



**HAL**  
open science

# Mise en place d'une évaluation externe globale quantitative et qualitative du dispositif Prév'enBus Séniors par Actions Collectives : analyse des résultats sur 3 mois d'activité

Marion Vaysse

## ► To cite this version:

Marion Vaysse. Mise en place d'une évaluation externe globale quantitative et qualitative du dispositif Prév'enBus Séniors par Actions Collectives : analyse des résultats sur 3 mois d'activité. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02042835

**HAL Id: dumas-02042835**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042835>**

Submitted on 20 Feb 2019

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

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

Université de Bordeaux  
U.F.R des Sciences Médicales

Année 2018

Thèse n°103

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par  
**Marion VAYSSE**  
Née le 6 Juillet 1989 à Talence

Le 7 Septembre 2018

**Mise en place d'une évaluation externe globale quantitative et  
qualitative du dispositif Prév'enBus Séniors par Actions Collectives**

*Analyse des résultats sur 3 mois d'activité*

**Thèse dirigée par**

Madame le Docteur Géraldine VANDERSNICKT

**Jury**

Monsieur le Professeur Bernard GAY Président du Jury

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL Rapporteur

Monsieur le Professeur François PETREGNE Juge

Madame le Docteur Arabelle BORAUD-DUFOUR Juge

# REMERCIEMENTS

## **Monsieur le Professeur Bernard GAY**

Je vous remercie, Monsieur le Professeur GAY, de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

## **Madame le Docteur Géraldine VANDERSNICKT**

Je te remercie infiniment Géraldine, d'avoir accepté de me confier ce travail et de diriger ma thèse. Merci pour ta disponibilité, tes conseils précieux et ton soutien tout au long de la rédaction. Ce fut très agréable d'échanger avec toi. Je t'adresse ma sincère gratitude.

## **Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL**

Je vous remercie, Monsieur le Docteur MONTARIOL, d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

## **Monsieur le Professeur François PETREGNE**

Je vous remercie, Monsieur le Professeur François PETREGNE, d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

## **Madame le Docteur Arabelle BORAUD-DUFOUR**

Je te remercie Arabelle, d'avoir accepté de juger ce travail. J'ai eu le plaisir de travailler à tes côtés lors de mon dernier et très enrichissant semestre au Bouscat. Je t'adresse ma profonde reconnaissance.

## **Remerciements à l'équipe Prév'enBus**

Merci à toute l'équipe : Mathilde, Dany, Sabrina, Laurent et bien d'autres, pour votre investissement sans lequel ce travail n'aurait pas été possible et pour la participation à ce beau projet.

## **Remerciement à l'ASEPT 33 et à Monsieur Julien DUVIGNAC**

Merci pour votre gentillesse et pour vous être rendu disponible afin de me permettre d'enrichir et compléter mon travail de thèse.

## **A mes proches**

A mon petit Alexandre adoré, tu es arrivé en plein milieu de ce travail pour notre plus grand bonheur. Même si tu ne m'as pas facilité la tâche, tu illumines chacune de mes journées avec tes éclats de rire.

A Vincent, merci de m'accompagner, de me supporter depuis ces quelques merveilleuses années à tes côtés. Merci de ton soutien et de ta patience (ou pas...) pendant tout ce travail. Je t'aime.

A mes parents, sans qui tout cela aurait été impossible. Merci pour votre soutien durant toutes ces longues années de médecine, pour votre investissement sans borne, pour veiller sur mon Minichoo et pour votre aide au quotidien. Je vous aime.

A Romain, pêcheur/aventurier à l'autre bout de la planète, toi qui nous régales... quand tu es là ! On t'attend ! Y'a des poissons ici aussi !

A mes grands-parents, qui prennent toujours soin de moi, même aujourd'hui.

A mes amis, Elise, Julia, Elodie et Laurent, Aurélie, Pauline et Amélie, Nicolas, Alexandre, Charlotte et Clémence, merci d'être là et de partager tous ces bons moments.

A Audrey, merci de me faire confiance, de me confier tes patients et de me permettre de travailler avec toi.

A mes co-internes, Philippe (dans le Far-Far-West médocain...), Anna, Barbara, Juliette, Cécile, Didier et Julie d'avoir été des compagnons dans les bons moments comme dans les plus difficiles et d'avoir égayé cet internat.

A Jean pour son aide précieuse et professionnelle sur mes stats'.

Aux médecins qui ont marqué mon parcours et qui m'ont tant apporté, les Docteurs Philippe CAZENAVE, Emilia MARSAC et Emmanuel ROUSSO de Libourne, les pédiatres du 5<sup>ème</sup> B, le Docteur Caroline GENET, les Docteurs Christophe MAGDELEINE et Jean-Marie LARRIEU pour leur vision de la médecine générale et tout ce que j'ai appris à leurs côtés et enfin les Docteurs Dominique ROUX et Sophie PESQUE du Bouscat.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS .....	8
INDEX DES FIGURES .....	10
INDEX DES TABLEAUX .....	11
INDEX DES PHOTOS.....	12
I. INTRODUCTION.....	13
II. CONTEXTE .....	14
A. <i>Prévention en milieu rural : état des lieux des dispositifs en Gironde</i> .....	14
1. Définitions de la prévention et promotion de la santé .....	14
2. Besoins du milieu rural.....	15
3. Etats des lieux sur les dispositifs de prévention dans le Grand Libournais.....	17
4. Autres dispositifs en Gironde.....	18
B. <i>Le dispositif PSAC</i> .....	19
1. L'association Prév'enBus .....	19
2. Les objectifs du projet .....	19
3. L'outil original : le bus Vital'enBus .....	20
4. Le territoire : le Grand Libournais .....	22
5. La population ciblée .....	24
6. Les équipes professionnelles .....	25
7. Le déroulé des actions et les ateliers .....	25
C. <i>Evaluations en prévention</i> .....	27
1. Définitions de l'évaluation.....	27
2. Pourquoi évaluer ?.....	28
3. Les difficultés de l'évaluation en promotion de la santé .....	28
4. Evaluation de processus .....	29
5. Evaluation des résultats .....	30
III. MATERIEL ET METHODES .....	31

<b>A.</b>	<b><i>Question de recherche et objectifs de l'étude</i></b> .....	<b>31</b>
<b>B.</b>	<b><i>Territoire de l'étude</i></b> .....	<b>31</b>
<b>C.</b>	<b><i>Type de l'étude : plusieurs études pour une évaluation globale</i></b> .....	<b>31</b>
<b>1.</b>	<b>Etude descriptive</b> .....	<b>31</b>
<b>2.</b>	<b>Etude quantitative par questionnaire de connaissance</b> .....	<b>31</b>
<b>3.</b>	<b>Enquête de satisfaction par questionnaire avec variables quantitatives et qualitatives</b> .....	<b>32</b>
<b>D.</b>	<b><i>Temporalité et population de l'étude</i></b> .....	<b>32</b>
<b>E.</b>	<b><i>Conception des questionnaires</i></b> .....	<b>32</b>
<b>1.</b>	<b>Questionnaire profil des usagers</b> .....	<b>32</b>
<b>2.</b>	<b>Questionnaires spécifiques des ateliers (questionnaires de connaissance)</b> .....	<b>33</b>
<b>3.</b>	<b>Questionnaire de satisfaction sur le dispositif</b> .....	<b>34</b>
<b>F.</b>	<b><i>Recueil des données</i></b> .....	<b>34</b>
<b>1.</b>	<b>Déroulé d'un atelier</b> .....	<b>34</b>
<b>2.</b>	<b>Relevé des données des questionnaires</b> .....	<b>35</b>
<b>G.</b>	<b><i>Techniques d'analyse des données</i></b> .....	<b>35</b>
<b>1.</b>	<b>Questionnaire profil des usagers</b> .....	<b>35</b>
<b>2.</b>	<b>Questionnaires de connaissance</b> .....	<b>36</b>
<b>3.</b>	<b>Evaluation du dispositif par les usagers</b> .....	<b>36</b>
<b>H.</b>	<b><i>Procédures réglementaires et éthiques</i></b> .....	<b>36</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>38</b>
<b>A.</b>	<b><i>Etude descriptive du profil des usagers</i></b> .....	<b>38</b>
<b>1.</b>	<b>Commune de résidence</b> .....	<b>39</b>
<b>2.</b>	<b>Genre</b> .....	<b>39</b>
<b>3.</b>	<b>Age</b> .....	<b>40</b>
<b>4.</b>	<b>Statut marital</b> .....	<b>41</b>
<b>5.</b>	<b>Catégorie socioprofessionnelle</b> .....	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b>Entourage</b> .....	<b>42</b>
<b>7.</b>	<b>Loisirs</b> .....	<b>44</b>
<b>8.</b>	<b>Autonomie</b> .....	<b>44</b>
<b>9.</b>	<b>Santé</b> .....	<b>45</b>

10. Transports.....	45
<b>B. Participation et inclusion au questionnaire connaissance et satisfaction .....</b>	<b>45</b>
<b>C. Evaluation des connaissances des ateliers.....</b>	<b>46</b>
<b>D. Evaluation du dispositif par les usagers .....</b>	<b>47</b>
<b>1. Mode de recrutement des usagers .....</b>	<b>47</b>
<b>2. Satisfaction des usagers .....</b>	<b>48</b>
<i>a. Satisfaction générale.....</i>	<i>49</i>
<i>b. Satisfaction atelier par atelier.....</i>	<i>49</i>
<i>c. Ce que les usagers ont apprécié.....</i>	<i>52</i>
<i>d. Ce qu'il faut améliorer.....</i>	<i>52</i>
<i>e. Recommandation de l'atelier à un proche.....</i>	<i>53</i>
<i>f. Terme décrivant l'atelier par les participants .....</i>	<i>53</i>
<b>V. DISCUSSION.....</b>	<b>56</b>
<b>A. Analyse critique des résultats .....</b>	<b>56</b>
<b>1. Profil des usagers .....</b>	<b>56</b>
<i>a. Commune de résidence .....</i>	<i>56</i>
<i>b. Genre.....</i>	<i>56</i>
<i>c. Age .....</i>	<i>57</i>
<i>d. Socio-professionnel .....</i>	<i>57</i>
<i>e. Autonomie.....</i>	<i>59</i>
<b>2. Questionnaires de connaissances et de satisfaction .....</b>	<b>59</b>
<i>a. Acquisition des connaissances .....</i>	<i>60</i>
<i>b. Evaluations du dispositif par les usagers .....</i>	<i>65</i>
<b>B. Forces et faiblesses de l'étude et du dispositif.....</b>	<b>69</b>
<b>1. Forces .....</b>	<b>69</b>
<i>a. Du dispositif.....</i>	<i>69</i>
<i>b. De l'étude .....</i>	<i>72</i>
<b>2. Faiblesses et limites .....</b>	<b>73</b>
<i>a. Du dispositif.....</i>	<i>73</i>
<i>b. De l'étude .....</i>	<i>74</i>
<b>C. Perspectives .....</b>	<b>77</b>

1.	Amélioration du dispositif .....	77
2.	Evolution du dispositif en 2018.....	78
3.	Projets .....	78
4.	Pistes de recherche .....	79
VI.	CONCLUSION.....	80
VII.	BIBLIOGRAPHIE .....	82
VIII.	ANNEXES.....	87
	<i>Annexe 1 : Questionnaire profil usagers.....</i>	<i>87</i>
	<i>Annexe 2 : Questionnaire de connaissance « La mémoire en mouvement », correction et questionnaire de satisfaction.....</i>	<i>88</i>
	<i>Annexe 3 : Questionnaire de connaissance « Dompter son téléphone » et correction....</i>	<i>90</i>
	<i>Annexe 4 : Questionnaire de connaissance « Tabac » et correction.....</i>	<i>91</i>
	<i>Annexe 5 : Questionnaire de connaissance « Sophrologie » et correction.....</i>	<i>93</i>
	<i>Annexe 6 : Questionnaire de connaissance « Les médicaments du sommeil et de l’angoisse » et correction.....</i>	<i>94</i>
	<i>Annexe 7 : Questionnaire de connaissance « Prendre soin de soi avec un petit budget » et correction.....</i>	<i>95</i>
	<i>Annexe 8 : Mot d’accueil.....</i>	<i>96</i>
	<i>Annexe 9 : Flyer Prév’enBus .....</i>	<i>96</i>
	<i>Annexe 10 : Photos des ateliers (cuisine, estime de soi, sophrologie) .....</i>	<i>97</i>
	SERMENT D’HIPPOCRATE.....	99
	RESUME.....	100
	SUMMARY.....	101

# LISTE DES ABREVIATIONS

**AAH** : Allocation Adultes Handicapés

**AGIRC** : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

**ALD** : Affection Longue Durée

**APL** : Aide Personnalisée au Logement

**ARRCO** : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale En Equipe

**ASEPT** : Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires

**ASPA** : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CIRC** : Centre International de Recherche sur le Cancer

**CLDSSTI** : Caisse Locale Déléguée pour la Sécurité Sociale des Indépendants

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**CPP** : Comité de Protection des Personnes

**CREDOC** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

**DAS** : Débit d'Absorption Spécifique

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PRIP** : Programme Régional Inter-régimes de Prévention

**PSAC** : Prév'enBus Séniors par Actions Collectives

**RSI** : Régime Social des Indépendants

# INDEX DES FIGURES

**Figure 1** : Carte du Grand Libournais avec les communes-étapes du Vital'enBus

**Figure 2** : Diagramme de flux pour les questionnaires profil

**Figure 3** : Répartition des usagers selon le genre

**Figure 4** : Répartition des usagers en fonction de l'âge et des villes

**Figure 5** : Répartition des usagers en fonction de leur statut marital

**Figure 6** : Répartition des usagers en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

**Figure 7** : Répartition des usagers en fonction de la proximité de leur entourage familial

**Figure 8** : Nature des contacts avec l'entourage familial de l'utilisateur

**Figure 9** : Fréquence des visites des usagers par leur entourage (amis, voisins et familles)

**Figure 10** : Nature des loisirs des usagers

**Figure 11** : Répartition des aides diverses des usagers

**Figure 12** : Diagramme de flux pour les questionnaires connaissance/satisfaction

**Figure 13** : Satisfaction générale des usagers en fonction des critères d'évaluation

**Figure 14** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Mémoire en mouvement »

**Figure 15** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Dompter son téléphone »

**Figure 16** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Prendre soin de soi avec un petit budget »

**Figure 17** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Sophrologie »

**Figure 18** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Tabac »

**Figure 19** : Satisfaction des usagers de l'atelier « Médicaments du sommeil et de l'anxiété »

**Figure 20** : Répartition des réponses à la question « Recommanderiez-vous cet atelier à un proche ? »

**Figure 21** : Répartition des qualificatifs en fonction du thème

**Figure 22** : Résultats généraux des questionnaires de connaissance

**Figure 23** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Sophrologie »

**Figure 24** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac »

**Figure 25** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac 1 »

**Figure 26** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac 2 »

**Figure 27** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « La mémoire en mouvement »

**Figure 28** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Prendre soin de soi avec un petit budget »

**Figure 29** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Dompter son téléphone »

**Figure 30** : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Les médicaments du sommeil et de l'angoisse »

## **INDEX DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention

**Tableau 2** : Programme initial des actions PSAC 2017

**Tableau 3** : Répartition des usagers en fonction des communes

**Tableau 4** : Répartition de la distance lieu de l'atelier – commune de résidence des usagers

**Tableau 5** : Participation par atelier

**Tableau 6** : Résultats des questionnaires de connaissance en fonction de l'atelier

**Tableau 7** : Répartition du mode de recrutement en fonction des communes, effectif (pourcentage)

**Tableau 8** : Verbatim des qualificatifs des ateliers

# INDEX DES PHOTOS

**Photo 1** : Le Vital'enBus

**Photo 2** : La cuisine « Showroom » donnant sur la salle de réunion

**Photo 3** : Seconde salle de réunion 6 places au fond du bus

**Photo 4** : Atelier cuisine

# I. INTRODUCTION

La prévention en santé chez les séniors est un sujet d'actualité. En effet, l'évolution démographique française entraîne un vieillissement de la population dont l'espérance de vie ne cesse de croître avec 79,5 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes en 2017 et une population de plus de 55 ans grandissante (1). La question du « Bien vieillir » est alors devenue un véritable enjeu de santé publique.

La prévention de la perte d'autonomie était déjà une préoccupation en 2007 puisqu'elle faisait l'objet du plan national « Bien vieillir » (2). De nombreuses actions ont ainsi vu le jour pour agir en faveur d'un vieillissement en bonne santé. Celui-ci passe par des comportements préservant la santé physique et mentale, sociale et environnementale. En améliorant l'autonomie des séniors, l'âge d'institutionnalisation recule et le nombre d'hospitalisations diminue.

De plus, dans un contexte où les milieux ruraux souffrent d'une désertification médicale, un dispositif de prévention allant à la rencontre de cette population semble être une ressource intéressante afin de réduire les inégalités territoriales.

C'est en réponse à un appel à projet de la Conférence des Financeurs, relayé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Général de la Gironde, que le dispositif Prév'enBus Séniors par Actions Collectives (PSAC) a vu le jour. L'objectif étant de favoriser le maintien à domicile et l'autonomie des séniors en ruralité. Il s'agit d'une action mettant à disposition un bus aménagé pour proposer des ateliers de prévention pour les plus de 55 ans sur le territoire du Grand Libournais.

Nous avons choisi de décrire le dispositif puis de réaliser une analyse quantitative de la population accueillie. Notre objectif principal était de caractériser le profil des usagers du dispositif PSAC. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'acquisition des connaissances des usagers au cours des ateliers proposés ainsi que leur satisfaction.

Nous avons donc réalisé notre enquête, à l'aide d'auto-questionnaires, sur une période de 3 mois, du 18 septembre au 14 décembre 2017, soit sur 3 sessions d'ateliers, auprès des usagers qui participaient aux activités.

## II. CONTEXTE

### A. Prévention en milieu rural : état des lieux des dispositifs en Gironde

#### 1. Définitions de la prévention et promotion de la santé

La prévention, d'après la Base de Données en Santé Publique, est définie par les « actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé » (3).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, aborde le concept de prévention en fonction du stade de la maladie :

- La *prévention primaire* est l'ensemble des actions visant à diminuer l'apparition d'une maladie dans une population.
- La *prévention secondaire* vise à diminuer la prévalence d'une maladie en agissant à un stade précoce.
- La *prévention tertiaire* a pour but de limiter les complications et séquelles liées à une maladie une fois que celle-ci est installée (4).

Le dispositif PSAC est chargé d'accueillir une population sans pathologie particulière, il entre dans le cadre de la prévention primaire.

Enfin, le modèle de Gordon établit une classification selon la population concernée :

- La *prévention universelle*, qui concerne la population dans son ensemble.
- La *prévention sélective* vise un sous-groupe de la population.
- La *prévention ciblée* se concentre non seulement sur un sous-groupe mais plus particulièrement à un sous-groupe exposé à un risque en particulier (4).

La population visée par le dispositif PSAC est âgée de plus de 55 ans, il s'agit de prévention sélective.

Ces différentes définitions de la prévention nous mènent à la notion de promotion de la santé, dont la définition est donnée dans la Charte d'Ottawa : « c'est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (5).

## **2. Besoins du milieu rural**

En France, actuellement, le milieu rural souffre d'une désertification générale. En effet, de nombreux services sont en déficit dont le domaine de la santé. Ce phénomène conduit à l'isolement non seulement du milieu rural mais aussi des professionnels de santé qui y travaillent. D'après L. Barthélémy et A.-C. Marchand, un programme de promotion de la santé doit répondre à cinq axes dont trois plus particulièrement en milieu rural :

- L'appui sur les services et soutiens de proximité : les solidarités de voisinage et familiales sont un point fort du milieu rural. La population mixte entre ceux qui arrivent de la ville et ceux nés à la campagne va modifier les attentes de la population, ainsi la proximité mais encore plus la qualité des services sont à prendre en compte lors d'un programme de promotion de la santé.
- Le travail en réseau : le milieu rural est touché par une certaine désertification quant à la population médicale. Cette diminution de densité en professionnels de santé a pour effet de les isoler encore plus. Le travail en réseau est donc essentiel pour lutter contre cet isolement.
- Une politique de ruralité avec des investissements : le soutien politique et un aménagement du territoire est essentiel pour pallier aux difficultés auxquelles les zones rurales font face actuellement. Une réadaptation des services nécessite un engagement politique et plus particulièrement dans le domaine de la santé (6).

Les zones rurales comme le Grand Libournais présentent évidemment des points faibles tels qu'un isolement des professionnels de santé, une mobilité limitée des habitants ou des sujets de prévention qui souffrent d'a priori (tel que la consommation d'alcool), mais également de nombreux points d'appui dans chacun des axes d'un programme de promotion de la santé. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 1.

Axes d'intervention	Facteurs limitants	Points d'appui pour l'action
<b>Aptitudes individuelles de la population</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentations, culture</li> <li>• Valorisation et mise en confiance</li> <li>• Participation et solidarité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids des traditions, des histoires familiales et des non-dits</li> <li>• Mobilité faible</li> <li>• Thèmes de santé tabous : dépendances, sexualité, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des brassages culturels ruraux/urbains</li> <li>• Un attachement au territoire avec sentiment d'appartenance</li> <li>• Des portes d'entrée sociale et citoyenne</li> </ul>
<b>Dynamique communautaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseaux d'échanges et de savoirs</li> <li>• Soutien et lien social</li> <li>• Initiatives communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensation de contrôle par maillage trop serré des professionnels</li> <li>• Sensation d'étouffement ou d'isolement des habitants</li> <li>• Éloignement par rapport aux autres initiatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des habitants, relais socioculturels</li> <li>• Des solidarités de proximité (famille, voisinage) et solidarités intergénérationnelles</li> <li>• Des réseaux d'échanges et de savoirs</li> <li>• Des initiatives communautaires</li> </ul>
<b>Environnements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche socio-écologique</li> <li>• Nouveaux territoires de vie</li> <li>• Notion de temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exode rural, raréfaction des ressources, distances géographiques</li> <li>• Espaces de convivialité limités</li> <li>• Limitation des moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un habitat plus proche des milieux naturels.</li> <li>• Des modes de vie plus " sains " : alimentation, activité physique, etc.</li> <li>• Des espaces géographiques homogènes</li> </ul>
<b>Offre de biens et services en santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels</li> <li>• Démographie, réseaux</li> <li>• Pluri-institutionnalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Petit nombre et isolement des professionnels</li> <li>• Services peu diversifiés</li> <li>• Désertification des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des réseaux professionnels avec intrication des rôles socio-sanitaires des professionnels : polyvalence et engagement</li> <li>• Des structures de proximité à composante socio-culturelle (éducation populaire, foyers de jeunesse, etc.)</li> <li>• Des nouvelles missions pour les professionnels (santé/social) de proximité</li> </ul>
<b>Politiques et stratégies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures législatives et réglementaires</li> <li>• Planification - Organisation</li> <li>• Mutualisation des moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques sectorielles, juxtaposées</li> <li>• Préoccupations sociales au premier plan</li> <li>• Isolement des décideurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une sensibilisation des décideurs et des élus pour mettre en œuvre de nouvelles réponses locales de santé</li> <li>• La politique nationale : loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique</li> <li>• Des nouvelles logiques de développement plus durable</li> </ul>

**Tableau 1 : Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention (7)**

### **3. Etats des lieux sur les dispositifs de prévention dans le Grand Libournais**

En matière de promotion de la santé, plusieurs actions ont déjà été menées à ce jour dans le Grand Libournais, que ce soit auprès des séniors ou en milieu rural.

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) de la Gironde, dans le cadre de son parcours prévention « Les Instants Santé », organise pour ses adhérents qui ont entre 25 et 74 ans un bilan de santé gratuit tous les 10 ans (8).

L'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires (ASEPT) Gironde est une association à but non lucratif qui agit pour la prévention en santé des séniors. Elle agit dans le cadre du Programme Régional Inter-régimes de Prévention (PRIP). A ce titre, elle propose des ateliers divers dans de nombreuses villes de Gironde (Bordeaux, Sud Gironde, Blayais, Libournais,...). Les thèmes abordés sont variés en proposant des conférences-débats, des réunions de sensibilisation, des « ateliers du bien vieillir », des ateliers sur le changement de comportement (mémoire, nutrition, activité physique, équilibre et bien-être). Ces ateliers, limités à une dizaine de personnes en général, sont gratuits et réservés aux personnes de plus de 55 ans (9) (10). L'ASEPT est également chargée de former les animateurs des ateliers qui sont parfois issus d'associations locales. Ces formations et ateliers sont financés par les caisses de retraite. En effet, il s'agit d'un projet soutenu par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), la MSA et la Caisse Locale Déléguée pour la Sécurité Sociale des Indépendants (CLDSSTI) anciennement Régime Social des Indépendants (RSI).

Depuis octobre 2016, le « Bus Numérique » a été inauguré. Il s'agit d'un bus aménagé qui sillonne la Gironde, mettant à disposition des postes informatiques et proposant des ateliers d'initiation aux nouvelles technologies comme l'utilisation d'internet par exemple. Le projet vise essentiellement les séniors et a pour but de réduire l'écart de compétences en informatique dans le contexte actuel où de plus en plus de démarches nécessitent un niveau de base. Ce projet est soutenu par la Conférence des financeurs (11).

Le dispositif Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA), s'adresse à toutes les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et à leurs aidants. Elle a pour objectifs le maintien de l'autonomie à domicile, la simplification du parcours de soins des personnes âgées et la coordination entre les différentes structures d'accueil, d'aides et de soins tels que les hôpitaux, les Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les équipes mobiles, le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), les médecins libéraux,...

#### **4. Autres dispositifs en Gironde**

A Blaye, depuis mi 2016, le « camion santé » de l'hôpital de Blaye parcourt les routes de la Haute Gironde (marchés locaux, collèges et lycées, festivals, forums,...). Sa mission est avant tout préventive et concerne les personnes de tout âge. Ainsi, 3800 personnes ont pu bénéficier de ce service d'information. Les thèmes abordés sont variés (addictologie, nutrition, santé environnementale,...) (12).

Le programme Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE), a pour objectif d'améliorer la qualité du service rendu au patient par le développement d'activités de santé en équipe, au sein des cabinets de médecine générale. Ce dispositif repose sur la coopération entre généralistes et infirmiers libéraux pour le suivi et l'éducation thérapeutique de patients diabétiques, le suivi des risques cardio-vasculaires, le dépistage des troubles cognitifs, de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ou de cancers.

