) des informations sur les principaux partenaires de mise en œuvre et de contact dans la pratique.

9.4.1 Renforcer l'auto-efficacité¹⁰

L'auto-efficacité est cruciale lorsqu'il s'agit de faire face aux transitions ou aux événements critiques de la vie. Elle influence notre capacité à assumer de nouveaux rôles dans la vie ou à essayer, mettre en œuvre et entretenir de nouveaux comportements. De plus, l'auto-efficacité est essentielle pour l'intégration sociale [9.4.3]. Elle détermine si une personne s'implique dans la société et la vie sociale – et elle est à son tour renforcée par des expériences positives d'intégration sociale. L'auto-efficacité est donc une ressource majeure pour la santé psychique [337]. C'est aussi un important facteur de motivation pour les comportements favorables à la santé (voir [chapitre 10](#)). Par exemple, les personnes âgées ayant des attentes élevées en matière d'auto-efficacité ont un niveau de bien-être plus élevé [344] et moins peur de tomber [345, 346].

Approches pour promouvoir l'auto-efficacité

L'auto-efficacité peut être promue jusqu'à un âge avancé. La promotion de la santé intervient alors **sur deux niveaux**: dans le cadre d'un **environnement favorable**, qui offre reconnaissance et marge d'action (voir [9.4.2](#)), et au niveau des **compétences de vie** [347].

Un environnement respectueux est important

D'après Bandura [348] l'auto-efficacité se construit grâce aux quatre facteurs suivants:

- 1) Les **expériences personnelles** et le sentiment de réussite qui en résulte – par les propres efforts – sont particulièrement bénéfiques. En ce sens, l'auto-efficacité est également renforcée par la possibilité de participer activement aux décisions. De telles opportunités se présentent, par exemple, en cas d'engagement social (dans le cadre du développement d'un quartier ou autre).
Chez les personnes âgées, le désir de transmettre devient plus important [85, 349]. L'auto-efficacité peut être encouragée si les personnes âgées peuvent partager leurs connaissances et leurs expériences. Cela peut avoir lieu, par exemple, dans des projets intergénérationnels.
- 2) L'auto-efficacité peut également être renforcée dans le cadre d'offres de groupe pour la promotion de la santé par l'**observation** des autres. L'effet est plus grand si les autres présentent des capacités similaires (p. ex. une mobilité ou une condition physique similaire).



Définition 7

Auto-efficacité

L'auto-efficacité décrit la conviction que l'on est capable de réaliser des actions sur la base de ses propres compétences. Les personnes ayant une auto-efficacité élevée savent et s'attendent à être capables de mener à bien des actions grâce à leurs propres compétences et également de faire face à des situations difficiles [347].

Définition 8

Compétences de vie

La notion de compétences de vie désigne les compétences que l'on utilise pour réussir à faire face aux difficultés et aux tâches de la vie quotidienne [350].

¹⁰ Ce chapitre est essentiellement basé sur les études suivantes, rédigées sur mandat de Promotion Santé Suisse: Abderhalden et al. [347] et Jacobshagen [350].

- 3) Les offres de groupe se prêtent également bien au **réconfort et à l'encouragement mutuels**. Une image positive de la vieillesse peut ici avoir un effet de soutien: il est avantageux que les professionnel-le-s et les référent-e-s confient à la personne une tâche et l'encouragent à accepter un défi.
- 4) Certaines **réactions physiques** changent avec l'âge. Il est donc important que les personnes âgées interprètent correctement leurs réactions physiques. Par exemple, elles doivent percevoir que le cœur bat plus vite lorsqu'elles ont une activité physique parce qu'il fonctionne bien, ou que des courbatures peuvent apparaître après avoir travaillé – et que ce ne sont pas nécessairement des signes de faiblesse ou de maladie.

Ces facteurs peuvent être renforcés dans toutes les offres, afin que ces dernières promeuvent l'auto-efficacité des personnes âgées de manière ciblée.



Informations complémentaires sur l'auto-efficacité

- Vidéo: [Qu'est-ce que l'auto-efficacité et comment est-elle encouragée?](#)
- Vidéo: [Comment l'auto-efficacité est-elle renforcée chez les personnes âgées?](#)
- Auto-efficacité: [Un guide pour les responsables de projets des programmes d'action cantonaux pour la promotion de l'auto-efficacité et des compétences de vie](#)

Compétences de vie importantes chez les personnes âgées

D'après la recherche et la pratique, chez les personnes âgées, la priorité devrait être donnée à la promotion des compétences qui servent à l'apprentissage, à la croissance personnelle, à la prise de décision ainsi qu'à l'établissement et à l'entretien des relations sociales.

Promotion Santé Suisse recommande – conformément à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) – que les personnes âgées renforcent spécifiquement les compétences de vie mentionnées dans le [tableau 7](#):

TABLEAU 7

Les six compétences de vie des personnes âgées

	Les compétences de vie impliquent de savoir
1. Capacités de communication	• communiquer de manière efficace
2. Régulation des émotions	• influencer positivement et activement ses émotions
3. Introspection	• se connaître et s'aimer soi-même
4. Compétences sociales	• créer et façonner des relations positives
5. Gestion du stress	• gérer le stress
6. Prise de décisions	• faire des choix autodéterminés

Sources: [329, 350]

Interventions pour promouvoir les compétences de vie chez les personnes âgées dans un environnement qui offre de la reconnaissance

Il n'y a pas d'âge limite pour apprendre et développer des compétences de vie; celles-ci peuvent être développées et renforcées jusqu'à un âge avancé [350]. Sur **l'exemple de la réflexion individuelle**, le paragraphe qui suit illustre comment encourager les compétences de vie.

Par réflexion individuelle, on entend la capacité de se connaître et de s'aimer, de classer les expériences et de donner un sens à ce que l'on vit. Cette compétence de vie est particulièrement importante chez les personnes âgées, parce que les rôles identitaires disparaissent avec la retraite ou le veuvage, ou parce que le déclin des capacités mentales et physiques restreint la liberté et les perspectives. L'approche de la mort impose également de réfléchir à soi et à sa vie.

Les interventions visant à renforcer la réflexion individuelle chez les personnes âgées favorisent notamment l'examen de sa propre histoire de vie et de sa propre perception de la vieillesse.

La satisfaction de vie des personnes âgées est souvent liée à la capacité d'avoir su surmonter les crises des premières phases de la vie. Il est alors utile de **réfléchir à sa propre histoire de vie**, dans l'idée d'accepter ce qui a été vécu et ce qui ne l'a pas été.



En Suisse, par exemple, les personnes âgées échangent dans des [cafés-récits](#) à propos de leurs souvenirs de fêtes de famille, de leur premier jour d'école et d'autres sujets. Ce faisant, elles pratiquent et renforcent non seulement leur réflexion individuelle, mais elles reçoivent également de la reconnaissance pour leur vécu, de la part des autres participant-e-s. Cette interaction entre la personne et son environnement renforce l'auto-efficacité et le soutien social.



Informations complémentaires sur les compétences de vie

Dans la [brochure](#) et le [document de travail](#) sur les compétences de vie, les six compétences de vie pertinentes pour les personnes âgées sont présentées et des interventions concrètes pour leur promotion sont indiquées.

Les **perceptions personnelles et sociales de la vieillesse** peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être psychique. Cependant, une approche différenciée qui reconnaît à la fois les aspects positifs et négatifs de la vieillesse, c'est-à-dire qui voit le potentiel et les défis, fait souvent défaut.

Un moyen très apprécié d'éveiller la réflexion sur ses propres perceptions de la vieillesse, est offert par les groupes de discussion ouverts sur les réflexions philosophiques au sujet du vieillissement, comme par exemple le [Café Dialogue](#).

Ces offres de groupe ont une valeur particulière car de nouvelles relations peuvent se développer en même temps. Les activités de groupe régulières et à long terme, avec contribution active des participant-e-s sont particulièrement efficaces [38, 335, 351, 352].

9.4.2 Renforcer le soutien social dans le cadre de l'intégration sociale

Les humains sont des êtres sociaux. Les relations sociales que nous entretenons avec les autres nous permettent d'obtenir le soutien dont nous avons besoin. Lorsque nous avons moins de relations de confiance avec les autres que souhaité, cela a un impact significatif sur notre santé [323-325]. Le soutien social représente donc une ressource majeure pour la santé psychique [337].

Définition 9

Intégration sociale

L'intégration sociale comprend deux éléments: premièrement, l'intégration dans des réseaux de relations de confiance, offrant du **soutien social** et présentant donc une qualité favorable à la santé; deuxièmement la **participation à la vie sociale** dans l'environnement immédiat et plus large, l'engagement social (civil), ainsi que la participation et la co-détermination de son propre environnement de vie quotidien.

Définition 10

Soutien social

Par soutien social, on entend l'apport d'aide, de reconnaissance et d'information entre les personnes. Le soutien social peut prendre plusieurs formes [353]:

- *instrumental* (p. ex. une aide pratique telle que les courses),
- *émotionnel* (p. ex. réconfort, reconnaissance, encouragement),
- *informatif* (p. ex. indication d'offres d'aide et de moyens de résoudre des problèmes),
- *évaluatif* (p. ex. des commentaires sur le comportement).

Dans le jargon psychologique, le soutien social fait partie des ressources sociales et apporte une aide dans un réseau social. Le réseau social est propice à la santé psychique lorsque les relations sociales sont de bonne qualité et qu'il y a un équilibre entre donner et recevoir (réciprocité) [353, 354].

La promotion de l'intégration sociale est souvent mentionnée à propos des personnes âgées (voir [définition 9](#)). La promotion de l'intégration sociale est essentielle à tout âge, chez les personnes âgées et très âgées cependant, elle revêt une importance particulière. Parce que les événements critiques de la vie et typiques de la vieillesse – tels que la retraite, le divorce ou le veuvage, s'occuper de parents ou de sa propre maladie – comportent le risque de conduire à la solitude et au retrait social [8, 37].

Il existe une différence entre être seul-e et se sentir seul-e

Avoir peu de contacts sociaux n'est pas forcément problématique: d'une part, les personnes qui sont souvent seules et qui veulent être seules ne se sentent pas nécessairement isolées. D'autre part, on peut aussi se sentir seul-e tout en étant entouré-e de gens.

On distingue donc **la notion «être seul-e», perçue de manière neutre et parfois même choisie**, qui implique le manque objectif de relations sociales (isolement social), de la **notion ressentie subjectivement de solitude non désirée**, qui peut avoir lieu en présence ou en l'absence de contacts sociaux. En bref, la solitude signifie avoir moins de relations de confiance qu'on ne le souhaiterait.

Il existe une forte corrélation entre l'isolement social objectif et le sentiment subjectif de solitude, mais ils ne vont pas nécessairement ensemble.



Qui est particulièrement touché par la solitude?

Lors de la promotion du soutien social, une attention particulière doit être accordée aux groupes suivants [38, 356]:

- Personnes veuves, séparées/divorcées et vivant seules
- Jeunes retraité-e-s
- Personnes avec peu de moyens financiers
- Personnes ayant un faible niveau d'instruction
- Femmes âgées
- Proches aidant-e-s
- Personnes dépendantes vivant à leur domicile
- Personnes à mobilité réduite, malvoyantes et malentendantes
- Personnes atteintes de maladie psychique
- Couches défavorisées de la population migrante



Sources

Les recommandations suivantes résument les données des bases nationales [8, 353, 355, 375, 415] et internationales [416, 417].

Les personnes touchées perçoivent souvent la solitude comme un défaut et comme un échec personnel dans les relations interpersonnelles [355]. En conséquence, il n'est pas toujours facile pour les personnes âgées seules d'exprimer leur solitude et de demander de l'aide. Les interventions nécessitent donc du **tact** et de **savoir quels obstacles rendent difficile l'acceptation de soutien** (p. ex. «ne pas vouloir déranger les autres»).

Approches pour promouvoir le soutien social

En pratique, il est crucial de considérer à la fois le niveau de l'individu et celui de l'environnement:

- **Au niveau individuel:** les compétences de vie telles que les aptitudes relationnelles et de communication sont importantes pour pouvoir s'impliquer dans la société, entretenir des réseaux sociaux, donner et accepter un soutien social. La promotion des compétences de vie contribue donc à renforcer à la fois le soutien social et d'autres aspects de l'intégration sociale (voir 9.4.1).
- **Au niveau de l'environnement:** d'une part, il s'agit de personnes de référence dignes de confiance disponibles et d'interactions respectueuses. D'autre part, des occasions de participer à la vie sociale sont également nécessaires (voir **définition 9**). Cela inclut des structures (telles que des lieux de rencontre), le soutien du voisinage, des processus participatifs dans la commune et des opportunités d'engagement et de participation.

Un niveau ne va pas sans l'autre: lorsqu'il existe un environnement favorable, les offres de renforcement des compétences de vie permettent d'atteindre des personnes qui ne sont pas (encore) capables de participer et qui ont besoin d'encouragement pour construire des relations sociales ou s'engager dans la société civile. Les personnes ayant de solides compétences de vie, à leur tour, ont besoin d'un environnement propice aux relations sociales, à la reconnaissance, à l'engagement et à la participation – sans un tel environnement, elles risquent également l'isolement social.

Les compétences de vie permettent le soutien social

La **section 9.4.1** mentionne les compétences de vie les plus importantes dans la vieillesse, qui sont également importantes pour promouvoir le soutien social.

Des offres plus ciblées et des formations plus intensives sont judicieuses pour les personnes qui ont des difficultés à entretenir ou à construire des relations. En annexe de la brochure [«Compétences de vie chez les personnes âgées»](#), il existe des exemples de formations en lien avec les déficiences auditives et visuelles, ainsi que des ateliers favorisant les habiletés sociales, par exemple des [rencontres animées](#). De nouvelles offres en ligne telles que [LeaveLone](#) sont en construction.

Les relations de confiance sont importantes

Pour favoriser le soutien social, un environnement doit offrir des occasions d'entretenir des relations. La qualité passe avant la quantité et est également priorisée en conséquence par les personnes âgées [35, 356]. Il ne suffit pas de «juste» permettre des contacts sociaux (intégration sociale), mais il doit être possible de construire une relation de confiance. Les relations de confiance peuvent être renforcées et construites au sein des **communautés locales**. Les mesures suivantes se sont avérées efficaces:

- Réseaux d'entraide et autres **Caring Communities**, qui se basent sur un engagement dans la société civile et le «prendre soin mutuellement»
- Mise en place de tables rondes communes et autogérées telles que **«Tavolata»** et **«Tables conviviales»**

Les **offres de contact à bas seuil**, comme les offres de [«malreden»](#) de l'association Silbernetz Schweiz ou les chaînes téléphoniques de Pro Senectute Suisse, qui permettent de faire les premiers pas vers plus de contacts.

Motiver d'autres domaines politiques à créer un environnement favorable

Pour un environnement favorable, il faut, sur le **plan matériel**, des quartiers adaptés, dans lesquels les personnes âgées peuvent se déplacer et séjourner, où des rencontres peuvent avoir lieu et des contacts sociaux peuvent être cultivés. Cela relève de la **responsabilité de domaines politiques qui n'ont pas de mandats directs en matière de promotion de la santé**. De nombreuses communes collaborent déjà, dans le cadre de leur politique de la vieillesse,

avec les domaines de l'aménagement du territoire, des transports, de la sécurité, de la culture ou de l'immobilier, permettant ainsi:

- **des inspections de quartier**, qui offrent une option éprouvée pour le développement participatif de quartier avec les personnes âgées (p. ex. chez [www.altersfreundliche-gemeinde.ch](#)),
- la création de **lieux de rencontre** à l'intérieur et à l'extérieur, où se déroulent des activités et où les contacts sociaux peuvent être entretenus (p. ex. [Hopp-la](#)),
- un **accès gratuit** et à bas seuil aux activités culturelles et de loisirs et à une vie de quartier/village active dans les communes, dont bénéficient particulièrement les personnes touchées par la pauvreté.