L'Université du Temps Libre propose, pour toutes les personnes qui le désirent des formations et activités diverses sur Bordeaux, qui vont des cours aux voyages en passant par des conférences, des stages, des sorties,... Les thèmes abordés sont variés : langues, activités physique, visites de Bordeaux, cuisine, ateliers artistiques, travail sur la mémoire,... (13)

Depuis 2008, l'association Proxisanté propose une prise en charge complémentaire aux patients en matière d'éducation thérapeutique sur des maladies chroniques. A partir du dernier trimestre 2016 et en réponse au même appel à projet que le dispositif PSAC, une activité de prévention a vu le jour. Grâce à un partenariat avec une colocation du bus de Prév'enBus, le « ApiAdiBus » (Activité Physique Itinérante et Activité Diététique Itinérante) propose des actions de prévention en nutrition et activité adaptée en Entre-deux-Mers en 2017 puis en Sud Gironde en 2018. (14).

Les organismes de retraite Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC) et Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés (ARRCO) ont ouvert des centres de prévention un peu partout en France. Il existe plusieurs antennes en Nouvelle-Aquitaine : à Bordeaux, à Arcachon et plus récemment à Blaye. Ces centres s'adressent aux personnes relevant des régimes de retraite AGIRC et ARRCO. Ils proposent des bilans individuels médico-psycho-sociaux gratuits réalisés par des équipes pluridisciplinaires, des ateliers de prévention et des conférences sur thématiques variées (15).

Enfin, au sein de l'hôpital cardiologique de Haut-Lévêque à Pessac, le CHU de Bordeaux propose des ateliers d'éducation thérapeutique. En effet le Centre d'Exploration, de Prévention et de Traitement de l'Athérosclérose (CEPTA) met à disposition un programme d'éducation thérapeutique pour toutes les personnes souffrant d'une maladie des artères. Il s'agit d'un programme de prévention secondaire. Il consiste en un bilan

personnalisé dans le cadre d'un entretien individuel, de séances collectives, d'une écoute et d'un soutien individuel (16).

## ***B. Le dispositif PSAC***

### **1. L'association Prév'enBus**

L'association Prév'enBus est une association à but non lucratif loi 1901. Elle a pour objet la promotion de la santé, la prévention, la réduction des risques et des dommages, l'accompagnement et le soin des publics concernés par ses missions ainsi que la formation des professionnels dans les domaines de la santé au sens large et de la sécurité. Sa vocation est également de rendre accessible tout cela en zones à risque ou désertifiées par l'intermédiaire d'actions menées dans des structures mobiles, notamment dans des véhicules spécialement aménagés.

### **2. Les objectifs du projet**

Le projet PSAC est une action de prévention globale de santé en ruralité, afin de maintenir le « capital autonomie » des séniors de plus de 55 ans du Grand Libournais grâce à un outil original, un bus.

L'objectif principal est de rendre la prévention accessible au plus grand nombre de séniors en gommant les inégalités territoriales et en allant à leur rencontre.

Les objectifs secondaires sont :

- Participer à la promotion de la santé en présentant la santé avec empathie, avec positivité, sans contrainte ni obligation, en favorisant les changements de comportement tout en respectant les capacités et contraintes de l'utilisateur
- Proposer une approche pluridisciplinaire de la prévention chez des sujets non malades qui consultent peu sur des sites ruraux
- Créer une dynamique en employant les ressources locales afin de pérenniser l'action après le passage du bus
- Poursuivre l'action à distance via internet, téléphone ou courrier en fonction des ressources de l'utilisateur
- Dynamiser l'occupation des infrastructures existantes

### 3. L'outil original : le bus Vital'enBus

L'une des caractéristiques actuelles du milieu rural est l'isolement. En effet, avec la désertification, les personnes vivant à la campagne se retrouvent souvent éloignées de nombreux services et notamment en matière de santé. Afin de pallier à cet isolement, un programme de promotion de la santé itinérant qui se rapproche de cette population rurale semble pertinent. Le bus apparaît comme un outil adapté pour ce projet.

Le véhicule sillonne le territoire du Grand Libournais pour faire des arrêts dans différentes communes. Non seulement il est aménagé pour accueillir les ateliers du programme, mais les locaux des mairies sont également utilisés pour les ateliers dynamiques ou quand l'affluence le nécessite.

Le bus chauffé et climatisé propose un espace de 30m<sup>2</sup> aménagé de telle sorte :

- Une salle show-room pouvant accueillir 6 personnes, avec vue sur la cuisine équipée pour les démonstrations culinaires,
- Un box d'entretien individuel,
- Une salle de réunion pouvant accueillir des petits groupes de 6 personnes,
- Une salle d'attente 2 places,
- Une douche,
- Des toilettes avec lavabo.



Photo 1 : Le Vital'enBus



Photo 2 : La cuisine « Showroom » donnant sur la salle de réunion



Photo 3 : Seconde salle de réunion 6 places au fond du bus



Photo 4 : Atelier cuisine

#### **4. Le territoire : le Grand Libournais**

Le territoire couvert par le projet Prév'enBus est le Grand Libournais. Ce territoire compte 137 communes pour une superficie de 1282 km<sup>2</sup> et une population de 154773 habitants (INSEE 2013). Comme le dispositif concerne les séniors et que le Libournais a 25.6% de la population à plus de 60 ans, 39621 personnes seraient visées par le projet.

Cette zone est très rurale et ouvrière : elle compte 4% d'agriculteurs exploitants (contre 1% en Gironde) et 30% d'ouvriers (contre 21% en Gironde), ces deux populations étant moins réceptives aux actions de prévention en santé. Les personnes isolées sont également une population à risque de repli sur soi, elles représentent 30.3% de la population du Grand Libournais.

En matière de santé, comme beaucoup d'autres zones rurales, la densité de services médicaux y est plus faible, en dehors des infirmiers et sages-femmes, d'après l'INSEE en 2014 :

- Médecins généralistes : 92 dans le Libournais contre 115 en Gironde/100000 habitants,
- Médecins spécialistes : 65 contre 102 en Gironde/100000 habitants,
- Dentistes : 59 contre 71 en Gironde/100000 habitants,

- Kinésithérapeutes : 69 contre 123 en Gironde/100000 habitants,
- Infirmiers/sages-femmes : 194 contre 185 en Gironde/100000 habitants,
- Autres (psychologue, ostéopathe, orthophoniste...): 54 contre 80 en Gironde/100000 habitants (17).

Ces différentes raisons démographiques que ce territoire présente semblent justifier la mise en place d'un tel dispositif.

Le bus fera plusieurs étapes dans 14 communes du Grand Libournais :

- Izon
- Fronsac
- Les Eglisottes
- Pellegrue
- Saint Ciers d'Abzac
- Branne
- Cadillac en Fronsadais
- Castillon la Bataille
- Saint Quentin de Baron
- Guîtres
- Saint Emilion
- Lussac
- Pujols
- Pineuilh

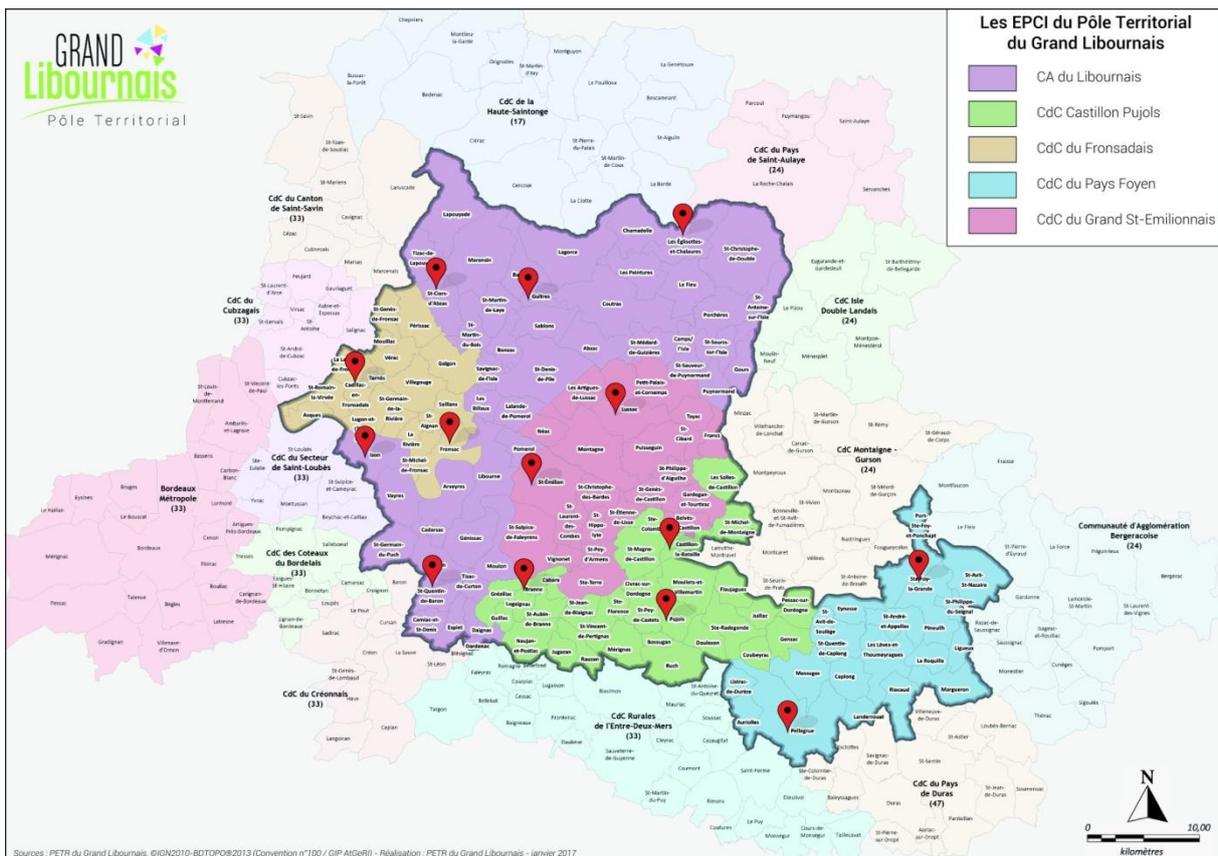


Figure 1 : Carte du Grand Libournais avec les communes-étapes du Vital'enBus (18)

Ces communes ont été choisies pour plusieurs raisons :

- Leur situation géographique sur le pays du Libournais afin de pouvoir couvrir équitablement les différentes zones du pôle, d'avoir un rayonnement plus vaste, et ainsi d'être présent dans toutes les communautés des communes.
- La démographie : les communes de plus de 6000 habitants ont été écartées car elles sont davantage pourvues de services médicaux et elles n'étaient pas concernées par le cahier des charges de l'appel à projet qui encourageait une action en ruralité.

Un maillage territorial réalisé sur le territoire touche un bassin de population d'environ 100 000 personnes à moins de 15 km du bus.

Le véhicule du dispositif a également participé à un évènement national : « La Semaine Bleue », consacrée aux retraités et personne âgées, dans la commune de Les Lèves et Thoumeyragues.

## **5. La population ciblée**

Le dispositif Prév'enBus concerne a priori toutes les personnes de plus de 60 ans. Compte tenu de l'âge d'impact des consignes du « Bien Vieillir », cela implique un recrutement le plus précoce possible. Pour que ce recrutement soit plus large et pour diminuer l'effet « dispositif pour les vieux », la limite a été en pratique abaissée à 55 ans. Les personnes participantes n'ont pas besoin de résider dans la commune où ont lieu les ateliers, elles peuvent en bénéficier quelque soit leur nationalité et leur statut social. Les ateliers sont gratuits.

Même si l'appel à projet visait les séniors sans problème de santé, il a semblé pertinent d'atteindre des sujets présentant un ou plusieurs facteurs de risque fragilisant l'autonomie, en abordant ces thèmes et problématiques : une addiction, l'isolement, le repli sur soi, la diminution des fonctions cognitives, la baisse d'estime de soi, un épisode dépressif, une obésité ou au contraire une dénutrition, l'asthénie, la raideur articulaire, la douleur, la désadaptation à l'effort physique, des lacunes en ce qui concerne le dépistage des cancers (col de l'utérus, sein, colorectal, mélanome), un handicap ou une maladie chronique, des chutes à répétition, un déficit sensoriel (visuel ou auditif) ou encore une incontinence.

Les ateliers et conférences proposés peuvent également concerner les aidants de personnes âgées en recherche de conseils et des bénévoles disposés à aider les séniors à changer leur comportement (accompagnateurs de groupe de marche par exemple).

## **6. Les équipes professionnelles**

Sur chaque site visité par le bus, trois professionnels sont présents. Ces équipes professionnelles pluridisciplinaires varient en fonction du programme d'intervention prévu sur chaque lieu et des dates.

Ainsi, l'équipe de professionnels sur place pourra être composée :

- De médecins pour les conférences : généralistes ou spécialistes (addictologues, cardiologues, dermatologues...),
- De professionnels de santé : psychologues et infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens,
- D'éducateurs thérapeutiques spécialisés : activité physique adaptée, nutrition, cuisine, addictologie, informatique,...
- De professionnels du bien-être ou de la gestion du stress : professionnels de l'estime de soi, sophrologues, socio-coiffeuse,...
- D'assistants sociaux.

Le projet prévoyait également d'employer des jeunes en service civique. Ils devaient être quatre recrutés en septembre 2017 afin de promouvoir localement les actions du bus avant son arrivée et de favoriser le lien intergénérationnel. Leur rôle aurait été d'informer le public, les commerçants, les professionnels de santé ou encore les associations locales. Ils auraient été chargés d'animer la page Facebook Prév'enBus ainsi que le site internet dédié à l'association. Leur recrutement n'a pas été possible compte-tenu de l'éloignement géographique des sites desservis et de la difficulté à mobiliser ses jeunes en ruralité.

Les équipes sont également en charge d'informer le public à l'aide de plusieurs moyens : appel téléphonique, mail, distribution de documents explicatifs de prévention ou promotion de la santé.

## **7. Le déroulé des actions et les ateliers**

Le bus se déplace de commune en commune à raison de deux jours par semaine, 47 semaines par an. Il n'y a pas d'action de mi-juillet à fin août. Initialement, pour les 10 plus grosses communes, il était stationné de 10h à 17h30. Pour les 4 plus petites communes (Pujols, Branne, Fonsac et Cadillac en Fonsadais), il ne restait que pour des demi-journées de 10h à 13h ou de 14h à 17h30.

Après le premier trimestre 2017, le mode de fonctionnement a été affiné. Ainsi deux communes au lieu d'une sont couvertes en une journée : présence sur la première de 9h30 à 12h30 et sur la seconde de 14h à 17h, avec seulement 2 ateliers différents à chaque passage et espacement des conférences.

Trois types d'interventions se déroulent sur chaque lieu :

- Des entretiens collectifs restreints sur des thèmes sensibles ou des ateliers de petits groupes,
- « les petites conférences locales » sur des sujets de prévention, promotion de la santé et réduction des risques,
- Des ateliers de mise en pratique des conseils et mesures de prévention.

Ces ateliers, animations et conférences sont déclinés sur 8 à 9 passages du bus dans chacune des communes desservies.

Les différents ateliers de prévention portent sur de grands thèmes :

- Addictologie (tabac, alcool, addictions médicamenteuses, addictions sans substance),
- Diététique avec mise en application (ateliers de cuisine),
- Déficits cognitifs et troubles de la mémoire,
- Estime de soi et renarcissisation,
- Dépistage en cancérologie,
- Gestion de la douleur,
- Adaptation de l'activité physique,
- Préparation à la retraite,
- Ateliers pratiques d'initiation à l'informatique (internet, réseaux sociaux, téléphone),
- Gestion du stress,
- Vaccination après 60 ans (grippe, DTP,...),
- Qualité du sommeil.

## Détail des Journées d'action

**Session 1** = Inauguration/communication + Rencontre du public et des professionnels

### Session 2

- a- Atelier Cuisine « Trucs et astuces du chef pour cuisiner sans graisses »
- b- Atelier « Remise en beauté » pour reprendre confiance
- c-Conférence Tabac =>Évolution en Atelier tabac (car nb participants faible)

### Session 3

- a- Cuisine Équilibre sans perdre de temps « Cuisinez à toutes vapeurs »
- b- Atelier Estime de Soi: « Et si je m'occupais un peu de moi »
- c-Activité physique adaptée « Il n'y a pas d'âge pour commencer à bouger »

### Session 4

- a- Atelier Cuisine légère et épicées: « l'Équilibre chinois »
- b- Atelier « Gestion du stress »
- c-Activité physique adaptée « Testez votre forme »

Tableau 2 : Programme initial des actions PSAC 2017

En plus de ces ateliers, 3 conférences sont déclinées sur chaque communauté des communes :

- La première en cancérologie : « Peut-on vraiment éviter certains cancers »
- La seconde en addictologie : « Tabac, alcool, surpoids : pourquoi je n'arrive pas à changer ? Trouver la motivation au changement »
- La dernière sur le stress, pourvoyeur de troubles du sommeil, douleurs physiques et morales et addictions : « Mieux gérer le stress : pourquoi et comment ? ».

## **C. Evaluations en prévention**

### **1. Définitions de l'évaluation**

D'après A-P. Contandriopoulos, « évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision » (19).

On peut aussi définir l'évaluation comme « *une démarche, un processus, un moyen qui permet de mesurer, de juger, de connaître, d'améliorer et de décider de la valeur, de l'efficacité ou de la qualité d'une action* » (20).

## 2. Pourquoi évaluer ?

L'évaluation est motivée par deux objectifs principalement : « apprendre et améliorer » et « justifier » (21). De plus, les buts peuvent être différents en fonction du point de vue, que l'on soit acteur ou décideur. En effet, l'évaluation sert à :

- **Mesurer l'efficacité d'une action**, d'un programme ou d'une politique, afin de répondre à la question « à quoi sert ce que je fais ? »
- Décider de la poursuite de l'action ou des **changements à y apporter** et **améliorer la qualité des actions**, qui répondent à la question « comment améliorer l'action ? »
- **Communiquer sur les actions, les valoriser** et **obtenir des financements**, pour la question « comment rendre compte de l'action ? » (20).

## 3. Les difficultés de l'évaluation en promotion de la santé

L'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé peut se révéler difficile. En effet, ce que l'on cherche à modifier ou améliorer en éducation pour la santé, ce sont les comportements. Or, il y a de nombreux obstacles pour mesurer l'impact d'une action sur les changements de comportement.

Tout d'abord parce que les comportements sont influencés par de nombreux facteurs qui sont difficilement identifiables (conditions sociales, habitus, économie, environnement, politiques locales, ...).

Ensuite, l'objet à mesurer et les moyens mis en œuvre pour mesurer cet objet soulèvent également des problèmes car pour apprécier l'impact d'une action on peut s'intéresser :

- aux résultats, autrement dit son efficacité, son effet sur les objectifs ciblés,
- à sa pertinence,
- à son rendement, autrement dit, si les ressources investies sont à la hauteur des résultats.

Il devient alors évident que les évaluations quantitatives seules ne sont pas pertinentes pour évaluer toutes les facettes d'une action en promotion de la santé. Les outils de mesures valides sont alors limités.

Ensuite, le problème de la temporalité se pose. Effectivement, un comportement n'est pas quelque chose de figé et surtout, ne change pas forcément du jour au lendemain. Les effets de ces modifications de comportement se font ressentir sur le moyen et long terme, ce qui complique grandement la réalisation de telles évaluations.

Comme un changement de comportement ne peut s'évaluer qu'à moyen ou long terme, on ne peut pas non plus empêcher dans l'intervalle entre l'intervention de l'action et le moment de l'évaluation, que d'autres facteurs sociaux ou publicitaires par exemple, viennent eux aussi, en bien ou en mal, modifier le comportement. Ce biais peut être minimisé par la constitution d'un groupe témoin (22).

Il est alors très difficile de mesurer le nombre d'évènements indésirables évités grâce à une action de prévention, ce qui est pourtant son but.

Devant la complexité du domaine de la prévention, nous avons donc vu qu'il existait plusieurs formes d'évaluation. On en distingue en général deux types : l'évaluation de processus et l'évaluation des résultats.

#### **4. Evaluation de processus**

Une évaluation de processus est utilisée pour analyser la mise en œuvre pratique, le déroulement d'une action. Plusieurs catégories sont alors concernées par ce type d'étude : le public, les moyens humains et financiers, la communication et l'information, le partenariat et enfin la mise en œuvre (20).

Elle est toujours utile lorsqu'il s'agit d'une nouvelle intervention et permet de répondre à plusieurs questions :

- Le public atteint est-il le bon ?
- Quelles activités ont été mises en œuvre, dans quelles circonstances ?
- Y'a-t-il eu des effets secondaires favorables/défavorables ?
- Comment sont perçues les activités ?
- Y'a-t-il eu des effets inattendus ?...

Elle permet d'obtenir des informations sur la réalisation d'une action et donc de l'adapter et de l'optimiser. Elle aide également à l'interprétation des évaluations de résultat (21).

Dans le cadre d'une évaluation, on cherche donc à voir si l'objectif est atteint. Pour cela il faut recueillir des indicateurs afin de pouvoir décrire le phénomène que l'on veut observer. Il existe différentes modalités de recueil d'indicateurs : les questionnaires, l'observation, les entretiens individuels ou de groupe, l'analyse de documents (feuilles

d'émargement, comptabilité,...) (20). Pour notre étude nous avons donc choisi des auto-questionnaires et utilisé les feuilles d'émargement.

## **5. Evaluation des résultats**

Les évaluations des résultats sont utilisées pour déterminer si l'intervention a eu les effets attendus au regard des objectifs principaux. Elles cherchent à répondre principalement à deux questions :

- Y a-t-il eu un changement ?
- Est-il plausible que l'intervention soit la cause de ce changement ?

Il existe différentes manières de savoir si un changement s'est opéré après l'intervention. Afin d'apprécier cette évolution entre la situation de départ et d'arrivée, il existe plusieurs méthodes :

- Mesurer la base (estimation de la situation initiale),
- Comparer avec un groupe témoin,
- Demander aux personnes après l'intervention si leur comportement a changé (méthode moins fiable que les 2 précédentes) (21).

Pour évaluer les résultats, on peut avoir recours à différents outils, tout comme pour les évaluations de processus : questionnaires, entretien ou observation. Ces outils permettront d'analyser l'évolution des représentations et attitudes vis-à-vis d'un comportement, les connaissances et savoir-faire, les changements sur l'environnement,... Les méthodes de recueils dépendent aussi de ce que l'on veut analyser et du terme (court, moyen ou long) (20).

### **III. MATERIEL ET METHODES**

#### ***A. Question de recherche et objectifs de l'étude***

La question de recherche était : « Quels sont les caractéristiques de la population accueillie par l'association Prév'enBus Séniors ? »

L'objectif principal de cette étude était donc de caractériser la population accueillie par le dispositif Prév'enBus.

Les objectifs secondaires étaient la quantification de l'évolution des connaissances des usagers sur le thème abordé lors de l'intervention ainsi que l'évaluation du niveau de satisfaction des usagers.

#### ***B. Territoire de l'étude***

Il s'agit d'une étude multicentrique. En effet, la nature même du dispositif itinérant implique plusieurs lieux de recueil, qui se situent sur le même territoire : le Grand Libournais. Les villes concernées sont : Izon, Fronsac, Les Eglisottes, Pellegrue, Saint Ciers d'Abzac, Branne, Cadillac en Fronsadais, Castillon la Bataille, Saint Quentin de Baron, Guîtres, Saint Emilion, Lussac, Pujols et Pineuilh.

La commune de Lèves et Thoumeyragues se rajoute à notre étude. L'équipe de Prév'enBus y est intervenue dans le cadre de « La Semaine Bleue », qui s'est déroulée pendant la période de notre analyse. Le dispositif y a proposé 2 ateliers que nous avons choisis d'analyser.

#### ***C. Type de l'étude : plusieurs études pour une évaluation globale***

##### **1. Etude descriptive**

En ce qui concerne l'objectif principal, il s'agit d'une étude descriptive prospective par auto-questionnaire fermé proposé aux usagers du dispositif à chacune des séances auxquelles ils participent. Les questions concernent leur profil.

##### **2. Etude quantitative par questionnaire de connaissance**

L'acquisition des connaissances est étudiée de façon quantitative à l'aide d'un questionnaire de connaissance « avant-après », type « vrai-faux » de 4 questions. Le choix de

faire un questionnaire court, de seulement 4 items, est volontaire. La durée d'un atelier étant de 1h15, il n'était pas envisageable de proposer aux participants un test plus long et chronophage. Il n'y a pas de groupe contrôle différent du groupe testé.

### **3. Enquête de satisfaction par questionnaire avec variables quantitatives et qualitatives**

La satisfaction est étudiée de façon mixte quantitative et qualitative à l'aide d'auto-questionnaires avec des échelles de satisfaction et des questions ouvertes.

## ***D. Temporalité et population de l'étude***

La population ciblée est l'ensemble des personnes présentes en Grand Libournais de plus de 55 ans, sans problème de santé, présentant un ou plusieurs facteurs de fragilité. La population source est composée des participants à un ou des ateliers. Les questionnaires ont été distribués lors des ateliers à tous les participants. La population étudiée est donc constituée de tous les usagers du dispositif ayant répondu aux questionnaires durant le temps de l'étude. Le critère d'inclusion était la participation à un atelier et le remplissage du questionnaire. Le critère d'exclusion pour le questionnaire profil était de l'avoir déjà rempli lors d'un atelier précédent, pour ne pas comptabiliser et caractériser 2 fois une même personne, et d'avoir moins de 55 ans. Il n'y avait pas de critère d'exclusion pour le questionnaire de connaissances et satisfaction.

Notre étude s'est déroulée du 18 septembre 2017 au 14 décembre 2017. Nous avons décidé de faire l'étude sur 3 mois afin d'analyser 3 sessions complètes d'ateliers (soit 6 ateliers réalisés sur 14 communes). Le 18 septembre correspond à la date de début d'une session et le 14 décembre, à la dernière date de la 3<sup>ème</sup> session. L'action étant initialement financée jusqu'en décembre 2017, l'étude devait donc se finir à cette date (la poursuite du financement sur 2018 ayant été obtenue dans un second temps et pour un programme différent).

## ***E. Conception des questionnaires***

### **1. Questionnaire profil des usagers**

Ce questionnaire s'inspirait de deux enquêtes. L'une sur les besoins des personnes âgées de plus de 60 ans publiée par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Lunéville

en Meurthe et Moselle (23) et l'autre sur l'isolement et la solitude des personnes âgées, produite par le CLIC de Billom dans le Puy-de-Dôme (24).