Au **niveau structurel**, la **mise en réseau et la coordination à petite échelle** de toutes les institutions sont utiles dans le domaine «vieillesse et santé». De cette façon, le grand défi d'atteindre les personnes seules ou menacées par la solitude peut être relevé plus facilement [334]. Une option éprouvée consiste à les aborder **via divers groupes professionnels, institutions et particuliers** (comme les médecins généralistes, Spitex, le milieu familial ou de proximité, les églises, les associations de migrant-e-s et les points de rencontre des seniors) et à leur faire découvrir des offres. Un environnement social favorable se traduit, entre autres, par des contacts personnels et de proximité, grâce auxquels les personnes qui vivent isolées ou qui s'occupent d'un proche peuvent être atteintes plus facilement.

Promouvoir l'engagement social (civil) et la participation aux décisions

La promotion des possibilités d'engagement social (civil) et de travail bénévole pour les personnes âgées sert à **donner du sens**, à **expérimenter l'auto-efficacité**, à **l'intégration sociale** par l'établissement de nouveaux contacts et à **soutenir les groupes particulièrement vulnérables**.

Pour la santé psychique, il est également essentiel dans l'engagement social (civil) et le travail bénévole qu'ils permettent de construire **des relations de confiance**, ainsi que de **donner et de recevoir**¹¹.

¹¹ Le projet [«geben&annehmen»](#) (donner et accepter) fournit des outils et des conseils sur la façon d'encourager à donner et à recevoir du soutien..

Donner ou recevoir des prestations (gratuites) ne suffit pas à améliorer la santé psychique. Les personnes âgées doivent avoir la possibilité de jouer un rôle actif, de participer aux décisions et d'entretenir des relations de confiance. Cela renforce l'auto-efficacité et le soutien social.

À noter: du côté des bénévoles, leurs besoins en matière de durée, d'activité, d'**autodétermination** et de **liberté d'action** sont à prendre en compte. Les contributions des personnes âgées doivent être reconnues (p. ex. par une reconnaissance publique). Le **reconnaissance**, la **participation aux décisions** et une image différenciée de la vieillesse sont cruciales.

En Suisse, les projets «Vicino» à Lucerne ou «Quartiers solidaires» dans le canton de Vaud, se sont avérés efficaces. On trouve d'autres exemples positifs dans le [Réseau Caring Communities](#) et dans la liste d'orientation de Promotion Santé Suisse. En Autriche en 2021, la directive «[Neue Bilder des Alter\(n\)s. Wertschätzend über das Alter\(n\) kommunizieren](#)» (Nouvelles images de la vieillesse. Communiquer avec bienveillance sur la vieillesse et le vieillissement) a été publiée et fournit des conseils et des exemples pratiques, couvrant divers aspects autour d'une image différenciée de la vieillesse.



Informations complémentaires sur le soutien social et l'intégration sociale

Bases et outils pour les professionnel-le-s:

- Brochure: [Ressources sociales: Promotion des ressources sociales en tant que contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée](#)
- Feuille d'information 63: [Fondation Hopp-la: Promotion de l'intégration sociale des personnes âgées par le biais d'offres inter-générationnelles d'activités physiques](#)
- Guide de planification [Promotion de l'intégration sociale des personnes âgées dans les communes](#)

Conseils et recommandations pour les personnes âgées:

- Film documentaire et brochure pour les personnes âgées sur le thème «[La solitude a plusieurs visages](#)» et portraits individuels

9.4.3 Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s¹²

En plus des prestataires professionnels de soins et d'accompagnement à domicile, ce sont les proches aidant-e-s qui assument une part importante de ce que l'on appelle le travail de care. Les aidant-e-s, parmi d'autres, permettent à leur proche de mener une vie autonome et d'être socialement intégré-e-s. Elles/Ils lui offrent un soutien émotionnel, renforcent le bien-être psychosocial et aident à trouver la sécurité au quotidien [357].



Définition 11

Proches aidant-e-s

Les proches aidant-e-s sont des personnes de tous âges qui prennent soin d'un membre de la famille qui a besoin de soutien et de soins. Ils/elles assument diverses tâches d'accompagnement pour faire face aux tâches quotidiennes de la personne aidée (par exemple, soutien social, gestion du ménage, administration, transports) et/ou des tâches de soins (par exemple, aide aux tâches de soins en complément des services professionnels). Les personnes âgées de 50 à 65 ans sont le plus souvent celles qui fournissent des soins à leurs proches [48].

Une aide indispensable, mais exposée à des défis particuliers

L'engagement des proches aidant-e-s est précieux à bien des égards et l'on ne saurait s'en passer:

- **Pour la personne aidée:** par leur engagement, les proches aidant-e-s permettent aux personnes atteintes dans leur santé de vivre à domicile le plus longtemps possible. Cela correspond souvent à un grand souhait de la personne aidée.
- **Pour la/le proche aidant-e lui-même:** de nombreux proches considèrent l'accompagnement ou les soins comme un acte qui a du sens, qu'ils ou elles font – en plus des sentiments d'obligation et de nécessité – principalement par amour et parce que cela leur permet de «se sentir bien» [358]. Les proches aidant-e-s considèrent également qu'il est positif pour eux d'apprendre de nouvelles choses à cette occasion et de renforcer leur estime de soi [48].

- **Pour la société:** en Suisse, les proches aidant-e-s fournissent plus de 80 millions d'heures de travail non rémunéré, représentant une valeur monétaire de plus de 3,7 milliards de francs [48]. Environ 600 000 proches aidant-e-s soutiennent, accompagnent et soignent leurs proches et contribuent ainsi de manière significative à éviter les admissions prématurées – et coûteuses – en maison de retraite [48].

Il est devenu particulièrement visible et perceptible pendant la pandémie de Covid-19, à quel point le soutien des proches aidant-e-s est crucial et intense. Dans le langage de la pandémie: les prestations des proches aidant-e-s sont essentielles au système.

Simultanément, les proches aidant-e-s sont exposé-e-s à des conditions particulièrement difficiles pour leur santé psychique et physique. Environ 44 % des proches aidant-e-s subissent une surcharge dans au moins un domaine (financier, psychologique ou physique) en raison des responsabilités que représentent les soins [48]. Sont particulièrement vulnérables [48]:

- les proches aidant-e-s de plus de 80 ans qui accompagnent un-e proche de manière intense et sur une longue durée,
- les proches aidant-e-s qui s'occupent de personnes atteintes d'une maladie psychique,
- les proches aidant-e-s dont la charge n'est pas directement liée à l'accompagnement qu'ils dispensent (p. ex. propres problèmes de santé ou statut migratoire).

Une surcharge de longue durée – qu'elle soit émotionnelle, sociale ou physique – peut conduire à l'épuisement et entraîner des maladies psychiques et/ou physiques [359]. Le gros problème est que les proches aidant-e-s n'acceptent souvent de l'aide extérieure que lorsqu'il est trop tard [48].

Lorsque les proches aidant-e-s tombent malades en raison de leur engagement, cela se traduit souvent par l'admission de la personne aidée dans un foyer, avec de graves conséquences pour toutes les personnes concernées. Le secteur sanitaire se retrouve également sous pression, sous la forme de goulots d'étranglement de l'approvisionnement, et de coûts élevés. Il est donc crucial que les cantons et les communes investissent à un stade précoce dans la santé des proches aidant-e-s et mettent en place des mesures qui les soulagent et renforcent leurs ressources.



Le sujet tabou de la violence dans la vieillesse

Les relations avec les personnes âgées font partie des constellations relationnelles les plus représentées dans la violence domestique [418]. La violence peut provenir à la fois de l'aidant-e et de la personne assistée.

Cela peut être sur le plan physique, psychologique ou social. La violence psychologique est plus fréquente que la violence physique. La violence sociale comprend des restrictions telles que le paternalisme et l'interdiction ou le contrôle strict des contacts sociaux. De nombreuses victimes gardent ces incidents sous silence, par honte et culpabilité.

La violence est souvent la conséquence d'une surcharge mentale. Il est donc important de renforcer les ressources internes et externes des aidant-e-s et des personnes aidées, afin que tou-te-s puissent faire face au stress.

Possibilités d'intervention

Afin d'éviter que les personnes âgées ne mettent leur propre santé en danger en s'occupant de proches, il faut non seulement «soulager» les proches aidant-e-s, mais aussi promouvoir leur santé de manière ciblée [360]. Cela signifie renforcer les ressources des proches aidant-e-s, réduire le stress et ainsi favoriser leur santé psychique et physique.

La santé psychique des proches aidant-e-s peut être promue aux quatre niveaux des PAC, les mesures se renforçant mutuellement au niveau individuel – comme toujours. Dans ce qui suit, des recommandations et des champs d'action pour tous les niveaux de PAC sont brièvement présentés.

Au niveau des **interventions**, la priorité est accordée au renforcement des ressources des proches aidant-e-s – par exemple l'auto-efficacité et le soutien social (voir 9.4.1 et 9.4.2). Le [projet AEMMA](#) de la Haute école spécialisée de Fribourg, par exemple, propose un programme efficace de renforcement

des proches aidant-e-s, réalisé en groupe. Pro Senecute Suisse, en collaboration avec les antennes cantonales, s'engage également à renforcer les proches aidant-e-s (p.ex. par le [coaching des proches aidant-e-s](#)).

De nombreux proches aidant-e-s sont coincés à la maison par leurs responsabilités de soins. Le travail de proximité est donc adapté pour évaluer la situation sur place (comme dans le cas du [Projet Ponte](#)) ainsi que pour établir des contacts axés sur la relation et des offres personnalisées (et de plus en plus numériques), pour les atteindre.

De plus, les cantons peuvent indiquer des plateformes d'information qui sensibilisent à la difficulté d'aider un-e proche et présentent les offres de relais par région. En Suisse, par exemple, la CRS a développé une [plateforme d'information](#) pour les proches aidant-e-s.

Aux niveaux de la **mise en réseau** et de la politique, une importance particulière doit être accordée aux domaines d'action suivants:

- Des solutions de financement durables pour les offres de relais et de promotion de la santé
- Un accès à bas seuil aux offres, qui respecte l'égalité des chances
- Sensibilisation des professionnel-le-s
- Clarification des rôles des nombreux acteurs
- Aperçu des offres existantes pour les proches aidant-e-s
- Information sur les nouvelles [condition-cadres juridiques](#)

Il y a beaucoup à faire également au niveau de l'**information au public** pour la santé psychique des proches aidant-e-s. Les champs d'action suivants sont recommandés:

- Véhiculer des images positives et réalistes des proches aidant-e-s, qui s'impliquent, mais qui recherchent et acceptent du soutien sans honte.
- Information au public adaptée à la diversité, afin d'aborder les proches aidant-e-s issu-e-s de différents groupes de population.
- Sensibilisation des personnes concernées, de leur environnement social et de l'ensemble de la population.
- Approche par les pairs dans l'information au public, c'est-à-dire impliquer les proches aidant-e-s eux-mêmes dans le travail de sensibilisation et d'information au public; pour ce faire, la «Journée des proches aidant-e-s», le 30 octobre, est idéale.



Informations complémentaires sur le groupe cible des proches aidant-e-s

Bases et outils pour les professionnel-le-s:

- [Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes âgées: Un guide de la promotion de la santé chez les personnes âgées](#)
- [Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes âgées: modèles de bonnes pratiques](#)
- [Recueil d'outils de communication pour promouvoir la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes âgées](#)
- Feuille d'information 64: [Offres pour favoriser la santé psychique des proches aidant-e-s – évaluation](#)
- Brochure de l'OFSP [Soutien à l'autogestion pour les proches aidant-e-s](#)
- [Programme de l'OFSP pour le financement d'offres de soulagement pour les proches aidant-e-s](#)

Conseils et recommandations pour les personnes âgées:

- Brochure [Se faire du bien et faire du bien aux autres](#)

9.4.4 Une promotion équitable de la santé psychique

Les ressources et les contraintes ne sont pas réparties uniformément parmi la population, mais sont largement déterminées par les caractéristiques sociales et les conditions de vie (voir 9.2). Afin de promouvoir l'égalité des chances, les ressources personnelles des individus doivent être renforcées et les conditions-cadres sociales doivent être améliorées pour tou-te-s.



Source

Les recommandations suivantes sont tirées du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» [29]. On trouve dans ce rapport des approches d'intervention actuelles basées sur des évidences et les critères de réussite des mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé.

Certaines des mesures suivantes peuvent être mises en œuvre par les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention eux-mêmes. En revanche, de nombreuses mesures relèvent de la sphère d'influence d'autres domaines politiques. Cependant, les acteurs de la promotion de la santé peuvent signaler les inégalités des chances en matière de santé à ces domaines politiques et les rendre attentifs à leur rôle dans la promotion d'une alimentation équilibrée pour les personnes socialement défavorisées (coopération multisectorielle et programmation des thèmes clés, par exemple dans des groupes de travail transversaux, des procédures de consultation, etc.).

Les personnes touchées par la pauvreté sont plus susceptibles de souffrir de maladie psychique ou d'un sentiment de solitude. Il est vrai que «la maladie rend pauvre», mais il est encore plus vrai que «la pauvreté rend malade» [310]. La **lutte contre la pauvreté** est donc une mesure importante en dehors de la promotion de la santé au sens strict, pour promouvoir la santé psychique des personnes à faible niveau socio-économique et pour prévenir les maladies psychiques [361, 362].

L'**amélioration de la situation de logement** est l'une des approches les mieux documentées pour une promotion équitable de la santé psychique [361]. Diverses mesures sont ici efficaces, comme une plus grande mixité sociale dans les quartiers et la rénovation d'appartements dans les quartiers défavorisés (sans majoration de loyer).

Il a également été prouvé que la **promotion de structures favorisant la (ré)insertion sociale des personnes défavorisées** contribue à améliorer la santé psychique [361]. Compte tenu des possibilités financières limitées, les lieux de rencontre sans obligation d'achat et les loisirs gratuits ont fait leurs preuves.

Les personnes socialement défavorisées continuent d'éprouver des difficultés à accéder aux prestations de santé. Par exemple, un faible niveau d'éducation – qui est l'un des facteurs de risque les plus importants de mauvaise santé psychique – affecte non seulement les conditions de vie et de travail et le comportement individuel en matière de santé, mais aussi les compétences en santé et l'orientation dans le système de santé [310]. Le fait de **faciliter l'accès à la promotion de la santé et à l'information sur la santé** améliore donc également la santé psychique [361]. Dans cette optique, il est utile de travailler avec des pairs influents et des personnes de confiance, ainsi que de proposer des offres adaptées au groupe cible (notamment qui répondent aux besoins et tiennent compte des préjugés à l'encontre du système réglementaire) [361].

Dans tous les groupes d'âge, les personnes issues de l'immigration souffrent plus fréquemment de troubles psychologiques tels que les troubles du sommeil, un stress psychologique élevé et des dépressions [100]. Cela peut être attribué d'une part au stress psychosocial causé par la migration et la discrimination et, d'autre part, au statut socio-économique souvent inférieur et aux conditions de vie et de travail [310]. Les mesures évoquées jusqu'ici et les critères généraux de réussite (voir [chapitre 5](#)) ont donc également fait leurs preuves pour la population migrante. Comme exemples réussis en Suisse, on peut citer le projet Les migrants vivent en bonne santé dans la vieillesse, ainsi que le projet [Vieillesse et Migration \(AltuM\)](#), proposé par l'EPER.