Il devait regrouper les informations nécessaires pour avoir le profil d'un usager : l'âge, le sexe, la profession (avant la retraite), la commune de résidence, la situation conjugale. Compte tenu du contexte du dispositif PSAC, il nous semblait également essentiel d'avoir d'autres informations puisque le but du projet est de maintenir l'autonomie des séniors. Plusieurs autres thèmes ont alors été abordés par questions fermées :

- l'entourage et la vie sociale : enfants et famille à proximité, visites et communications avec eux, fréquences des visites des amis et du voisinage, loisirs à domicile ou à l'extérieur, souhait d'avoir plus d'activités, sentiment de solitude.
- l'autonomie : aides aux actes de la vie quotidienne, à la personne, financières (avec éventuelle précision sur quelle aide financière).
- la santé : problèmes de santé gênants dans la vie quotidienne, déclaration de médecin traitant et bénéficiaire d'un 100% (affection longue durée, ALD).
- le transport : difficultés pour se déplacer à l'extérieur, propriétaire d'une voiture, capacité à conduire.

Questionnaire en annexe 1.

## **2. Questionnaires spécifiques des ateliers (questionnaires de connaissance)**

Les questionnaires de connaissances comportaient 4 items avec comme réponse possible vrai ou faux. Ils avaient pour but d'évaluer les connaissances/idées reçues avant et directement après l'atelier. Les questions portant sur des connaissances médicales s'appuyaient sur des référentiels. Ces questions se devaient d'être plutôt ludiques, traitant essentiellement d'idées reçues sur le thème de l'atelier. Six ateliers ont été étudiés :

- la mémoire en mouvement,
- dompter son téléphone,
- le tabac,
- la sophrologie,
- les médicaments du sommeil et de l'angoisse,
- estime de soi.

Ces 6 ateliers sont ceux qui ont été dispensés durant les 3 sessions (de 2 ateliers chacune) entre le 18 septembre et le 14 décembre 2017.

Les questionnaires de connaissance, leur correction et leur justification se trouvent en annexes 2 à 7.

### **3. Questionnaire de satisfaction sur le dispositif**

La première question concernant l'atelier était le mode de recrutement : comment les usagers du dispositif ont connu l'existence des ateliers. Il y avait plusieurs choix possibles : la presse, la mairie, un professionnel, un membre de l'équipe, le bouche à oreille ou autre. L'utilisateur pouvait préciser en un mot s'il avait coché la case « autre », il pouvait également cocher plusieurs cases. Cet item a été intégré à notre questionnaire afin de pouvoir améliorer le recrutement du dispositif lors des prochains passages.

Ensuite, les usagers devaient compléter un tableau avec un barème de satisfaction regroupant plusieurs items : la communication avant l'atelier, l'accueil, le bus, le contenu de l'atelier, l'animateur, la réponse aux attentes vis-à-vis de l'atelier. Les réponses possibles sont donc : insatisfaisant, moyen, satisfaisant et très satisfaisant.

Enfin, quelques questions ouvertes sur les points positifs (« ce que vous avez apprécié ») et négatifs (« ce que nous devons améliorer ») de l'atelier, s'il recommanderait cet atelier (si non pourquoi ?) et comment l'utilisateur qualifierait l'atelier en 1 à 3 mots. Tout en restant court, ces 3 mots nous permettent d'avoir une idée plus précise du ressenti des participants, toujours dans l'optique d'optimiser les ateliers.

Ce questionnaire de satisfaction s'inspire d'un outil prêt à l'emploi proposé dans un guide d'accompagnement à l'évaluation de projet de promotion de la santé (20).

Questionnaire de satisfaction en annexe 2.

## ***F. Recueil des données***

### **1. Déroulé d'un atelier**

Tout d'abord, les participants aux ateliers devaient s'inscrire au préalable : soit par mail, par téléphone ou bien en mairie. Le nombre de participants à un atelier était requis en amont afin d'optimiser l'organisation et accueillir dans de bonnes conditions les usagers, notamment pour prévoir les quantités d'ingrédients suffisantes pour les ateliers cuisine et limiter les participations pour les ateliers « téléphone » ou « informatique ». Si le nombre dépassait 6 personnes, une salle devait être mise à disposition par les communes, ce point étant stipulé dans une convention de partenariat avec l'association.

Les informations vis-à-vis du programme sont communiquées via des flyers, des panneaux d'affichage ou sur le site internet des mairies et de l'association : [www.prevenbus.com](http://www.prevenbus.com).

L'accueil des participants se faisait par l'animateur de l'atelier, soit dans le bus soit dans la salle prévue dans la commune en fonction du nombre de participants et de l'atelier. Pour les ateliers de plus de 6 personnes et les ateliers nécessitant la mise en mouvement des participants comme « La mémoire en mouvement », l'accueil ne se faisait donc pas dans le bus. Il pouvait y avoir entre 2 et 12 participants par atelier.

En début de chaque atelier, 2 feuilles étaient remises : l'une avec le questionnaire profil et l'autre avec le questionnaire de connaissances/satisfaction. Une information orale, en annexe 8, était alors donnée par l'animateur sur les raisons de ces questionnaires aux usagers.

Le questionnaire profil et la partie « avant » du questionnaire de connaissances étaient remplis en début d'atelier. La partie « après » du questionnaire de connaissances et la partie satisfaction étaient recueillies à la fin.

Les questionnaires étaient ensuite ramassés par l'animateur à la fin de la séance de 1h15 après remplissage par les usagers. Enfin, les quizz de connaissances étaient corrigés avec l'animateur.

Les questionnaires profil n'ont été donnés qu'une seule fois par usager, et certaines personnes sont venues à plusieurs ateliers. A la suite d'un problème technique, les questionnaires n'ont pas été distribués lors de la première session mais seulement à partir de la deuxième session d'ateliers. Les usagers qui n'avaient pas rempli de questionnaire profil, sur quelques sessions, ont été rappelés grâce aux feuilles d'émargement par des membres de l'équipe pour compléter celui-ci.

## **2. Relevé des données des questionnaires**

Les résultats sont relevés à la main puis notés dans un tableur Excel©, tant pour les données qualitatives que quantitatives.

## ***G. Techniques d'analyse des données***

### **1. Questionnaire profil des usagers**

Les moyennes et pourcentages ont été calculés grâce au tableur Excel©.

Nous avons jugé plus pertinent d'étudier la répartition des âges en fonction des communes.

Pour la catégorie socio-professionnelle, les professions ont été réparties suivant différentes catégories :

- agriculteurs,
- artisans et commerçants,
- cadres et fonctions supérieures,
- employés,
- ouvriers,
- sans emploi.

## **2. Questionnaires de connaissance**

Les réponses aux questionnaires de connaissance ont été analysées à l'aide du site Biostatgvt par un test du Student pour échantillons appariés.

## **3. Evaluation du dispositif par les usagers**

La satisfaction des usagers a été analysée en fonction des ateliers car nous trouvons que certains critères tels que le contenu de l'atelier, la réponse aux attentes de l'utilisateur ou encore la qualité de l'animateur seraient mieux évalués.

Pour les données qualitatives concernant les impressions « libres » des usagers sur les qualités et défauts du dispositif, les commentaires ont été relevés un à un dans le tableur puis triés dans différentes catégories :

- pour « ce que vous avez apprécié » : l'accueil, le contenu, l'ambiance, les intervenants, les échanges et l'ensemble.
- pour « ce qu'il faut améliorer » : le contenu, le bus, la communication et l'organisation.

En ce qui concerne les 3 qualificatifs « libres » que les usagers attribuaient à l'atelier, ils ont été relevés puis triés en fonction du thème abordé.

## ***H. Procédures réglementaires et éthiques***

La thèse a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Après avis auprès de celle-ci, il n'a pas été nécessaire de faire une déclaration au Comité de Protection de Personnes (CPP) car au cours de cette étude, aucun essai thérapeutique ou expérimentation n'est fait sur les usagers du dispositif.

## IV. RESULTATS

Notre étude s'est déroulée du 18 septembre 2017 au 14 décembre 2017 soit 3 cycles complets d'intervention.

### ***A. Etude descriptive du profil des usagers***

Nous avons recueillis au total 72 questionnaires sur le profil des usagers sur les sessions concernées dans 11 communes sur un total de 76 émargements soit un taux de participation de 95%. En effet, 3 communes n'ont pas pu être analysées car les participants avaient moins de 55 ans ou n'ont pas pu être recontactés. Le diagramme de flux est détaillé en figure 2. La répartition des questionnaires par ville est indiquée dans le tableau 3.

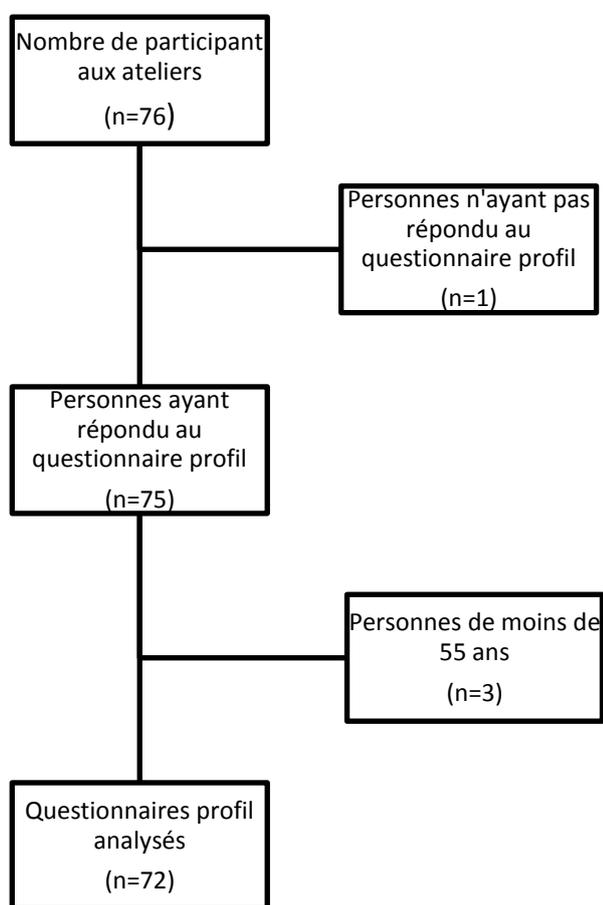


Figure 2 : Diagramme de flux pour les questionnaires profil

<b>Communes</b>	<b>Nombre de questionnaires</b>	<b>%</b>
Branne	8	11
Castillon	5	7
Eglisottes	11	15
Fronsac	13	18
Guîtres	8	11
Izon	3	4
Lussac	5	7
Pellegrue	7	10
Pineuilh	4	6
Pujols	7	10
Saint-Quentin-de-Baron	1	1

Tableau 3 : Répartition des usagers en fonction des communes

### 1. Commune de résidence

Les usagers ont été 70.8% à préciser leur commune d'origine (soit 51 sur 72). La commune de résidence la plus éloignée était à une distance de 19.2 km du lieu de stationnement du bus. La répartition des distances figurent dans le tableau 4.

<b>Distance</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>0 km</b>	30	41,7
<b>0-5 km</b>	11	15,3
<b>5-10 km</b>	5	6,9
<b>10-15 km</b>	3	4,2
<b>&gt; 15km</b>	2	2,8
<b>Non précisé</b>	21	29,2

Tableau 4 : Répartition de la distance lieu de l'atelier – commune de résidence des usagers

La distance moyenne de la commune de réalisation de l'atelier était de 3 km sur les 51 réponses. La médiane était de 0 km, en effet, la plupart des participants habitaient dans la commune où le bus faisait escale.

### 2. Genre

Le taux de réponse était de 100%. Au total, il y avait 65 femmes et 7 hommes, le sex ratio était de 0.1.

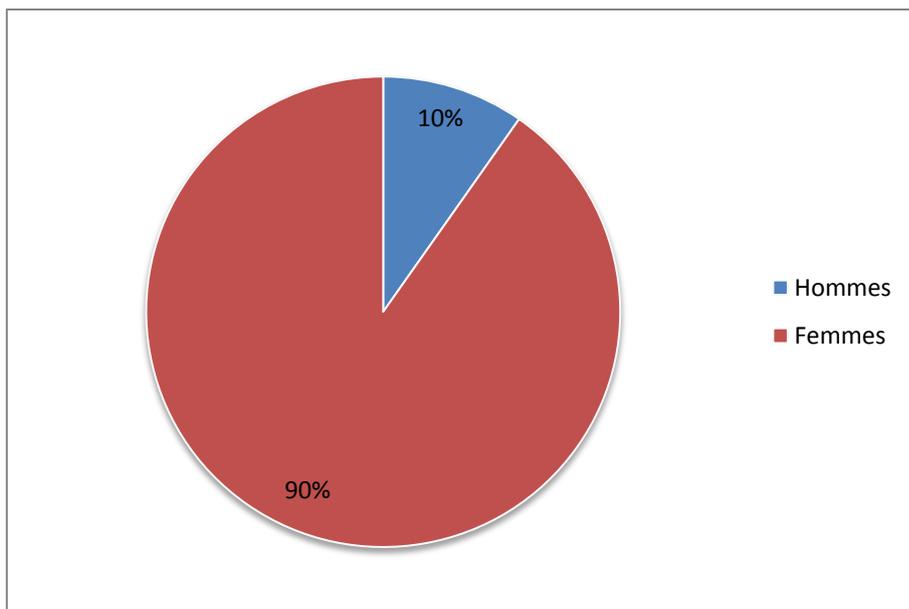


Figure 3 : Répartition des usagers selon le genre

### 3. Age

La moyenne d'âge était de 70,3 ans et l'âge médian de 70 ans. La personne la plus jeune avait 57 ans et la plus âgée, 91 ans. L'écart type était de 8,3 ans.

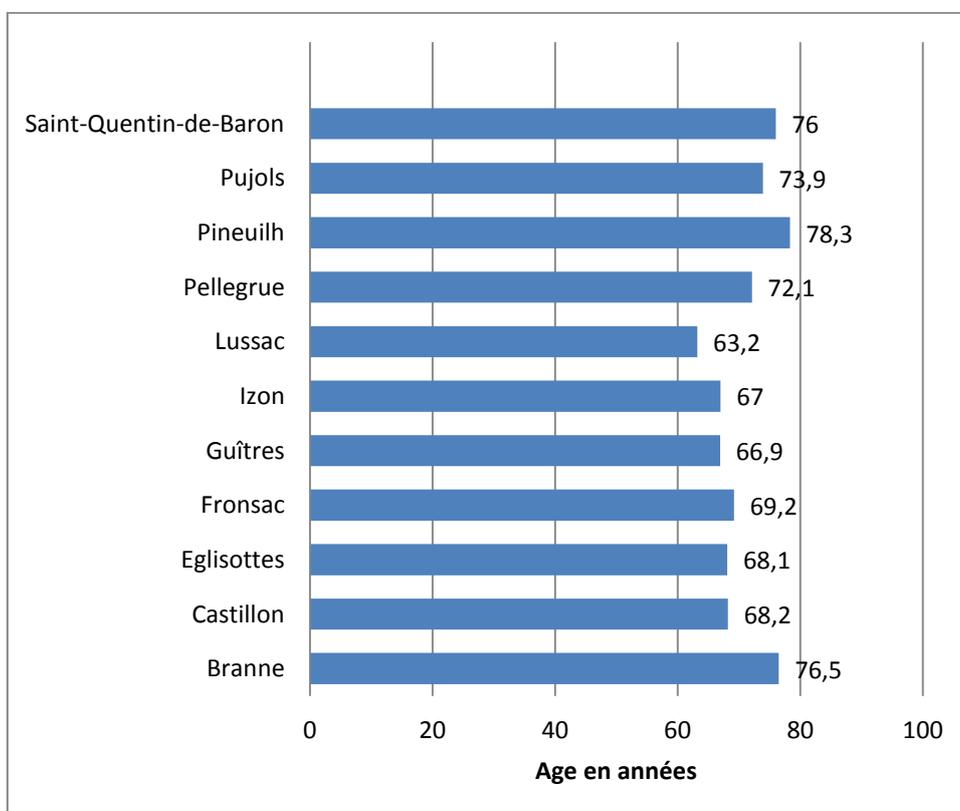


Figure 4 : Répartition des usagers en fonction de l'âge et des villes

#### 4. Statut marital

Il y avait 40 personnes seules, 30 en couples et 2 n'ayant pas répondu à la question.

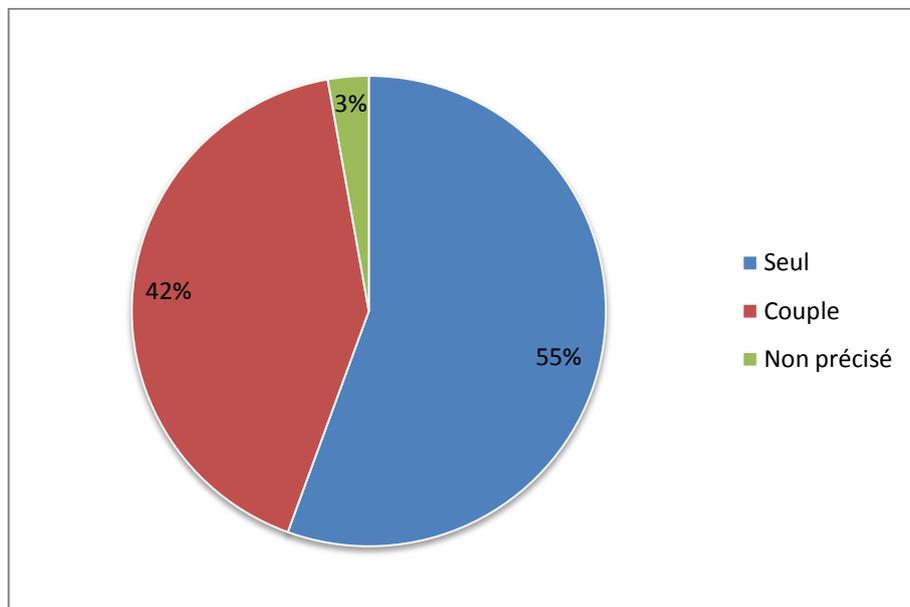


Figure 5 : Répartition des usagers en fonction de leur statut marital

#### 5. Catégorie socioprofessionnelle

Sur le total des questionnaires, on comptait :

- 5 agriculteurs,
- 11 artisans ou commerçants,
- 9 cadres en personnes occupants des fonctions supérieures,
- 26 employés,
- 5 ouvriers,
- 7 sans emplois,
- 9 personnes n'ayant pas répondu à la question.

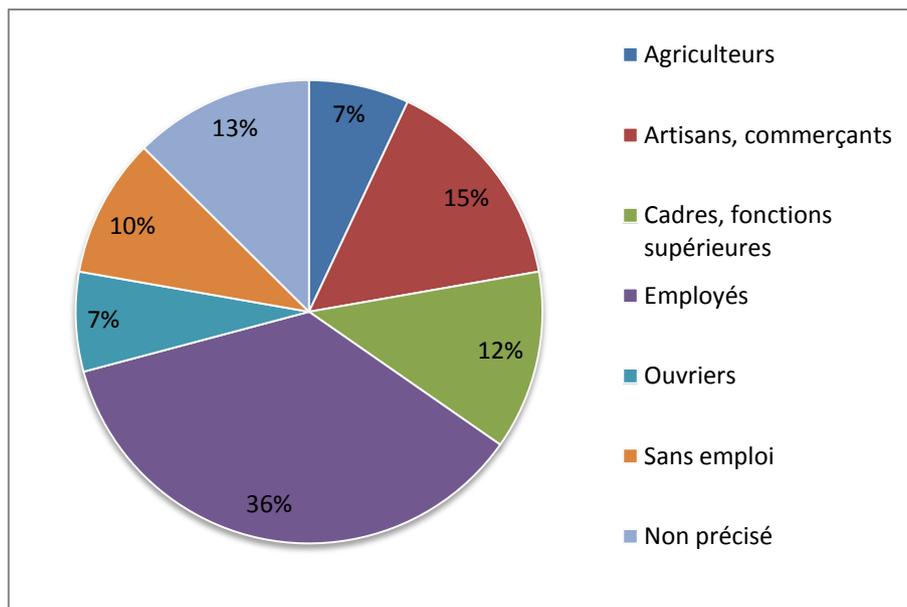


Figure 6 : Répartition des usagers en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

## 6. Entourage

En ce qui concerne l'entourage familial des usagers, on retrouvait 47 personnes ayant de la famille proche et 1 personne cohabitant avec de la famille. 17 usagers avaient de la famille éloignée et 7 n'avaient pas de famille.

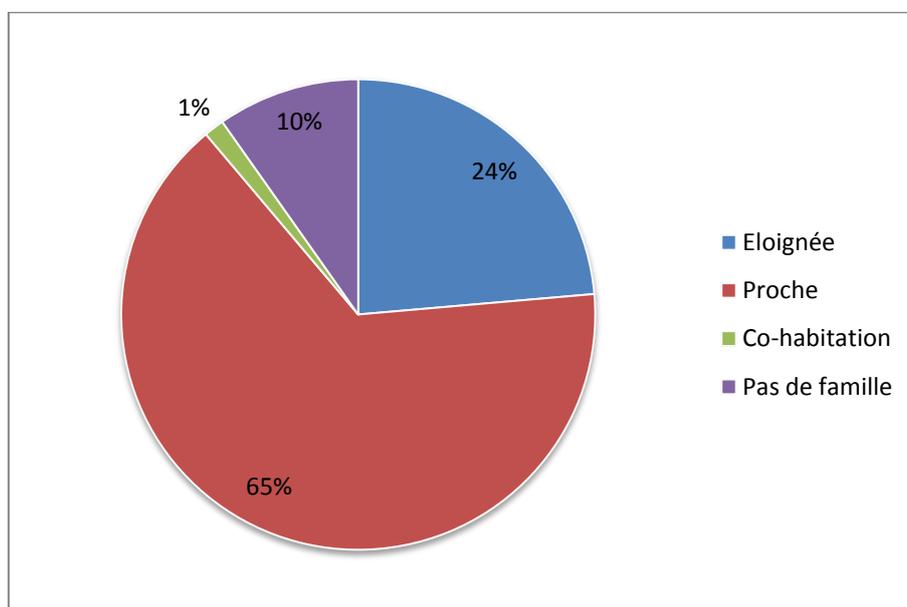
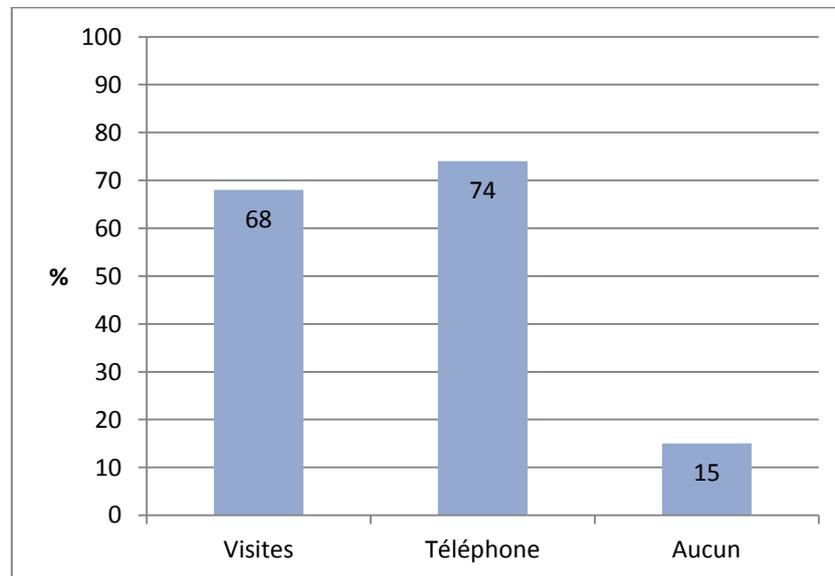


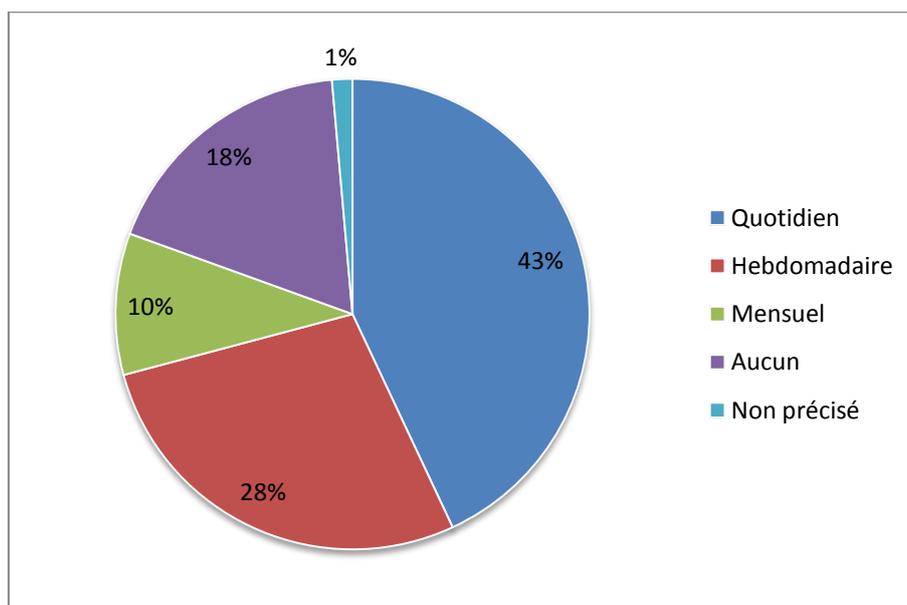
Figure 7 : Répartition des usagers en fonction de la proximité de leur entourage familial

Sur la totalité des usagers, 49 recevaient des visites de leur famille, 53 étaient en contact avec eux par téléphone et 11 n'avaient aucun contact avec de la famille. La moyenne d'âge de ces personnes en isolement familial est de 71,4 ans et la médiane est à 69 ans, avec un écart-type de 9,7 ans.



**Figure 8 : Nature des contacts avec l'entourage familial de l'utilisateur**

La fréquence des visites de la famille mais aussi du voisinage et des amis a été évaluée. Ainsi, 31 usagers recevaient des visites quotidiennement, 20 toutes les semaines, 7 tous les mois, 13 n'avaient pas de visite et 1 personne n'a pas répondu à la question.



**Figure 9 : Fréquence des visites des usagers par leur entourage (amis, voisins et familles)**

Enfin, 27 usagers déclaraient ressentir un sentiment de solitude, soit 38%.