Il existe de grandes différences de santé psychique entre les sexes. Le tableau n'est pas uniforme, mais les femmes sont généralement dans une position moins favorable: elles citent moins souvent une énergie et une vitalité élevées, et l'auto-efficacité est souvent plus faible. Les problèmes de santé psychique et les sentiments de solitude sont plus fréquents chez les femmes. En revanche, les problèmes de dépendance sont plus fréquents chez les hommes et ils ont moins souvent recours aux services de psychiatres et psychothérapeutes [310]. Les offres de promotion de la santé doivent être adaptées à ces différences de ressources et de contraintes. Par exemple, les contenus et les canaux doivent être conçus de manière sensible au genre et les effets des conditions de vie et des mesures sur chaque genre doivent être systématiquement reflétés (**gender mainstreaming**). Des outils pratiques allant dans ce sens ont également été créés en Suisse [241].

En ce qui concerne les membres de la communauté LGBTIQ, les **lois et politiques anti-discrimination**, les **campagnes de sensibilisation**, ainsi que d'autres approches qui traitent des normes et des valeurs sociales et qui ont un effet déstigmatisant ont pu démontrer un impact positif [363, 364].

Aujourd'hui, la promotion de la santé s'adresse encore souvent aux personnes hétérosexuelles qui s'identifient au genre qui leur a été attribué à la naissance («cisidentité»). La première étape est donc la **sensibilisation des acteurs de la promotion de la santé** au risque accru des personnes LGBTIQ dans le domaine de la santé psychique [365]. Des **offres adaptées à la diversité** ont également fait leurs preuves. Il s'agit par exemple des offres «gay-friendly», comme celles déjà disponibles dans plusieurs villes suisses sous forme de «check-points» [366]. En Suisse romande, l'organisation Dialogai gère le programme «Être gai ensemble», qui propose, entre autres, des rencontres et des présentations sur le thème de l'homosexualité. Une campagne spécifique aux hommes homosexuels a également été menée à Genève, sur le thème de la dépression, qui a permis d'améliorer la **«connaissance de la santé psychique»** du groupe cible [367].



Critères de réussite issus de la pratique

Le **chapitre 5** énumère les critères généraux de réussite de la promotion de la santé auprès des groupes socialement défavorisés, c'est-à-dire les moyens qui ont été tentés et testés dans la pratique pour rendre les approches mentionnées encore plus efficaces.

10 Interaction entre alimentation, activité physique et santé psychique

La santé physique et psychique sont inextricablement liées. Par exemple, les risques psychosociaux (tels que le stress et la solitude) favorisent l'émergence de maladies non transmissibles (MNT). Ainsi, la solitude est liée à une augmentation de la plupart des MNT (à l'exception des maladies respiratoires): les personnes seules ont, entre autres, un risque accru de développer une démence (+27%) ou de souffrir de maladies cardiovasculaires (+26%) [67]. Les mesures en faveur de la santé physique (comme plus d'activité physique, une alimentation équilibrée, etc.) favorisent donc également la santé psychique, tandis que les mesures en faveur de la santé psychique ont un effet positif sur le corps (voir [chapitres 7, 8 et 9](#)). L'activité physique, l'alimentation et la santé psychique sont toutes trois des facteurs de protection ou de risque importants pour la santé physique et la santé psychique.

Chacun de ces facteurs peut affecter individuellement la santé psychique et physique; cependant, leurs effets peuvent aussi se cumuler et se renforcer mutuellement. Par exemple, la combinaison d'une consommation excessive de tabac et d'alcool, d'une alimentation déséquilibrée avec un manque d'activité physique est comparable à une différence d'âge de 10 ans: un homme de 65 ans avec un mode de vie malsain a les mêmes chances de survivre les 10 prochaines années qu'un homme de 75 ans avec un mode de vie favorable à la santé [368].

10.1 Interactions entre alimentation, activité physique et santé psychique

Ces interactions et effets liés entre l'activité physique, l'alimentation et la santé psychique sont illustrés ci-dessous par des exemples.

10.1.1 Comment l'activité physique affecte les autres domaines

L'activité physique régulière a une influence décisive sur l'autonomie des personnes âgées au quotidien (se lever, s'habiller, faire les courses, cuisiner, nettoyer, etc.). Parce que l'activité physique régulière renforce la mobilité et l'autonomie, elle favorise également la capacité des personnes âgées à prendre soin d'une alimentation équilibrée et de leur santé psychique (p. ex. repas pris avec d'autres personnes, intégration et rencontres sociales, participation à des événements, etc.).

Dans la promotion de la santé chez les personnes âgées on observe que **l'activité physique affecte le mental de différentes manières** (sur la base du [chapitre 8](#)):

- Une activité physique régulière a un effet positif sur la dépression et les troubles anxieux.
- L'activité physique influence les habitudes de sommeil et la qualité du sommeil.
- Selon l'intensité et la durée de l'activité physique, des hormones telles que la dopamine et la sérotonine sont libérées et le niveau de cortisol diminue. Cela crée la sensation de bien-être que nous ressentons pendant et après l'exercice et sert à réduire le stress ou à augmenter la tolérance au stress.
- Une activité physique régulière maintient les capacités fonctionnelles et a une influence positive sur l'image de son propre corps, l'auto-efficacité et la participation à la vie sociale.
- Au niveau cognitif, l'activité physique favorise la réflexion, la concentration et la vitesse de réaction et peut prévenir les démences telles que la maladie d'Alzheimer, ou freiner leur évolution.

L'activité physique et l'alimentation sont étroitement liées ensemble, elles ont par exemple une influence décisive sur le poids corporel. L'équilibre entre l'apport et la dépense d'énergie est important pour le poids corporel: si cet équilibre est rompu en raison d'une consommation ou d'une dépense énergétique trop élevée ou trop faible, cela peut contribuer à un changement de poids [369].

10.1.2 Comment l'alimentation affecte les autres domaines

Le comportement alimentaire peut influencer sur **la santé psychique** (voir 8.2). Un manque d'acides gras polyinsaturés altère les fonctions cognitives et un excès de graisses et de sucres favorise les maladies neurologiques et psychiatriques. Par exemple, une alimentation déséquilibrée peut favoriser le développement de la dépression qui, à son tour, peut entraîner d'autres maladies physiques [277]. En conséquence, une méta-analyse de diverses études a montré que les interventions sur l'alimentation ont également un effet positif sur la dépression clinique et subclinique [285].

Une alimentation équilibrée **encourage l'activité physique** à un niveau fondamental, puisqu'elle garantit un apport énergétique et nutritionnel suffisant pour bouger, ainsi que pour la fonction métabolique y relative. Une alimentation équilibrée est également importante pour maintenir le maximum de masse musculaire. En effet, les causes actuellement connues de l'atrophie musculaire chez les personnes âgées ne sont pas seulement des changements biologiques, mais aussi des changements de l'alimentation et de l'activité physique [243].

Enfin, la malnutrition joue également un rôle majeur dans le développement de la **fragilité**, qui expose plus au risque de **chutes**, de restrictions au quotidien et d'admission en institution [272]. Un apport insuffisant de liquides (déshydratation) ou une trop grande consommation d'alcool augmente également le risque de chute [370, 371]. Une alimentation qui apporte suffisamment d'énergie, de liquides et de nutriments essentiels (en particulier des protéines), contribue donc de manière décisive, avec une activité physique régulière, à assurer une mobilité et une indépendance à long terme [268].

10.1.3 Comment la santé psychique affecte les autres domaines

La santé psychique **affecte l'activité physique de différentes manières** (voir chapitres 7 et 9):

- Le soutien social et faire de l'exercice en groupe peut motiver les gens à avoir une plus grande activité physique.
- Une auto-efficacité élevée, une image corporelle positive et la confiance en son propre corps peuvent amener les personnes âgées à faire de l'exercice plus souvent et avec plus de plaisir.
- Une bonne santé psychique peut augmenter l'adaptabilité aux changements de la vieillesse (déclin des capacités fonctionnelles, difficultés physiques, décès, etc.).
- La dépression se manifeste souvent par un manque de dynamisme et peut ainsi réduire l'en vie ou le plaisir d'avoir une activité physique.
- Les troubles anxieux généralisés et les peurs spécifiques à l'activité physique, en particulier la peur de tomber et de se blesser, ainsi que la peur d'une crise cardiaque en cas d'activité trop intense, peuvent amener les personnes âgées à faire moins d'exercice [205]. Les insécurités liées à l'environnement (dues par exemple à l'obscurité ou au manque de toilettes publiques en cas d'incontinence) peuvent également favoriser les comportements sédentaires, voire un retrait social.

Les comportements alimentaires sont également influencés par des facteurs psychologiques

(voir 8.1). Notre comportement alimentaire est en effet le résultat de notre expérience et de notre comportement individuel, ainsi que de notre environnement. Il est le résultat de l'interaction de composantes biologiques (p. ex. la génétique, le sexe, l'âge), psychologiques (perception, émotion, éducation, etc.) et sociales (culture, statut socio-économique, numérisation, etc.) [372]. En pratique, cela se traduit notamment par:

- La solitude – et aussi la dépression – pousse souvent à moins cuisiner et manger un «vrai» repas. De nombreuses offres misent donc sur les sensations positives éprouvées lorsque l'on cuisine et mange ensemble, et proposent un cadre pour des repas auto-organisés.

- L'éducation ou la socialisation influence la biographie alimentaire individuelle et façonne nos idées sur la bonne nourriture (p. ex.: est-ce qu'un repas sans viande est un vrai repas?)
- Afin de faire face aux émotions négatives, c'est-à-dire pour rétablir l'équilibre psychologique, de nombreuses personnes tentent de réguler le déséquilibre perçu avec de la nourriture. En conséquence, elles mangent trop et souvent des aliments riches en calories, tels que des aliments sucrés, salés et gras [373].
- Au niveau des mesures, on constate que l'alimentation peut très bien être associée aux interventions visant à promouvoir la santé psychique, par exemple en pratiquant une alimentation consciente et en utilisant son propre comportement alimentaire comme point central pour les interventions de pleine conscience.

10.2 Recommandations

Si l'on considère les liens étroits entre les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique, il est évident qu'il n'est pas judicieux d'aborder ces thèmes de manière isolée dans les mesures de promotion de la santé. La stratégie MNT nationale persiste pourtant à «concentrer une grande partie de ses efforts de prévention sur des facteurs de risque individuels» [374].

Il faut plutôt viser des interventions holistiques qui prennent en compte et encouragent les interactions (positives) entre les dimensions psychique, physique et sociale de la santé. Pour maintenir la santé, la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées aussi longtemps que possible, il est donc conseillé de rapprocher les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique du groupe cible. Cela signifie, par exemple, que les recommandations et les mesures nutritionnelles doivent le plus possible être complétées par des recommandations et des mesures en termes d'activité physique et de santé psychique, et vice versa.

Avantages (et limites) des offres combinées

Les mesures combinées sont davantage axées sur les besoins et sont plus attrayantes pour le groupe cible [374]. Elles sont aussi généralement plus efficaces [375]. Par exemple, associer exercice et rencontres, c'est-à-dire être active/actif ensemble

dans un groupe, donne des effets positifs plus forts sur la fréquence de l'exercice et la santé psychique, que lorsque l'activité physique est pratiquée seule [376]. De plus, grâce aux offres combinées, les personnes peuvent être informées sur des sujets pour lesquels elles ont (encore) moins d'affinités. L'alimentation en particulier est souvent considérée comme une question transversale qui peut être traitée avec plus de succès si elle est associée à l'exercice et/ou à la santé psychique (en particulier à l'intégration sociale). En fin de compte, les approches holistiques sont souvent plus abordables sur le plan des ressources financières et humaines, en particulier pour les petits cantons et communes. Même si l'intérêt des offres combinées est indéniable, il convient de souligner que tous les projets ne peuvent et ne doivent pas couvrir tous les sujets. Au niveau des programmes, en revanche, il est essentiel de veiller à ce que la santé et la qualité de vie soient promues de manière holistique et à ce que les projets individuels se complètent et se renforcent mutuellement.

Modélisation

En pratique, il s'est avéré utile de planifier des mesures globales à l'aide d'une représentation visuelle, afin d'identifier rapidement les interactions possibles et de les promouvoir de manière ciblée.

De nombreux modèles tentent de décrire comment différents déterminants et dimensions de la santé sont liés. Un modèle qui «instruit explicitement le travail interdisciplinaire et intégratif» et illustre les interactions entre les mesures est le modèle des quatre domaines de l'existence [377-379] (figure 15). Le modèle part de l'hypothèse qu'il existe une interaction étroite entre les personnes et leur environnement. À cette fin, il distingue les domaines de l'existence que sont le corps et l'esprit/psychisme au niveau de l'individu, et les domaines de l'écologie et de la dimension socioculturelle au niveau de l'environnement. L'interrelation étroite entre les quatre domaines de l'existence signifie que tout changement ou intervention dans l'un des domaines de l'existence affectera également les trois autres. Le modèle peut être utilisé, par exemple, pour montrer que des chemins adaptés à l'âge et des espaces verts attrayants (écologie) peuvent avoir un effet positif sur le comportement en matière d'activité physique et les capacités fonctionnelles (corps). Ceux-ci renforcent à leur tour l'image corporelle et

le sentiment de sécurité (esprit/psychisme), grâce à quoi l'intégration sociale et l'engagement social (dimension socioculturelle) semblent plus faciles, ce qui permet alors de s'engager pour un environnement encore plus adapté à l'âge (écologie) et d'entamer un nouveau cycle.

10.3 Exemple de l'auto-efficacité

L'exemple de l'auto-efficacité montre comment les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique se chevauchent et peuvent être combinés concrètement dans la promotion de la santé.