## 7. Loisirs

En ce qui concerne les loisirs au domicile, nous avons comptabilisé toutes les sortes de loisirs, comme regarder la télévision, faire des jeux (du type Sudoku ou mots croisés,...).

Ils étaient 45 à avoir des activités au domicile et 48 à avoir des activités à l'extérieur. 8 n'avaient aucun loisir.

49 d'entre eux, soit 68%, désiraient avoir plus d'activité.

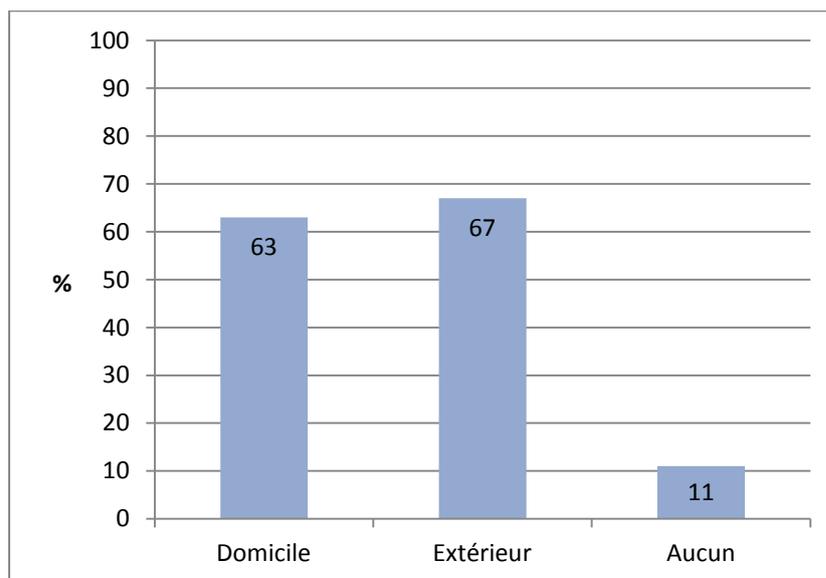


Figure 10 : Nature des loisirs des usagers

## 8. Autonomie

Sur la totalité des participants, 48 n'avaient aucune aide, 17 disposaient d'une aide au ménage, 7 d'une aide aux courses, 5 d'une téléalarme, 2 d'une aide à la toilette et 2 d'une aide à l'habillement. Parmi les 4 personnes ayant une aide financière, 2 ont précisé qu'elles bénéficiaient de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) et 1 des Aides Personnalisées au Logement (APL).

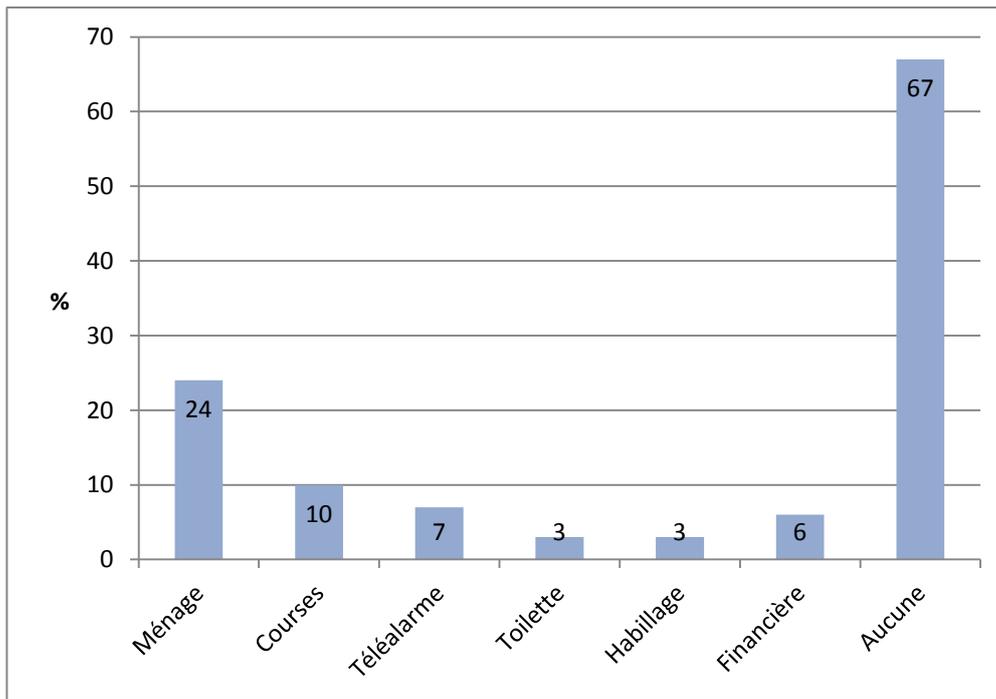


Figure 11 : Répartition des aides diverses des usagers

## 9. Santé

Ils étaient 68 usagers à avoir un médecin traitant déclaré, soit 94%. Concernant la santé, 40 personnes (soit 56%) estimaient avoir un problème de santé les gênant dans leur vie quotidienne et 32 (soit 44%) bénéficiaient d'une ALD pour une pathologie.

## 10. Transports

Même si 79% des usagers (soit 57 personnes) possédaient une voiture, 76% (soit 55 personnes) se déclaraient à même de conduire et 31% (soit 22 personnes) à avoir des difficultés pour se déplacer.

## ***B. Participation et inclusion au questionnaire connaissance et satisfaction***

Un total de 305 questionnaires de connaissance et satisfaction a été rempli sur les 6 différents types d'atelier pour un total de 394 émargements soit un taux de participation de 77%. Ces questionnaires étant totalement anonymes et n'indiquant pas l'âge de la personne l'ayant rempli, il ne nous a pas été possible d'exclure les participants de moins de 55 ans.

	Effectif émargement	Effectif questionnaire	Taux de participation
Sophrologie	76	75	99%
Tabac	73	70	96%
Mémoire	61	52	85%
Prendre soin de soi	75	49	65%
Téléphone	64	39	61%
Médicaments	45	20	44%
<b>Total</b>	<b>394</b>	<b>305</b>	<b>77%</b>

Tableau 5 : Participation par atelier

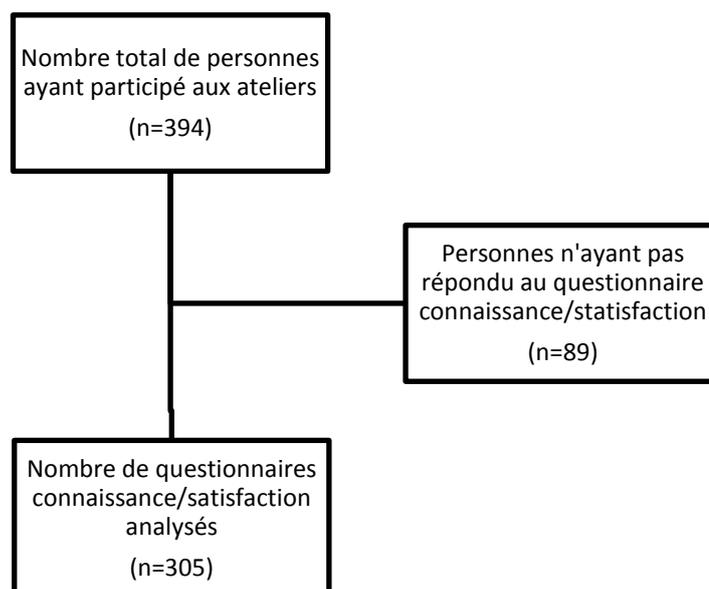


Figure 12 : Diagramme de flux pour les questionnaires connaissance/satisfaction

### ***C. Evaluation des connaissances des ateliers***

En totalisant les 305 questionnaires de connaissance, sur 4 questions posées, la moyenne du nombre de bonnes réponses avant les ateliers était de 1.92. A la fin des ateliers, elle était de 3.59. Tous les participants avaient répondu au questionnaire. Les résultats sont répertoriés dans le tableau 6. Il existait 2 questionnaires tabac différents, leur analyse est aussi détaillée ci-dessous.

Atelier	Effectif	Moyenne avant (/4)	Moyenne après (/4)	Moyenne des différences	Marge de progression	Intervalle de confiance à 95%	p
<b>Sophrologie</b>	75	2,04	3,57	-1,53	42,9%	[-1,85 ; -1,22]	<0,01
<b>Tabac</b>	70	1,7	3,79	-2,09	55,6%	[-2,44 ; -1,73]	<0,01
<i>Tabac 1</i>	45	2,29	3,69	-1,4	37,9%	[-1,77 ; -1,03]	<0,01
<i>Tabac 2</i>	25	0,64	3,96	-3,32	83,8%	[-3,76 ; -2,88]	<0,01
<b>Mémoire</b>	52	2,13	3,17	-1,04	32,8%	[-1,45 ; -0,63]	<0,01
<b>Estime de soi</b>	49	2,04	3,76	-1,71	45,5%	[-2,01 ; -1,42]	<0,01
<b>Téléphone</b>	39	1,41	3,72	-2,31	62,1%	[-2,74 ; -1,88]	<0,01
<b>Médicaments</b>	20	2,4	3,35	-0,95	28,4%	[-1,60 ; -0,30]	<0,01
<b>Total</b>	305	1,92	3,59	-1,67	41,6%	[-1,83 ; -1,51]	<0,01

Tableau 6 : Résultats des questionnaires de connaissance en fonction de l'atelier

## ***D. Evaluation du dispositif par les usagers***

### **1. Mode de recrutement des usagers**

Les résultats sur le mode de recrutement des usagers sont inscrits dans le tableau 7 sur un total de 305 questionnaires recueillis.

Parmi les usagers, certains ont précisé le mode de recrutement. 26 usagers ont cité des structures ou infirmière : 17 pour un ESAT, 6 pour la RPA et 3 pour l'infirmière. 18 autres ont indiqué des associations ou évènements associatifs : 7 au café relais, 5 à un repas, 2 au club du 3<sup>ème</sup> âge et à la semaine bleue, 1 à la salle polyvalente et aux aînés ruraux. Enfin, 6 personnes ont fait référence à des contacts dans la commune : 3 pour la boulangerie, 2 pour le bulletin trimestriel et 1 amie.

	Presse	Mairie	Professionnel	Equipe Prév'enBus	Bouche à oreille	Autre	Non précisé	Nombre de questionnaires
<b>Branne</b>	0 (0%)	12 (34%)	0 (0%)	16 (46%)	5 (14%)	0 (0%)	7 (20%)	35
<b>Cadillac-en-Fronsadais</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	6 (55%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (27%)	11
<b>Castillon</b>	0 (0%)	6 (43%)	0 (0%)	1 (7%)	6 (43%)	0 (0%)	2 (14%)	14
<b>Eglisottes</b>	0 (0%)	27 (53%)	4 (8%)	12 (24%)	16 (31%)	5 (10%)	2 (4%)	51
<b>Fronsac</b>	0 (0%)	0 (0%)	6 (20%)	11 (37%)	12 (40%)	1 (3%)	2 (7%)	30
<b>Guîtres</b>	0 (0%)	8 (24%)	0 (0%)	16 (47%)	12 (35%)	6 (18%)	0 (0%)	34
<b>Izon</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (55%)	0 (0%)	11 (50%)	0 (0%)	22
<b>Les Lèves et Thoumeyragues</b>	0 (0%)	2 (29%)	0 (0%)	5 (71%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7
<b>Lussac</b>	0 (0%)	4 (36%)	0 (0%)	3 (27%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	11
<b>Pellegrue</b>	0 (0%)	0 (0%)	6 (29%)	15 (71%)	3 (14%)	0 (0%)	1 (5%)	21
<b>Pineuilh</b>	0 (0%)	8 (28%)	3 (10%)	12 (41%)	2 (7%)	5 (17%)	4 (14%)	29
<b>Pujols</b>	0 (0%)	8 (33%)	1 (4%)	8 (33%)	8 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	24
<b>Saint-Ciers-d'Abzac</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33%)	4 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	6
<b>Sainte-Terre</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	5
<b>Saint-Quentin-de- Baron</b>	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5
<b>Total</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>76 (25%)</b>	<b>21 (7%)</b>	<b>127 (42%)</b>	<b>74 (24%)</b>	<b>24 (8%)</b>	<b>21 (7%)</b>	<b>305</b>

Tableau 7 : Répartition du mode de recrutement en fonction des communes, *effectif*  
(pourcentage)

## 2. Satisfaction des usagers

Les figures suivantes illustrent la répartition de la satisfaction des usagers en fonctions des 6 critères demandés : les attentes de l'utilisateur, l'animateur, le contenu de l'atelier, le bus, l'accueil et la communication en amont du passage du bus.

a. Satisfaction générale

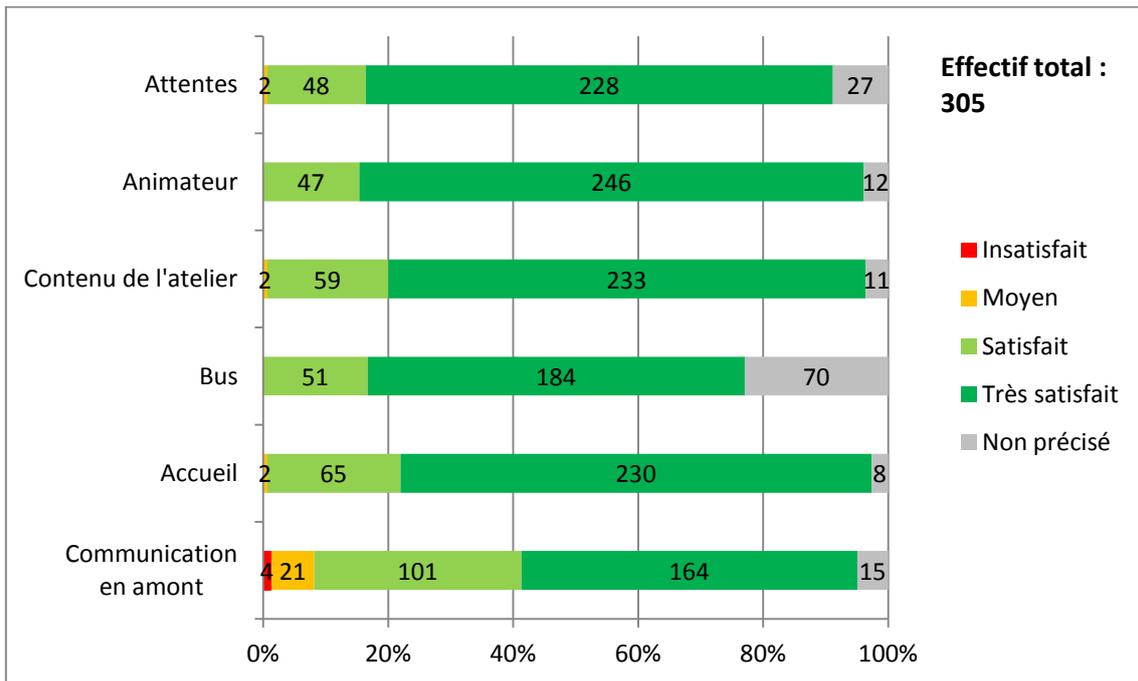


Figure 13 : Satisfaction générale des usagers en fonction des critères d'évaluation

b. Satisfaction atelier par atelier

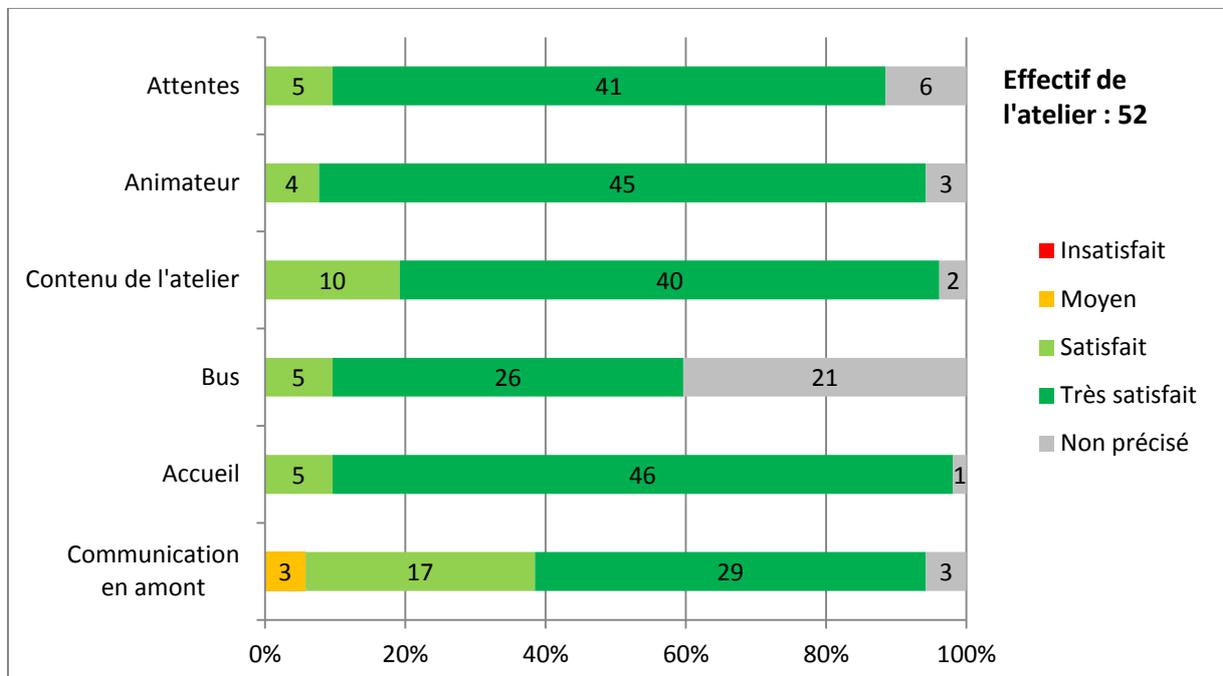


Figure 14 : Satisfaction des usagers de l'atelier « Mémoire en mouvement »

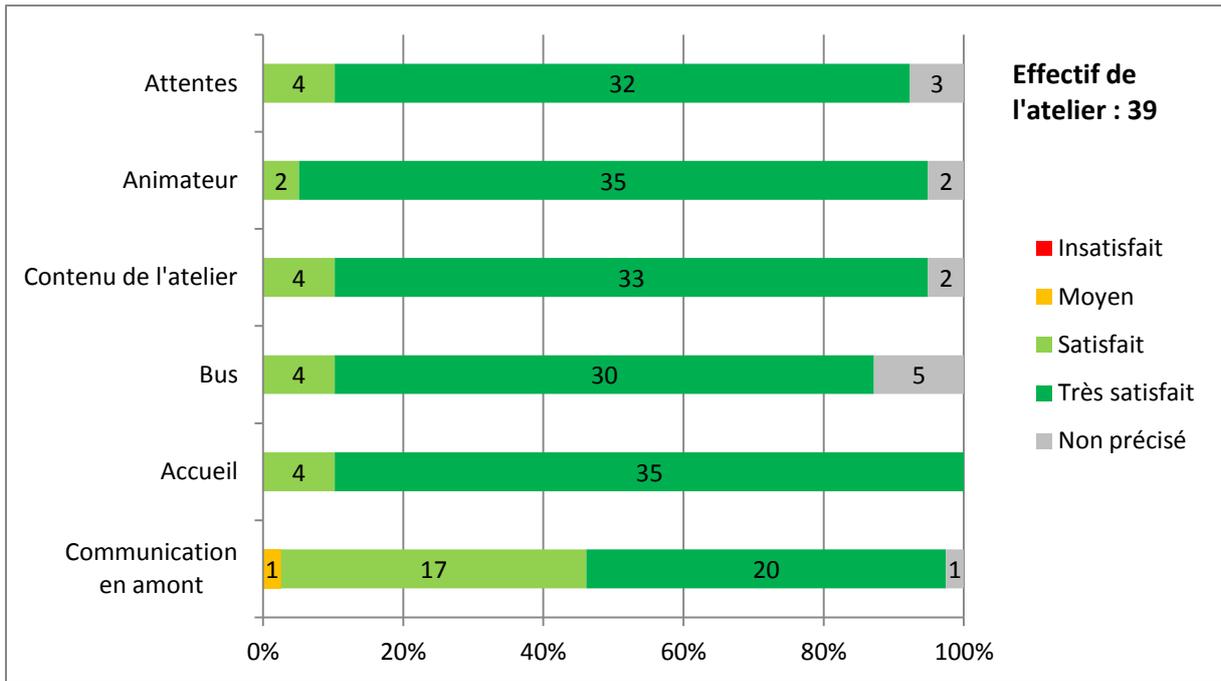


Figure 15 : Satisfaction des usagers de l'atelier « Dompter son téléphone »

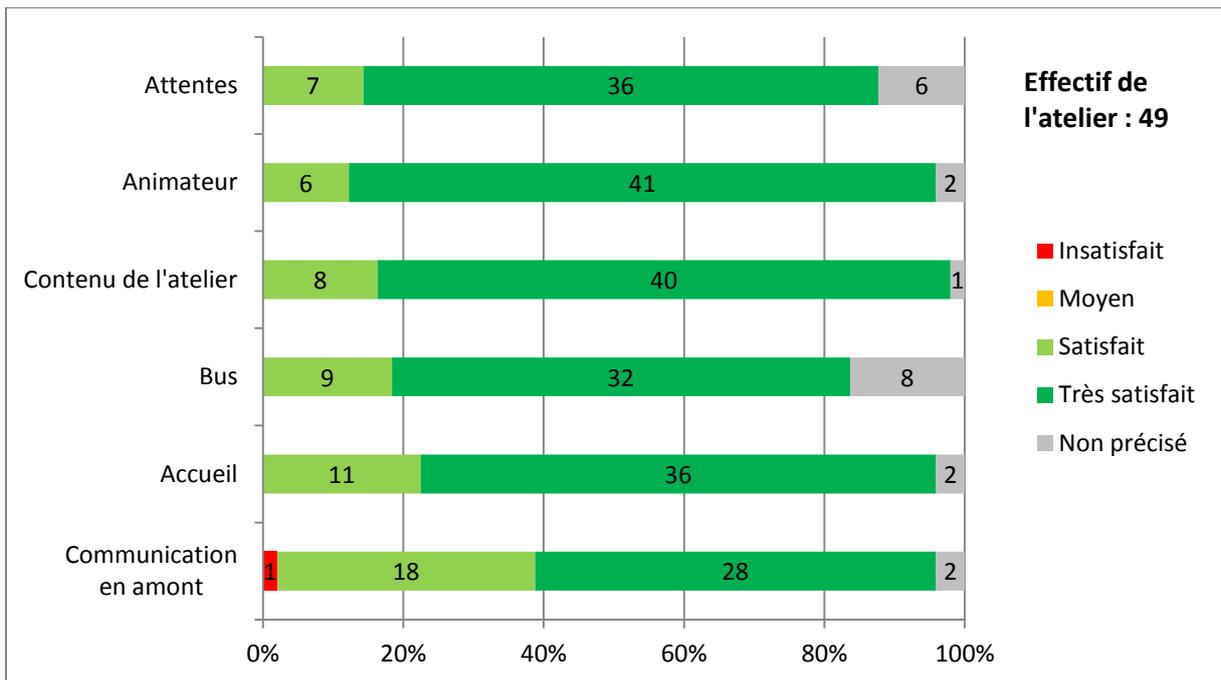


Figure 16 Satisfaction des usagers de l'atelier « Estime de soi »

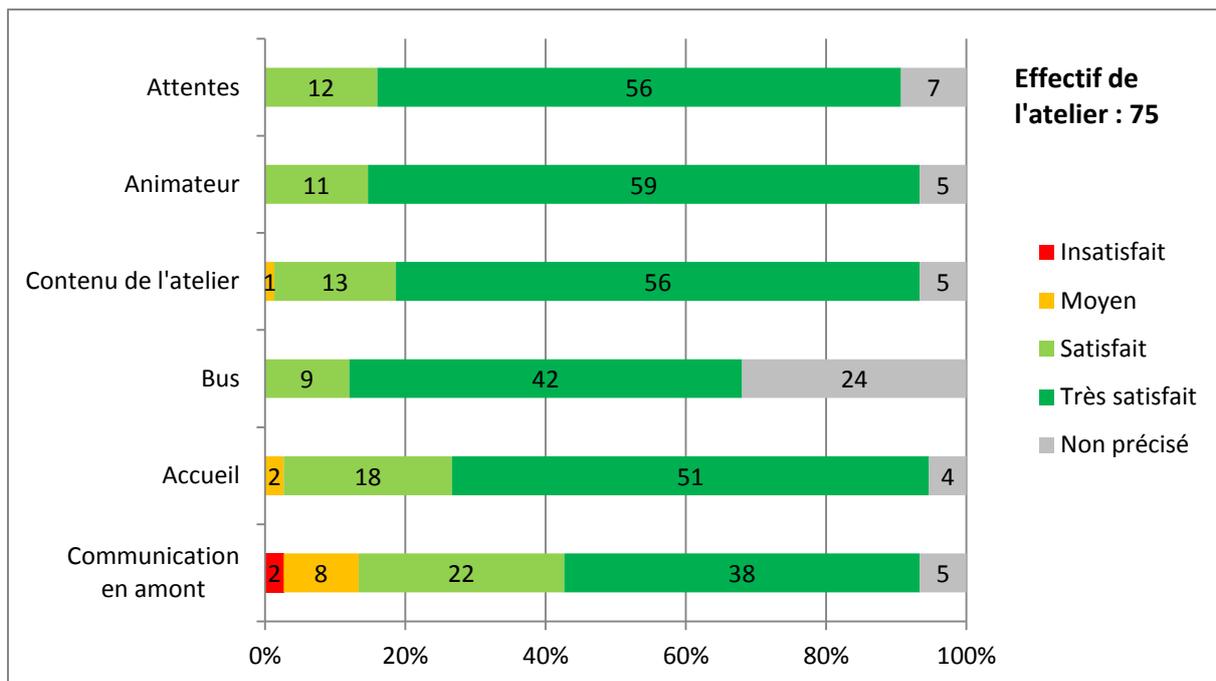


Figure 17 : Satisfaction des usagers de l'atelier « **Sophrologie** »

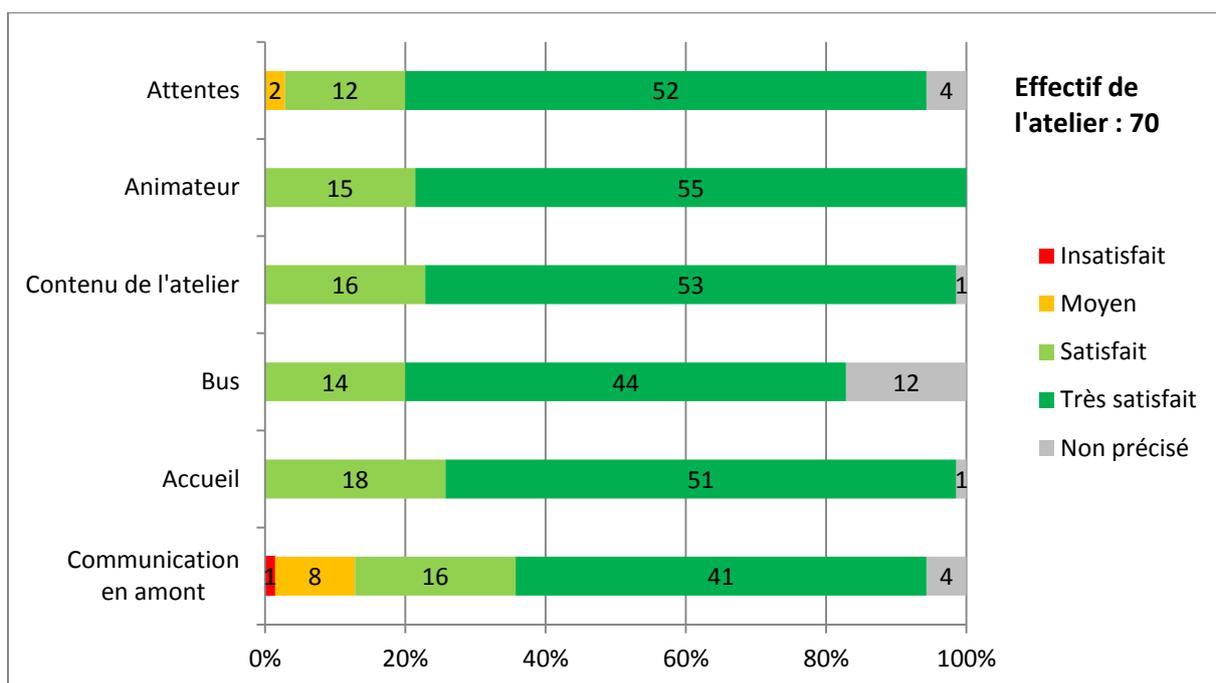
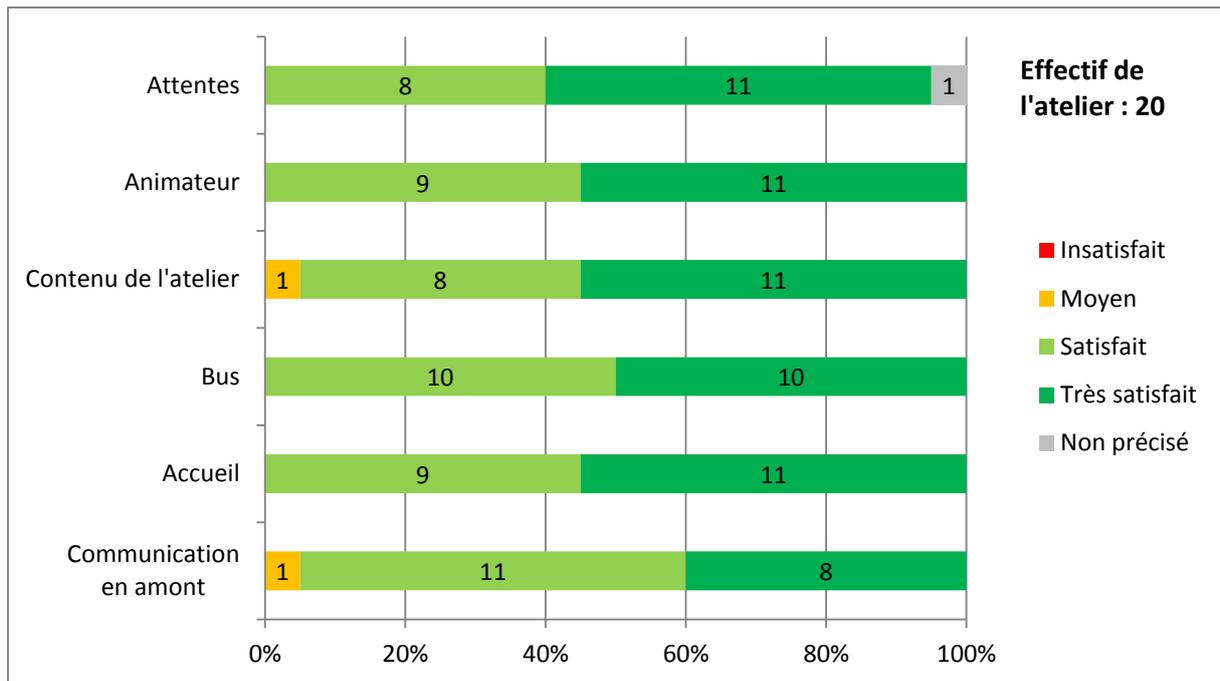


Figure 18 : Satisfaction des usagers de l'atelier « **Tabac** »



**Figure 19 : Satisfaction des usagers de l’atelier « Médicaments du sommeil et de l’angoisse »**

*c. Ce que les usagers ont apprécié*

Sur les 305 questionnaires recueillis, les réponses à cette question ouverte ont été classées en fonction de 6 thèmes, les points forts étaient, pour :

- l’ensemble du dispositif : 79 usagers,
- le contenu de l’atelier : 68 usagers,
- les intervenants : 35 usagers,
- l’ambiance : 28 usagers,
- les échanges : 8 usagers,
- l’accueil : 7 usagers.

*d. Ce qu’il faut améliorer*

Concernant les points négatifs du dispositif, 8 ont cité la communication en amont de l’atelier, 6 l’organisation (la fréquence des passages du bus, les horaires ou encore la diffusion des plannings plus précocement), 3 l’accès au bus et également 3 pour le contenu de l’atelier (par exemple pour l’atelier tabac : « *sujet non intéressant pour moi car non fumeur* »).

e. *Recommandation de l'atelier à un proche*

Sur la totalité des 305 questionnaires, 282 personnes recommanderaient l'atelier à un proche, 3 ne le recommanderaient pas et 20 n'ont pas répondu.

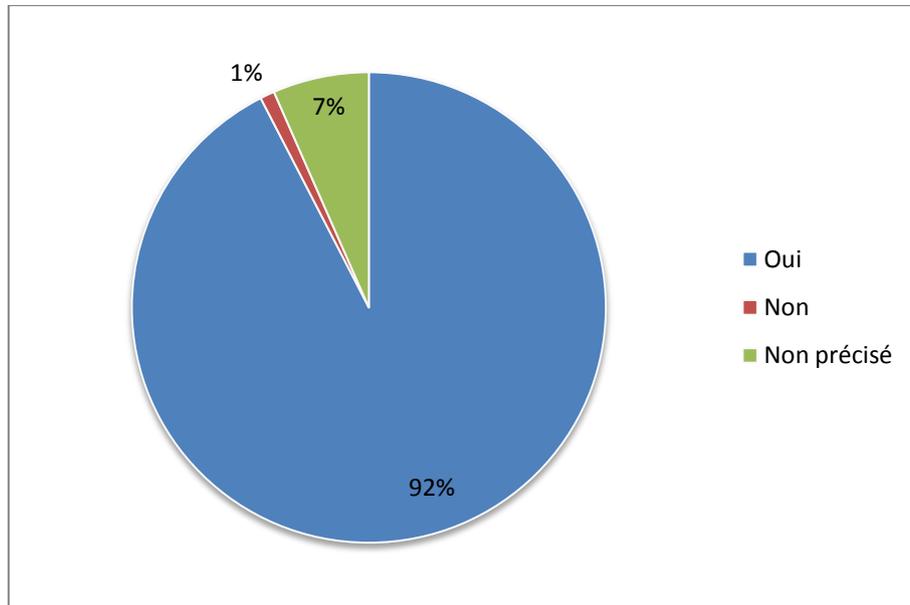


Figure 20 : Répartition des réponses à la question « Recommanderiez-vous cet atelier à un proche ? »

Les 3 personnes qui ne recommanderaient pas l'atelier se trouvaient à Fronsac. Parmi elles, 2 personnes ayant participé à l'atelier « La mémoire en mouvement » ont précisé la raison :

- « je ne pense pas que ça l'intéresserait »,
- « il n'a pas beaucoup de disponibilité ».

Il n'y a pas de précision de la part de l'utilisateur ayant répondu « non » à l'atelier « Sophrologie ».

f. *Terme décrivant l'atelier par les participants*

Dans les qualificatifs désignant les ateliers, 6 thèmes sont abordés. Ils sont répertoriés dans le tableau 8.

Thèmes	Qualificatif	Nombre	Sous-total
Satisfaction générale	très intéressant/intéressant	41	137
	très satisfaisant/satisfaisant	13	
	très bien/bien/bon	50	
			53

	<b>super</b>	12	
	ravi	2	
	génial	1	
	<b>merci</b>	17	
	parfait	1	
<b>Ambiance</b>	bonne ambiance	4	30
	<b>très sympathique/sympathique/ambiance sympathique</b>	8	
	<b>très agréable/agréable</b>	11	
	plaisant	2	
	amusant	2	
	gai	1	
	content	1	
	très accueillant	1	
<b>Bien-être</b>	bien-être	3	27
	cool/zen	3	
	relaxant	3	
	<b>détente</b>	7	
	très motivant/motivant	2	
	reconnection de soi	1	
	nécessaire pour une amélioration de santé	1	
	ça m'a aidé	1	
	déconnection	1	
	très bénéfique	1	
	le sommeil, l'équilibre	1	
	tout ce que j'ai fait m'a fait beaucoup de bien	1	
	écologique	1	
	oxygénation et reprise de conscience de soi dans son environnement	1	
<b>Apprentissage</b>	<b>très enrichissant/enrichissant</b>	11	45
	<b>très instructif/instructif</b>	16	
	pratique	3	
	travailler le cerveau	2	
	savoir en plus	1	
	vérité	2	
	informatif	1	
	connaissances approfondies	2	
	on apprend des choses/apprendre/j'ai appris beaucoup de choses	4	
	nécessaire	2	
	correspond à mes attentes	1	
<b>Accessibilité</b>	très compréhensible	1	35
	explications très claires	1	
	efficacité	1	
	<b>simple/simple à réaliser/facile</b>	5	
	bonne information	1	
	<b>utile</b>	6	
	<b>très ludique/ludique</b>	8	
	sécurisant	1	
	découverte	2	
	didactique	1	

	clair/net	2	
	complet	2	
	bon à revoir	1	
	adapté à tout le monde	1	
	patience de l'animatrice	1	
	accessible	1	
<b>Partage</b>	partage	3	15
	<b>très convivial/convivial</b>	7	
	rencontres	1	
	réunion amicale	1	
	à refaire avec les copines et à conseiller à d'autres	1	
	m'élargir l'horizon et me trouver dans ma situation réelle,	1	
	aussi socialement je sors de mon isolement	1	
	amical	1	

Tableau 8 : Verbatim des qualificatifs des ateliers

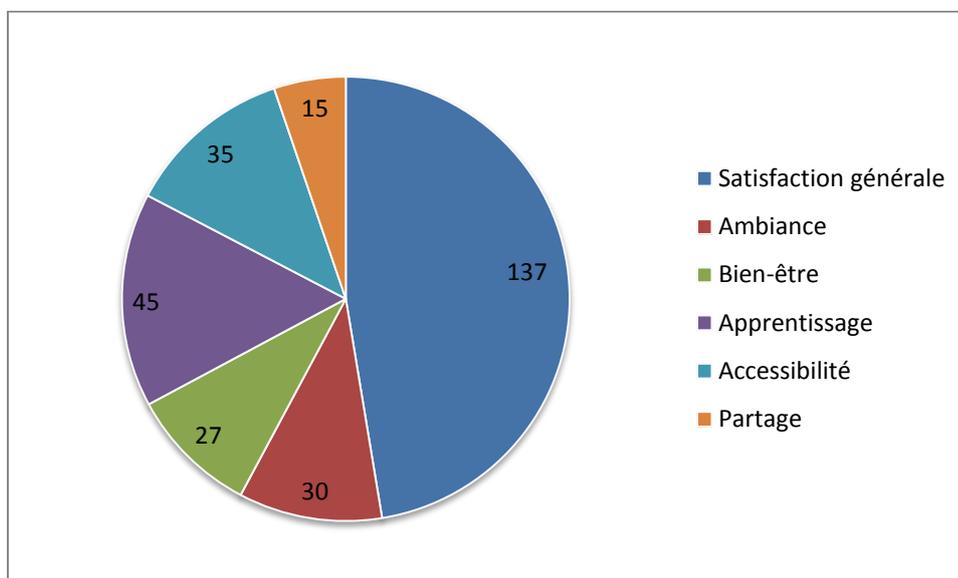


Figure 21 : Répartition des qualificatifs en fonction du thème

## V. DISCUSSION

### A. Analyse critique des résultats

#### 1. Profil des usagers

Il n'y a pas eu le même nombre de participants dans toutes les communes où le bus est passé. Les communes ayant eu le plus de succès sont : Fronsac, Eglisottes, Guîtres et Branne.

Nous avons recueillis 72 profils.

Nous avons sollicité la participation d'autres associations intervenant dans le même cadre que le dispositif PSAC : le maintien de l'autonomie des seniors en ruralité :

- Proxisanté ne nous a pas communiqué leurs résultats faute de disponibilité,
- l'ASEPT nous a quant à elle fait parvenir son évaluation de l'année 2016 afin que nous puissions comparer nos résultats aux leurs (25) et nous les remercions de cette collaboration qui nous a permis d'enrichir ce travail.

#### a. Commune de résidence

La majorité des usagers a participé aux ateliers dans leur commune de résidence ou dans une commune proche (moins de 5 km). Seulement 2 personnes ont fait un déplacement de plus de 15 km. Le rayonnement maximal des ateliers est de 19,2 km avec une moyenne de 3 km. Pour l'ASEPT, ce rayonnement allait jusqu'à 27,9 km pour une moyenne à 2,8 km en 2016 (25).

Le rayonnement semble adapté puisque l'un des objectifs du dispositif est d'aller au contact de la population ciblée et de réduire les distances que les usagers doivent faire pour bénéficier des ateliers.

#### b. Genre

Dans la population étudiée, on retrouvait une grande majorité de femmes (90%). Même si une population majoritairement féminine était attendue, ce n'est pas représentatif de la population générale. En effet, le sex ratio de l'étude était de 0,1 alors que le sex ratio de la population libournaise de plus de 60 ans est de 0,79 (26) et de 0,87 pour la population française (27).

Cette dominance féminine importante était aussi retrouvée lors des ateliers proposés par l'ASEPT. En effet, pour l'année 2016, la population accueillie était à 85% des femmes (25).

Cette grande prédominance féminine a plusieurs explications. La répartition de la population de plus de 60 ans met en évidence une majorité de femmes car l'espérance de vie est plus importante pour celles-ci. En effet, elle est de 79,5 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes (1). Par ailleurs, les femmes seraient plus réceptives à la prévention en santé, elles auraient donc plus de chance d'être surreprésentées dans la population que nous étudions. Les hommes auraient, quant à eux, une attitude plutôt indifférente par rapport à la prévention. En effet, les femmes considèreraient leur santé comme importante dans leur vie dans une plus grande proportion (47% contre 41% chez les hommes), elles seraient aussi plus nombreuses à être prêtes à se priver pour allonger leur espérance de vie (34% contre 26% pour les hommes) (28). De plus, certains thèmes abordés lors de certains ateliers sont susceptibles de s'adresser à un public plutôt féminin comme par exemple « Prendre soin de soi avec un petit budget ». Enfin, lorsqu'on demande aux participantes d'amener leur mari, elles précisent qu'ils « *n'aiment pas les réunions* », que « *ça ne les intéressent pas* ».

### *c. Age*

La moyenne d'âge était de 70,3 ans avec une médiane équivalente pour des participants de plus de 55 ans. Cet âge correspond à nos attentes, puisque qu'il s'agit l'âge moyen de la diminution d'autonomie (29).

Cette moyenne d'âge est très proche de celle des usagers participants aux ateliers de l'ASEPT qui eux avaient une moyenne à 70,5 ans (25).

Notre population est donc constituée d'une population de plus de 55 ans, la suite de la discussion compare notre population à une population de plus de 60 ans qui est donc un peu différente et peut entraîner un biais.

### *d. Socio-professionnel*

Concernant le statut conjugal, la majorité (55%) des personnes vivaient seules. La proportion est inversée entre 55 et 80 ans pour les populations du Libournais et française, ce n'est qu'à partir de 80 ans qu'il y a plus de personnes vivant seules. Nous avons donc une surreprésentation des personnes vivant seule dans notre échantillon que se soit par rapport à la population libournaise ou à la population de l'ASEPT puisque seulement 41% de leurs participants vivaient seuls (25) (26) (30).

La grande majorité (65% des participants) avaient de la famille proche dont 1% cohabitait avec de la famille. Seuls 10% n'avaient pas de famille. Ils étaient également nombreux à recevoir des visites (68%) ou des appels téléphoniques (74%) de la part de leur famille. Toutefois 15% n'avaient aucun contact familial, ce qui représente une proportion significative de personnes en isolement familial. En plus des contacts familiaux, on remarque que beaucoup de personnes recevaient des visites du voisinage ou de leurs amis fréquemment car ils étaient 71% à avoir des visites quotidiennes ou hebdomadaires, tandis que 18% n'avaient aucune visite. Malgré la fréquence plutôt régulière et élevée de ces visites, ils étaient 38% à déclarer ressentir un sentiment de solitude.

La répartition des catégories socio-professionnelles de notre population était également différente de celle du Libournais et de la France. En effet, on comptait près de 3 fois plus d'agriculteurs (7% contre 2,6% dans le Libournais et 1,1% en France), 2 fois plus d'artisans et commerçants (15% contre 6,4% dans le Libournais et 4,8% en France), près de 2 fois moins de cadres et fonctions supérieures (12% contre 24,9% dans le Libournais et 31,7% en France), 1,6 fois plus d'employés (36% contre 23,7% dans le Libournais et 22,6% en France), 3 fois moins d'ouvriers (7% contre 23,4% dans le Libournais et 17,4% en France) et 2 fois moins de personnes sans emploi (10% contre 19% dans le Libournais et 22,4% en France). Ceci peut être expliqué par le caractère rural des communes où le bus est passé. En effet, les emplois surreprésentés en ruralité sont généralement les agriculteurs, les artisans et commerçants et les ouvriers (31). La proportion d'ouvriers était cependant très faible dans notre échantillon, les personnes peu diplômées seraient en effet méfiantes vis-à-vis de la prévention en santé (28). Notons aussi la notion de temporalité, car la répartition des catégories socio-professionnelles a évolué. Les personnes interrogées étaient à la retraite depuis plusieurs années.

Les données communiquées par l'ASEPT ne nous ont pas permis de comparer nos échantillons, puisque dans leur évaluation, les usagers devaient indiquer leur niveau d'étude. Ainsi, ils étaient 55% à avoir un niveau d'étude primaire (avant le bac), 23% secondaire (jusqu'au bac) et 22% un niveau d'étude supérieur (25).

Enfin, pour les loisirs, 63% déclaraient avoir des occupations à leur domicile et la proportion était encore plus grande (67%) pour les activités en dehors du lieu de résidence. Ils ne sont que 11% à ne pas avoir de passe-temps. Même si cette proportion peut paraître élevée, 68% désiraient avoir plus d'activités. En effet, parmi les personnes ayant des distractions, la « qualité sociale » de celles-ci semble limitée comme la télévision par exemple. La quantité d'activité peut aussi être insuffisante pour combler les périodes d'ennui.

### *e. Autonomie*

Du point de vue de l'autonomie, la plupart des usagers (67%) ne bénéficiait d'aucune aide, ce qui correspond encore une fois à la population visée par le dispositif, puisque le but est de maintenir l'autonomie des plus de 60 ans. Pour cela, il faut donc que la population participant aux ateliers soit en bonne santé. Parmi les personnes bénéficiant d'aides, celle au ménage était la plus fréquemment retrouvée avec 23% des usagers, puis l'aide aux courses (9%) et la téléalarme (7%). Seulement 4 personnes avaient une aide financière, notamment l'AAH et les APL. Notons qu'aucune personne ne bénéficiait d'aide réservée aux personnes âgées telle que l'Allocation Solidarité aux Personne Agées (ASPA) par exemple.

Le dispositif étant à visée préventive, les usagers que nous souhaitons atteindre était la population générale de plus de 60 ans. Or, 56% d'entre eux déclaraient avoir un problème de santé ayant un retentissement au quotidien et 44% avait une ALD, ce qui représente dans les deux cas des proportions assez importantes de notre échantillon. 94% des usagers avaient un médecin traitant, ce qui est supérieurs aux 89,7% de la population française ayant un médecin traitant fin 2011 (32).

Enfin, 31% des personnes avaient des difficultés pour se déplacer bien qu'elles possédaient, dans 79% des cas, une voiture et pouvaient conduire dans 76% des cas. Les limitations de déplacements peuvent être un frein à l'autonomie et à la socialisation, surtout en milieu rural où les services peuvent être plus éloignés (commerces, cabinet médical,...). Ici, ils étaient près d'un tiers à en pâtir. La mobilité des personnes âgées a été étudiée lors d'ateliers en mai et juin 2015 dans le Pays-de-la-Loire afin de mieux connaître les obstacles rencontrés lors des déplacements et de proposer des solutions. Il en ressortait 3 idées prédominantes : les attentes des usagers touchent tous les modes de transport (individuels, collectifs, longs et courts trajets), les participants renoncent souvent aux trajets « de confort » alors qu'ils sont importants lorsqu'on parle de socialisation et d'isolement, enfin les spécificités du public âgé impliquent souvent le besoin d'un accompagnement humain et une communication adaptée (33).

## **2. Questionnaires de connaissances et de satisfaction**

La participation aux questionnaires pour les 6 différents ateliers était fluctuante. En effets, 3 ateliers avaient d'excellents taux de participation : l'atelier « Sophrologie » avec 99%, l'atelier « Tabac » avec 96% et l'atelier « La mémoire en mouvement » avec 85%. Au contraire, le taux de participation au questionnaire de l'atelier « Les médicaments du sommeil et de l'angoisse » n'atteignait même pas la moitié des personnes qui ont fait l'atelier, soit 44%. La longueur de l'atelier en est peut être la cause, car du retard a souvent été pris lors du déroulement de celui-ci compte-tenu de son contenu dense, certains usagers ont pu partir avant la fin et ne pas remplir le questionnaire.

### a. Acquisition des connaissances

En comparant les résultats « avant-après » de chaque atelier, on notait une progression nette des résultats. Cette progression était dans tous les ateliers une amélioration du score de bonnes réponses. De plus, la différence du nombre de bonnes réponses « avant-après » l'intervention était hautement significative avec des  $p < 0,01$ .

Sur la note générale, tous ateliers confondus, la moyenne passait de 1,92 bonne réponse sur 4 questions à 3,29 points sur 4 après les ateliers, soit une progression de 41,6% : cette marge de progression est satisfaisante.

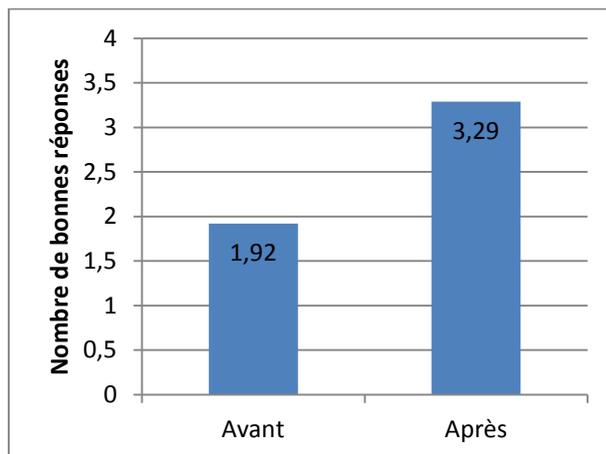


Figure 22 : Résultats généraux des questionnaires de connaissance

#### ✓ Atelier « Sophrologie »

Les connaissances des usagers sur la sophrologie étaient donc moyennes avant l'atelier puisque environ la moitié de leurs réponses étaient bonnes (2,04 points sur 4). Selon un sondage réalisé en 2014 pour la Chambre Syndicale de la Sophrologie, sur une population âgée de plus de 15 ans, la majorité des personnes avaient une bonne interprétation de la sophrologie ce qui serait donc plus important que dans notre échantillon. Dans cette étude, ils étaient 37% à apparenter la sophrologie à la relaxation, 12% à une aide à la gestion du stress, 11% au développement de la conscience individuelle, 9% à des exercices sur la respiration, 5% à améliorer le bien-être. Au total, 18% ne se prononçaient pas et 3% pensaient à tort que la sophrologie pouvait soigner et autant avaient des remarques négatives à son sujet (34). Après l'atelier les connaissances progressaient nettement avec un gain de 1,53 point sur 4, le nombre de bonnes réponses passait alors à 3,57 sur 4, soit une progression de 42,9%. Ce résultat montre que l'atelier a amélioré les connaissances sur la sophrologie.

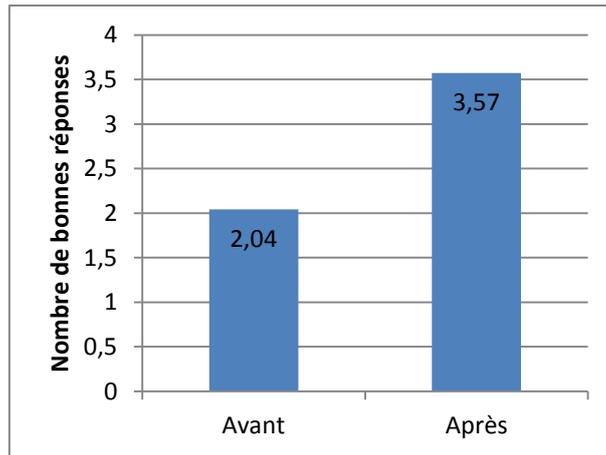


Figure 23 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Sophrologie »

✓ Atelier « Tabac »

L'état des connaissances de notre échantillon sur le tabac avant l'intervention était plutôt faible. En effet, la moyenne avant l'atelier était de 1,7 bonne réponse sur 4. Ce résultat semble rejoindre celui d'une enquête sur les connaissances des effets néfastes du tabac chez les franciliens de 55-75 ans. Les données mettaient en évidence que dans l'échantillon interrogé, les connaissances sur les risques sanitaires du tabac étaient « *souvent incomplètes, imprécises et moindres* » que celles des personnes plus jeunes, et d'autant plus marquée chez les fumeurs. Quand on questionnait les personnes sur les 2 facteurs qui permettent le plus d'agir sur la santé parmi une liste de 7 facteurs, seuls 18% des fumeurs âgés de 55 à 75 ans citaient le tabac contre 32% des fumeurs de 18-54 ans (35).

Les résultats après l'atelier étaient toutefois encourageants. En effet, les connaissances progressaient de 2,09 points sur 4 pour atteindre un score de 3,79/4, soit 55,6% de progression. Cette évolution était la deuxième plus importante constatée sur tous les ateliers.

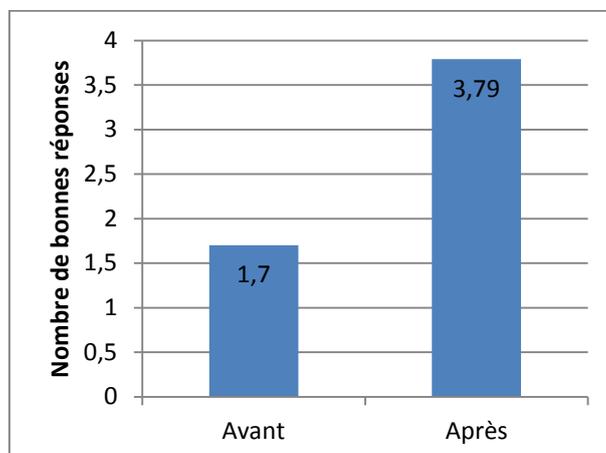


Figure 24 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac »

Cependant les résultats des deux questionnaires tabac différaient l'un de l'autre. Quand la marge de progression du questionnaire « Tabac 1 » était de 37,9%, l'amélioration de 83,8% des connaissances du questionnaire « Tabac 2 » était nettement supérieure.

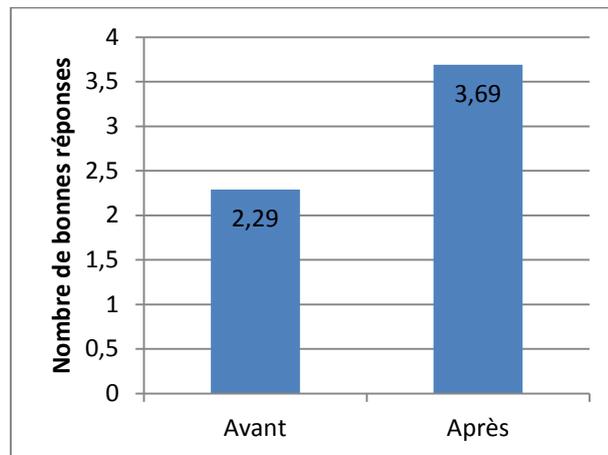


Figure 25 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac 1 »

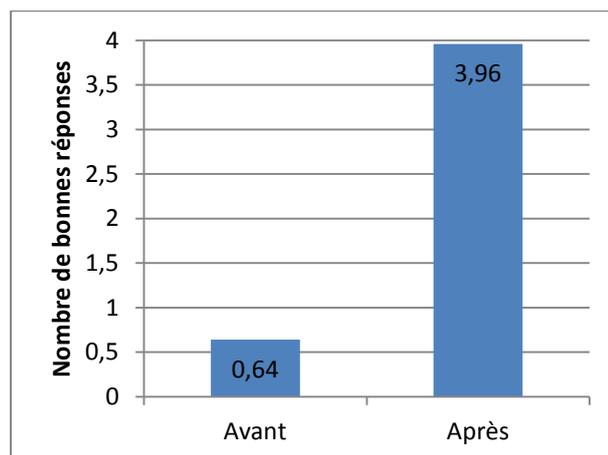


Figure 26 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Tabac 2 »

✓ Atelier « La Mémoire en mouvement »

Les connaissances générales des usagers sur la mémoire étaient moyennes. Il s'agissait parmi tous les ateliers testés du deuxième meilleur résultat avant l'atelier. Après l'atelier, les usagers ont augmenté leur résultat de 1,04 point, soit une progression de 32,8 %, modérée par rapport à d'autres ateliers.

Nous n'avons pas trouvé d'évaluation portant sur les connaissances des participants sur les troubles mnésiques mais il existe cependant des publications sur les connaissances sur la maladie d'Alzheimer. Ainsi, une enquête menée par le Centre de gérontologie de l'Université de Zurich a évalué les connaissances sur la maladie d'Alzheimer d'un échantillon

de personnes en Suisse. Il a donc été retrouvé que les connaissances sur cette pathologie étaient variables. En effet, certains aspects sont bien connus de la population comme le fait qu'il n'y ait aucun traitement curatif connu à ce jour ou que l'incidence de la maladie va augmenter. Cependant, les symptômes, en dehors des troubles de la mémoire, mais aussi les moyens de prévention semblent plutôt méconnus. A peine plus de la moitié des personnes interrogées savaient qu'il existait des mesures de prévention pour réduire le risque de démence (36).

L'évaluation du « parcours mémoire » composé de 10 séances de l'ASEPT montrait un impact positif sur la concentration et la capacité à mémoriser les informations du quotidien (le score passant de 73,4% à 75%) ainsi qu'une amélioration du niveau d'activité physique légère (de 90% à 93,7% pour le ménage/jardinage et de 68,6% à 71,5% pour la marche/vélo) (25).

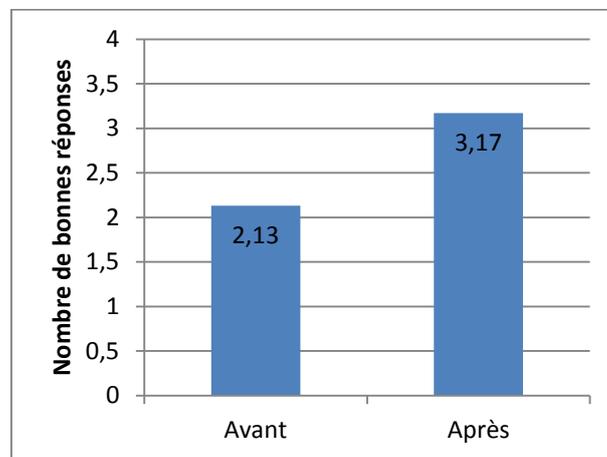


Figure 27 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « La mémoire en mouvement »

✓ Atelier « Prendre soin de soi avec un petit budget »

En ce qui concerne l'évaluation de départ pour cet atelier, les connaissances étaient moyennes, soit de 2,04 réponses justes sur 4. Aucune enquête n'a été retrouvée pouvant servir de comparatif à notre questionnaire.

L'évolution après l'atelier était très satisfaisante puisque il y avait un gain de 45,5%.

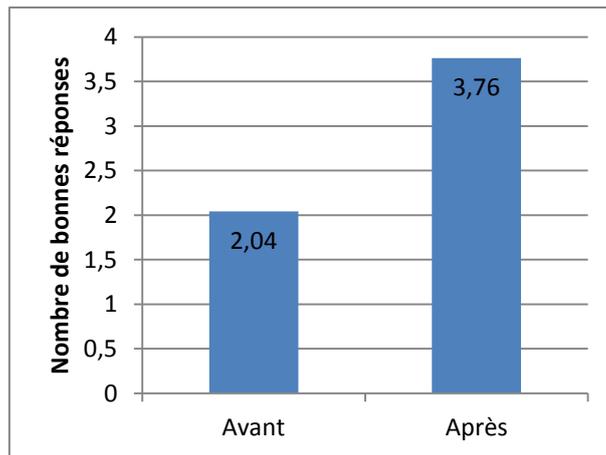


Figure 28 : Résultat du test de connaissance de l’atelier « Estime de soi »

✓ Atelier « Dompter son téléphone »

Le nombre de bonnes réponses avant l’atelier était de 1,41 sur 4 questions. La faible proportion de séniors possédant un téléphone mobile ou un smartphone peut expliquer la méconnaissance du sujet. Un rapport du Centre de Recherche pour l’Etude et l’Observation des Conditions de vie (CREDOC) de 2015 a comptabilisé le taux d’équipement mobile en fonction de l’âge. Si 92% des 60-69 ans possédaient un téléphone mobile, ce taux chutait à 71% pour les 70 ans et plus. En ce qui concerne les smartphones le taux passait à 35% pour les 60-69 ans, pour chuter à 15% seulement pour les personnes de 70 ans et plus (37).

L’évaluation des connaissances après l’atelier révélait une nette amélioration des réponses correctes aux questions avec une progression de 62,1%. Il s’agissait de la meilleure progression sur tous les ateliers.

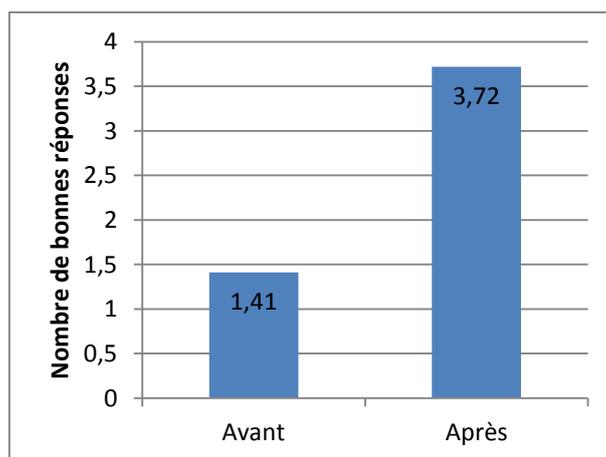


Figure 29 : Résultat du test de connaissance de l’atelier « Dompter son téléphone »

✓ Atelier « Les médicaments du sommeil et de l'angoisse »

Les résultats avant l'atelier étaient les plus hauts constatés avec une moyenne de 2,4 bonnes réponses sur 4 questions. Dans sa thèse de pharmacie, C. Larrouturou a évalué les connaissances des personnes âgées sur les médicaments psychotropes dont les anxiolytiques et somnifères font partis. Elle a donc montré que les connaissances étaient plutôt bonnes au sujet des anxiolytiques, mais les résultats étaient moins bons quant aux hypnotiques. Les connaissances manquaient notamment sur les durées de prescription et les conditions d'arrêt (38).

La marge de progression pour cet atelier était donc un peu moindre que pour les autres ateliers, de moins d'un point. Le résultat final n'en restait pas moins satisfaisant avec 3,35 bonnes réponses sur 4 questions soit une amélioration de 28,4%.

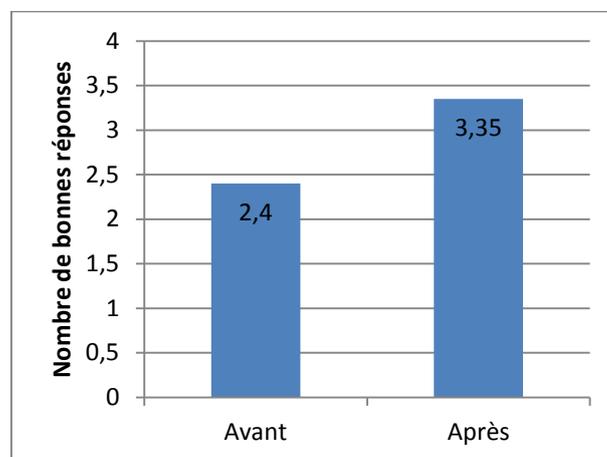


Figure 30 : Résultat du test de connaissance de l'atelier « Les médicaments du sommeil et de l'angoisse »

*b. Evaluations du dispositif par les usagers*

✓ Mode de recrutement

Nous avons voulu savoir par quel moyen les usagers avaient été recrutés. Dans une grande majorité des cas, ils ont connu le dispositif PSAC par l'équipe elle-même, à 42%. La mairie et le bouche à oreille ont aussi bien fonctionné avec des parts significatives de l'effectif total, respectivement 25% et 24%. Les professionnels de santé ont quant à eux peu relayé l'information (seulement 7%). Notons qu'aucun des usagers n'a connu le dispositif par la presse. Nous n'avons pas trouvé d'autres études portant sur le mode de recrutement au sein d'un dispositif de prévention en santé.

## ✓ Satisfaction générale

En ce qui concerne la satisfaction des usagers, la grande majorité des réponses était « très satisfaisant » (70%), les usagers étaient « satisfaits » à 20%, soit une satisfaction globale à 90%. La proportion d'usagers qui n'étaient pas satisfait ou moyennement était très faible : 27 avis « moyen » et 4 avis « insatisfaisant », soit 1,4% sur le total des 1830 évaluations (305 questionnaires de 6 critères).

## ✓ Satisfaction par critère d'évaluation

### • Attentes

Au critère « Cet atelier a répondu à mes attentes », les trois quarts des usagers ont répondu très satisfaisant de manière générale. La proportion était à peu près la même dans tous les ateliers excepté dans l'atelier « médicaments » où il y avait presque autant de satisfaits que de très satisfaits. Il est à noter également que l'atelier « tabac » n'a que moyennement répondu aux attentes de 2 usagers. Ces 2 personnes ont précisé que le thème du tabac était peu pertinent puisqu'elles déclaraient ne pas fumer. Nous pourrions nous demander la raison de leur inscription à un tel atelier dans ce cas. Une des hypothèses est qu'elles ont pu accompagner une autre personne intéressée par le thème ou venir pour trouver des leviers pour motiver un proche ?

### • animateur

Il s'agissait du critère le mieux noté par les usagers avec 81% de réponses « très satisfaisant ». Dans chaque atelier il occupait la première place (sauf pour l'atelier « mémoire » où il est devancé par l'accueil). Encore une fois pour l'atelier « médicaments », la proportion de « satisfaisant » et de « très satisfaisant » s'équilibrait. On peut donc en déduire que la qualité des animateurs était constante quel que soit le thème de l'atelier.

### • Contenu de l'atelier

C'était le deuxième critère le mieux noté avec 76% d'usagers très satisfaits sur la totalité des ateliers. On relevait 2 évaluations « moyennes », une lors de l'atelier « sophrologie » et l'autre lors de l'atelier « médicaments ».

- Le bus

La satisfaction des usagers sur le bus était un critère important. Il a séduit 60% des participants qui en ont été « très satisfaits ». Le taux de « satisfait » était à peu près équivalent aux autres critères avec près de 17%. On note cependant qu'il y a eu beaucoup d'abstentions (plus de 20%). En effet, certains ateliers n'étaient pas faits dans le bus, soit à cause du nombre de participants (tous les ateliers de plus de 6 participants), soit à cause de la nature même de l'atelier (l'atelier « La mémoire en mouvement » ne pouvait pas se faire dans le bus). Certains usagers ont tout de même répondu à l'item « bus » lors des ateliers sans bus car ils le connaissaient et avaient déjà participé à un atelier dans celui-ci.

- L'accueil

L'accueil était, pour les usagers, un autre point fort du dispositif. Il était en troisième position juste après le « contenu » avec 75% de « très satisfait ». La tendance générale se retrouvait dans presque tous les ateliers sauf l'atelier médicaments où il y avait autant de « satisfaits » que de « très satisfaits ». 2 personnes de l'atelier sophrologie ont moyennement apprécié l'accueil.

- La communication en amont de l'atelier

Il s'agissait du critère le moins bien noté. En effet, le constat était le même dans tous les ateliers, avec 1% des personnes qui ont coché « insatisfaisant », 7% de « moyen » et seulement 54% de « très satisfaisant », la communication avant l'atelier était le point faible du dispositif. C'est lors des ateliers « tabac » et « sophrologie » qu'elle était le plus sévèrement notée. La tendance restait la même en fonction des villes. Cela montre donc que quelque soit l'atelier ou la commune, la communication reste un point à améliorer.

- ✓ Commentaires libres sur les points à améliorer du dispositif

Les observations précédentes se retrouvent dans les commentaires sur les améliorations à faire pour le dispositif puisque la communication était majoritairement citée (8 fois au total). Ensuite, venait l'organisation générale avec 6 occurrences puis le bus et le contenu des ateliers.

Le fait que la communication en amont des ateliers ait été un des points faibles peut s'expliquer par le manque de « publicité ». Même si divers supports ont été employés, leur quantité ou qualité n'était suffisamment pas importante (affiches, flyers, ...) et aurait mérité une visibilité plus marquée. La majorité des personnes ont connu le dispositif via des

échanges avec un des membres de l'équipe directement ou par le bouche à oreille, mais rarement par d'autres moyens. Le passage d'une équipe pour informer et expliquer les objectifs du dispositif auprès des professionnels de santé (médecin généraliste et infirmiers libéraux) en amont pourrait être envisagé. Les commerçants sur les marchés peuvent également être une ressource judicieuse. Souvent, ils vont dans différentes villes d'un territoire et peuvent dispenser des informations dans des communes où le bus ne passe pas. Le support n'était peut être pas adapté à la population visée comme la page Facebook qui peut sembler peu accessible par les seniors qui ne maîtrisent pas toujours très bien les réseaux sociaux et l'informatique. La présence dans la presse locale qui est susceptible d'être lue par les potentiels participants, mais aussi à la radio pourrait permettre de toucher un plus large public.

La communication de l'ASEPT semble plus efficace, sa collaboration étroite avec les caisses de retraite leur offre une bonne visibilité. La présence de stands sur de nombreux événements comme par exemple la tournée de la comédie musicale « Avant j'étais vieux » proposée par la CARSAT Aquitaine, la MSA Gironde et la SSI Aquitaine, des forums ciblant les personnes âgées leur procure un recrutement en participants assez satisfaisant.

Afin d'améliorer cette communication, nous pourrions nous inspirer de l'ASEPT et nous rapprocher des caisses de retraite ou des mutuelles qui proposent des prestations publiques qui ciblent une population susceptible d'être intéressé par les ateliers du Prév'enBus.

#### ✓ Commentaire libres sur les points positifs du dispositif

Pour les commentaires libres concernant les points forts du dispositif, la répartition change un peu. Dans une grande majorité des commentaires, l'ensemble du dispositif était cité (pour 79 évaluations), venait ensuite le contenu de l'atelier (68 évaluations) puis les intervenants et l'ambiance, quant à l'accueil il n'est cité que par 7 usagers. La globalité des ateliers a plu aux usagers et ils ont trouvé pertinent de souligner que le contenu ainsi que les intervenants étaient des points importants qu'ils avaient aussi particulièrement apprécié. Le caractère social du dispositif a été souligné par 8 personnes, c'est ici un point important puisque cette notion de partage et de rupture avec l'isolement est essentielle au maintien de l'autonomie.

#### ✓ Recommandation à une connaissance

Une majorité (92 % de réponses favorables) d'usagers recommanderait les ateliers à d'autres personnes contre seulement 1% qui ne recommanderaient pas l'atelier auquel elles ont participé. Toutefois, en analysant les commentaires de 2 des personnes ayant répondu

non, ce n'est pas la qualité des ateliers qui a motivé cette réponse négative mais plutôt le fait que leurs proches ne seraient, soit pas intéressés, soit pas disponibles pour les ateliers.

Ce résultat est encourageant, il serait donc intéressant de l'exploiter en stimulant les personnes accueillies pour qu'elles en parlent autour d'elles et même à recruter de nouveaux participants, plus particulièrement des personnes isolées. De la documentation avec les démarches à suivre pour s'inscrire aux ateliers peuvent leur être distribuée pour faciliter la diffusion des informations à des voisins ou des amis.

#### ✓ Qualificatifs des ateliers

Les qualificatifs décrivant les ateliers étaient des commentaires positifs. Rappelons que les usagers pouvaient utiliser 3 qualificatifs. La majorité de ces qualificatifs évoquait la satisfaction générale des usagers (137 commentaires avec notamment beaucoup de « bien », « très intéressant » ou encore « merci »), venaient ensuite la notion d'apprentissage avec des citations comme « très enrichissant » ou encore « instructif » et la pédagogie des ateliers comme par exemple « ludique » ou « simple ». Ces deux thèmes étaient cités respectivement 45 et 35 fois. Les qualificatifs faisant références au bien-être étaient souvent retrouvés sur les questionnaires de l'atelier « Sophrologie ». Enfin, l'ambiance et la notion de partage, avec des termes tels que « convivial » ou bien « rencontres », font encore une fois ressortir le côté social du dispositif, qui est un point important puisqu'il s'agit d'un des piliers du « Bien Vieillir ». En effet, si la santé physique et cognitive est importante, le paramètre psychosocial l'est tout autant. D'après M. Gangbè et F. Ducharme, les sources du « Bien Vieillir » reposent sur les interactions sociales, la satisfaction face à la vie et le bien-être. L'accent est également mis sur la poursuite des activités de l'individu et sa capacité à être intégré à la société ainsi qu'à son utilité dans celle-ci (39).

## ***B. Forces et faiblesses de l'étude et du dispositif***

### **1. Forces**

#### *a. Du dispositif*

#### ✓ Le bus

L'un des points fort du dispositif, c'est l'utilisation d'un outil original et peu employé dans le domaine de la prévention en santé. En effet, le bus a un aspect évènementiel qui peut être attrayant et ludique et ainsi attirer la population.

C'est également, grâce au bus, un dispositif qui vient au contact de la population visée. En effet, contrairement à un dispositif de prévention classique, où le public ciblé fait la démarche d'aller participer à un atelier, le bus se rapproche des personnes concernées. Ceci est un atout important surtout dans des zones rurales qui souffrent d'un certain isolement, d'autant plus que 31% de la population que nous avons étudiée déclarait avoir des difficultés à se déplacer. La notion « d'aller vers » la population permet aussi à l'équipe d'intervention de mieux appréhender l'environnement dans lequel l'utilisateur évolue habituellement (40).

#### ✓ Les ateliers et intervenants

Le dispositif PSAC est d'une grande polyvalence. En effet, il propose une vingtaine d'ateliers de prévention différents de la nutrition à l'activité physique en passant par des ateliers sur le bien-être ou le tabac. Même si les ateliers ne portent pas tous sur des sujets purement médicaux, ils participent tous au maintien de l'autonomie des seniors.

Les actions menées par l'ApiAdiBus de l'association Proxisanté se concentrent essentiellement sur l'activité physique et la diététique. L'ASEPT propose un plus large choix d'ateliers (vitalité, équilibre, bien-être, retraite, nutrition, mémoire,...) cependant ils n'animent pas à ce jour à notre connaissance d'atelier sur la manipulation des nouvelles technologies (internet, téléphone, ...), l'addictologie ou bien de remise en beauté par exemple.

Les ateliers de cuisine animés par des professionnels consistent en des démonstrations et des manipulations par les participants. Ceux-ci rentrent chez eux avec le plat confectionné. Les préparations alimentaires s'inscrivent dans des thèmes de santé nutritionnelle différents : cuisiner moins salé, plus léger, plus sainement. Les interventions culinaires, dont le but principal est la prévention en santé spécifiquement chez les seniors, sont rares en ruralité. La Banque Alimentaire de Gironde a créé en 2005, un camion aménagé dans le cadre du projet « Cuisine mobile » qui dispense des ateliers à des personnes de tous âges en situation de précarité. Le but est de prévenir les déficiences nutritionnelles chez ces personnes à risques, mais aussi de contribuer à leur réinsertion sociale. Le camion s'est rendu dans 125 structures d'aides alimentaires en milieu rural (41) (42).

Les ateliers sur l'estime de soi sont aussi un point fort. L'originalité des thèmes proposés et l'animation par des socio-coiffeuses ou esthéticiennes permet d'allier l'utile grâce aux informations apportées, à l'agréable avec notamment des mises en pratique avec maquillage et la fabrication de cosmétiques que les usagers rapportent chez eux.

La pluridisciplinarité est un autre point fort du dispositif. En effet, sa polyvalence implique une équipe qui emploie des intervenants divers. Elle est composée de médecins,

infirmières, éducateurs, psychologues, sophrologues, enseignants en activité physique adapté,... Cela apporte au projet une vision croisée sur les ateliers qui s'enrichissent de compétences variées et complémentaires.

#### ✓ Gratuité

La gratuité est un avantage important des ateliers. En effet, comme il s'agit de prévention, le but est d'attirer le plus de personnes et notamment une partie de la population qui aurait moins accès au soin. Le critère financier est donc à prendre en compte et le fait que notre dispositif soit gratuit permet à tous d'y accéder. Initialement, une participation de 5 euros avait été envisagée pour les ateliers de cuisine. La notion d'accessibilité étant un point majeur, cette contribution a été abandonnée pour être sollicitée auprès des mairies (sous forme d'une cotisation annuelle permettant l'achat de denrées) afin de ne pas avoir de sélection financière. Cette gratuité a été possible grâce au soutien de la Conférence de Financeurs.

#### ✓ Un point d'appui pour la prévention

Le passage d'un dispositif de prévention en santé en ruralité, dans un contexte de désertification médicale, est un privilège. Il constitue un point d'appui sur lequel de futurs projets de prévention peuvent reposer. En effet, les ressources locales ont été mises à contribution et peuvent donc se saisir de l'occasion pour enclencher un processus de prévention à une échelle plus petite (sur la commune ou les communes avoisinantes).

#### ✓ Rupture de l'isolement

Les ateliers se font en petits groupes et favorisent donc les échanges et les contacts sociaux. Les participants font de nouvelles rencontres et rompent avec un isolement dont 38% des participants déclaraient ressentir, ils étaient également 55% à vivre seuls. La taille plutôt modeste des groupes facilite les interactions entre les usagers mais aussi avec l'équipe de Prév'enBus. Le dispositif Prév'enBus est alors un outil de socialisation de valeur qui grâce à une ambiance conviviale semble apporter en plus des connaissances sur le thème des ateliers, des relations humaines pour combattre le repli sur soi et la solitude.

✓ Aspect ludique des ateliers

De nombreux commentaires ont souligné le caractère ludique et convivial des ateliers. Dans notre échantillon, 65% des personnes se plaignaient de ne pas avoir assez d'activité et 13% d'entre elles n'avaient aucune activité à leur domicile ou à l'extérieur. Un des points positifs de notre dispositif est donc le côté divertissant et didactique allié à l'utile de la prévention en santé.

*b. De l'étude*

✓ Taille de l'échantillon

Nous avons étudié un échantillon d'une taille conséquente. Le nombre de questionnaires profil renseignés s'élève à 72. Ce questionnaire n'était rempli qu'une seule fois par les usagers, même s'ils venaient à plusieurs ateliers, ce qui est plus faible que le nombre de questionnaires de connaissances et satisfaction. Ces derniers étaient complétés à chaque atelier par tous les participants. Cela augmente la puissance de l'étude, puisque nous avons recueilli 305 réponses.

✓ Design de l'étude

Bien que l'évaluation d'un dispositif de prévention soit complexe à réaliser, plusieurs types d'évaluations peuvent être mis en œuvre afin d'explorer les différentes facettes qu'impliquent un projet de prévention. Nous en avons donc étudié quelques unes, comme « le processus » via les questionnaires profil pour répondre à la question : « le public atteint est-il le bon ? », et via les questionnaires de satisfaction pour répondre à la question : « comment sont perçues les activités ? ». Pour l'évaluation des résultats, nous avons utilisé les questionnaires « vrai/faux » avant et après les ateliers pour voir si ces derniers leur avaient apporté des connaissances qu'ils ne possédaient pas en arrivant. Les modalités d'évaluation sont adaptées à une action de prévention en santé (20).

De plus, la méthode d'évaluation « avant/après » est aussi un point fort de l'étude car elle est particulièrement adaptée aux évaluations en prévention, surtout lorsque la réalisation d'un groupe contrôle n'est pas possible, ce qui était notre cas. Par ailleurs, c'est une méthode rarement retrouvée dans les études car elle est très chronophage, c'est pourquoi nous avons décidé de limiter les questionnaires de connaissances à 4 items.

### ✓ Les questionnaires

L'utilisation d'un questionnaire de connaissances, sous la forme d'un « quizz vrai/faux » ludique et court, a la qualité de susciter l'intérêt de l'utilisateur et d'éviter une lassitude qu'un questionnaire plus long aurait pu entraîner. De plus, l'acquisition des savoirs est vérifiée par la correction de ce « quizz » en fin d'atelier.

Concernant la satisfaction, les usagers ont, dans une certaine mesure, osé exprimer leur insatisfaction. En effet, sur certains critères comme la communication en amont, tous les avis sont représentés, y compris « insatisfaisant ».

## **2. Faiblesses et limites**

### *a. Du dispositif*

#### ✓ Le bus

Le bus, de par son agencement, n'a pas d'accès handicapé. Même s'il est aménagé de telle sorte à pouvoir accueillir des groupes et organiser des ateliers, une rampe d'accès et autres modifications n'étaient pas envisageables ni réalisables avec les moyens alloués au projet. Le coût d'un bus avec un dispositif d'accès est très élevé, le volume d'une rampe d'accès est aussi très important. Pour qu'elle soit adaptée, il aurait fallu une longueur de 9 à 12 m. Ce point aurait donc pu nous priver de la participation de personnes à mobilité réduite. Il s'agit là d'un biais de sélection. Cependant, les personnes à mobilité réduite ont pu être accueillies car à chaque demande, l'atelier pouvait se réaliser dans une salle.

#### ✓ La pérennité

Une autre des limites du dispositif est son absence de pérennité. En effet, le financement n'a été accordé que pour une période déterminée de 1 an. Le dispositif peut être considéré comme un point d'appui pour inciter les ressources locales à mettre en place des activités de prévention mais il ne peut à lui seul être une solution à cause de cette limite temporelle. Cependant, ce projet a tout de même été renouvelé dans le Grand Libournais pour l'année 2018 avec des modifications. Devant le coût d'un circuit comportant 14 communes, seules les 8 communes ayant eu le plus de succès ont été retenues pour accueillir l'édition 2018. Un accord pour de nouveaux ateliers a aussi été obtenu (gestes qui sauvent, seniors au volant).

Le dispositif PSAC se positionne également comme une porte d'entrée vers d'autres ateliers de prévention comme les parcours de l'ASEPT (par exemple pour le thème mémoire réparti en 10 séances). Nos ateliers sont à considérer comme des séances « de premier

contact », où les participants sont invités à découvrir l'intérêt du travail de la mémoire ou toute autre activité du « Bien Vieillir ». Une convention de partenariat avec l'ASEPT nous permet d'initier des inscriptions dans des sessions plus longues qui permettent d'approfondir le travail de la mémoire, équilibre, nutrition, gestion du stress...

Par ailleurs, cette absence de pérennité entraîne des difficultés pour recruter des intervenants. En effet, il est délicat et complexe d'engager du personnel sur un projet qui demande de l'investissement sans qu'une continuité soit assurée sur le long terme.

### *b. De l'étude*

#### ✓ Distribution des questionnaires

La distribution et le remplissage des questionnaires ont été délégués à l'équipe des intervenants de Prév'enBus pour des raisons de faisabilité. Effectivement, il aurait été impossible pour l'investigateur d'assister à chaque atelier dans toutes les communes. Il a été nécessaire de sensibiliser l'équipe plusieurs fois au cours de l'étude, notamment sur l'importance du remplissage intégral des questionnaires. Certains questionnaires n'ont pas été remplis par manque de temps, ce travail n'ayant pas été jugé initialement comme prioritaire. De nouvelles informations ont été dispensées auprès de l'équipe sur l'importance des questionnaires afin renforcer la qualité du recueil de données.

Au moment du recueil de données, il y a également eu un oubli pour les questionnaires profil lors de la première session du Prév'enBus. Ils n'ont pas été distribués. Ils ont été donnés lors de la deuxième session mais ne devaient être fait que sur un passage dans chacune des 14 communes pour éviter d'être renseigné 2 fois. Contrairement aux questionnaires de connaissances/satisfaction qui pouvaient être remplis par 1 personne pour plusieurs ateliers, ils devaient être uniques. En recoupant les signatures des feuilles d'émargements, les usagers n'ayant pas rempli ce questionnaire ont été contactés par des membres de l'équipe afin d'avoir les informations nécessaires lors de l'atelier suivant pour ceux qui sont revenus ou par téléphone. Malgré tout, certaines personnes n'ont jamais pu faire le questionnaire.

#### ✓ Questionnaires de connaissance

Les questionnaires de connaissances ont été réalisés à l'aide de références scientifiques (recommandations, articles, cours,...). Toutefois, le thème de certains ateliers, comme « Prendre soin de soi avec un petit budget », « Dompter son téléphone » ou bien « Sophrologie », étant des sujets moins « médicaux », ont été plus difficiles à traiter. Les

thèmes n'étant pas nécessairement scientifiques, les références et publications sérieuses étaient peu nombreuses voire inexistantes.

De plus, les questionnaires n'ont pas été expérimentés au préalable sur une population « test ». Ce ne sont pas des questionnaires validés par d'autres études. Nous nous sommes rendu compte qu'une question était mal formulée. Elle était systématiquement mal comprise par les usagers, il s'agissait de l'item du questionnaire tabac « *Les risques mortels de la cigarette sont à long terme (les cancers du poumon et la crise cardiaque) Vrai/Faux* ». Pour être plus précis, il aurait fallu formuler : « *sont **exclusivement** à long terme* ».

Nous nous sommes aperçus en cours de session qu'en plus des réponses possibles « VRAI » et « FAUX », il manquait la mention « NE SAIT PAS ».

De plus, un questionnaire « vrai/faux » a également ses limites. En effet, les connaissances ne peuvent pas être optimalement évaluées. Les usagers ont pu répondre au hasard et être éventuellement surnotés. On peut également remarquer que la réponse à la question « Savez-vous ce qu'est la sophrologie ? » est invérifiable, même si elle était considérée comme juste lorsque la personne avait répondu par l'affirmative. Il s'agissait là de tester la représentation des participants sur un sujet qu'ils pouvaient ne pas connaître. On peut parler dans ce cas là de biais d'information.

Lors des ateliers tabac, deux questionnaires différents ont été distribués par erreur. En effet, la coordinatrice de l'atelier, n'ayant pas reçu le premier questionnaire, a repris celui de la conférence portant sur le même thème. Les questions étaient différentes mais les réponses avaient bien été abordées pendant l'atelier. Les personnes ayant participé à l'atelier tabac n'ont donc pas tous reçu le même questionnaire portant sur ce sujet. Dans la mesure où le critère d'évaluation était la progression du nombre de bonnes réponses avant et après, nous avons jugé que, même en présence de questionnaires différents, l'évaluation de la progression serait sensiblement la même entre les 2 questionnaires. Nous avons préféré inclure les 2 questionnaires plutôt que d'en exclure un complètement, ce qui nous aurait fait perdre un nombre important de données. Or, la progression entre les questionnaires « tabac 1 » (37.9%) et « tabac 2 » (83.8%) est très différente. Nous ne pouvons affirmer qu'une seule chose quant à ces résultats, c'est que les connaissances s'améliorent. La marge de progression n'est pas représentative de l'atelier puisque très différente entre les 2 questionnaires pour un même atelier.

Enfin, nous ne pouvons pas considérer l'évaluation des connaissances comme seul facteur de changement comportemental. Il existe d'autres modalités d'évaluation de la prévention qui sont complémentaires (évaluation de critères biologiques, poids, changement de comportement comme l'arrêt ou la réduction du tabac ou alimentation plus équilibrée par exemple), mais ces critères nécessitent des moyens et du recul.

### ✓ Evaluation précoce

Le fait d'avoir évalué les connaissances acquises directement à la fin de l'atelier peut sembler précoce. En effet, le concept de prévention médicale implique un changement de comportement. Or, ces modifications recherchées chez les usagers ne peuvent se faire du jour au lendemain et sous-entendent donc une évaluation sur le long terme. Nous ne savons pas non plus si ces connaissances acquises vont perdurer ni entraîner un changement de comportement. L'amélioration des connaissances sur le sujet traité n'est qu'un indice en prévention. Une analyse à distance par une étude qualitative semble donc judicieuse. Un mémoire de Santé Publique est en cours de réalisation sur cette facette du dispositif par focus group sur le ressenti des participants.

L'évaluation menée sur l'année 2016 des ateliers de l'ASEPT consiste en une évaluation des comportements par auto-questionnaires avant puis à la fin des ateliers, mais aussi une évaluation 6 mois après la fin de ceux-ci, ce qui est plus adapté à ce genre d'intervention.

### ✓ Evaluations manquantes

Nous avons étudié ici 6 ateliers différents. Or, le dispositif propose une vingtaine d'ateliers sur des thèmes variés. L'analyse est donc incomplète. Elle aurait pu porter sur une population plus importante et aurait été plus représentative. Nous n'avons ici qu'une vision partielle des actions du dispositif puisque tous les ateliers n'ont pas été étudiés. Cependant, une étude sur 3 mois permet de répondre à l'objectif principal : la caractérisation de la population accueillie. Le remplissage des questionnaires profil et connaissances/satisfaction sur le temps imparti aux ateliers (75 à 90 minutes) a été difficile à faire accepter à l'équipe (certains usagers s'éclipsant en fin de séance pour retourner à leurs occupations habituelles), cela aurait été ingérable sur plus de 3 mois. Toutefois, une évaluation, plus rapide et sans question de connaissance, se poursuit à l'issue de chaque atelier sur une feuille A5 et prend moins de 2 minutes.

En relisant les commentaires libres des usagers, la notion de rencontre et partage est évoquée à plusieurs reprises. Nous aurions pu explorer cette notion de lien social créé lors des ateliers, d'autant plus que celle-ci est importante en prévention chez les seniors et par rapport au maintien de l'autonomie. Elle sera analysée par le mémoire de master en Santé Publique grâce à une étude qualitative.

✓ L'âge de certains usagers

Dans la population, nous avons 3 personnes de moins de 55 ans. Elles ont été acceptées car elles étaient présentes lors d'ateliers à très faible effectif. Les exclure serait revenu à annuler purement et simplement l'atelier alors que le bus et l'équipe étaient mobilisés dans la commune. Les accepter permettait non seulement de leur faire bénéficier de ce dispositif de prévention mais d'espérer générer une mobilisation avec l'utilisation de ces personnes comme ressources du bouche à oreille. Sur cette commune où l'action n'a pas trouvé son public, cette tentative n'a pas porté ses fruits et la commune n'a pas été retenue pour bénéficier du dispositif l'année suivante.

Nous avons pu les exclure de l'analyse des questionnaires profils. Cependant, les questionnaires connaissance/satisfaction ne comportant pas l'âge du participant le remplissant, l'exclusion de ces 3 personnes de moins de 55 ans a donc été impossible pour l'analyse de ceux-ci.

✓ La satisfaction concernant le bus

Concernant l'évaluation de la satisfaction sur le critère du bus, le résultat n'est pas représentatif de la population réellement accueillie dans le bus. En effet, une partie des ateliers se déroulaient hors du bus, mais malgré cela, des usagers ont quand même donné leur avis sur celui-ci car ils avaient déjà participé à un atelier dans le bus. Ces notes ont été comptabilisées dans les résultats. La satisfaction vis-à-vis de ce critère est donc probablement biaisée.

## ***C. Perspectives***

### **1. Amélioration du dispositif**

La communication en amont des ateliers est un point à améliorer. La majorité des usagers ayant eu la connaissance du bus par les membres de l'équipe, d'autres moyens doivent être employés en amont de la venue du bus dans la commune. Une sensibilisation des professionnels de santé semble appropriée, tant les médecins généralistes que les pharmaciens ou bien les infirmiers et aides à domicile. La présence d'affiches dans des lieux stratégiques tels que les commerces de proximité (boulangerie, coiffeurs,...) pourrait aider au recrutement des prochains usagers. Enfin, nous pourrions profiter d'évènements culturels et associatifs qui rassemblent un public correspondant à la cible.

La majorité de femmes dans les résultats souligne donc le fait que le dispositif semble plus attractif pour elles que pour les hommes. Pourtant les hommes sont tout autant visés

que les femmes par les ateliers proposés et ils ont autant d'intérêts à participer à des actions de prévention. La recherche de thèmes à caractère un peu plus masculin pourrait être envisagée. Une enquête sur l'avis des hommes vis-à-vis du dispositif permettrait d'obtenir des informations pour attirer une population masculine plus importante.

## **2. Evolution du dispositif en 2018**

Grâce à la première tournée du bus dans le territoire du Grand Libournais, le nombre de communes a été réduit. Pour cette année 2018, le bus passera dans les 8 communes suivantes qui ont été retenues grâce à l'affluence : Branne, Guîtres, Pujols, Castillon la Bataille, Fronsac, Les Eglisottes, Pineuilh et Pellegrue.

Lors des prochains passages du bus, de nouveaux ateliers seront au programme. Par exemple, l'atelier « Prendre soin de soi » fera place à un atelier « Révision du code de la route ». Ces nouveaux thèmes n'ont pas été choisis au hasard, ils ont été mis au programme suite à la demande des usagers. Ainsi d'autres sujets ont été réclamés tels que : « Les gestes qui sauvent », « Ergonomie du logement », « Bien entendre » (dépistage des troubles de l'audition) ou encore « Vie affective et sexuelle chez les séniors ».

Le succès du dispositif dans le Grand Libournais a permis le développement du projet dans d'autres territoires ruraux en Gironde. Le Prév'enBus sillonne la Haute Gironde et le Médoc depuis 2018.

## **3. Projets**

La pérennité du dispositif PSAC n'étant pas assurée sur le long terme, son rôle est donc aussi de servir de point d'appui pour ensuite passer le relais à des associations qui agissent dans ces communes. Les ressources locales sollicitées lors de l'action seront donc à mettre à contribution pour entretenir le mouvement de prévention lancé par le dispositif et faire le lien avec d'autres associations présentes sur le territoire.

Le projet d'étendre le dispositif à d'autres territoires est donc tout à fait envisageable et notamment dans le sud de la Gironde.

Le dispositif PSAC est une réelle porte d'entrée dans les autres dispositifs de prévention disponibles, puisque des partenariats se sont créés ou sont en cours d'élaboration avec « Bien Vieillir » Aquitaine, l'ASEPT, GEAPA Santé nutrition, les consultations gériatriques de l'hôpital de Sainte-Foy-la-Grande,...

#### **4. Pistes de recherche**

Il s'agit de la première thèse sur le dispositif, mais l'étude faite nécessite des travaux complémentaires. Tout d'abord pour préciser le ressenti des usagers, une étude qualitative est pertinente afin d'apprécier au mieux l'impact du Prév'enBus et l'améliorer mais également pour découvrir les bénéfices inattendus des ateliers. Une évaluation à l'aide de focus group semble pertinente pour adapter au mieux le dispositif à la demande. En effet, l'efficacité d'une démarche de prévention ne peut être évaluée seulement par l'acquisition de connaissances, il serait donc intéressant d'utiliser d'autres modalités d'évaluation de la prévention en santé comme la réalisation d'entretiens, l'évaluation des comportements ou bien de critères biologiques ou morphologiques.

Le dispositif fait actuellement l'objet d'un mémoire de master de Santé Publique. Ce mémoire prévoit une analyse qualitative. La présente thèse a été confiée à l'étudiant en charge du projet en amont de sa soutenance pour permettre l'écriture du support à la trame de questionnaires de focus group en prenant en considération les notions abordées et les carences mises en évidence.

Il serait aussi intéressant d'évaluer l'efficacité de la prévention à distance. Que ce soit sur les comportements ou sur les connaissances, une nouvelle étude permettrait de voir si l'effet des actions du Prév'enBus perdure dans le temps et entraîne à terme un maintien de l'autonomie.

## VI. CONCLUSION

Le dispositif PSAC a été créé en réponse à un appel à projet de la Conférence des Financeurs afin de maintenir l'autonomie des personnes de plus de 60 ans en milieu rural. Sa première expérimentation a eu lieu dans le Grand Libournais. L'objectif de cette thèse, après avoir décrit le dispositif, était de caractériser la population accueillie.

Nous avons analysé 72 profils différents, sur 3 sessions soit 6 ateliers. Il en ressort que l'âge moyen était de 70,3 ans, ce qui correspond au public visé et que la population était à 90% féminine. Les personnes vivant seules représentaient 55% de notre échantillon. L'autonomie des usagers était conservée pour la plupart puisque 67% d'entre eux ne bénéficiaient d'aucune aide. Nous pouvons donc dire que le public accueilli était celui ciblé.

Avec un recueil de 305 questionnaires sur l'évaluation des connaissances et la satisfaction, nous avons pu montrer une amélioration moyenne de 41,6% des apprentissages sur les thèmes abordés. Concernant la satisfaction, elle était dans l'ensemble excellente sur tous les critères étudiés puisque, suivant le critère, on retrouvait entre 54 et 81% de « très satisfait » avec une satisfaction générale de 90%, mais une réserve sur la communication en amont des ateliers qui reste à améliorer.

Le dispositif semble avoir rempli son rôle en améliorant les connaissances des participants. Enfin, la volonté d'accueillir le public dans une ambiance conviviale et bienveillante, propice à la création de liens sociaux est atteinte au regard de la satisfaction de ceux-ci.

L'originalité de l'outil avec un dispositif qui va au contact de la population ciblée, l'attractivité des ateliers qui sont vécus par les participants comme des cadeaux (plats et cosmétiques confectionnés à ramener chez soi) en font des points forts par rapport à d'autres démarches de prévention santé en milieu rural.

La population masculine reste encore à mobiliser lors des passages du bus. De plus, l'impact du dispositif pourrait être mieux apprécié avec une étude qualitative, ainsi qu'une évaluation des comportements à distance.

Le succès du Prév'enBus dans le Grand Libournais a permis d'étendre les actions dans d'autres territoires de Gironde avec un déploiement en Haute Gironde et dans le Médoc dès 2018.

Par contre, la pérennité du dispositif n'est pas assurée. S'il n'est pas reconduit, il aura été en plus de son rôle intrinsèque, une porte d'entrée vers d'autres structures de prévention locales qui pourront prendre le relais afin de poursuivre le but recherché du maintien de l'autonomie des seniors en ruralité. L'association Prév'enBus aspire à son

développement sur toute la Gironde et œuvre pour son maintien compte-tenu de son succès et de son rôle dans les territoires ruraux.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Espérance de vie à divers âges en 2017 [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
2. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009 [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)
3. Banque de Données en Santé Publique (BDSP). Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
4. Flajolet A. Rapport Flajolet - Annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons [Internet]. 2007 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
5. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986 [Internet]. 1986 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/c/charte-ottawa-promotion-sante-fr-en/index.html>
6. Barthélémy L, Marchand A-C. Ruralité et santé - Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural. Santé Homme. oct 2006;(385):19-21.
7. Barthélémy L, Marchand A-C. Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention [Internet]. 2006 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/385/02\\_tableau.htm](http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/385/02_tableau.htm)
8. MSA Gironde. La Prévention [Internet]. 2015 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.msa33.fr/lfr/documents/98760/2235622/plaquette+prevention+2015.pdf>
9. ASEPT Gironde. Les actions de prévention santé [Internet]. ASEPT Gironde (Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires de Gironde). [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.asept-gironde.fr/nos-actions.html>
10. ASEPT Gironde. Agenda des Actions tout public [Internet]. ASEPT Gironde (Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires de Gironde). [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.asept-gironde.fr/agenda.html>
11. Solutions Vie Pratique. Le Bus Numérique Aquitaine [Internet]. SAS-Solutions Vie Pratique. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sas-svp.fr/bus-numerique-aquitaine/>
12. Botte B, Beaujardin D. Accès à la santé : prévention, soins et proximité. Ressour Territ. 2017;10-1.
13. L'Université du Temps Libre (U.T.L.) [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.oareil.org/pages/universite-du-temps-libre/l-utl-qu-est-ce-que-c-est.html>
14. Proxisanté - Docvadis [Internet]. Proxisanté. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.docvadis.fr/proxisante/>

15. Parcours de prévention santé psycho et social – Bien vieillir Agirc Arcco Aquitaine [Internet]. Bien Vieillir Agirc Arcco. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.centredeprevention.com/cpbvaa-nouvelle-aquitaine/aquitaine-nos-activites/>
16. Bordier M. Centre d'Exploration, de Prévention et de Traitement de l'Athérosclérose (CEPTA) [Internet]. 2015 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Education-th%C3%A9rapeutique/CEPTA-ETP-traitement-de-l-ath%C3%A9roscl%C3%A9rose.pdf/>
17. Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI) Libourne. Le Libournais en chiffres : chiffres clés 2016 [Internet]. Chambre de Commerce et d'Industrie de Bordeaux. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://bordeauxgironde.cci.fr/Votre-CCI/Suivre-nos-actions/Publications/Indicateurs-et-chiffres-cles/Le-Libournais-en-chiffres-chiffres-cles-2016>
18. PETR du Grand Libournais. Les EPCI du pôle territorial du Grand Libournais [Internet]. Grand Libournais. 2017 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.grandlibournais.eu/le-pole-territorial/>
19. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé - Concepts et méthodes. Bulletin. 1993;33(1):12-7.
20. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Lorraine. Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé - Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets [Internet]. 2011 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ireps-lorraine.fr/images/stories/publications/guide-evaluation-vf.pdf>
21. Peters L, Molleman G, Hommels L, Ploeg M, Hosman C, Jané-Llopis E. Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0 [Internet]. Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des maladies (NIGZ), Pays-Bas, Woerden; 2003 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/preffi/Preffi2\\_Guide.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/preffi/Preffi2_Guide.pdf)
22. Tondeur L. L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions. Actual Doss En Santé Publique. sept 1996;72(16):22-6.
23. CCAS de Lunéville. Enquête sur les besoins des personnes âgées de plus de 60 ans [Internet]. Lunéville; 2010 [cité 25 avr 2018] p. 2. Disponible sur: [http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Questionnaire\\_enquete\\_besoins\\_plusde60ans\\_Lunevillois.pdf](http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Questionnaire_enquete_besoins_plusde60ans_Lunevillois.pdf)
24. CLIC région de Billom. Isolement et solitude des personnes âgées - étude et projet d'actions [Internet]. Billom; 2007 [cité 25 avr 2018] p. 40. Disponible sur: <http://www.personne-agee-aide-billom.fr/images/pdf/ACTIONSCOLL/Rapport%20Etude%20Isolement%20Solitude%20Personnes%20Agees.pdf>
25. CARSAT, MSA, Santé publique France, Sécurité sociale indépendants. Rapport d'évaluation du programme régional inter-institutionnel de prévention 2015-2016. 2016.
26. INSEE. Dossier complet – Arrondissement de Libourne (335) [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-335>
27. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 [Internet]. 2018 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

28. Peretti-Watel P, Seror V. La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. juill 2009;(18):6.
29. INSEE Ile de France. Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie [Internet]. 2017 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3126682#titre-bloc-6>
30. INSEE. Dossier complet – France [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1#tableau-FAM\\_G3](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1#tableau-FAM_G3)
31. Nicoux R, Bailly G. L'avenir des campagnes [Internet]. 2013 janv [cité 25 avr 2018]. Report No.: 271. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-271/r12-27115.html>
32. Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. févr 2013;32.
33. MSA Loire Atlantique - Vendée. Mobilité des personnes âgées [Internet]. 2016 [cité 26 avr 2018]. 24 p. Disponible sur: [http://www.pays-de-la-loire.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/20160200\\_msa\\_livretpreconisations-mobilitepersonnesagees.pdf](http://www.pays-de-la-loire.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/20160200_msa_livretpreconisations-mobilitepersonnesagees.pdf)
34. Chambre Syndicale Sophrologie. Les Français et la sophrologie - Résultats du sondage BVA. Chambre Syndicale de la Sophrologie. 2014.
35. Halfen S, Grémy I. Les connaissances, attitudes et perceptions des franciliens à l'égard du tabac. Gérontologie Société. 2003;26 / n° 105(2):161-75.
36. Association Alzheimer Suisse. Alzheimer : connaissances et attitudes dans la population. 2014.
37. Brice L, Croutte P, Jauneau-Cottet P, Lautié S. Baromètre du Numérique, édition 2015 [Internet]. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC); 2015 nov [cité 25 avr 2018] p. 170. Disponible sur: [https://www.arcep.fr/uploads/tx\\_gspublication/CREDOC-Rapport-enquete-diffusion-TIC-France\\_CGE-ARCEP\\_nov2015.pdf](https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/CREDOC-Rapport-enquete-diffusion-TIC-France_CGE-ARCEP_nov2015.pdf)
38. Larrourou C. Évaluation des consommations et des connaissances en matière de psychotropes chez les sujets âgés et relation avec la cognition: données de la cohorte AMI et enquête en officine [Internet]. Bordeaux; 2014 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01110187/document>
39. Gangbè M, Ducharme F. Le « bien vieillir » : concepts et modèles. médecine/sciences. mars 2006;22(3):297-300.
40. Cognet M, Doutriaux A, HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. oct 2017;70.
41. Banque Alimentaire de Bordeaux et de la Gironde [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.banquealimentaire33.org/cuisine.html>
42. Fondation Avril, Banques Alimentaires. Guide Pratique Milieu Rural [Internet]. calameo.com. 2016 [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/001358178b1a5439e532b>

43. Belmin J. Automesure – Mémoire [Internet]. Automesure. 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.automesure.com/Pages/memoiregp.html#viel>
44. Robert L. À partir de quel âge peut-on parler de vieillissement du cerveau ? Gérontologie Société. 2001;24 / 97(2):9-18.
45. Collège des Enseignants de Neurologie. Syndrome démentiel [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-9>
46. Chassagne P. Le Codex, un test reproductif très rapide pour la détection de la démence [Internet]. 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [www.saging.com/protected/pdf/codex.pdf](http://www.saging.com/protected/pdf/codex.pdf)
47. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). Presse Medicale Paris Fr 1983. sept 2007;36(9 Pt 1):1183-90.
48. Chen ST, Siddarth P, Ercoli LM, Merrill DA, Torres-Gil F, Small GW. Modifiable Risk Factors for Alzheimer Disease and Subjective Memory Impairment across Age Groups. PLoS ONE [Internet]. 4 juin 2014 [cité 25 avr 2018];9(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4045888/>
49. Les smartphones - Cours Informatique Gratuit Xyoos [Internet]. Cours Informatique Gratuit. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://cours-informatique-gratuit.fr/cours/les-smartphones/>
50. Le contenu posté sur les réseaux sociaux vous appartient-il ? [Internet]. Mathias Avocats. 2013 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.avocats-mathias.com/cyberespace/photos-twitter-propriete>
51. OMS. Champs électromagnétiques et santé publique: téléphones portables [Internet]. WHO. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/fr/>
52. Cuypers D. Téléphones mobiles et santé - Normes, faits scientifiques et conseils pour une utilisation raisonnable [Internet]. Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2014 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/19090393/brochure\\_gsm\\_sante\\_FR.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19090393/brochure_gsm_sante_FR.pdf)
53. INPES. La composition de la fumée du tabac [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1022.pdf>
54. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES). Tabac, savoir plus pour risquer moins [Internet]. 2001 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/459.pdf>
55. Fédération Française de Cardiologie. Les bénéfices immédiats de l'arrêt du tabac [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Je-dis-non-au-tabac/les-benefices-immmediats-de-larret-du-tabac>
56. Fédération Française de Cardiologie. Tabac - Pour mon coeur j'arrête maintenant !

57. Breteau P. En France, l'alcool et le tabac sont les drogues les plus meurtrières. Le Monde.fr [Internet]. 19 avr 2016 [cité 25 avr 2018]; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/04/19/en-france-l-alcool-et-le-tabac-sont-les-drogues-les-plus-meurtrieres\\_4904754\\_4355770.html](http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/04/19/en-france-l-alcool-et-le-tabac-sont-les-drogues-les-plus-meurtrieres_4904754_4355770.html)
58. Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes. Cigarettes électroniques : réglementation et conseils [Internet]. Le portail des ministères économiques et financiers. 2017 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/cigarettes-electroniques>
59. INPES. Tabac - Le produit : composition et effets sur l'organisme [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/tabac-composition.asp>
60. Fédération Française de Sophrologie - Accueil [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.federation-sophrologie.org/>
61. Qu'est ce que la sophrologie ? [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ecole-sophrologie.com/sophrologie.html>
62. Haute Autorité de Santé. Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées [Internet]. 2012 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1500930/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1500930/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees)
63. À chacun son sommeil [Internet]. Réseau Morphée. 2018 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/chacun-sommeil>
64. Soto JC, Hartner R, Trudelle A, Dubé S, Fortier D, Marceau N. La pédiculose du cuir chevelu : lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance [Internet]. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2743603>

## VIII. ANNEXES

### *Annexe 1 : Questionnaire profil usagers*

#### Questionnaire profil usagers

#### THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE SUR LES ATELIERS PREV'enBUS

Date :..... A.....

A. Commune de résidence :

B. Situation :

- 1) Age :
- 2) Sexe : homme / femme
- 3) Vous vivez : seul(e) / en couple
- 4) Quelle était votre profession :

C. Entourage / vie sociale :

- 1) Avez-vous des enfants ou de la famille : oui / non
- 2) Sont-ils à proximité : oui / non, distance :
- 3) Etes vous en lien avec eux : visite / téléphone / non
- 4) Avez-vous des visites d'amis ou voisins : tous les jours / semaine / mois / non
- 5) Avez-vous des loisirs : au domicile / à l'extérieur
- 6) Souhaiteriez-vous avoir plus d'activités ou loisirs : oui / non
- 7) Vous sentez-vous seul(e) : oui / non

D. Autonomie, bénéficiez-vous d'aide :

- 1) Aux actes de la vie quotidienne : ménage / courses / téléalarme
- 2) A la personne : toilette / habillage
- 3) Financière (APA, AAH, CMU,...) : oui / non, si oui la(les) quelle(s)

E. Santé :

- 1) Avez-vous des problèmes de santé qui vous gênent dans la vie quotidienne : oui / non
- 2) Avez-vous un médecin traitant : oui / non
- 3) Bénéficiez-vous d'un « 100% » (affection longue durée) : oui / non

F. Transport :

- 1) Avez-vous des difficultés pour vous déplacer à l'extérieur : oui / non
- 2) Avez-vous une voiture : oui / non
- 3) Pouvez-vous conduire : oui / non

## Annexe 2 : Questionnaire de connaissance « La mémoire en mouvement », correction et questionnaire de satisfaction



ATELIER «Mémoire» par .....le .....à .....

### CE QUE J'AI RETENU :

Question	Réponse avant Atelier	Réponse après atelier
Avec l'âge il est tout à fait normal d'avoir une moins bonne mémoire.	Vrai/Faux	Vrai/Faux
Si j'ai plus de 70 ans et que j'ai des troubles de la mémoire... c'est sûrement que je débute un Alzheimer.	Vrai/Faux	Vrai/Faux
Evaluer la mémoire est difficile, mon médecin généraliste ne peut pas le faire, il faut consulter un spécialiste.	Vrai/Faux	Vrai/Faux
Une bonne hygiène de vie a une influence sur la mémoire.	Vrai/Faux	Vrai/Faux

### CE QUE J'AI PENSÉ DE L'ATELIER :

1) Comment avez-vous connu nos ateliers ?

- Par la presse
- Par la Mairie
- Par un professionnel : lequel ?.....
- Par la rencontre de l'équipe de PrevenBUS : où ?.....
- Bouche à oreille
- Autre

2) Qu'avez-vous pensé de :

	Insatisfaisant	Moyen	Satisfaisant	Très satisfaisant
La communication avant l'atelier				
L'accueil				
Le Bus				
Le contenu de l'atelier				
L'animateur de l'atelier				
Cet atelier a répondu à mes attentes de manière :				

3) Ce que vous avez apprécié :

4) Ce que nous devons améliorer :

5) Recommanderiez-vous cet atelier à un proche ?

- Oui
- Non : pourquoi ?

6) Pouvez-vous qualifier cet atelier en 1 à 3 mots ?

Correction :

Avec l'âge il est tout à fait normal d'avoir une moins bonne mémoire.	VRAI
Si j'ai plus de 70 ans et que j'ai des troubles de la mémoire... c'est sûrement que je débute un Alzheimer.	FAUX
Evaluer la mémoire est difficile, mon médecin généraliste ne peut pas le faire, il faut consulter un spécialiste.	FAUX
Une bonne hygiène de vie a une influence sur la mémoire.	VRAI

Justification :

Le vieillissement cérébral physiologique entraîne une diminution des capacités de la mémoire, cependant il n'est pas normal que des troubles de la mémoire retentissent sur le fonctionnement de la vie quotidienne (43) (44).

Si, avec l'âge, des troubles cognitifs apparaissent, la maladie d'Alzheimer n'est pas la seule cause possible. En effet, il existe différentes étiologies comme certains traitements, un état dépressif, une autre pathologie neurodégénérative ou vasculaire (45). S'il y a une gêne dans le quotidien, une consultation chez un généraliste peut permettre de faire l'état des lieux. Il existe des tests très rapides et facilement réalisables en ville comme le CODEX (entre 3 et 5 minutes) ou le MMS (15 minutes) pour pouvoir faire la part des choses en plus d'un examen clinique et d'un interrogatoire (46) (47).

Enfin, une bonne hygiène de vie (exercice physique, contrôle de l'hypertension,...) a une influence positive sur la mémoire (48).

### **Annexe 3 : Questionnaire de connaissance « Dompter son téléphone » et correction**

Correction :

Pour avoir une application sur son téléphone, il faut la payer.	FAUX
Pour aller sur internet avec mon téléphone, j'ai besoin d'être proche d'une borne wifi.	FAUX
Sur la plupart des réseaux sociaux, les informations que je laisse sur moi ou que je publie peuvent être réutilisées sans mon autorisation.	VRAI
Il n'y a à ce jour aucune preuve que les téléphones portables soient cancérigènes, il n'y a donc aucune précaution à prendre vis-à-vis de ceux-ci.	FAUX

Justification :

Les smartphones sont de plus en plus fréquents et il existe actuellement de nombreuses fonctionnalités grâce aux applications. Beaucoup de ces applications sont gratuites et ce, dans tous les domaines : réseaux sociaux, retouche photo, GPS, jeux,... (49) La plupart de ces applications, fonctionnent avec internet, mais certaines peuvent fonctionner sans. Une connexion est toutefois impérative pour télécharger une application. On peut s'y connecter par plusieurs biais : une borne wifi, la 3G ou 4G qui est aujourd'hui comprise dans la plupart des forfaits proposés.

Avec ces applications et l'accès internet facilité par les smartphones, des questions de sécurité se posent, notamment sur les contenus postés sur les réseaux sociaux. La prudence est recommandée lors des publications car même si nous sommes propriétaires de nos informations, nos photos par exemple, en les publiant, le réseau social peut également les utiliser (50).

Bien qu'aucune étude n'ait prouvé le risque cancérigène des téléphones portables, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) classe les téléphones portables, et plus précisément les ondes de radiofréquence, comme possiblement oncogène pour l'Homme. C'est pourquoi il existe quelques recommandations OMS sur le sujet : éviter le port du téléphone dans la poche ou contre le cœur, limiter la durée d'appel, utilisation de l'oreillette, envoyer des messages plutôt que téléphoner, appeler dans des zones de bonne réception, limiter l'utilisation des téléphones portables par les enfants et choisir un téléphone avec une valeur Débit d'Absorption Spécifique (DAS, unité de mesure de retentissement des ondes sur les tissus) faible (51) (52).

## **Annexe 4 : Questionnaire de connaissance « Tabac » et correction**

Correction :

Les cigarettes légères et le tabac à rouler sont les moins dangereux.	FAUX
Les risques mortels de la cigarette sont à long terme (les cancers du poumon et la crise cardiaque).	VRAI
Ça fait longtemps que je fume, ça ne sert plus à rien que j'arrête aujourd'hui.	FAUX
Fumer détend.	FAUX

Dans une cigarette, il y a plus de 4000 substances.	VRAI
Le tabac tue plus que l'alcool et la toxicomanie réunis.	VRAI
On ne sait pas encore tout ce qu'il y a dans une cigarette électronique.	FAUX
La nicotine présente dans le patch (ou la cigarette électronique) est quand même dangereuse : il ne faut pas garder un patch ou une cigarette électronique plus de 2 ans.	FAUX

Justification :

Les cigarettes « light » sont aussi nocives que les autres. En effet, elles sont tout simplement fumées différemment puisque le fumeur tire de plus grosses et plus longues bouffées que sur les autres cigarettes. La quantité de toxiques inhalée est alors équivalente. Le tabac à rouler quant à lui est plus nocif que les cigarettes vendues en paquet. Ces dernières délivrent 3 à 6 fois plus de nicotine mais surtout de goudrons qu'une cigarette classique et peuvent ne pas avoir de filtre (53).

Le tabac est la cause principale du cancer du poumon et augmente significativement le risque de crise cardiaque, mais il n'y a pas que des risques à long terme. A court terme, il est à l'origine d'un tiers des incendies (mégots mal éteints), c'est un risque supplémentaire d'accident de la route, il peut entraîner des troubles gastriques (pyrosis), favorise le déchaussement des dents et retarde la cicatrisation. Chez les personnes jeunes, les victimes d'infarctus du myocarde de moins de 50 ans ont généralement comme seul facteur de risque le tabac et il multiplie par 2 le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Il existe un risque augmenté de fausse couche et faible poids de naissance chez les femmes enceintes et de thrombose (phlébite, embolie pulmonaire, infarctus) chez les jeunes femmes sous pilule. De plus, le cancer du poumon est loin d'être le seul cancer lié au tabac : larynx, vessie, estomac, œsophage, rein,... Enfin, le tabac est la première cause d'insuffisance respiratoire avec la BPCO et aggrave l'asthme (54).

Les effets sont rapides et largement bénéfiques dès l'arrêt de la cigarette, peu importe depuis combien de temps on fume.

Après 20 minutes : la tension artérielle et le rythme cardiaque se normalisent.

Après 8 heures : l'oxygénation des cellules revient à la normale.

Après 24 heures : la nicotine est éliminée, c'est le début de la diminution du risque d'infarctus du myocarde, les poumons commencent à évacuer les résidus de fumée.

Après 2 jours : on note une amélioration du goût, de l'odorat et du sommeil.

Après 3 jours : amélioration de la respiration, les bronches commencent à se relâcher, la fatigue diminue.

Après 1 an : le risque d'AVC est égal à celui d'une personne non fumeuse et le risque d'infarctus est divisé par 2.

Après 5 ans : le risque d'infarctus est égal à celui d'une personne non fumeuse et le risque de cancer du poumon est divisé par 2 (55).

Lorsqu'un fumeur consomme une cigarette, il peut ressentir une sensation de détente. Seulement, l'addiction à la nicotine entraîne une sensation de manque ressentie par le fumeur comme une sensation de tension qui est alors soulagée lors de l'inhalation de nicotine (56).

La cigarette contient plus de 4000 substances dont plus de 40 sont cancérogènes. (53).

Alors que le tabac tue chaque année 78000 personnes en France, l'alcool fait 49000 morts et la toxicomanie 132 morts (57).

La cigarette électronique est un dispositif qui sert à délivrer de la fumée artificielle aromatisée contenant ou non de la nicotine. Les principaux ingrédients sont : la nicotine (optionnelle), le propylène glycol, la glycérine et un arôme (58).

Le risque de la nicotine est son pouvoir addictif. En effet, c'est elle qui entraîne la dépendance au tabac. Elle n'est pas cancérogène (59). Les produits comme les patches ou la cigarette électronique pouvant en contenir peuvent alors s'utiliser de façon prolongée jusqu'à l'obtention de l'effet désiré.

## **Annexe 5 : Questionnaire de connaissance « Sophrologie » et correction**

Correction :

Savez-vous ce qu'est la sophrologie ?	OUI
La sophrologie est aussi utilisée pour gérer une douleur chronique et des troubles du sommeil.	VRAI
La sophrologie peut aussi être une aide au sevrage à l'alcool, au tabac, ou pour les troubles du comportement alimentaire.	VRAI
La sophrologie se pratique exclusivement en groupe.	FAUX

Justification :

La sophrologie a été créée dans les années 1960 par le Dr Caycedo. C'est une technique de relaxation qui vise à harmoniser le corps et l'esprit. Elle est au croisement de plusieurs autres techniques telles que l'hypnose, le yoga, la phénoménologie, la méditation,...

La sophrologie peut aider dans des situations « non pathologiques » et le bien-être, mais ce n'est pas son seul domaine d'action. En effet, elle peut se révéler utile chez les sportifs pour améliorer la concentration par exemple, pour la préparation à la maternité ou encore la préparation à un examen. Elle peut également être utile dans la gestion de la douleur, les addictions, le stress, les troubles du sommeil et la dépression et même lors de chimiothérapies en plus des traitements classiques.

Elle peut être pratiquée en groupe mais aussi en séances individuelles. Le travail est alors plus personnalisé, plus ciblé (60) (61).

## ***Annexe 6 : Questionnaire de connaissance « Les médicaments du sommeil et de l'anxiété » et correction***

Correction :

Si je me réveille au moins 3 ou 4 fois toutes les nuits, un traitement pour le sommeil sur une courte période me ferait du bien.	FAUX
Si je prends un médicament pour dormir ou pour le stress depuis 30 ans, je ne pourrai pas m'en débarrasser.	FAUX
Je me réveille tous les matins vers 4 ou 5h : je ne dors donc pas assez.	FAUX
J'ai toujours pris ce médicament (somnifère, Lexomil, ...), ce n'est pas à mon âge que je vais diminuer (c'est trop tard, le mal est fait).	FAUX

Justification :

Le sommeil évolue avec l'âge. Avec le vieillissement, la répartition et la qualité du sommeil changent. Le sommeil est plus fractionné, la personne âgée dort moins la nuit et plus en journée sous forme de sieste. Il peut donc être normal de se réveiller 3 à 4 fois par nuit. De plus, le traitement de première intention recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont des règles hygiéno-diététiques : maintenir des activités régulières, s'exposer à la lumière, une alimentation et des habitudes saines (pas d'excitants ni écran avant le coucher), une chambre fraîche, un lit confortable. Les somnifères quant à eux sont à réserver aux troubles du sommeil sévères dans les insomnies occasionnelles ou transitoires.

Dans le cadre d'une prise de somnifères au long cours, il est conseillé d'arrêter ou au moins de diminuer leur consommation. En effet, ces médicaments addictogènes comportent des risques tels que des chutes (notamment chez les sujets âgés), des altérations des fonctions supérieures (concentration, mémoire,...) ou des accidents de la voie publique. Le sommeil après le sevrage sera plus fractionné mais plus naturel et récupérateur. En cas de sevrage en somnifères, il est toutefois recommandé de faire une diminution de consommation progressive, en adéquation avec les habitudes de la personne (62).

Si le réveil est très précoce (4 ou 5h du matin), cela ne signifie pas pour autant que l'on n'a pas assez dormi. La durée de sommeil est différente pour chacun, il y a certaines personnes qui ont besoin de peu de sommeil (5 à 6h par nuit) et d'autres de plus de sommeil (9 à 10h). L'important est de ne pas être fatigué le lendemain (63).

## **Annexe 7 : Questionnaire de connaissance « Prendre soin de soi avec un petit budget » et correction**

Correction :

Avec les cosmétiques faits maison, il y a moins de risque d'allergie puisqu'ils sont naturels.	FAUX
Fabriquer des cosmétiques faits maison nécessite des compétences particulières, ce n'est pas à la portée d'un débutant.	FAUX
Seuls les produits vendus en pharmacie (shampooing anti-poux à base de produits de synthèse) sont vraiment efficaces contre les poux.	FAUX
Les œufs sont souvent une base pour les shampooings car ils ont des propriétés fortifiantes, mais aussi pour les cheveux gras ou secs et même cassants.	VRAI

Justification :

Faire des cosmétiques soi-même permet d'en réduire les coûts. En effets, la plupart des recettes de cosmétiques faits maison sont assez simples, pas besoin d'être un spécialiste du sujet pour réussir, ni d'avoir beaucoup de matériel spécifique. Il faut toutefois prendre quelques précautions. Ce n'est pas parce qu'un produit est dit « naturel » qu'il n'y a aucun risque d'allergie. S'il s'agit d'un produit jamais utilisé, il est préférable de le tester sur la peau au préalable en appliquant la substance sur une petite zone et de voir si une réaction apparait.

Contre les pédiculoses, les traitements à base d'insecticide et de neurotoxique pour les poux sont la référence. Il existe d'autres moyens efficaces contre les poux. En effet, l'huile de coco par exemple permet d'asphyxier les poux et n'entraîne pas d'augmentation de résistance aux insecticides (64).

Les œufs sont réputés comme bénéfiques pour les cheveux, en plus de la propriété lavante, ils fortifient les cheveux car ils sont riches en protéines et autres vitamines. Les informations complémentaires sont apportées par la socio-coiffeuse qui anime l'atelier.

## Annexe 8 : Mot d'accueil

Dans le cadre de sa thèse de médecine générale sur le dispositif Prév'enBus, Marion VAYSSE a besoin de quelques informations afin d'établir le profil des personnes qui participent aux ateliers. Elle a également besoin de connaître votre satisfaction sur ses ateliers pour que l'on puisse par la suite améliorer les choses. Enfin un petit « quizz » pour savoir si les ateliers vous ont apporté des connaissances que vous n'aviez pas en arrivant.

Les questionnaires sont totalement anonymes.

Merci de votre participation.

## Annexe 9 : Flyer Prév'enBus

The flyer is divided into two main sections. The top section is a grid of 15 colored boxes, each representing a different activity or topic. The bottom section contains contact information and a 'Grat.jil' logo.

<b>Moi(s) sans tabac</b> Se motiver ou motiver ses proches pour arrêter	<b>SANTÉ ET ESTIME DE SOI:</b> Hygiène, soins et auto massages des mains	<b>SPORT ADAPTÉ</b> Testez votre forme...
<b>DOULEUR</b> La comprendre et l'apprivoiser	<b>CUISINEZ moins</b> <b>calé:</b> Astuces et découverte des épices	Découvrir la sophrologie: Gestion stress, envies, douleur...
<b>CUISINE</b> Astuces du chef pour cuisiner sans graisse	<b>TÉLÉPHONE</b> Réseaux sociaux, applications, photos...	<b>MÉMOIRE</b> La mémoire en mouvement !
<b>ÉQUILIBRE</b> Faire le point aujourd'hui pour éviter les chutes demain	<b>CUISINE D'ETE</b> Les apéros sans les kilos!	<b>RETRAITE</b> Réseaux, droits, aides...
<b>INFORMATIQUE</b> 1ers pas: écrire un mail, prendre un RDV...	<b>SENIORS AU VOLANT</b> Si on révisait ensemble?	<b>CUISINEZ à toutes vapeurs</b> Vite, sain et bien!

**INSCRIVEZ-VOUS VITE**  
au 06.74.75.14.32  
ou sur [contact@prevenbus.com](mailto:contact@prevenbus.com)  
Et  
Retrouvez **Planning et programmes**  
Sur le site internet

**Grat.jil**

**L'association Prév'enBus**  
Et son équipe de professionnels proposent des animations de prévention en santé dans le Grand Libournais

**PREVENTION ET SANTÉ : AU PLUS PRÈS DE CHEZ VOUS!**

Association loi 1901 mobilisée en RURALITÉ et GRATUIT pour les + 55 ans

**Annexe 10 : Photos des ateliers (cuisine, estime de soi, sophrologie)**





# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# RESUME

**Introduction :** Devant le vieillissement de la population, le maintien de l'autonomie chez les seniors est un problème de santé publique, notamment dans les zones rurales. C'est dans ce contexte que le dispositif Prév'enBus Seniors par Actions Collectives (PSAC) a vu le jour en 2016. Il s'agit d'une action de prévention et éducation à la santé à destination des seniors, menée à bord d'un bus aménagé proposant des ateliers sur différents thèmes du « Bien Vieillir » animés par une équipe pluridisciplinaire dans 14 communes du Grand Libournais, réalisant un maillage territorial.

**Objectifs :** L'objectif principal de notre étude était de caractériser la population accueillie. Les objectifs secondaires étaient de mesurer l'impact des ateliers sur les connaissances et d'apprécier la satisfaction des participants afin de pouvoir améliorer le dispositif.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude quantitative et qualitative, multicentrique, prospective entre le 18 septembre 2017 et le 14 décembre 2017 dans le territoire du Grand Libournais, soit 3 sessions de 2 ateliers chacune. Le profil des usagers a été recueilli par un auto-questionnaire unique par participant. L'acquisition des connaissances a été mesurée à l'aide d'un quiz type « vrai/faux » de 4 items avant et après chaque atelier. La satisfaction a été appréciée par un barème sur différents critères et par des questions ouvertes à la fin de chaque atelier.

**Résultats :** Parmi les 72 profils usagers recueillis, il y avait une majorité de femmes (90%), la moyenne d'âge était de 70,3 ans, 55% des personnes accueillies vivaient seules et 65% avaient de la famille à proximité. 67% d'entre eux ne bénéficiaient d'aucune aide. Nous avons analysé 305 questionnaires de connaissance et satisfaction. La marge de progression des connaissances tous ateliers confondus est de 41,6%. Les usagers étaient « très satisfaits » sur la majorité des critères étudiés (entre 54 et 81%) et la satisfaction générale était de 90% (70% de « très satisfaits » et 20% de « satisfaits »), la communication en amont des ateliers reste le point le plus perfectible.

**Discussion :** Le dispositif PSAC a rempli son rôle de prévention dans une ambiance conviviale et bienveillante, rompant l'isolement des seniors du Grand Libournais. La pérennité n'étant pas assurée, il pourra avoir eu, au delà de sa mission initiale, un rôle de porte d'entrée pour la promotion en santé faisant le lien avec les structures locales.

# SUMMARY

## Set up of an external global quantitative and qualitative evaluation of Prév'enBus Séniors par Actions Collectives program

### Results' analysis on 3 months of activity

**Introduction:** With the aging of the population, the maintenance of autonomy among seniors is a public health issue, especially in rural areas. It is in this context that the Prév'enBus Séniors par Actions Collectives (PSAC) program was launched in 2016. This is a preventive action for seniors, in a transformed bus, which provides interventions on various topics of health prevention led by a multidisciplinary team in 14 communes of Grand Libournais.

**Objectives:** The main objective of our study was to describe the population received. The secondary objectives were to measure the impact of the interventions on knowledge and to evaluate participants' satisfaction in order to improve the device.

**Material and method:** We conducted a quantitative and qualitative, multicenter, prospective study between September 18 and December 14, 2017 in the territory of Grand Libournais, 3 sessions of 2 interventions each. The user profile was collected by a unique self-questionnaire per participant. The acquisition of knowledge was measured using a 4 items "true / false" quiz before and after each intervention. The satisfaction was appreciated by a scale on different criteria and by open questions at the end each intervention.

**Results:** Among the 72 user profiles collected, there was a majority of women (91%), the average age was 70.3 years, 55% of the people lived alone and 65% had family nearby. 67% of them did not receive any help. We analyzed 305 questionnaires of knowledge and satisfaction. The margin of progression of knowledge all intervention is 41.6%. The users were "very satisfied" on the majority of the studied criteria (between 54 and 81%) and the general satisfaction was 90% (70% of "very satisfied" and 20% of "satisfied"), the communication most perfectible criteria.

**Discussion:** The PSAC program has fulfilled its role of prevention in a friendly and empathic atmosphere, breaking seniors' isolation of Grand Libournais. As sustainability is not assured, it could have had, above its' primary mission, a role of gateway for health promotion linking local structures.