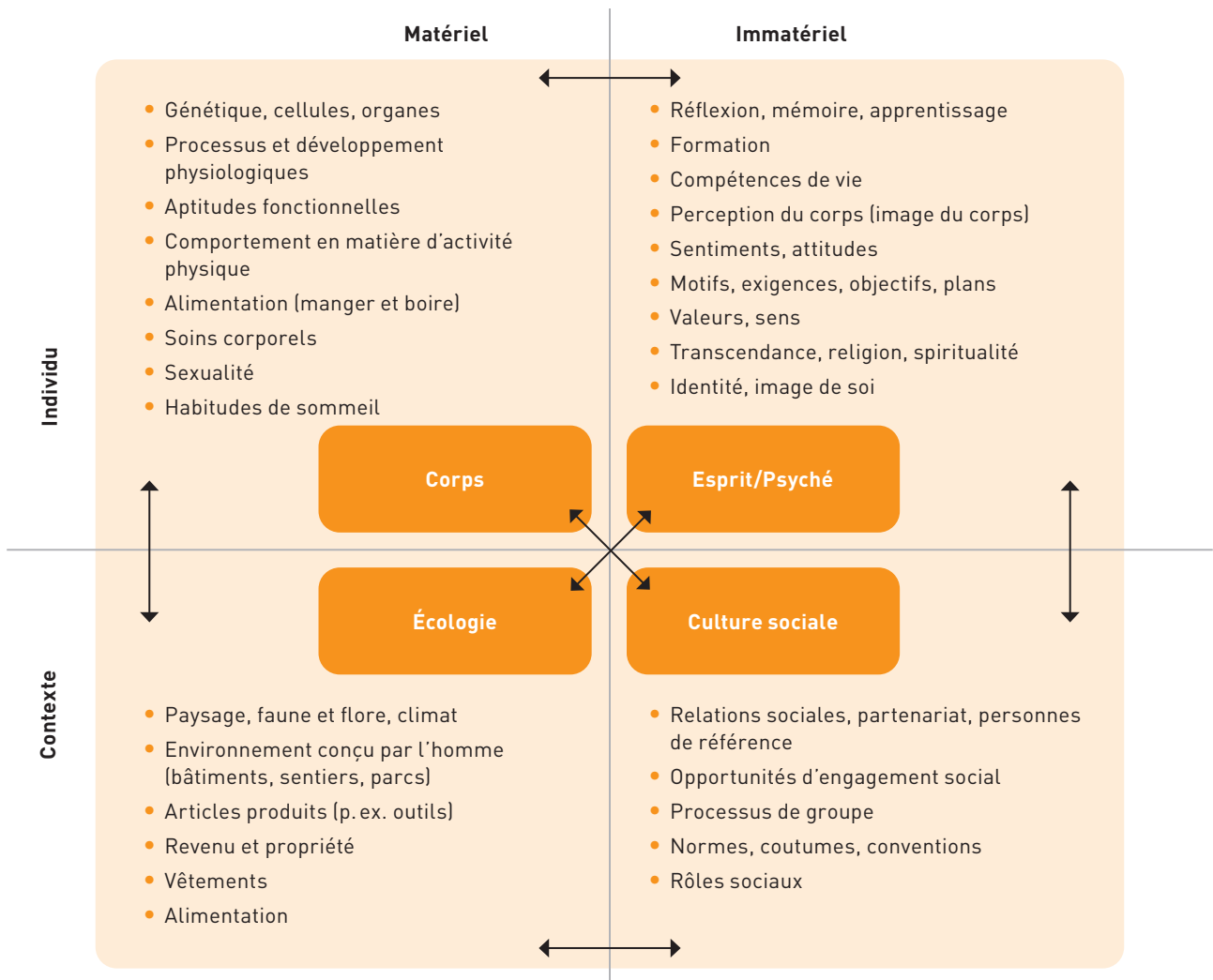
L'auto-efficacité est une ressource qui favorise un comportement alimentaire équilibré, une activité physique régulière et le bien-être psychologique. La promotion de l'auto-efficacité peut être incluse dans toutes les mesures de promotion de la santé, car c'est la clé de tout comportement (favorable à la santé).

L'auto-efficacité peut être renforcée pour une tâche spécifique ou alors, plus globalement, pour soutenir sa propre capacité d'action. Pour la promotion d'une alimentation équilibrée, cela signifie:

- Pour avoir une alimentation plus équilibrée, il faut avoir l'attente spécifique d'auto-efficacité que l'on est en mesure de se procurer de bons aliments, de les (faire) préparer, ainsi que l'attente

FIGURE 15

Modèle des quatre domaines de l'existence



Sources: propre représentation basée sur [377-379]



Créer des offres holistiques

Les conseils suivants peuvent soutenir une approche holistique dans les mesures:

- Commencer par un sujet populaire pour débiter dans la promotion intégrée des ressources. Après cela, des sujets moins attrayants en eux-mêmes peuvent également être inclus (p. ex. la prévention des chutes dans les cours de marche nordique).
- Les mesures intègrent délibérément de petites opportunités de sensibilisation à d'autres thèmes et fournissent des conseils faciles à mettre en œuvre. Deux ou trois messages majeurs suffisent souvent (p. ex. «buvez beaucoup d'eau»).
- La mobilité, la sécurité et la prévention des chutes devraient être des aspects intégrés à chaque offre d'activité physique.
- Les offres d'activité physique qui créent consciemment des rencontres contribuent à la promotion de la santé psychique.
- Les offres en matière d'alimentation équilibrée permettent aussi la rencontre et le mouvement.

Elles peuvent atteindre davantage de personnes âgées si elles se déroulent dans un cadre inter-générationnel.

- Les acteurs des différents domaines thématiques doivent être réunis de manière ciblée et être encouragés à prendre conscience que leurs thématiques se renforcent mutuellement.
- Un bureau de coordination dans le canton ou dans la commune peut mettre en place et soutenir ce réseau de manière ciblée.
- Les acteurs des différents domaines thématiques attirent l'attention des personnes âgées sur les offres que proposent les autres domaines (p. ex. la présence de diététicien-ne-s lors d'offres d'activités physiques).
- Même dans le cas de combinaisons d'interventions axées sur le comportement, il convient de rappeler que celles-ci doivent être associées à des mesures plus structurelles (p. ex. l'espace public doit toujours être pris en compte).

que l'on consommera régulièrement – et idéalement avec joie – une alimentation équilibrée. Cette attente peut être spécifique à une alimentation équilibrée.

- L'attente (d'auto-efficacité) peut aussi être plus générale: «si je veux faire ou changer quelque chose, j'y arriverai». Les deux approches aident à atteindre une alimentation équilibrée.

Il en va de même pour la promotion de l'activité physique: pour avoir une activité physique suffisante, il faut avoir l'attente d'auto-efficacité que l'on est capable de faire de l'exercice, que l'on trouvera des types d'activités physiques et des lieux appropriés pour les pratiquer, et qu'on le fera régulièrement – et idéalement avec plaisir. Le plaisir est un facteur de motivation.

L'attente de base, «si je veux faire quelque chose, j'y parviendrai», peut être renforcée et consolidée à travers de nombreuses expériences différentes: par l'expérience d'être capable de manger de manière équilibrée, par l'expérience de pouvoir faire suffisamment d'activité physique – ou par l'expérience de pouvoir gérer le stress ou d'entretenir des relations de confiance avec les autres.

L'auto-efficacité est façonnée de manière significative par la personne et son environnement. Pour expérimenter l'auto-efficacité, il faut un environnement social et matériel qui le permet, l'encourage et en donne l'exemple. Certaines personnes ont davantage besoin de l'environnement, d'autres moins. Certaines personnes doivent être motivées à plusieurs reprises, par différents canaux, par elles-mêmes ou par des personnes de confiance pour participer à un cours d'activité physique. Pour certaines personnes, manger équilibré nécessite la compagnie d'autres personnes et un moyen de transport pour s'y rendre. Sans cet environnement ou ces conditions-cadres, ces personnes ne découvrent pas qu'elles peuvent, elles aussi, faire de l'exercice régulièrement et avoir une alimentation équilibrée à un âge avancé.

Le [chapitre 9.4.1](#) décrit plus en détail comment l'auto-efficacité peut être encouragée et consolidée.

11 Conclusions et recommandations

Ce chapitre résume d'une part les principaux arguments avancés dans ce rapport en faveur de la promotion de la santé des personnes âgées. D'autre part, il formule des recommandations pour mettre en pratique les résultats scientifiques récoltés. Ces recommandations indiquent *comment* procéder et *ce que* les mesures doivent couvrir dans leur contenu.

11.1 Arguments en faveur de la promotion de la santé des personnes âgées: POURQUOI

- **Les personnes âgées constituent l'un des principaux groupes cibles de la promotion de la santé:** les personnes nées dans les années à fort taux de natalité (baby boomers) atteignent l'âge de la retraite. La pyramide des âges en Suisse évolue. Les personnes de plus de 65 ans sont les seules des trois grandes tranches d'âge (moins de 25 ans, 25-65 ans, plus de 65 ans) dont la part dans la population continue de croître.
- **On peut beaucoup agir sur le vieillissement:** même à un âge avancé, il est encore possible d'apprendre, de changer et d'évoluer (**plasticité** jusqu'à un âge avancé). Les comportements liés à la santé peuvent également être modifiés positivement. Il a été prouvé que les mesures de promotion de la santé chez les personnes âgées améliorent la santé physique et psychique. En Suisse, il existe de nombreux projets, évalués, destinés aux personnes âgées (voir [liste d'orientation](#)).
- **La vieillesse en tant que phase(s) de la vie est pleine de transitions et de processus de développement.** Vieillir signifie maîtriser de nombreuses transitions et événements critiques de la vie. En voici quelques exemples: la retraite, le divorce ou le veuvage, les soins aux proches, ses propres limitations au quotidien, ainsi que les questions sur les rôles et le sens. Il est souvent difficile de réussir à maîtriser ces transitions. La promotion de la santé peut apporter un soutien précieux à cet égard.
- **Stabiliser une bonne santé:** à bien des égards, la santé est bonne chez les personnes âgées et, dans certains cas, même meilleure que dans les groupes d'âge plus jeunes. Il est intéressant de stabiliser ces réussites des dernières décennies. Des études d'autres pays (p. ex. des États-Unis) montrent en effet que la situation peut changer et que la santé des personnes âgées aujourd'hui est parfois pire que celle de la génération précédente [8, 380, 381].
- **Il existe un besoin d'intervention:** la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont au moins une maladie chronique (MNT). Surtout au quatrième âge, l'activité physique diminue souvent. La charge psychologique de la vieillesse ne doit pas être sous-estimée. Un tiers des personnes âgées se sentent également parfois ou souvent seules. Il existe aussi un besoin d'intervention en ce qui concerne les compétences en santé (psychique): par rapport aux personnes plus jeunes, la stigmatisation des maladies psychiques augmente avec l'âge et les personnes âgées ont plus de mal à demander de l'aide et à parler de leurs émotions.
- **Tout le monde bénéficie d'une bonne santé durant la vieillesse:** pour les personnes âgées elles-mêmes, une meilleure santé signifie un grand gain de qualité de vie et d'autonomie. Les familles (et les femmes en particulier) sont soulagées et protégées dans leur propre santé lorsque les personnes âgées vivent de manière autonome et nécessitent moins d'accompagnement. Et pour finir, la société dans son ensemble en bénéficie de plusieurs manières: les personnes âgées en bonne santé s'impliquent plus facilement dans la société. Pour les coûts futurs des soins de santé, la bonne santé des personnes âgées est déterminante. Une promotion efficace de la santé chez les personnes âgées contribue de manière significative à freiner l'évolution prévisible des coûts.

11.2 Recommandations: QUOI et COMMENT

Afin de promouvoir la santé et la qualité de vie des personnes âgées, les sujets suivants doivent notamment être abordés:

Éléments majeurs de contenu pour la promotion de la santé chez les personnes âgées: QUOI

- **Qualité de vie et autonomie sont les thèmes majeurs:** les mesures de promotion de la santé visent à aider les personnes âgées à être et à faire ce qu'elles apprécient, pendant longtemps. Dans la mesure du possible, chacun-e devrait pouvoir mener une vie en bonne santé, de manière autonome et à son domicile jusqu'à un âge avancé.
- **Une activité physique régulière a un effet bénéfique sur la santé et est thérapeutique:** une activité physique régulière favorise la santé physique et a une influence positive sur les émotions et les performances mentales. Elle favorise un mode de vie indépendant et apporte une contribution décisive au bien-être dans la vieillesse. Une vision holistique de l'activité physique est importante: il s'agit de bouger plus et d'être moins souvent assis-e. Les mesures réussies reposent sur les motivations individuelles d'activité physique, s'appuient sur le soutien et la motivation de professionnel-le-s et de pairs et insistent sur la confiance en son propre corps et le bien-être pendant l'exercice. L'encouragement structurel des activités physiques est toujours important, surtout pour l'égalité des chances.
- **Favoriser le plaisir de manger ensemble et des repas équilibrés:** l'alimentation affecte la santé et la qualité de vie de plusieurs façons. Une alimentation saine est très importante pour la plupart des personnes âgées. Des habitudes alimentaires saines ne peuvent être garanties uniquement par plus de connaissances. Il est tout aussi important de transformer les repas en expériences agréables. La sensibilisation au fait qu'une nourriture saine est aussi savoureuse, la transmission d'idées de recettes spécifiques et le fait de manger ensemble sont particulièrement importants.
- **L'auto-efficacité est une clé pour la santé:** la conviction d'être en mesure de mener à bien les actions souhaitées, en fonction de ses propres compétences, a un impact significatif sur la santé des personnes âgées. La croyance qu'il est possible de façonner sa propre vie par ses décisions (sentiment de contrôle) est tout aussi importante. Ces ressources sont importantes pour la santé psychique et la motivation à faire de l'activité physique régulièrement et à manger équilibré. Elles aident également à faire face aux événements critiques de l'existence et influencent l'acceptation de nouveaux rôles dans la vie.
- **Promouvoir les compétences de vie:** les compétences de vie font référence aux capacités que les gens utilisent pour faire face aux défis et aux tâches de la vie quotidienne. Durant la vieillesse, la priorité doit être donnée à la promotion des compétences qui servent à l'apprentissage, au développement personnel, à la prise de décision, à accepter du soutien et à la construction et au maintien des relations sociales. La déstigmatisation des maladies psychiques de la vieillesse est également particulièrement recommandée.
- **Promouvoir le soutien social dans le cadre de la participation sociale:** la promotion du soutien social est essentielle à tout âge, mais elle est particulièrement importante durant la vieillesse. Cela nécessite, d'une part, des compétences de vie telles que des compétences relationnelles et de communication. D'autre part, il est important que des personnes de référence dignes de confiance soient disponibles, que les gens se traitent avec respect et qu'il y ait des opportunités de participer à la vie sociale. Lorsqu'il s'agit de relations sociales, les personnes vieillissantes ne sont pas les seules à «préférer la qualité à la quantité».
- **Renforcer les proches aidant-e-s:** en plus des professionnel-le-s, les proches aidant-e-s apportent une contribution significative à ce que l'on appelle le travail de care. Cela peut avoir un impact négatif sur leur santé. En plus des informations et des possibilités de relais, des mesures sont nécessaires pour renforcer la santé psychique et physique des proches aidant-e-s.

Pierres angulaires méthodologiques / approche méthodologique: COMMENT

Outre les connaissances, indiquant *quoi* promouvoir, il est important de savoir *comment* s'y prendre. Les conclusions les plus importantes du rapport sont résumées ci-dessous.

- **Veiller à la diversité et travailler dans le respect de l'égalité des chances:** les personnes âgées de 65 ans et plus constituent un groupe cible exceptionnellement hétérogène. Elles se différencient, entre autres, par leur santé et leurs caractéristiques sociodémographiques. Cela induit des ressources, contraintes et besoins différents – en bref: à l'inégalité des chances en matière de santé. La promotion de la santé (durant la vieillesse) peut augmenter directement et indirectement l'égalité des chances: directement en concevant ses mesures d'une manière adaptée aux groupes cibles et de manière équitable pour toutes et tous, et en influençant les déterminants sociaux de la santé; indirectement en sensibilisant d'autres domaines politiques. En général et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes socialement défavorisées, des mesures sont nécessaires aux niveaux comportemental et structurel.
- **Promouvoir des images différenciées du vieillissement:** comme à toutes les phases de la vie, les joies et les difficultés se côtoient aussi durant la vieillesse. À cause de cela – et en raison de la grande diversité de la vieillesse – il est nécessaire de poursuivre la réflexion et la promotion d'une image différenciée du vieillissement, notamment dans le discours social, parmi les professionnels-le-s en contact avec les personnes âgées, ainsi que parmi les personnes âgées et leur environnement social.
- **Orienter sur la nécessité et les besoins:** une promotion de la santé efficace repose sur les données et connaissances scientifiques (nécessité) et sur les objectifs et souhaits des personnes âgées (besoins). Les mesures ne sont donc pas seulement basées sur des évidences, elles soutiennent également les personnes âgées dans ce qui est important pour elles. Il n'y a pas de besoins universels (diversité dans la vieillesse!), mais des domaines typiques qui sont importants pour de nombreuses personnes âgées et dans lesquels nous pouvons les soutenir. Il s'agit notamment de la santé, de la promotion d'un rôle qui a

du sens, de relations étroites et réciproques, d'un sentiment d'appartenance, d'autonomie, d'adaptabilité et du fait de vivre dans sa propre maison. Il existe également des motifs spécifiques à un sujet, par exemple des raisons qui motivent les personnes âgées à être physiquement actives. Les interventions et la communication doivent répondre explicitement à ces besoins et motivations et contribuer à les satisfaire.

- **Accompagner le passage du troisième au quatrième âge:** au quatrième âge, le déclin peut s'accroître et la vulnérabilité augmenter. Cela se traduit par une augmentation des plaintes physiques et psychologiques et un changement de comportement individuel en matière de santé (p. ex. moins d'activité physique). Une attention particulière doit être portée à cette transition et des offres ciblées d'accompagnement et de soutien doivent être développées. Un exemple: des offres adaptées de promotion de l'activité physique garantissent aux personnes souffrant de handicaps importants une participation avec un sentiment de sécurité et de bien-être.
- **Renforcer le travail basé sur les relations:** proches, connaissances, pairs et autres personnes de référence sont des multiplicatrices et des multiplicateurs efficaces pour la promotion de la santé. Ils ont souvent un accès privilégié aux personnes âgées (difficiles à atteindre) et cela vaut la peine de les impliquer activement dans les mesures de promotion de la santé. Le travail relationnel est particulièrement central dans les mesures visant à assurer l'égalité des chances.
- **Développer les mesures structurelles:** les ressources individuelles d'une personne et les ressources présentes dans son environnement sont étroitement liées. Dans une certaine mesure, l'environnement peut même compenser les pertes de ressources individuelles. L'environnement est donc particulièrement important pour la santé si les ressources personnelles sont limitées. Par conséquent, les mesures structurelles constituent un élément important dans la promotion équitable de la santé.
- **Renforcer la responsabilité multisectorielle pour la santé des personnes âgées:** de nombreux domaines politiques façonnent la santé et les conditions de vie des personnes âgées. Afin de créer un environnement favorable à la santé,

une coopération multisectorielle est donc nécessaire. Les domaines de la santé, des affaires sociales, des transports publics et de l'aménagement du territoire apportent notamment une contribution importante à la santé des personnes âgées. En plus des professionnel-le-s, les acteurs de la société civile (p. ex. les associations de seniors) doivent être impliqués dès le départ et leurs contributions et compétences doivent être planifiées.

- **Aborder conjointement la promotion de la santé, la prévention et les soins:** la promotion de la santé contribue de manière significative à la santé et à la qualité de vie des personnes âgées. Cependant, elle ne suffit pas à elle seule à atteindre cet objectif. Durant la vieillesse, il y a deux objectifs: développer des ressources et ralentir la progression des maladies, ainsi qu'éviter les maladies secondaires. La promotion de la santé, la prévention et les soins apportent ainsi des contributions complémentaires à un objectif commun. Une coordination de ces trois domaines est indispensable, les interfaces doivent être clarifiées et les synergies utilisées.
- **La commune constitue le cadre principal:** les communes sont le lieu où les personnes âgées vivent au quotidien et prennent des décisions liées à leur santé. Cela comprend notamment le logement, le voisinage direct, la famille, les salles de réunion et les clubs. Ils constituent un cadre idéal pour la promotion de la santé. Les communes façonnent également le cadre de vie immédiat et sont donc des settings parfaits pour initier des changements structurels qui permettent aux personnes âgées de mener une vie favorable à leur santé. L'ancrage politique de la promotion de la santé chez les personnes âgées dans les communes est un facteur de succès décisif.
- **Relier les sujets:** la santé psychique, l'activité physique et l'alimentation sont étroitement liées. Les comportements adéquats dans ces domaines sont mutuellement bénéfiques. Ainsi, une alimentation équilibrée favorise le bien-être psychologique et va de pair avec plus d'activité physique. Il faut donc s'efforcer de mettre en place des interventions globales qui tiennent compte de ces interactions (positives) et les encouragent.
- **Les phases de transition représentent des opportunités d'intervention:** les transitions et les événements critiques de la vie sont considérés comme des «moments d'apprentissage» – ils offrent un accès intéressant et efficace au groupe cible – qui devraient être utilisés pour la promotion de la santé. Surtout en ce qui concerne la transition majeure qu'est la «retraite», il est conseillé de débiter la promotion de la santé avant l'âge de 65 ans.
- **Travailler avec et non pour les personnes de plus de 65 ans:** la participation des personnes âgées peut accroître la crédibilité et l'acceptation des mesures; elle favorise également l'auto-efficacité et la responsabilité individuelle pour leur propre bien-être. Les personnes âgées doivent être impliquées dans toutes les phases des projets et des programmes – de la conception à l'évaluation, en passant par la mise en œuvre. En plus de l'intégration dans des projets existants, la participation spontanée doit également être rendue possible. En effet, les personnes âgées doivent pouvoir participer et avoir leur mot à dire, ainsi qu'organiser et construire elles-mêmes des projets. Il faut veiller à tenir compte autant que possible de la diversité de la population âgée. La prise en considération active contribue de manière significative à une image différenciée de la vieillesse. En fin de compte, l'objectif est que les personnes âgées participent à la société en général.
- **Utiliser les médias numériques à bon escient:** les médias numériques font de plus en plus partie intégrante de la vie quotidienne des personnes âgées. Dans le domaine de la santé, Internet et les technologies mobiles offrent un potentiel d'application. Par exemple, les podomètres peuvent motiver les gens à se fixer un objectif et à l'atteindre. En pratique, cela signifie renforcer les compétences numériques des personnes âgées. Il est cependant important de ne pas oublier les personnes n'utilisant pas les technologies numériques et de continuer à proposer des offres qui leur sont accessibles.



Conclusions sur la pandémie de coronavirus

L'importance de la promotion de la santé a pris de l'ampleur pendant la pandémie, car en temps de crise, il est plus logique que jamais de renforcer les ressources des personnes.

Les personnes âgées ont souvent réagi à la pandémie avec une grande résilience. Malgré cela, la pandémie a eu des effets négatifs sur la santé des personnes âgées et il existe des preuves d'un «effet de fragilité». Des études font prendre conscience que la pandémie a notamment réduit la capacité de marcher chez certaines personnes âgées, a rendu les activités quotidiennes encore plus difficiles, a réduit l'autonomie et augmenté les risques de maladies non transmissibles (telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète), de déclin cognitif, de troubles anxieux et de solitude [419-421]. Les inégalités de santé déjà existantes se sont exacerbées (voir [chapitre 5](#)), tout comme la situation des proches aidant-e-s [422]. Il est actuellement impossible de prévoir de manière exhaustive et avec certitude si ces effets ne s'appliquent qu'à la phase aiguë de la pandémie ou s'ils auront également des répercussions à plus long terme. Cependant, il est utile de distinguer trois effets de la pandémie:

- 1) les effets directs tels que les infections, les décès et le Covid long,
- 2) les effets indirects et surtout à moyen terme des mesures de protection comme les traitements différés ou les influences sur la santé psychique et
- 3) les effets indirects et à plus long terme comme l'influence sur les déterminants sociaux de la santé [423].

Les mesures visant à promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et une bonne santé psychique étaient importantes pendant la pandémie – et le sont maintenant plus que jamais. Les proches aidant-e-s sont devenus un groupe cible encore plus important. Selon la phase de la pandémie, les méthodes de travail et les approches de la promotion de la santé ont également changé. Entre autres, la coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle, la numérisation et surtout la priorité accordée aux déterminants sociaux de la santé, la multisectorialité (la santé dans toutes les politiques) et les mesures d'égalité des chances ont gagné en importance [412, 422, 424].

12 Sources

- [1] United Nations (UN) (2013). *World Population Ageing 2013*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- [2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050* (Statistik der Schweiz, Themenbereich 1). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14963221/master>
- [3] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen: Ergebnisse des Referenzszenarios [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.12107025.html>
- [4] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18845653.html>
- [5] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Struktur der ständigen Wohnbevölkerung, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.asset-detail.18344198.html>
- [6] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). *Gesund altern: Wohlbefinden trotz Einschränkungen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfoerderung-praevention-im-alter/gesund-altern.html>
- [7] Borkel, A., von Dungen, B., Goldapp, C., Haak, G., Schlüter, A. & Voigt, U. (2014). *In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung*. BZgA; DVV. <https://shop.bzga.de/pdf/61420000.pdf>
- [8] Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, J., Steinmann, R. M. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Bericht 5. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [9] Höpflinger, F. (2019). *Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf>
- [10] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Höchste abgeschlossene Ausbildung in der Schweiz: Ständige Wohnbevölkerung ab 25 Jahren (2019) [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsstand.assetdetail.15404053.html>
- [11] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18344193.html>
- [12] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Staatsangehörigkeit (Kategorie), Geburtsort, Geschlecht und Altersklasse [Tabelle]*. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0103010000_201/-/px-x-0103010000_201.px/
- [13] Höpflinger, F. (2020). *Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen* (Socius-Grundlagen). Programm Socius, ein Engagement der Age-Stiftung. <https://www.age-stiftung.ch/publikation/leben-im-alter-aktuelle-feststellungen-und-zentrale-entwicklungen/>
- [14] Höpflinger, F. (2022). *Alter im Wandel – Zeitreihen für die Schweiz*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>
- [15] Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Beltz Juventa.
- [16] Diebold, M. & Widmer, M. (2019). *Gesundheitsindikatoren zur älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Obsan. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte_alter/indikatoren-gesundheit-65plus.pdf

- [17] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Gesundheitsstatistik 2019* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/10227275/master>
- [18] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Lebenszufriedenheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/lebenszufriedenheit.html>
- [19] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.10027510.html>
- [20] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Energie und Vitalität, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [21] Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»: Aktualisierung 2014* (Arbeitspapier 2). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [22] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Vitalität und Energie* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.7586088.html>
- [23] World Health Organization (WHO) (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>
- [24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Personen mit Bluthochdruck*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten.assetdetail.7586044.html>
- [25] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Stürze: Häufigkeit von Stürzen bei älteren Personen*. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/stuerze>
- [26] Niemann, S., Achermann Stürmer, Y., Derrer, P. & Ellenberger, L. (2021). *Status 2021: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.399.01.2021>
- [27] Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.). VS Verl. für Sozialwiss.
- [28] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU.
- [29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; GFCH.
- [30] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Gesundheit im Alter*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html>
- [31] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Psychische Belastung: 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [32] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Einsamkeitsgefühle nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau: 1997, 2002, 2007, 2012* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.assetdetail.281800.html>
- [33] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Einsamkeitsgefühl*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/einsamkeitsgefuehl.html>
- [34] Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren: Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- [35] Kruse, A. (2021). Entwicklung. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 140–149). Kohlhammer.
- [36] Jäncke, L. & Peper, M. (2022). *Plastizität*. Dorsch Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/plastizitaet>

- [37] Perrig-Chiello, P. (2014). *Das Leben ist kein ruhiger Fluss: Stressvolle biografische Übergänge und ihre Bewältigung*. 25. Zürcher Präventionstag: Stress beginnt im Alltag. Prävention auch. <https://doi.org/10.7892/boris.53433>
- [38] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [39] Schelling, H. R. (2019). *Gesund altern auch mit gesundheitlichen Einschränkungen: Auf dem Weg zur WHO Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Präsentation. 2. Kantonales Austauschtreffen Deutschschweiz (KAD): Lebensqualität und Gesundheit im Alter. <https://www.psychologie.ch/presentation-schelling-fachtagung-2019>
- [40] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*.
- [41] Ecoplan (2013). *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie: Demenz in der Schweiz. Ausgangslage*. BAG; GDK. https://www.ecoplan.ch/download/nsd_sb_de.pdf
- [42] Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- [43] Ma'u, E., Cullum, S., Cheung, G., Livingston, G. & Mukadam, N. (2021). Differences in the potential for dementia prevention between major ethnic groups within one country: A cross sectional analysis of population attributable fraction of potentially modifiable risk factors in New Zealand. *Lancet Reg Health West Pac*, 13(July), 100191. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100191>
- [44] Busch, M. (2011). Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. *CardioVasc*, 11(5), 32–38. <https://doi.org/10.1007/BF03359059>
- [45] Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M. & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction: An Analysis of Protective and Modifiable Factors*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2014/>
- [46] World Health Organization (WHO) (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>
- [47] Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H. & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement*, 11(6), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- [48] Rička, R., von Wartburg, L., Gamez, F. M. & von Greyerz, S. (2020). *Synthesebericht. Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>
- [49] Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., . . . Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- [50] World Health Organization (WHO) (2022). *Dementia* [fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [51] World Health Organization (WHO) (2015). *Altern in Gesundheit setzt einen Lebensverlaufansatz voraus*. WHO Europe News 2015/09. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2015/09/healthy-ageing-requires-a-life-course-approach>
- [52] World Health Organization (WHO) (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

- [53] World Health Organization (WHO) (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- [54] Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) (2008). *Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte*. https://www.vhs-sh.de/fileadmin/docs/Downloads/Programmbereiche/Gesundheit/Praeventionszeile_im_Alter.pdf
- [55] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Hogrefe.
- [56] Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- [57] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>
- [59] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, S. Stock, T. Altgeld, O. von dem Knesebeck, V. Ottova, U. Ravens-Sieberer, W. Süss & A. Trojan (Hg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl., S. 23–33). Hogrefe.
- [60] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years): Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/6eb0ad17e63b31d4fba0c17ab25c3a0c>
- [61] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years), %, Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/63a908d6561dc69cad3397901ce88088>
- [62] World Health Organization (WHO) (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- [63] World Health Organization (WHO) (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>
- [64] Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. & Lampert, T. (Hg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). RKI.
- [65] Bürli, C., Amstad, F. T., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. BAG.
- [66] Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2012-psychische-gesundheit-der-schweiz>
- [67] Schenk, J., Ledermann, K. & Martin Sölch, C. (2021). *Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies nontransmissibles*. Université de Fribourg; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-ncd/literatur-psycho-soziale-faktoren-ncd.pdf>
- [68] ten Bruggencate, T., Luijkx, K. G. & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing Soc*, 38(9), 1745–1770. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000150>
- [69] McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J. & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- [70] van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., de Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., Widdershoven, G. A. M., Ostelo, R. W. J. G. & Ginsberg, S. D. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3), e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

- [71] Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T. & Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *J Aging Stud*, 32, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>
- [72] Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., Witte, L. de & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- [73] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf
- [74] World Health Organization (WHO) (2016). *Weltbericht über Altern und Gesundheit: Zusammenfassung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>
- [75] Pro Senectute Schweiz (2018). *Zwäg ins Alter ZiA 2018–2021: Kurzbeschreibung*. https://so.prosenectute.ch/dam/jcr:79e05124-5502-4ae6-b1bc-afefd03a9c89/Kurzbeschreibung_ZiA_November_2018.pdf
- [76] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Gesundheitsförderung*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/166>
- [77] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Prävention, Krankheitsprävention*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/186>
- [78] General Secretariat of the EU Council (2021). *Council Conclusions on Mainstreaming Ageing in Public Policies*. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6976-2021-INIT/en/pdf>
- [79] Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T. & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz* (Faktenblatt 60). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [80] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2012). *Setting*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/143>
- [81] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [82] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit, Beteiligung der Bevölkerung in %: 1997, 2000, 2004, 2007, 2010, 2013, 2016, 2020* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.assetdetail.17124494.html>
- [83] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.html>
- [84] Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2020). *Freiwilliges Engagement in der zweiten Lebenshälfte*. SGG; Beisheim-Stiftung. <https://www.beisheim-stiftung.com/ch/de/aktuelles/freiwilliges-engagement-im-alter>
- [85] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Potenziale. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 177–184). Kohlhammer.
- [86] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht* [Schätzung]. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-14.05.01.04>
- [87] Colombier, C. (2012). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060* (Working Paper der EFV 19). https://www.efv.admin.ch/dam/efv/de/dokumente/publikationen/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_19_d_Web.pdf
- [88] Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report*, 11(1), 3–6. <https://www.ifo.de/DocDL/dicereport113-forum1.pdf>

- [89] Karlsson, M. & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *Eur J Health Econ*, 15(5), 533–551. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0493-0>
- [90] Westerhout, E. (2014). Population ageing and health care expenditure growth. In S. Harper & K. A. Hamblin (Hg.), *Handbooks of research on public policy. International handbook on ageing and public policy* (S. 178–190). Elgar.
- [91] Schweizerischer Bundesrat (2012). Entwicklungsszenarien Ausgaben im Gesundheitswesen. In *Legislaturfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2* (S. 157–171). Schweizerische Eidgenossenschaft.
- [92] Felder, S., Meyer, S. & Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren: Schlussbericht*. ASPS. https://www.omeris.ch/wp-content/uploads/2017/11/220_WX_Kurzfassung-Studie-S.-Felder.pdf
- [93] Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2011_hh_pflegebed_d.pdf
- [94] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Gesundheitsförderung im Alter: Fakten und Zahlen* (Faktenblatt 15). www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [95] Eling, M. & Elvedi, M. (2019). *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz* (IWW HSG Schriftenreihe 66). <https://www.iww.unisg.ch/wp-content/uploads/2019/08/Band66-Langfassung.pdf>
- [96] Schweizerische Eidgenossenschaft (2012). *Legislaturfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2*.
- [97] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit: Zahlen und Fakten für die Schweiz*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>
- [98] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012* (BFS aktuell). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349311/master>
- [99] Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015 (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums). Hogrefe. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf
- [100] Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Schlussbericht. BAG. <https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/gesundheit-der-migrationsbevoelkerung-ergebnisse-der-schweizerischen-gesundheitsbefragung-2017>
- [101] Krüger, P., Pfister, A., Eder, M. & Mikolasek, M. (2021). *Vergleichender Bericht zur Gesundheit von LGBT-Personen: Schlussbericht*. (Draft). HSLU.
- [102] Misoch, S. (2017). «Lesbian, gay & grey»: Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Z Gerontol Geriatr*, 50(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>
- [103] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [104] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [105] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [106] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [107] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [108] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [109] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [110] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [111] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [112] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [113] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [114] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krems].
- [115] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [116] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [117] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), Artikel 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [118] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [119] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [120] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [121] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>

- [122] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitsliche-chancengleichheit/literaturanalyse-gesundheitliche-ungleichheit.pdf>
- [123] Seifert, A., Ackermann, T. & Schelling, H. R. (2020). *Digitale Senioren 2020: Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Personen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Studie III. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie; Pro Senectute Schweiz.
- [124] Seifert, A. (2022). Digitale Transformation in den Haushalten älterer Menschen. *Z Gerontol Geriatr*, 55(4), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01897-5>
- [125] Rasche, P., Wille, M., Brühl, C., Theis, S., Schäfer, K., Knobe, M. & Mertens, A. (2018). Prevalence of Health App Use Among Older Adults in Germany: National Survey. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e26. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8619>
- [126] Schlomann, A., Seifert, A., Zank, S. & Rietz, C. (2020). Assistive Technology and Mobile ICT Usage Among Oldest-Old Cohorts: Comparison of the Oldest-Old in Private Homes and in Long-Term Care Facilities. *Res Aging*, 42(5–6), 163–173. <https://doi.org/10.1177/0164027520911286>
- [127] von Storch, K., Schlomann, A., Rietz, C., Polidori, M. C. & Woopen, C. (2018). Wearables zur Unterstützung des Selbstmanagements von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen: Eine qualitative Studie aus der Perspektive von Patienten und Ärzten. *Z Gerontol Geriatr*, 51(7), 791–798. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1323-2>
- [128] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/ministerium/berichte-der-bundesregierung/achter-altersbericht>
- [129] Cotten, S. R. (2021). Technologies and aging: understanding use, impacts, and future needs. In K. F. Ferraro & D. Carr (Hg.), *Handbooks of aging: Bd. 1. Handbook of aging and the social sciences* (9. Aufl., S. 373–392). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815970-5.00023-1>
- [130] Francis, J., Ball, C., Kadylak, T. & Cotten, S. R. (2019). Aging in the Digital Age: Conceptualizing Technology Adoption and Digital Inequalities. In B. B. Neves & F. Vetere (Hg.), *Ageing and Digital Technology: Designing and Evaluating Emerging Technologies for Older Adults* (S. 35–49). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5_3
- [131] König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. *Univers Access Inf Soc*, 17(3), 621–633. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0609-5>
- [132] Quittschalle, J., Stein, J., Luppa, M., Pabst, A., Löbner, M., Koenig, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2020). Internet Use in Old Age: Results of a German Population. *J Med Internet Res*, 22(11), e15543. <https://doi.org/10.2196/15543> (Representative Survey).
- [133] Seifert, A. & Vandelanotte, C. (2021). The use of wearables and health apps and the willingness to share self-collected data among older adults. *Aging Health Res*, 1(3), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100032>
- [134] Varlamova, M., Premrov, T., Fuchs, M., Forsman, A. K., Bovenzi, G. M. & Strollo, F. (2020). *Ageing in Europe: from north to south*. European Liberal Forum. https://liberalforum.eu/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-in-Europe-book_final_final_v.14.12.pdf
- [135] Seifert, A., Cotten, S. R., Xie, B. & Carr, D. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- [136] Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany *Bundesgesundheitsblatt*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- [137] Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., Rooij, S. E. de & Abu-Hanna, A. (2015). Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey. *J Med Internet Res*, 17(1), e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.3749>

- [138] Seifert, A. & Schlomann, A. (2017). Gesundheitsthemen im Internet suchen – etwas für ältere Menschen? *NOVAcura*, 48(4), 39–41.
- [139] Tuckson, R. V., Edmunds, M. & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *N Engl J Med*, 377(16), 1585–1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1503323>
- [140] Kowatsch, T., Harperink, S., Cotti, A., Trémeaud, R., Schneider, J. & Della Valle, M. (2021). *Evaluierungs-Framework und Kriterienkatalog für digitale Gesundheitsinterventionen in der Schweiz*. <https://doi.org/10.3929/ETHZ-B-000470919>
- [141] Seifert, A., Reinwand, D. A. & Schlomann, A. (2019). Designing and Using Digital Mental Health Interventions for Older Adults: Being Aware of Digital Inequality. *Front Psychiatry*, 10, 568. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00568>
- [142] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). vdf Hochschulverlag.
- [143] Seifert, A. & Meidert, U. (2018). «Quantified seniors»: Technisch unterstützte Selbstvermessung bei älteren Personen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4), 353–360. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0646-1>
- [144] Seifert, A., Schlomann, A., Rietz, C. & Schelling, H. R. (2017). The use of mobile devices for physical activity tracking in older adults' everyday life. *Digit Health*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2055207617740088>
- [145] Schlomann, A. (2017). A case study on older adults' long-term use of an activity tracker. *Gerontechnology*, 16(2), 115–124.
- [146] Klebbe, R., Steinert, A. & Müller-Werdan, U. (2019). Wearables for Older Adults: Requirements, Design, and User Experience. In I. Buchem, R. Klamma & F. Wild (Hg.), *Perspectives on Wearable Enhanced Learning (WELL): Current Trends, Research, and Practice* (S. 313–332). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64301-4_15
- [147] Dobkin, B. H. (2013). Wearable motion sensors to continuously measure real-world physical activities. *Curr Opin Neurol*, 26(6), 602–608. <https://doi.org/10.1097/WCO.000000000000026>
- [148] Jindai, K., Nielson, C. M., Vorderstrasse, B. A. & Quiñones, A. R. (2016). Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older: NHANES 2005–2012. *Prev Chronic Dis*, 13, 160–174. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160174>
- [149] Seifert, A., Christen, M. & Martin, M. (2018). Willingness of Older Adults to Share Mobile Health Data with Researchers. *GeroPsych (Bern)*, 31(1), 41–49. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000181>
- [150] Koivisto, J., Malik, A. & Heyn, P. C. (2021). Gamification for older adults: a systematic literature review. *Gerontologist*, 61(7), e360–e372. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa047>
- [151] Wellmann, C. & Bittner, J. V. (2016). Gamification-Elemente bei Apps zur Bewegungsförderung. *Wirtschaftspsychologie*, 18(4), 28–39. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2904462>
- [152] Doh, M., Schmidt, L. I., Herbolsheimer, F., Jokisch, M. & Wahl, H.-W. (2015). Patterns of ICT use among «Senior Technology Experts»: the role of demographic variables, subjective beliefs and attitudes. In J. Zhou & G. Salvendy (Hg.), *Lecture notes in computer science: Bd. 9193, Human Aspects of IT for the Aged Population: Design for Aging. Proceedings, Part I* (S. 177–188). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20892-3_18
- [153] Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., Haines, A. & Cornford, T. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Med*, 10(1), e1001362. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- [154] Kricheldorf, C., König, P., Klobucnik, T., Schmidt, S. & Tonello, L. (2017). *Ethische Guidelines für Forschung und Entwicklung im Bereich Alter und Technik: Grundlagen für die Arbeit in Ethikkommissionen*. Pabst Science Publishers.
- [155] Darvishy, A., Hutter, H.-P. & Seifert, A. (2021). *Altersgerechte digitale Kanäle: Webseiten und mobile Apps*. Springer Fachmedien; Springer Vieweg. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35501-2>

- [156] Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N. & Rogers, W. A. (2019). *Designing for older adults: principles and creative human factors approaches* (3. Aufl.) (Human factors and aging series). CRC Press Taylor & Francis Group.
- [157] Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU), Suva & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument*. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [158] Götschi, T., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B. W., Bize, R., Simonson, T., Rathod, A. & Diebold, M. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit: Hintergrundbericht für den nationalen Gesundheitsbericht 2015* (Obsan Dossier 47). Obsan.
- [159] Musselwhite, C. (2021). Prioritising transport barriers and enablers to mobility in later life: A case study from Greater Manchester in the United Kingdom. *J Transp Health*, 22(February), 101085. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101085>
- [160] senior-lab & mobil sein & bleiben (2021). *Mobilität der Senioren und Seniorinnen in der Schweiz*. Factsheet. <https://mobilsein-mobilbleiben.ch/docs/Blog/factsheet-mobilitaetsumfrage.pdf>
- [161] Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Gill, T. M., Groessl, E. J., King, A. C., Kritchevsky, S. B., Manini, T. M., McDermott, M. M., Miller, M. E., Newman, A. B., Rejeski, W. J., Sink, K. M. & Williamson, J. D. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387–2396. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>
- [162] Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., Manini, T. M., Church, T. S., Gill, T. M., Miller, M. E. & Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(2), 216–222. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu099>
- [163] Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., Mettler, D., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2011). *Promotion de l'activité physique: Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»* (Serveur académique Lausannois). UNIL. <https://hdl.handle.net/10670/1.7vukui>
- [164] Burtscher, J., Burtscher, M. & Millet, G. P. (2021). The central role of mitochondrial fitness on antiviral defenses: an advocacy for physical activity during the COVID-19 pandemic. *Redox Biol*, 43, 101976. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2021.101976>
- [165] Chastin, S. F. M., Abaraogu, U., Bourgois, J. G., Dall, P. M., Darnborough, J., Duncan, E., Dumortier, J., Pavón, D. J., McParland, J., Roberts, N. J. & Hamer, M. (2021). Effects of Regular Physical Activity on the Immune System, Vaccination and Risk of Community-Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 51(8), 1673–1686. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01466-1>
- [166] Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., Smith, G. N. & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*, 55(19), 1099–1105. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>
- [167] Woods, J. A., Hutchinson, N. T., Powers, S. K., Roberts, W. O., Gomez-Cabrera, M. C., Radak, Z., Berkes, I., Boros, A., Boldogh, I., Leeuwenburgh, C., Coelho-Júnior, H. J., Marzetti, E., Cheng, Y., Liu, J., Durstine, J. L., Sun, J. & Ji, L. L. (2020). The COVID-19 pandemic and physical activity. *Sports Med Health Sci*, 2(2), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2020.05.006>
- [168] Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B. A. (2021). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health Psychol Rev*, 15(4), 574–592. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1760728>
- [169] Sawa, R., Asai, T., Doi, T., Misu, S., Murata, S., Ono, R. & Knight, B. G. (2020). The Association Between Physical Activity, Including Physical Activity Intensity, and Fear of Falling Differs by Fear Severity in Older Adults Living in the Community. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5), 953–960. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby103>

- [170] Stamm, H., Gebert, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Die Förderung gesundheitswirksamer Bewegung und der Kampf gegen die Inaktivität: Situationsanalyse und Definition der Rolle des Bundesamtes für Gesundheit*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=3033>
- [171] McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N. & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
- [172] Wiswell, R. A., Hawkins, S. A., Jaque, S. V., Hyslop, D., Constantino, N., Tarpinning, K., Marcell, T. & Schroeder, E. T. (2001). Relationship between physiological loss, performance decrement, and age in master athletes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(10), M618–M626. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.10.M618>
- [173] Harridge, S. D. R. & Lazarus, N. R. (2017). Physical activity, aging, and physiological function. *Physiology (Bethesda)*, 32(2), 152–161. <https://doi.org/10.1152/physiol.00029.2016>
- [174] Saint-Maurice, P. F., Coughlan, D., Kelly, S. P., Keadle, S. K., Cook, M. B., Carlson, S. A., Fulton, J. E. & Matthews, C. E. (2019). Association of Leisure-Time Physical Activity Across the Adult Life Course With All-Cause and Cause-Specific Mortality. *JAMA Netw Open*, 2(3), e190355. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0355>
- [175] Dipietro, L., Campbell, W. W., Buchner, D. M., Erickson, K. I., Powell, K. E., Bloodgood, B., Hughes, T., Day, K. R., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A. & Olson, R. D. (2019). Physical activity, injurious falls, and physical function in aging: an umbrella review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1303–1313. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001942>
- [176] Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*, 90(1059), 26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- [177] Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, 41(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- [178] Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, 14(45), 836–841. <https://doi.org/10.4414/SMF.2014.02090>
- [179] Chou, C.-H., Hwang, C.-L. & Wu, Y.-T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>
- [180] Cochrane, T., Munro, J., Davey, R. & Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy*, 84(12), 598–602. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)66153-6](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)66153-6)
- [181] de Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., Staal, J. B. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 11(1), 136–149. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002>
- [182] Koizumi, D., Rogers, N. L., Rogers, M. E., Islam, M. M., Kusunoki, M. & Takeshima, N. (2009). Efficacy of an accelerometer-guided physical activity intervention in community-dwelling older women. *J Phys Act Health*, 6(4), 467–474. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.4.467>
- [183] Opdenacker, J., Boen, F., Coorevits, N. & Delecluse, C. (2008). Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Prev Med*, 46(6), 518–524. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2008.02.017>
- [184] Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R. & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(1), 510. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-510>

- [185] Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., van Berckel, B. N. M., Scheltens, P., Scherder, E. J. A., van der Flier, W. M. & Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Res Rev*, 25, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- [186] Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S. & Aoyama, T. (2014). Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, 14(4), 758–762. <https://doi.org/10.1111/ggi.12159>
- [187] Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A. & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 12(1), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001>
- [188] Ory, M. G., Lee, S., Han, G., Towne, S. D., Quinn, C., Neher, T., Stevens, A. & Smith, M. L. (2018). Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Social Support, Self-Efficacy, and Physical Activity among Older Adults: Evaluation of Texercise Select. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020234>
- [189] Ashe, M. C., Edwards, N. Y., Taylor, A., Burnett, L., Giangregorio, L. M., Milne, K., Clemson, L. M. & Fleig, L. (2019). Return to Everyday Activity in the Community and Home: a feasibility study for a lifestyle intervention to sit less, move more, and be strong. *Pilot Feasibility Stud*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40814-019-0467-9>
- [190] Schwenk, M., Bergquist, R., Boulton, E., van Ancum, J. M., Nerz, C., Weber, M., Barz, C., Jonkman, N. H., Taraldsen, K., Helbostad, J. L., Vereijken, B., Pijnappels, M., Maier, A. B., Zhang, W., Becker, C., Todd, C., Clemson, L. & Hawley-Hague, H. (2019). The Adapted Lifestyle-Integrated Functional Exercise Program for Preventing Functional Decline in Young Seniors: Development and Initial Evaluation. *Gerontology*, 65(4), 362–374. <https://doi.org/10.1159/000499962>
- [191] van Doorn-van Atten, M., de Groot, L., de Vries, J. & Haveman-Nies, A. (2018). Determinants of behaviour change in a multi-component telemonitoring intervention for community-dwelling older adults. *Nutrients*, 10(8), 1062. <https://doi.org/10.3390/nu10081062>
- [192] Moore, M., Warburton, J., O'Halloran, P. D., Shields, N. & Kingsley, M. (2016). Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*, 24(1), 158–167. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0218>
- [193] Roberts, C. E., Phillips, L. H., Cooper, C. L., Gray, S. & Allan, J. L. (2017). Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Phys Act*, 25(4), 653–670. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0201>
- [194] Burton, E., Farrier, K., Galvin, R., Johnson, S., Horgan, N. F., Wartens, A. & Hill, K. D. (2019). Physical activity programs for older people in the community receiving home care services: systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*, 14, 1045–1064. <https://doi.org/10.2147/CIA.S205019>
- [195] Minghetti, A., Donath, L., Zahner, L., Hanssen, H. & Faude, O. (2021). Beneficial effects of an inter-generational exercise intervention on health-related physical and psychosocial outcomes in Swiss preschool children and residential seniors: a clinical trial. *PeerJ*, 9, e11292. <https://doi.org/10.7717/peerj.11292>
- [196] Chase, J.-A. D. (2015). Interventions to increase physical activity among older adults: a meta-analysis. *Gerontologist*, 55(4), 706–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu090>
- [197] Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N. J., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R. G., Herbert, R. D., Close, J. C. T. & Lord, S. R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(24), 1750–1758. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>
- [198] Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L. M., Hopewell, S. & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD012424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>

- [199] El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A. & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347(f6234), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>
- [200] Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- [201] Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Körperliche Aktivität* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 26). RKI. <https://doi.org/10.25646/3102>
- [202] Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG.
- [203] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2018). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Stärkeres Engagement gegen Sturzunfälle*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/artikel/kampagne-sicher-stehen-sicher-gehen-staerkeres-engagement-gegen-sturzunfaelle.html>
- [204] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [205] U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. 2nd ed. <https://health.gov/paguidelines/second-edition/>
- [206] Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP). *Canadian 24-hour Movement Guidelines*. <https://csep.ca/guidelines>
- [207] Hamer, M., Lavoie, K. L. & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med*, 48(3), 239–243. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092993>
- [208] Ekkekakis, P., Vazou, S., Bixby, W. R. & Georgiadis, E. (2016). The mysterious case of the public health guideline that is (almost) entirely ignored: call for a research agenda on the causes of the extreme avoidance of physical activity in obesity. *Obes Rev*, 17(4), 313–329. <https://doi.org/10.1111/obr.12369>
- [209] Bucksch, J. & Schlicht, W. (2014). Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. *Dtsch Z Sportmed*, 65(1), 15–21. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2012.077>
- [210] Irving Medical Center, Columbia University (2021). *Different physical activity ‘cocktails’ have similar health benefits*. <https://www.cuimc.columbia.edu/news/different-physical-activity-cocktails-have-similar-health-benefits>
- [211] Chastin, S. F. M. & Diaz, K. M. (2021). *Thirty minutes’ exercise won’t counteract sitting all day, but adding light movement can help: new research*. The conversation. <https://theconversation.com/thirty-minutes-160577>
- [212] Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*, 35(6), 725–740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- [213] Dempsey, P. C., Biddle, S. J. H., Buman, M. P., Chastin, S. F. M., Ekelund, U., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P. T., Leitzmann, M. F., Stamatakis, E., van der Ploeg, H. P., Willumsen, J. & Bull, F. C. (2020). New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01044-0>
- [214] Nigg, C. R. & Harmon, B. (2017). The Sedentariness Epidemic — Demographic Considerations. In S. Razon & M. L. Sachs (Hg.), *Applied Exercise Psychology* (S. 5–14). Routledge.
- [215] Chastin, S. F. M., McGregor, D., Palarea-Albaladejo, J., Diaz, K. M., Hagströmer, M., Hallal, P. C., van Hees, V. T., Hooker, S., Howard, V. J., Lee, I.-M., Rosen, P. von, Sabia, S., Shiroma, E. J., Yerramalla, M. S. & Dall, P. M. (2021). Joint association between accelerometry-measured daily combination of time spent in physical activity, sedentary behaviour and sleep and all-cause mortality: a pooled analysis of six prospective cohorts using compositional analysis. *Br J Sports Med*, 55(22), 1277–1285. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102345>

- [216] Bundesamt für Statistik (BFS) (o. J.). *Körperliche Aktivität 2017, in % der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [217] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Sitzen (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/sitzen-alter-15>
- [218] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Körperliche Aktivität und Gesundheit* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.9546738.html>
- [219] Lamprecht, M., Bürgi, R. & Stamm, H. (2020). *Sport Schweiz 2020: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung*. BASPO. https://www.baspo.admin.ch/content/baspo-internet/de/dokumentation/publikationen/sport-schweiz-2020/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloadItems/296_1591280041472.download/Bro_Sport_Schweiz_2020_d_WEB.pdf
- [220] Höpflinger, F. (2021). *Sport und Bewegung im Alter – Trends*. <https://www.gerontologieblog.ch/sport-und-bewegung-im-alter-trends/>
- [221] Schmid, J., Molinari, V., Lehnert, K., Sudeck, G. & Conzelmann, A. (2014). BMZI-HEA: Adaption des Berner Motiv- und Zielinventars im Freizeit- und Gesundheitssport für Menschen im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(3), 104–117. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000119>
- [222] Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(2), 60–76. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000137>
- [223] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- [224] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med*, 358(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>
- [225] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2010). *Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist* (J. Neubauer, Übers.). Fischer.
- [226] Dorgo, S., Robinson, K. M. & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(2), 116–122. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00393.x>
- [227] Minghetti, A., Schwarz, O. & Junker-Wick, D. (2021). *Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote* (Faktenblatt 63). GFCH. https://www.hopp-la.ch/wp-content/uploads/2021/10/FB_63_Hopp_la_de_web.pdf
- [228] Kraus, W. E., Janz, K. F., Powell, K. E., Campbell, W. W., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Sprow, K., Torres, A. & Piercy, K. L. (2019). Daily Step Counts for Measuring Physical Activity Exposure and Its Relation to Health. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1206–1212. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001932>
- [229] Boulton, E., Hawley-Hague, H., French, D. P., Mellone, S., Zacchi, A., Clemson, L. M., Vereijken, B. & Todd, C. (2019). Implementing behaviour change theory and techniques to increase physical activity and prevent functional decline among adults aged 61–70: The PreventIT project. *Prog Cardiovasc Dis*, 62(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.01.003>
- [230] Peyer, L. & Scherrer, J. (2022). *Verhaltensökonomischer Leitfaden: Verhalten verstehen und adressieren*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/leitfaden.pdf>
- [231] Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) (2010). *Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln*. https://ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/Toronto_Charter_German.pdf
- [232] Bucksch, J. & Schneider, S. (Hg.) (2014). *Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Hans Huber.
- [233] Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Järvinen, M. & Vuori, I. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*, 281(20), 1895–1899. <https://doi.org/10.1001/JAMA.281.20.1895>

- [234] Korhonen, N. (2014). *Fall-induced injuries and deaths among older Finns between 1970 and 2012* [Diss., University of Tampere]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9638-7>
- [235] Soriano, T. A., DeCherrie, L. V. & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*, 2(4), 545–553. <https://doi.org/10.2147/cia.s1080>
- [236] Gschwind, Y. J. & Pfenninger, B. (2013). *Training zur Sturzprävention: Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter* (BFU Fachdokumentation 2.104). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/tools/bfu-Fachdokumentation_Training_zur_Sturzpraevention.pdf
- [237] Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A. & Kressig, R. W. (2011). *Sturzprävention: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/best-practice/Via_-_Best-Practice-Studie_Sturzpraevention_-_Zusammenfassung_und_Empfehlungen.pdf
- [238] Michel, F. I. & Bochud, Y. (2012). *Haus und Freizeit: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse* (BFU Sicherheitsdossier 9). BFU.
- [239] Grünenfelder, R., Zumbach, D. & Gföhler, B. (2020). *Evaluation der Kampagne «Sicher stehen – sicher gehen»*. Pro Senectute Schweiz; GFCH; BFU.
- [240] Bolliger, C., Gerber, M., Stocker, E., Derrer, P. & Bächli, M. (2021). *Sturzpräventives Training: Mobilisierungspotenzial und fördernde Faktoren in der Bevölkerung 60+*. BFU.
- [241] Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Leitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+ ?»: Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter*. Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [242] Deutz, N. E. P., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Krznarić, Z., Nair, K. S., Singer, P., Teta, D., Tipton, K. & Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr*, 33(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>
- [243] Kressig, R. W. (2015). Training und richtige Ernährung bei Sarkopenie. *Der informierte Arzt*(3), 48–50.
- [244] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2014). *Selbstständig bis ins hohe Alter: Checkliste Wohnumgebung, Training und Tipps zur Mobilität*. <https://www.bfu.ch/media/4lhlpt0g/selbststaendig-bis-ins-hohe-alter.pdf>
- [245] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2021). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Fakten und Zahlen*. https://www.sichergehen.ch/_Resources/Persistent/66ff92064c95c243b6629d7ac3b2bea-39d84a1fc/2021_Fakten_u_Zahlen_DE.pdf
- [246] Ellenberger, L. & Bächli, M. (2022). *Sicherheitsanalyse Treppen: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.420.01.2021>
- [247] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev*, 17(12), 1198–1217. <https://doi.org/10.1111/obr.12457>
- [248] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health*, 10, 356. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-356>
- [249] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [250] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing*, 4(3), 115–124. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0057-1>

- [251] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0472-4>
- [252] Muellmann, S., Forberger, S., Möllers, T., Bröring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med*, 108, 93–110. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.026>
- [253] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD008366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008366.pub3>
- [254] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med*, 89, 257–277. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.016>
- [255] Lupton, B. S., Fønnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health*, 31(3), 178–186. <https://doi.org/10.1080/14034940210134077>
- [256] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *J Phys Act Health*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1123/jpah.3.1.1>
- [257] Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Muñoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., Williams, V., Marcus, B. H. & Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Curr Sports Med Rep*, 15(4), 290–297. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000276>
- [258] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., Boyers, D., Stewart, F., Boachie, C., Fioratou, E., Wilkins, D., Street, T., Carroll, P. & Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*, 18(35), v–vi, xxiii–xxix, 1424. <https://doi.org/10.3310/hta18350>
- [259] Botorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., Jaffer-Hirji, H. & Tillotson, S. M. (2015). An updated review of interventions that include promotion of physical activity for adult men. *Sports Med*, 45(6), 775–800. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0286-3>
- [260] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie: Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz*. GFCH; Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.
- [261] Kaya, B. (2014). *Migration et information sur la santé: Revue de littérature*. CRS. https://face-migration.ch/wp/wp-content/uploads/2015/02/Kaya_2014_Migration_Information_Sante.pdf
- [262] Mosdøl, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD011683. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011683.pub2>
- [263] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., Foley, P. B. & Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obes Rev*, 15(Suppl. 4), 146–158. <https://doi.org/10.1111/obr.12218>
- [264] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., Marquez, B., Gans, K. M., Bock, B. C., Mendoza-Vasconez, A. S., Noble, M. L. & Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 62. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0385-7>
- [265] Attwood, S., van Sluijs, E. M. F. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 60. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0384-8>
- [266] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *J Womens Health*, 26(10), 1077–1085. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6389>

- [267] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues*, 26(Suppl. 1), S18–S35. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.05.002>
- [268] Hayer, A., Jost, E., Jordi, C. & Weber, Y. (2020). *Förderung einer gesunden Ernährung bei älteren Menschen*. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [269] Hellwege, K.-D. (2003). *Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe: Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie* (6. Aufl.). Georg Thieme.
- [270] Cipriani, G., Carlesi, C., Lucetti, C., Danti, S. & Nuti, A. (2016). Eating behaviors and dietary changes in patients with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 706–716. <https://doi.org/10.1177/1533317516673155>
- [271] Kai, K., Hashimoto, M., Amano, K., Tanaka, H., Fukuhara, R., Ikeda, M. & Ginsberg, S. D. (2015). Relationship between eating disturbance and dementia severity in patients with Alzheimer’s disease. *PLoS One*, 10(8), e0133666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133666>
- [272] Eidgenössische Ernährungscommission (EEK) (2018). *Ernährung im Alter*. Expertenbericht. <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/das-blv/organisation/kommissionen/EEK/ernaehrung-im-alter.html>
- [273] Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/nutrition-and-dementia/>
- [274] Berti, V., Walters, M., Sterling, J., Quinn, C. G., Logue, M., Andrews, R., Matthews, D. C., Osorio, R. S., Pupi, A., Vallabhajosula, S., Isaacson, R. S., de Leon, M. J. & Mosconi, L. (2018). Mediterranean diet and 3-year Alzheimer brain biomarker changes in middle-aged adults. *Neurology*, 90(20), e1789. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005527>
- [275] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Gesundheitsstatistik 2014* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349483/master>
- [276] Fäh, D., Rohrmann, S., Bochud, M. & Mühlemann, P. (2021). *Die Bedeutung von Ernährung, Adipositas und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen im Hinblick auf COVID-19*. Faktenblatt. Allianz Ernährung und Gesundheit. https://allianzernaehrung.ch/documents/1031/Ernaehrung_Adipositas_Covid_19_Faktenblatt_2021_DE.pdf
- [277] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the Context of Medical Disorders: New Pharmacological Pathways Revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [278] Bandayrel, K. & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav*, 43(4), 251–262. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.01.004>
- [279] Jones, J., Duffy, M., Coull, Y. & Wilkinson, H. (2009). *Older people living in the community – nutritional needs, barriers and interventions: a literature review* (Health and community care). Scottish Government Social Research. <https://eresearch.qmu.ac.uk/bitstream/handle/20.500.12289/1266/1266.pdf>
- [280] O’Dwyer, C. & Timonen, V. (2009). *The Role and Future Development of the Meals-on-Wheels: Service for Older People in Ireland*. (NCOA). <http://hdl.handle.net/2262/34610>
- [281] Volkert, D. (Hg.) (2015). *Ernährung im Alter: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt*. (Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt: Bd. 4). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110346497>
- [282] Vrdoljak, D., Marković, B. B., Puljak, L., Lalić, D. I., Kranjčević, K. & Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.007>
- [283] Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E. & von dem Knesebeck, O. (2013). Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen [Outcome evaluation of a health promotion among the elderly]. *Gesundheitswesen*, 75(2), e5–e10. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311617>

- [284] Zhou, X., Perez-Cueto, F. J. A., Santos, D. Q., Monteleone, E., Giboreau, A., Appleton, K. M., Bjørner, T., Bredie, W. L. P. & Hartwell, H. (2018). A Systematic Review of Behavioural Interventions Promoting Healthy Eating among Older People. *Nutrients*, 10(2), 128. <https://doi.org/10.3390/nu10020128>
- [285] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [286] Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) (2017). *Geniessen und gesund bleiben: Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/schweizer-ernaehrungsstrategie-2017-2024.PDF>
- [287] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-15>
- [288] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [289] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2011). Mangelernährung – Unterernährung. *Swiss Medical Forum*, 11(44), 782–786. <https://doi.org/10.4414/smf.2011.07663>
- [290] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Body Mass Index (BMI) nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Sprachgebiet: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/determinanten/uebergewicht.assetdetail.6466017.html>
- [291] Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J.-M. & Beer-Borst, S. (2017). *Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population: results from menuCH 2014–2015*. BLV. <https://doi.org/10.7892/BORIS.101641>
- [292] Gille, D., Bütikofer, U., Chollet, M., Schmid, A., Altintzoglou, T., Honkanen, P., Stoffers, H., Walther, B. & Piccinali, P. (2016). Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: compliance with dietary recommendations of the food pyramid. *Clin Nutr*, 35(3), 638–644. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.04.002>
- [293] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [294] Cadario, R. & Chandon, P. (2019). Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments. *Marketing Science*, 39(3), 465–486. <https://doi.org/10.1287/mksc.2018.1128>
- [295] Miesler, L. & Stutz, E. (2019). *Behavioural Insights: Intuitiv zu einem gesünderen Lebensstil*. BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/verhaltensekonomie_bericht_zhaw.pdf
- [296] Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., de Vlieger, N., van der Bend, D., Truby, H. & Perez-Cueto, F. J. A. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *Br J Nutr*, 115(12), 2252–2263. <https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- [297] Arno, A. & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 16, 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x>
- [298] Holtorf, R., v. Laufenberg-Beermann, A. & Mertens-Zündorf, G. (2017). *Mittagstisch-Angebote für ältere Menschen erfolgreich organisieren: IN FORM Leitfaden-Mittagstisch*. BAGSO. https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/6_Weiterbildung/Materialien/Mittagstisch/Broschuere-Mittagstisch_neu_Klo_ckner_kl.pdf
- [299] Harbers, M. C., Beulens, J. W. J., Rutters, F., de Boer, F., Gillebaart, M., Sluijs, I. & van der Schouw, Y. T. (2020). The effects of nudges on purchases, food choice, and energy intake or content of purchases in real-life food purchasing environments: a systematic review and evidence synthesis. *Nutr J*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00623-y>
- [300] Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)

- [301] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(49), 932–936. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02092>
- [302] Hilmers, A., Hilmers, D. C. & Dave, J. (2012). Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice. *Am J Public Health*, 102(9), 1644–1654. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300865>
- [303] Ohri-Vachaspati, P., DeWeese, R. S., Acciai, F., DeLia, D., Tulloch, D., Tong, D., Lorts, C. & Yedidia, M. (2019). Healthy Food Access in Low-Income High-Minority Communities: A Longitudinal Assessment–2009–2017. *Int J Environ Res Public Health*, 16(13), 2354. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132354>
- [304] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [305] Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- [306] World Health Organization (WHO) (2001). *Mental health: new understanding, new hope* (The world health report 2001). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- [307] Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- [308] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [309] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [310] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf
- [311] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [312] Weiss, H. M. & Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Hg.), *Research in organizational behavior. An annual series of analytical essays and critical reviews Vol. 18* (S. 1–74). JAI Press.
- [313] Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie: D/III/3. Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie* (S. 1007–1112). Hogrefe.
- [314] Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello, P. Rusterholz, C. von Zimmermann, A. Wagner & S. Zwahlen (Hg.), *Berner Universitätschriften: Bd. 56. Glück: Referate einer Vorlesungsreihe des Collegium generale der Universität Bern im Frühjahrssemester 2010* (S. 241–255). Haupt.
- [315] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Kontrollüberzeugungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [316] Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich: Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- [317] Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: Die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8. https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=2149
- [318] Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1–3. <https://doi.org/10.4414/saez.2012.00745>

- [319] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitsverhalten – Alkohol – Chronischer Alkoholkonsum: 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a3.xml>
- [320] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Schwache bis starke Einschlaf- oder Durchschlafstörungen*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/einschlaf-oder-durchschlafstoerungen>
- [321] Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). *Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- [322] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Psychische Gesundheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/psychische.html>
- [323] Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- [324] Holt-Lunstad, J. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy Aging Rep*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/PPAR/PRX030>
- [325] Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L. & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- [326] McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In T. Williamson (Hg.), *Older People's Mental Health Today: A Handbook* (S. 9–18). Pavilion.
- [327] Steinmann, R. M. (2015). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit: Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (3. Aufl.)(Psychologie des Bewusstseins A: Bd. 11). LIT.
- [328] Stoppe, G. (2014). Prävention psychischer Störungen im Alter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Hg.), *Prävention psychischer Störungen: Konzepte und Umsetzungen* (S. 107–119). Kohlhammer.
- [329] Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen: Grundlagenpapier* (Arbeitspapier 49). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [330] Haslam, C., Cruwys, T. & Haslam, S. A. (2014). «The we's have it»: evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*, 120, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.037>
- [331] Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y. & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Health Res*, 19(12), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>
- [332] Victor, C. R., Bowling, A., Victor, C. R. & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- [333] Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. & Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht. ZHAW; BAG. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/103453/>
- [334] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [335] Wettstein, A., Dyntaxa, D. & Kälin, M. (2014). Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(47), 877–880. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02118>
- [336] Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(7), 792–800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>

- [337] Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6* (S. 117–121): Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).
- [338] Lee, M. (2007). *Improving services and support for older people with mental health problems: the second report from the UK inquiry into mental health and well-being in later life*. Age Concern England. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/improving-services-and-support-for-older-people-with-mental-health-problems.pdf>
- [339] Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: older adults 55+*. <https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55+/d27d7310-ba6c-4fe8-91d1-1d9e60c9ce72>
- [340] Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M. & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeing*. NHS Health Scotland.
- [341] Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people: Consensus paper*. European Communities. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- [342] ProMenPol (2009). *A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences*. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>
- [343] Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C. & Lang, G. (Hg.) (2010). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=567>
- [344] Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res*, 19(3), 351–361. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9601-0>
- [345] Ribeiro, O. & Santos, Â. R. (2015). Psychological Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *Educ Gerontol*, 41(1), 69–78. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.924272>
- [346] McAuley, E., Mihalko, S. L. & Rosengren, K. (1997). Self-Efficacy and Balance Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *J Aging Phys Act*, 5(4), 329–340. <https://doi.org/10.1123/japa.5.4.329>
- [347] Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [348] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [349] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Soziale Teilhabe. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 159–168). Kohlhammer.
- [350] Jacobshagen, N. (2020). *Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zu Interventionsmöglichkeiten für die Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [351] Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*, 25(1), 41–67.
- [352] Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- [353] Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2020-06_-_Soziale_Ressourcen.pdf
- [354] Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Obsan.

- [355] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe: Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [356] Kruse, A., Pantel, J. & Schmitt, E. (2021). Isolation. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 524–540). Kohlhammer.
- [357] Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter: Begriffsklärung und Leitlinien*. Age-Stiftung; Beisheim-Stiftung; MBF Foundation; Migros-Kulturprozent; Paul-Schiller-Stiftung; Walder-Stiftung. https://www.walder-stiftung.ch/wp-content/uploads/2020/06/wegweiser_gute_betreuung_im_alter_dt_200513.pdf
- [358] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [359] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [360] Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [361] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(5), 505–514. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4>
- [362] World Health Organization (WHO) (2014). *Social determinants of mental health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>
- [363] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *J Adolesc Health*, 53(1 Suppl.), S21–S26. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.010>
- [364] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., Hasin, D. S. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*, 99(12), 2275–2281. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.153510>
- [365] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- [366] PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé*. Résumé et recommandations (PREOS rapport du groupe santé). https://www.promotionsantevalais.ch/data/documents/PREMIS/Ressources_DOCS/Rsum_cahier_PREOS_sant.pdf
- [367] Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *J Affect Disord*, 150(2), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.011>
- [368] Martin-Diener, E., Meyer, J., Braun, J., Tarnutzer, S., Fäh, D., Rohrmann, S. & Martin, B. W. (2014). The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Prev Med*, 65, 148–152. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.023>
- [369] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science.
- [370] Hamrick, I., Norton, D., Birstler, J., Chen, G., Cruz, L. & Hanrahan, L. (2020). Association between dehydration and falls. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 4(3), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2020.01.003>
- [371] Chen, C. M. & Yoon, Y.-H. (2017). Usual Alcohol Consumption and Risks for Nonfatal Fall Injuries in the United States: Results From the 2004–2013 National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*, 52(9), 1120–1132. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293101>

- [372] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.)(PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [373] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [374] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheits-strategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf>
- [375] Weber, D. & Kessler, C. (2021). *Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [376] Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D. & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the Effects of Group and Home-based Physical Activity on Mental Health in the Elderly. *Int J Prev Med*, 4(11), 1282–1289.
- [377] Müller, B. (2014). *Lebenswelt erkennen*. Berner Fachhochschule, Institut Alter.
- [378] Kalbermatten, U. & Valach, L. (2020). *Psychologische Handlungstheorie in angewandter Forschung und Praxis: Gerontologie, Gesundheitspsychologie, Berufsberatung und Suizidprävention*. (Research). Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28927-0>
- [379] Kalbermatten, U. (1998). *Alter: Perspektiven einer aktiven Lebensgestaltung* (Theoretisches Modell der Lebensbereiche Heft 2). Pro Senectute Schweiz; Schweizerisches Rotes Kreuz.
- [380] Freedman, V. A., Spillman, B. C., Andreski, P. M., Cornman, J. C., Crimmins, E. M., Kramarow, E., Lubitz, J., Martin, L. G., Merkin, S. S., Schoeni, R. F., Seeman, T. E. & Waidmann, T. A. (2013). Trends in late-life activity limitations in the United States: an update from five national surveys. *Demography*, 50(2), 661–671. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0167-z>
- [381] Crimmins, E. M. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(1), 75–86. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq088>
- [382] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013). *The global burden of disease: generating evidence, guiding policy*. European Union and European free trade association regional edition.
- [383] Bühler, G., Hermann, M., Lambertus, M. & Würigler, E. (2019). *Altersbilder der Gegenwart: Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft*. Berner Generationenhaus. https://www.begh.ch/sites/default/files/2021-02/Studie_Altersbilder2019_sotomo-Begh.pdf
- [384] Auer, K., Karl, F. & Rosenmayr, L. (Hg.) (2007). *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* VS Verl. für Sozialwiss. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90472-6>
- [385] Ries, M.-L. & Arioli, K. (Hg.) (2015). *Die neuen alten Frauen: Das Alter gestalten – Erfahrungen teilen – sichtbar werden*. Limmat.
- [386] Samochowiec, J., Thalmann, L. & Müller, A. (2018). *Die neuen Freiwilligen: Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation*. GDI.
- [387] Samochowiec, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). *Digital Ageing: Unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. GDI.
- [388] Hungerbühler, H. (2013). Occorre una politica per la terza età attenta alla diversità: La situazione degli immigrati anziani. *Terra Cognita*, 23, 106–109.
- [389] Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- [390] Steiger, B. (2020). *Wie kann man die «Lebensqualität im Alter» erforschen?* Seniorweb. <https://seniorweb.ch/2020/11/03/wie-kann-man-die-lebensqualitaet-im-alter-erforschen/>
- [391] Bünning, M., Ehrlich, U., Behaghel, F. & Huxhold, O. (2021). *Enkelbetreuung während der Corona-Pandemie* (DZA aktuell). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-75928-5>
- [392] Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2021). *Großeltern leisten auch in der Pandemie einen beachtlichen Beitrag zur Kinderbetreuung* [Pressemitteilung]. <https://www.dza.de/themen/die-corona-pandemie-und-aeltere-menschen/detailansicht/grosseltern-leisten-auch-in-der-pandemie-einen-beachtlichen-beitrag-zur-kinderbetreuung>

- [393] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [394] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [395] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhas-karan, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., . . . Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [396] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [397] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTIQ People*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [398] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [399] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensveränderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie; ZHAW. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-22546>
- [400] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Acceptance in a Cohort of Diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [401] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. BAG. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [402] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [403] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [404] Kortmann, L., Hagen, C., Endter, C., Riesch, J. & Tesch-Römer, C. (2021). *Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen* (DZA aktuell 05/2021). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72025-4>
- [405] Seifert, A. & Cotten, S. R. (2020). In care and digitally savvy? Modern ICT use in long-term care institutions. *Educ Gerontol*, 46(8), 473–485. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1776911>
- [406] Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- [407] Karn, S. & Schellenberger, S. (2020). *Lockdown Auswirkungen auf ältere Menschen: Freizeitverhalten der Bevölkerung 65+ in Bezug auf Frei- und Grünräume während der Coronakrise*. Projektbericht der HSR Hochschule für Technik Rapperswil. ILF. <https://de.readkong.com/page/lockdown-auswirkungen-auf-aeltere-menschen-3388759>

- [408] M.I.S. TREND (2020). *Umfrage zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten während der Zeit der Massnahmen des Bundesrates zur Eindämmung der Verbreitung des Covid-19 (13. März bis 26. April 2020)*. Management Summary. IRES.
<https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-management-summary.pdf>
- [409] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 15+)*.
<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/bewegungsverhalten-alter-15>
- [410] Brombach, C., Sych, J., Grütter, S., Ziesemer, K., Ogorsolka, M. & Baumer, B. (2015). *Wirkungsvolle Ernährungsinterventionen für ältere Menschen*. Unveröffentlichter Bericht.
- [411] Buri, B. (2015). *Ernährung im Alter: Aktueller Stand des Wissens und Vorschlag für die Zielgruppendefinition im Rahmen des Via-Projekts «Ernährung im Alter»*. Unveröffentlichter Bericht.
- [412] Kessler, C. & Guggenbühl, L. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung: Ausgewählte Forschungsergebnisse 2020 für die Schweiz* (Arbeitspapier 52). GFCH; BAG. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [413] Bühler, G., Craviolini, J., Krähenbühl, D., Hermann, M., Müller, E. & Wenger, V. (2020). *Generationenbarometer 2020: Was Jung und Alt bewegt*. Berner Generationenhaus.
https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2020/12/Generationen-Barometer2020_Web.pdf
- [414] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Erster Teilbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-teilbericht-1.pdf>
- [415] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH.
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/projekte/Orientierungsliste_GFCH-2019-08_-_Interventionen_und_Massnahmen_fuer_die_KAP.pdf
- [416] United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft* (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern 4). http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf
- [417] World Health Organization (WHO) (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343206>
- [418] Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) (2017). *Definition, Formen und Folgen häuslicher Gewalt*. Informationsblatt.
https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/a1.pdf.download.pdf
- [419] Kirwan, R., McCullough, D., Butler, T., Perez de Heredia, F., Davies, I. G. & Stewart, C. (2020). Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience*, 42(6), 1547–1578. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00272-3>
- [420] Martinez-Ferran, M., de la Guía-Galipienso, F., Sanchis-Gomar, F. & Pareja-Galeano, H. (2020). Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 12(6), 1549. <https://doi.org/10.3390/nu12061549>
- [421] Age UK (Hg.) (2021). *Impact of Covid-19 on older people's mental and physical health: one year on*. <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/coronavirus/id204712-age-uk-coronavirus-impact-report---one-year-on.pdf>
- [422] Fassbind, J. & Weber, D. (2020). *Gesundheitsförderung im Alter im Kontext von Covid-19: Situation und Erfahrungen, Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis*. GFCH.
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [423] Fisayo, T. & Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgrad Med J*, 97(1147), 332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- [424] Kessler, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung: Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven, Stand 2021* (Arbeitspapier 56). GFCH.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch