



Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -

## **LE LIFESTYLE REDESIGN®, UN PROGRAMME POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL DES AÎNÉS TOULOUSAINS**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté  
pour l'obtention de l'UE 6.5 Semestre 6

Directrice de mémoire : Manon Aussillou-Bureau

Carole RIGOURD  
Promotion 2019 - 2022



## ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Carole Rigourd, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 09 mai 2022

Signature de la candidate :



## NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

## REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements sont tout naturellement pour toi Manon. Ce mémoire n'existerait pas en l'état si tu n'avais pas passé tant d'heures à me relire, à me pousser à plus réfléchir et à articuler ma pensée, à bien définir et dissocier toutes ces notions théoriques. Tes propositions de reformulation, de théorie et d'outils ont toujours été d'une grande perspicacité. Ta disponibilité, ta pédagogie et ta rigueur m'inspirent un grand respect. Malgré tout, je reste plus à l'aise dans les sciences dures (les "inhumaines") que dans les sciences humaines et sociales ("les molles")!

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse qui nous a accompagnés pendant ces trois années : Jean-Michel sans qui cette aventure de reconversion n'aurait pu se faire. Même si notre première rencontre n'était pas des plus heureuses pour moi, toutes les autres ont été de grands moments de plaisir, d'évidence et de surprise. Merci pour votre dévouement à cette école et ces étudiants. Je remercie également Sylvia qui nous a accompagnés la première année et m'a personnellement beaucoup manqué les deux autres. A Sabrina, Alfredo et Clémence pour leurs accompagnements permanents et leur disponibilité.

Merci bien sûr à mes compagnons d'aventure avec qui nous avons ri, pleuré et souffert. Je suis sûre que nous regretterons rapidement de ne plus être assis au fond de cette salle A304, ces amphithéâtres trop grands ou perdus dans ce bâtiment trop blanc. Un merci particulier aux filles de mes groupes de travail respectifs. Me supporter n'a pas dû toujours être facile, mais j'espère que nos interactions ont pu forger les professionnelles que nous serons demain.

Merci à mes enfants et mon mari, qui m'ont accompagnée et soutenue dans ce projet de reconversion ("à l'insu de leur plein gré" quand même). J'ai essayé, au maximum, de ne pas trop bousculer notre vie de famille pendant ces 3 années d'étude ponctuées de partiels, de projets, de travaux de groupe et de mémoire. Garder le rythme de nos activités, week-ends et congés m'a sûrement permis de ne pas sombrer dans le travail et de garder le plaisir de la découverte d'un nouveau domaine.

Merci à ma famille de ne jamais avoir remis en cause mes choix de changement et mes prises de risque. Merci à mes voisins Ariane et Fabrice pour le prêt du PC avec la licence Word et pour toutes les propositions d'apéro ou de garde d'enfants. Je sais que vous ne serez probablement jamais concernés par un programme comme le LifeStyle Redesign, votre LifeStyle est déjà au top!

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu dans cette reconversion (Emilie et Delphine sans qui je ne serai pas allée vers ce métier), mes amis, mes anciens collègues, mes tuteurs/tutrices de stage. Merci aussi à ceux qui ont critiqué et "moqué" ce projet, vos réactions m'ont permis de bien y réfléchir et de le défendre ("la crise de la quarantaine" ils disaient!).

Et merci surtout aux résidents, patients, jeunes, stagiaires, bénéficiaires et personnes ressources rencontrés qui ont rendu cette aventure humaine, concrète et riche.

## **GLOSSAIRE**

**ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes**

**ARS : Agence Régionale de Santé**

**CAS : Centre D'analyse Stratégique**

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

**CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie**

**CHU : Centre Hospitalier Universitaire**

**CPP : Comité de Protection des Personnes**

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

**ENOTHE : European Network on Occupational Therapists in Higher Education**

**ESPRAD : Équipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation A Domicile**

**HAS : Haute Autorité de Santé**

**ICOPE : Integrative Care for Older People (Soins INTégrés pour les personnes âgées)**

**IFE : Institut de Formation en Ergothérapie**

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

**IPA : Interpretative Phenomenological Analysis**

**MOH : Modèle d'Occupation Humaine**

**OMS : Organisation Mondiale de la Santé**

**OPHI-II : Occupational Performance History Interview-II**

**OSA : Occupational Self-Assessment**

**SCED : Single Case Experimental Design**

**WFOT : World Federation of Occupational Therapist**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. CADRE CONTEXTUEL	2
1.1 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	2
1.2 LA PLACE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ	3
1.3 LE PROGRAMME <i>LIFESTYLE REDESIGN</i> ® ET SES ADAPTATIONS	5
2. CADRE THÉORIQUE	9
2.1 LE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EN SANTÉ	9
2.1.1 LES THÉORIES DU CHANGEMENT COMPORTEMENTAL	9
2.1.2 L'ERGOTHÉRAPIE ET L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT	9
2.2 DE LA FRAGILITÉ SOCIALE À L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES ÂGÉES	11
2.3 LE MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT	13
2.4 SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE	15
3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	17
3.1 PROGRAMME DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION	18
3.2 DISPOSITIF DE RECHERCHE PROPOSÉ	19
3.3 LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE ET LEUR RECRUTEMENT	20
3.3.1 CRITÈRES D'INCLUSION	20
3.3.2 MODALITÉS DE RECRUTEMENT ET D'INTERVENTION DANS LE CONTEXTE TOULOUSAIN	22
3.4 CRITÈRES DE JUGEMENT ET OUTILS DE MESURE	23
3.4.1. LES OUTILS DE MESURE DES ÉTUDES EXISTANTES	23
3.4.2. LES CRITÈRES DE JUGEMENT ET OUTILS PROPOSÉS	24
3.4.2.1. LA MESURE DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE	24
3.4.2.2 LA MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE	25
3.4.2.3 LA MESURE DE LA PARTICIPATION SOCIALE	26
3.5 PROCÉDURE DE RECUEIL DE DONNÉES	26
3.5.1 INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE	26
3.5.2 ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES	27
3.6 ANALYSE DES DONNÉES	29
3.6.1 DONNÉES QUALITATIVES	30
3.6.2 DONNÉES QUANTITATIVES	31
3.6.2.1 ANALYSE DES DONNÉES DU SCED	31
3.6.2.2 ANALYSES TEMPORELLES	32

3.6.2.3	ANALYSES STATISTIQUES CROISÉES	32
3.7	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	34
3.8	DISCUSSION	35
3.8.1	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	35
3.8.2	FORCES ET LIMITES	35
4.	CONCLUSION	37
	REFERENCES	39
	ANNEXES	i

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est actuellement un problème majeur de santé publique dans les pays occidentaux. Dans ce contexte de maintien de l'autonomie, des stratégies de prévention dites primaires doivent être mises en place pour promouvoir le bien-vieillir et la qualité de vie des aînés. Les preuves d'efficacité et de rentabilité du programme *LifeStyle Redesign*® ont été largement documentées par l'équipe de l'Université de Californie du Sud à l'origine de celui-ci il y a bientôt 30 ans (Clark et al., 1997). Les premiers résultats de transférabilité en France ont été présentés lors des journées « Expériences en Ergothérapie » en 2019 et aux « Journées Nationales de l'Ergothérapie » en 2021 (Soum-Pouyalet, 2019a ; et 2021). D'après ces études et les résultats des différentes adaptations du programme à travers le monde (Matuska, Giles-Heinz, Flinn, Neighbor et Bass-Haugen, 2003 ; Levesque et al., 2020), ce programme représente un levier fort pour l'affirmation du métier d'ergothérapeute centré sur les occupations des bénéficiaires, en plus d'être un programme préventif efficace pour la santé des personnes âgées et leur participation dans la communauté. Pourtant, ce programme est peu développé dans le monde et tout juste balbutiant en France, puisqu'en cours d'adaptation à Bordeaux et Lille depuis 2018. Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, nous nous interrogeons donc sur les raisons pour lesquelles le programme *LifeStyle Redesign*® n'est pas plus développé par les ergothérapeutes français et notamment toulousains et quels sont les éléments qui favoriseraient son développement et son efficacité pour améliorer la qualité et le nombre d'années de vie des aînés.

**Notre problématique de départ est donc de nous interroger sur les raisons pour lesquelles le programme *LifeStyle Redesign*® n'est pas plus développé par les ergothérapeutes français et notamment toulousains et comment sa mise en place pourrait contribuer au virage préventif que doit prendre notre pays dans ce contexte de transition épidémiologique.**

La première partie de ce document présente le cadre contextuel de l'étude. Elle est suivie en deuxième partie du cadre théorique inhérent au questionnement de départ. Cette phase exploratoire nous amène à la question de recherche et les hypothèses associées.

La troisième partie de ce document présente la partie expérimentale avec la méthodologie de recherche choisie et une discussion sur la méthode retenue.

La conclusion et les perspectives terminent ce document.

## 1. CADRE CONTEXTUEL

Cette partie dresse le contexte de l'étude qui nous a permis de développer et documenter la problématique de départ. Nous définissons dans un premier temps la transition épidémiologique, nous discutons ensuite de la place de l'ergothérapeute dans la promotion de la santé avant de présenter le programme *LifeStyle Redesign*® et ses adaptations.

### 1.1 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les pays occidentaux comme la France sont entrés dans l'ère de la **transition épidémiologique** depuis maintenant plus de 50 ans. Ce concept apparu à la fin des années 70 est défini par l'Institut National d'Études Démographiques comme « *une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents* » (cité par Caire, Morestin et Chabaille, 2012). C'est ainsi que les pays occidentaux doivent faire face à un vieillissement de leur population, accompagné parfois de maladies chroniques et invalidantes. En France, les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) de 2019 indiquent une **espérance de vie sans incapacité** de 65 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes (INSEE, 2019). Pourtant, l'espérance de vie est beaucoup plus élevée : 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en France (INSEE, 2019).

L'accompagnement des personnes présentant cette dépendance représente un coût considérable pour les systèmes de santé concernés : projection à 1.4% du Produit Intérieur Brut français en 2030 pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées (Libault, 2019). Par ailleurs, le « baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2021 » de l'association Petits Frères des Pauvres note une augmentation de 77% des personnes âgées en situation dite de « mort sociale » entre 2017 et 2021 soit 530 000 personnes âgées, 2 millions d'aînés se considérant comme isolés des cercles familiaux et amicaux en 2021 (contre 900 000 en 2017) (Petits Frères des Pauvres, 2021). Le contexte sanitaire de pandémie depuis 2020 n'est sûrement pas étranger à ce constat mais force est de constater que l'isolement social de nos aînés est une réalité.

Face à ce grand défi de santé publique, à la fois social et financier, de nombreux rapports et politiques ont vu le jour en France depuis 30 ans : nous pouvons citer les plans nationaux « Bien Vieillir » 2007-2009, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement de 2016 et plus récemment le rapport de la concertation Grand âge et autonomie (Libault, 2019), le rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique (Broussy, 2021) et le rapport d'information sur la prévention de la

perte d'autonomie (Bonné et Meunier, 2021). Dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, nous notons plus précisément le Plan National de Santé Publique 2019, intitulé « Priorité Prévention - Rester en bonne santé tout au long de sa vie » (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).

Ces plans et stratégies mettent notamment l'accent sur la **prévention de la perte d'autonomie** des personnes âgées ou encore sur l'adaptation de la société au vieillissement. Le **virage préventif** est le changement de paradigme que l'ensemble des acteurs doivent réaliser ; un virage du curatif vers la prévention/promotion de la santé à accompagner et à intégrer dans les parcours de santé et de soins (Haut Conseil de la Santé Publique, 2017).

Pourtant, le nombre d'années à vivre avec au moins une incapacité est aujourd'hui supérieur à 20 ans en France (INSEE, 2019). Il semble donc que l'application de ces volontés politiques ne porte pas ou peu ses fruits et que la mise en place de politiques efficaces tend à perdre la course face à cette démographie explosante et pourtant prédictible (4.8 millions de français auront plus de 85 ans en 2050 (Libault, 2019)). Le virage préventif de notre système de santé semble difficile à emprunter tant pour ses bénéficiaires que pour ses acteurs. Qu'en est-il de la place et du rôle des ergothérapeutes dans ce champ de la prévention de la perte d'autonomie? Quel rôle souhaite confier les pouvoirs publics à ce professionnel dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie?

## 1.2 LA PLACE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La prévention primaire est définie comme « *l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1999). A l'international, ce concept tend à être remplacé par la notion de **promotion de la santé** définie par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Selon cette charte, « *la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ».

Cette charte prône également le renforcement de l'action communautaire qui représente une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. L'OMS et la United Nations International Children's Emergency Fund (OMS et UNICEF, 1978), ont établi une définition très partagée du **développement communautaire en santé** : « *La participation communautaire*

*est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté ».* La santé communautaire est une démarche qu'il est possible de mettre en œuvre dans le champ de la prévention primaire de la perte d'autonomie des seniors pour optimiser le bien-être de ces derniers.

La définition internationale du métier d'ergothérapeute rejoint la définition de la prévention primaire de l'OMS (World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2017). La plupart des rapports de santé publique cités ci-dessus appuient d'ailleurs sur la nécessité d'avoir recours aux compétences spécifiques des professionnels pour l'accompagnement des personnes âgées et la prévention de la perte de l'autonomie. Dans le très récent rapport d'information sur la prévention de la perte d'autonomie, les auteurs préconisent ainsi « *une embauche massive d'ergothérapeutes* » (Bonné et Meunier, 2021). Selon l'organisation mondiale des **ergothérapeutes**, le rôle de ces professionnels de santé est de « *promouvoir la santé et le bien-être à travers les occupations* » (WFOT, 2017). L'**occupation** humaine est donc le fondement de la profession de l'ergothérapeute. Elle est définie comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs* » (Meyer, 2013).

Ainsi, les pouvoirs politiques entendent confier aux ergothérapeutes des missions primaires comme l'aménagement du domicile, la préconisation d'aides-techniques et d'activités physiques ou la prévention des risques de chute. L'intérêt porté aux ergothérapeutes est également une occasion de revendiquer une pratique fondée sur les occupations. Afin de promouvoir la santé à travers ces dernières, les ergothérapeutes pourraient se positionner pour mettre en œuvre des programmes de prévention primaire. Dans ce contexte de promotion de la santé, « *L'ergothérapeute sort de son rôle de soignant, pour devenir un agent de santé, mais également un agent politique et économique de vecteur d'occupations* » (Albuquerque, 2019, p.49). Ce rôle d'agent multidimensionnel peut être endossé par les ergothérapeutes à travers des programmes tels que le **LifeStyle Redesign®**, programme de prévention primaire efficace pour la santé des bénéficiaires, économiquement rentable et animé au sein de la communauté, tel que documenté à l'étranger (Clark et al., 1997).

### 1.3 LE PROGRAMME *LIFESTYLE REDESIGN*<sup>®</sup> ET SES ADAPTATIONS

Le programme *LifeStyle Redesign*<sup>®</sup> est un programme de prévention primaire auprès des personnes âgées. Initié il y a plus de 20 ans aux Etats-Unis sous le nom de *Well Elderly Treatment Program* et ancré dans les **sciences de l'occupation**<sup>1</sup>, ce programme a pour objectif (1) de diminuer les risques de perte d'autonomie et d'isolement social liés à l'avancée en âge et (2) d'augmenter la qualité de vie des aînés (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, et Clark, 1998). Il visait en priorité les personnes âgées vulnérables à faible revenu. D'une durée de 6 à 9 mois dans sa version originale américaine, il est constitué **d'ateliers en groupe** (2h, une fois par semaine) et **d'entretiens individuels** (entre 1 et 2h, une fois par mois). Les séances s'articulent autour des douze **modules** suivants : l'occupation, la santé et le vieillissement, la mobilité dans la communauté, le temps et l'occupation, la gestion du stress et de l'inflammation, les repas et l'alimentation, les éléments constitutifs de la longévité, la sécurité à domicile et dans la communauté, les relations et occupations, l'épanouissement, l'exploration du système de santé, les hormones, le vieillissement et la sexualité, et la fin du groupe. Les thèmes sont adaptables selon les besoins et les demandes du groupe de participants, et une co-animation avec d'autres professionnels est possible (ex. : nutrition avec diététicien).

La seconde version du programme est détaillée dans le manuel intitulé « *Lifestyle Redesign*<sup>®</sup>: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies » (Clark et al., 2015). Des analyses qualitatives et quantitatives ont été menées et des preuves d'efficacité (effets bénéfiques sur la santé des bénéficiaires) (Clark et al., 1997) et de rentabilité financière en termes de coûts de santé (Hay et al., 2002) ont été publiées depuis 20 ans. Ces recherches montrent en effet que le programme permet aux bénéficiaires de redonner du sens à leurs activités, d'améliorer leur santé physique et mentale, d'augmenter leur satisfaction, leur qualité de vie, leur relation sociale et leur mobilité. Les analyses de covariance montrent par exemple une amélioration significative pour la vitalité ( $p < 0.03^2$ ), les douleurs ( $p < 0.02$ ), le fonctionnement social ( $p < 0.04$ ) et la santé mentale ( $p < 0.03$ ) (Clark et al., 2012). Les frais de santé en phase de suivi post-intervention sont de 967\$/an par personne pour le groupe ayant subi l'intervention contre 2593\$/an pour le groupe contrôle (Hay et al., 2002). L'effet à long terme du programme a été observé et représente un atout fort de celui-ci : 7 mesures de santé et bien-être sur les 10 mesures améliorées en post-programme restent significativement

---

<sup>1</sup> Etude systématique de la forme, de la fonction et de la signification de l'occupation (Clark et al., 1991 ; Pierce, 2016)

<sup>2</sup> Amélioration jugée significative pour  $p < 0.05$

améliorées à 6 mois de la fin du programme, sans intervention pendant cette période (Clark et al., 2001).

Au fil des années, le programme a été adapté par d'autres équipes aux Etats-Unis (programme *Designing a life of Wellness*, Matuska et al., 2003) ou en Europe par le réseau ENOTHE (ENOTHE, 2008). Une étude plus développée a été réalisée au Royaume-Uni par l'équipe de Mountain avec un programme adapté au contexte culturel anglais (habitudes de vie, langue) sous le nom de *LifeStyle Matters* (Mountain, Mozley, Craig, et Ball, 2008).

En Scandinavie, l'adaptation du programme a donné lieu à quelques écrits (Lund, Michelet, Sandvik, Wyller et Sveen, 2012 ; Johansson et al., 2016). Plus récemment, l'Université de Sherbrooke au Québec a entrepris une étude de transférabilité approfondie et adaptée au contexte des aînés canadiens francophones avec le programme *Remodeler sa vie®* (Levasseur et al., 2019 ; Levesque et al., 2020). Le manuel intitulé « Remodeler sa vie® » est la traduction canadienne-française du manuel du programme original (Clark et al., 2021).

En France, ReSanté-Vous en Nouvelle-Aquitaine<sup>3</sup> a démarré une étude de transférabilité dès 2018 et a mené conjointement plusieurs actions à partir de 2019 (Soum-Pouyalet, 2019a ; Soum-Pouyalet et al. , 2021) :

- **Des ateliers « Équilibre de vie » en Gironde** (financement par la Conférence des Financeurs Gironde et ReSanté-Vous). Ces ateliers se sont tenus sur 4 territoires de proximité pendant 15 semaines auprès de 47 bénéficiaires.
- **Une enquête exploratoire** financée par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine avec l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Bordeaux, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) et ReSanté-Vous. Les étudiants de l'IFE ont mené 27 entretiens semi-directifs auprès de personnes âgées de plus de 60 ans.
- **Deux Focus Group** ont été organisés avec respectivement 13 et 8 ergothérapeutes travaillant dans le champ de la gérontologie en janvier 2019 et avril 2019.
- Une expérimentation dans 7 maisons de quartier de Bordeaux de septembre 2019 à juin 2020. Le programme de prévention « **Bien vivre dans mon quartier** » est inspiré du *LifeStyle Redesign®* auprès de 46 participants. Cette expérimentation a été réalisée en partenariat avec l'ANFE et l'IFE de Bordeaux.

---

<sup>3</sup> ReSanté-Vous est une entreprise solidaire d'utilité sociale qui accompagne et forme les EHPAD, les collectivités et les structures d'aide à domicile.

La mise en place des ateliers « Équilibre de vie » a permis de soulever les difficultés de recrutement des bénéficiaires ainsi que le choix d'outils d'évaluation des bénéfices de la méthode. Ces observations sont partagées par les autres équipes ayant mis en place de tels programmes (Mountain et al., 2008 ; Gavier, 2019 ; Matuska et al. , 2003).

Les enquêtes exploratoires menées par les étudiants de l'IFE de Bordeaux auprès des personnes âgées relèvent que la retraite est un cap important dans l'engagement dans les activités, que l'habitat et la mobilité sont des préoccupations récurrentes, et qu'enfin, le niveau des ressources financières est le facteur principal limitant pour certains participants, sans en préciser la proportion ou les effets observés (Soum-Pouyalet, 2019a).

Les deux focus group auprès des ergothérapeutes pointent la problématique d'une profusion de propositions en prévention primaire pour les personnes âgées. Ils préconisent que le **recrutement** présente une accroche ludique, génère de la curiosité et soit non-stigmatisant et qu'enfin, la mobilité soit envisagée comme un moyen et finalité.

Les expérimentations « Bien vivre dans mon quartier » ont donné lieu à une évaluation de programme basée sur la méthode de Cartographie des Incidences qui semble apporter des éléments nouveaux sur la performance du programme (Soum-Pouyalet, 2021). Les résultats de l'évaluation de l'efficacité du programme sont quant à eux très hétérogènes, l'évaluation de la qualité de vie des bénéficiaires avec des questionnaires de santé ne semblant pas adaptée au contexte.

En 2020, les équipes de ReSanté-Vous ont renommé ce programme *TaPasS* (Temps d'accompagnement Prévention activités significatives et Santé) pour mettre en avant les notions de partage, convivialité et plaisir procurées par ce programme (Soum-Pouyalet, 2019b). L'ESPRAD de Lille a également mené une étude pilote en 2020, en lien avec ReSanté-Vous. Ainsi, les partenaires ANFE, ReSanté-Vous, l'IFE de Bordeaux et l'équipe de l'ESPRAD Lille ont créé un réseau national pour développer le projet et écrire un manuel présentant le programme adapté, manuel qui devrait paraître prochainement (ANFE, 2020).

Ainsi, plus de 25 ans après la création du programme original et une décennie après ses analyses de transférabilité européennes et anglaises, des ergothérapeutes français et québécois s'intéressent à l'adaptation du programme *LifeStyle Redesign*® au contexte culturel de leur pays ou province. Les résultats de transférabilité de ces deux études sont différents puisqu'il donne lieu à une traduction en canadien francophone du programme original pour le Québec (sans modification du programme) et à un programme inspiré du programme original pour la France, mais différent. En effet, l'étude de transférabilité est nécessaire pour évaluer l'adéquation d'un programme aux différents éléments propres à un pays : la langue, les habitudes de vie de la

population ciblée, les lieux de recrutement et d'intervention possibles, et enfin la place dans le système de santé. Cette influence du contexte culturel peut expliquer les résultats hétérogènes obtenus par les différentes équipes de recherche pendant les années précédentes. Les études de transférabilité françaises réalisées depuis trois ans offrent un recueil de données solide permettant d'adapter les futures expérimentations françaises. La manuel à paraître détaillant la version française du programme inspiré du programme original américain permettra de défendre ce programme et de le développer, notamment en Occitanie et à Toulouse, région dans laquelle ce programme n'existe pas.

Suite à cette phase d'analyse du contexte, nous nous interrogeons sur les raisons de l'efficacité d'un tel programme de prévention primaire en ergothérapie : comment accompagner le changement dans les occupations vers un mode de vie sain pour les personnes âgées ? Quel lien peut être fait entre la participation sociale et un vieillissement « réussi » ? Le cadre théorique présenté dans la partie suivante va nous permettre d'éclairer ce questionnement. Nous présentons les **théories du changement comportemental en santé**, la **fragilité sociale des personnes âgées** et le **modèle de l'occupation humaine pour l'accompagnement au changement dans les occupations**.

## 2. CADRE THÉORIQUE

### 2.1 LE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EN SANTÉ

#### 2.1.1 LES THÉORIES DU CHANGEMENT COMPORTEMENTAL

Dans le domaine de la santé, la connaissance des risques ne suffit pas à modifier un comportement, c'est une condition préalable mais non suffisante. D'autres facteurs cognitifs entrent en compte, c'est ce que modélisent les différentes théories des changements comportementaux issus de la psychologie sociale. Parmi celles-ci, nous pouvons citer les **théories de l'action raisonnée** (Fishbein, 1967) et du **comportement planifié** (Ajzen, 1985). Ces théories mettent en relief l'importance du sentiment **d'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle (SEP)** qui peut être définie par « *la croyance d'un individu en sa capacité d'exécuter avec succès un comportement donné* » (Glanz et al., 1997 ; Bandura, 2003). Ce sentiment peut être renforcé par ses réalisations personnelles, l'observation des expériences vécues par autrui, la persuasion verbale et l'activation émotionnelle (Bandura, 1986). Nous notons également, dans la théorie de l'action raisonnée, l'importance de la notion **d'intention comportementale ou motivation** qui est le déterminant le plus important du comportement. Il est modulé par deux facteurs cognitifs : le premier facteur est l'attitude (positive ou négative) et le second est la norme subjective d'un individu (perception des attentes des autres relativement à l'adoption du comportement).

Par ailleurs, le modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et Velicer (1997) propose un accompagnement adapté à chaque stade de changement de la personne. Les auteurs proposent six stades organisés de manière cyclique depuis la pré-contemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance jusqu'à la (re)chute (Annexe 1).

Ces théories sur le changement donnent lieu aujourd'hui à des approches pratiques dites **écologiques** intégrant des interventions auprès des environnements organisationnels, communautaires et politiques dans lesquels les individus évoluent. Elles tendent à remplacer les approches individuelles moins efficaces.

#### 2.1.2 L'ERGOTHÉRAPIE ET L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT

Filiatrault et Richard (2005) rapprochent les théories des changements comportementaux et l'intervention de l'ergothérapeute dans les champs de la prévention et la promotion de la santé en ergothérapie. Les auteurs font l'hypothèse que la connaissance de ces théories de la part des thérapeutes permettrait d'optimiser l'efficacité de leur accompagnement. En effet, le thérapeute peut favoriser le sentiment d'efficacité personnelle par des rétroactions positives, des encouragements et par la négociation d'objectifs réalistes et stimulants. L'accompagnement

collectif peut également contribuer à ce sentiment, par exemple en réalisant la visite à domicile d'un autre participant. Avec ses évaluations écologiques, l'ergothérapeute peut déterminer le niveau de motivation de la personne accompagnée et définir ainsi le stade du changement pour adapter sa posture et son intervention.

Nous émettons l'hypothèse plus spécifique que la connaissance de ces théories pourrait contribuer à un meilleur accompagnement vers l'**empowerment** (processus de mise en capacitation) qui est défini comme l'interaction entre participation, compétence, estime de soi et conscience critique (Couralet et Caire, 2018). Bacqué et Bewiener (2015) proposent deux dimensions complémentaires à cette dimension individuelle : la dimension interpersonnelle, organisationnelle ou collective et la dimension politique ou sociale.

Pour que le patient puisse évoluer dans le processus d'empowerment, l'ergothérapeute doit établir une relation de confiance avec lui et créer un contexte favorable et propice au changement. Dans ce rôle d'**agent de changement** (Carrier et Beaudouin, 2020), l'ergothérapeute lui permet alors de s'engager dans la réalisation de nouvelles occupations, d'en abandonner certaines ou de les modifier, induisant ainsi un **changement occupationnel**. Comme Meeus (2012) le propose, l'ergothérapeute pourrait même être le metteur en scène du changement, la personne accompagnée étant elle-même actrice de ce changement.

Concernant le programme *LifeStyle Redesign*®, Soum-Pouyalet (2019a, p.1) parle d'une véritable « *méthode de conduite de changement visant à favoriser les comportements favorables à la santé et au maintien de l'autonomie* ». L'idée des créatrices du programme original n'était effectivement pas de proposer des occupations, mais de donner l'information nécessaire pour que les bénéficiaires puissent choisir leur propre routine optimisant leur santé. Les participants doivent ainsi choisir leurs occupations et comprendre le sens de celles-ci. L'alternance entre moments d'informations sur les liens occupation/santé, d'activités de réflexion et découverte, de discussions entre pairs, de mises en situation en groupe ou en individuel et de temps d'élaboration de son projet personnel en individuel ou en groupe est ainsi proposée. Les études menées par les auteurs du programme (*Well Elderly Studies*) sont des études comparatives en essai randomisé contrôlé qui montrent que cette intervention ergothérapique est plus efficace qu'une intervention dite « sociale » basée sur la participation à des animations (Clark et al., 2015).

Au-delà de ce rôle d'agent de changement individuel (niveau micro ou clinique, Carrier et Beaudouin, 2020), l'ergothérapeute peut également être un agent de changement au niveau sociétal (niveau macro, Carrier et Beaudouin, 2020), dans le système de santé dans lequel il évolue. Ainsi, il accompagne le changement de l'individu, du groupe, de la communauté et de

la population. C'est un moyen pour ce professionnel de prendre le virage préventif et de défendre l'identité de cette profession qui tend encore à chercher sa place et sa justification (Turcotte, Carrier, Desrosiers, et Levasseur, 2015).

## 2.2 DE LA FRAGILITÉ SOCIALE À L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES ÂGÉES

Éviter les maladies, maintenir un haut niveau de fonctionnement physique et mental, s'engager dans une vie sociale active et productive et maintenir une spiritualité positive contribuerait au bien-être et à la santé des aînés et donc au vieillissement dit « réussi » (Crowther, Parker, Achenbaum, Larrymore et Koenig, cités par Lévesque, 2019). S'il est assez commun d'accorder au **vieillissement** la définition du processus d'altération naturelle qui commence dès l'entrée dans l'âge adulte, la vieillesse et a fortiori la personne « vieille » sont des concepts moins précis et partagés. Le Centre d'Analyse Stratégique affirme que « *la vieillesse, comme catégorie d'âge, n'existe pas en soi, mais procède d'une construction sociale qui s'insère dans un contexte précis* » (Centre d'Analyse Stratégique, cité par Ennuyer 2011, p. 135).

Le vieillissement réussi est-il finalement un vieillissement « normal » opposé à un vieillissement « pathologique », le normal et le pathologique étant eux-mêmes des concepts relatifs extrêmement variables selon Canguilhem (Devanneaux, 2019). Ce vieillissement amène des changements qui peuvent impacter la qualité de vie des aînés. La qualité de vie est définie par l'OMS (1984) comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Elle est donc multidimensionnelle et ne peut se résumer à la seule composante médicale, les composantes psychologiques et sociales doivent également être intégrées. Le fait que la qualité de vie soit subjective explique qu'il n'existe pas d'outil universel pour la mesurer. **L'inventaire de l'équilibre de vie** est un outil utilisé en ergothérapie et qui aborde les quatre dimensions de l'équivalence des routines quotidiennes depuis les besoins de base pour la santé et la sécurité, aux relations sociales, à l'engagement (être mis au défi) et le sens de la vie et l'identité positive (Matuska, 2012). Cet auto-questionnaire évalue, selon 53 items, la présence ou l'absence des activités en lien avec ces composantes et le temps consacré à celles-ci. L'équilibre de vie est ainsi défini par Matuska (2012) comme un processus dynamique et interdépendant avec des notions de **congruence** (temps consacré par un individu à la réalisation des activités versus temps qu'il souhaite y consacrer), de **choix** des activités, de **satisfaction** concernant le temps passé à réaliser ces activités et à de **durabilité** des activités sur le long terme.

L'OMS a défini la santé dans sa constitution en 1946 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Selon cette définition, un vieillissement réussi revient, pour une personne âgée, à préserver son autonomie et sa qualité de vie selon les composantes multidimensionnelles.

Cependant, comme abordé précédemment (§1.1), de nombreuses personnes âgées en France se sentent **isolées socialement**, leur nombre tendant à suivre la démographie de cette population.

Les bénéficiaires ciblés par les programmes de prévention primaire sont généralement des personnes à la **frontière du bien-être et de la fragilité** (Mountain et al., 2008). Des résultats bénéfiques plus marqués ont même été observés chez les bénéficiaires de degré d'autonomie plus fort (Groupes Iso-Ressource 5 et 6) dans l'étude pilote de ReSanté-Vous (Soum-Pouyalet, 2019a).

En gériatrie, la fragilité est définie de façon quasi-unanime, les composantes du **syndrome de fragilité** étant développées par Fried et ses collègues (Annexe 2) : le cycle démarre par la perte de force musculaire engendrée par une maladie ou une affection, il est suivi par le ralentissement de la marche, puis de la diminution de l'énergie, de la réduction de l'activité physique et enfin de la perte involontaire de poids (sous-nutrition), celle-ci amenant à la perte de force musculaire (Fried Ferrucci, Darer, Williamson et Anderson, 2004). Il convient pourtant de distinguer la **fragilité clinique** telle que définie dans ce domaine, de la **fragilité sociale et économique** (Gavier, 2019). Cette dernière « *ne prend sens qu'en fonction du parcours de la personne, de son histoire, du contexte social et familial, et de l'environnement dans lequel elle vit* » (Finielz et Piotet, 2009, p.154). Gavier (2019) conclut que la fragilité (dans une perspective globale) peut être définie comme un « *état à risque de perte d'autonomie du fait d'une perte d'adaptation face aux événements stressants* ». Par exemple, la peur de chuter peut conduire à une diminution des déplacements et donc un repli ou **isolement social** (Annexe 3). Des difficultés supplémentaires peuvent venir d'un manque de ressources financières, des services accessibles et l'indisponibilité de moyens de transport peu chers et sûrs. Cette spirale conduit à l'**isolement social** de la personne âgée, facteur de risque important de mortalité (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris et Stephenson, 2015). De plus, cette situation est aggravée car ces personnes sont difficiles à recruter dans des programmes de prévention tels que définis plus haut (Mountain et al., 2008 ; Gavier, 2019).

L'ergothérapeute, par son approche holistique de la personne et de la santé à travers l'occupation, est un professionnel ayant les compétences pour évaluer et accompagner

précocement les personnes dans cet état de fragilité sociale. Il est à même d'aider la personne à trouver des solutions à ses limitations de participation dues aux contraintes personnelles et environnementales. En effet, l'avancée en âge et les événements de la vie peuvent mener vers une spirale négative du **désengagement**, les activités de la vie quotidienne devenant plus difficiles, demandant plus de temps et d'énergie (Mountain et al., 2008). Ce phénomène est également étudié en sociologie et est défini sous le terme de **déprise** (Caradec, 2005). Selon ces différentes théories, les changements dus à l'avancée en âge peuvent avoir un effet délétère sur la participation dans les activités et les interactions sociales. Dès lors, l'accompagnement au changement peut être opéré par des ergothérapeutes grâce à des modèles dynamiques comme le modèle de l'occupation humaine.

### 2.3 LE MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

Le fondement du programme *LifeStyle Redesign*® étant le bien-vieillir à travers les occupations significantes et significatives, le **Modèle de l'Occupation Humaine** (MOH) est tout à fait adapté pour analyser sa pertinence (Kielhofner, 2008). Le **Modèle d'Occupation Humaine** est un modèle conceptuel en ergothérapie qui permet d'appréhender la personne accompagnée dans un ensemble plus global (vision holistique) selon la perspective centrée sur l'occupation (Figure 1). Il est dynamique, centré sur le client et basé sur des données probantes. Il analyse l'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement selon les trois composantes suivantes : l'être occupationnel (la personne), l'agir occupationnel (ce que fait la personne) et l'adaptation occupationnelle. Ces composantes sont intégrées dans une dernière composante plus large qu'est **l'environnement** (physique, social et occupationnel) dans lequel l'occupation est réalisée.

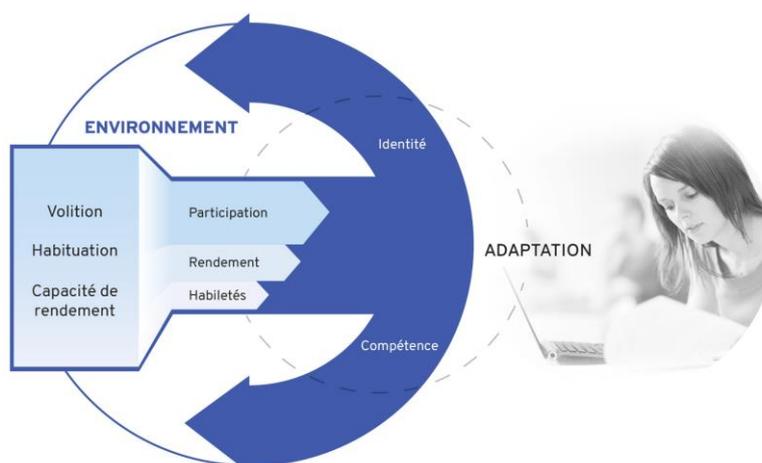


Figure 1 : Modèle de l'Occupation Humaine.

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada.

Traduction autorisée par Taylor, R. R.

Les sous-composantes de l'être occupationnel sont la **volition**, **l'habitation** et la **capacité de rendement**. La volition est la motivation à nous occuper et elle est basée sur nos intérêts, nos valeurs et nos déterminants personnels. Cette notion rejoint la notion d'**intention comportementale et de sentiment d'auto-efficacité** des théories du changement. L'habitation définit nos rôles et nos habitudes. La capacité de rendement est liée aux capacités objectives et subjectives du corps de la personne.

Les sous-composantes de l'agir occupationnel définissent ce que fait la personne et sont intégrées l'une dans l'autre : la **participation**, le **rendement** et les **habiletés**. La participation occupationnelle est liée à l'engagement dans une occupation comme défini par Morris et Cox (2017). Elle diffère de la participation dite « sociale » définie dans la Classification Internationale du Fonctionnement (OMS, 2001) et qui signifie à « *l'implication dans une situation de la vie réelle [...] les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle* ». La participation occupationnelle est un mécanisme central pour tout changement occupationnel. Elle peut également être un marqueur **de l'isolement social** de la personne accompagnée, notamment lors d'une analyse plus large de son interaction avec l'environnement social. Le rendement est la réalisation d'une participation et les habiletés sont les actions dirigées vers un but (motrice, opératoire, de communication et d'interaction).

L'**adaptation occupationnelle** se compose de la **compétence** et de **l'identité occupationnelle**, la première étant la mise en action de la seconde. L'impact environnemental vient compléter ces deux composantes. L'adaptation occupationnelle est la résultante de l'interaction de toutes les autres composantes du modèle, elle se cumule au fil des expériences de la vie. Elle rejoint la notion de changement occupationnel cité plus haut.

Le MOH s'adapte ainsi à tous les accompagnements et interventions de l'ergothérapeute, y compris en prévention primaire ou promotion de la santé. L'objectif de l'accompagnement au changement est de permettre une adaptation occupationnelle en agissant sur les différentes composantes. Le MOH étant un modèle dynamique, tout changement sur une composante engendrera des changements sur les autres composantes. L'impact du changement peut se mesurer dans différentes composantes comme par exemple dans les habitudes de vie et les habiletés qu'il sera possible d'interroger avec les outils d'évaluation du modèle.

Levesque et al. ont analysé les bénéfices cliniques et financiers du programme selon la perspective de ce modèle à travers une revue systématique sur le sujet (Levesque et al., 2019).

Les auteurs montrent un effet bénéfique sur la capacité de rendement (physique, mentale et cognitive), sur l'habitué (absence de limitations fonctionnelles), sur la participation (fonctionnement social), sur les habiletés (qualité des interactions sociales), sur l'adaptation occupationnelle (satisfaction, quantité et qualité des années de vie restante, Quality-Adjusted Life Years / QALY) et enfin sur le rapport coût-utilité (\$/QALY).

## 2.4 SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette première partie, nous avons présenté le contexte épidémiologique de l'étude à savoir, le vieillissement de la population et les problématiques de santé publique liées à la perte d'autonomie des populations âgées. La prévention primaire et l'action communautaire en santé semblent être des outils efficaces du virage préventif que doivent prendre les politiques de santé de ces pays. Nous avons identifié une possibilité de réponse à cette problématique, menée Outre-Atlantique depuis une trentaine d'années et transféré dans d'autres pays, le *LifeStyle Redesign*®. Ce programme d'intervention en ergothérapie propose d'accompagner les personnes âgées à la prise d'initiative de changement dans leurs habitudes de vie. Ce changement est support du maintien de l'autonomie et permet de maximiser le nombre d'années de vie en bonne santé, d'améliorer leur qualité de vie, leur fonctionnement, ainsi que de lutter contre l'isolement social. L'état de l'art présenté en première partie de ce document souligne les preuves d'efficacité du programme. En effet, la littérature scientifique à ce propos permet d'identifier les bénéfices multiples : santé des patients, coût-efficacité et efficacité à long terme (participation dans la communauté de la part des bénéficiaires). De plus, la mise en œuvre de ce programme joue un rôle dans l'affirmation de l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Elle permet de souligner la double fonction de ces professionnels comme agent de changement aux niveaux individuel et sociétal.

Notre problématique de départ était de nous interroger sur les raisons pour lesquelles ce programme n'est pas plus développé par les ergothérapeutes français et notamment toulousains et comment sa mise en place pourrait contribuer au virage préventif que doit prendre notre pays dans ce contexte de transition épidémiologique. Pour comprendre les raisons de son efficacité, nous avons passé en revue les théories du changement de comportement et l'impact qu'elles peuvent avoir dans l'accompagnement en ergothérapie, notamment en prévention primaire. Dans ce champ d'intervention, l'accompagnement permet aux bénéficiaires de s'engager dans des occupations et ainsi de sortir de la spirale de la fragilité sociale pouvant amener à l'isolement social. Le MOH est un modèle conceptuel en ergothérapie qui nous permet de mesurer l'ensemble des bénéfices du programme (au niveau individuel, communautaire,

étatique), d'évaluer son efficacité thérapeutique, financière et économique et d'accompagner au mieux les personnes dans ce contexte.

Pour répondre à la première partie de la problématique de départ, à savoir pourquoi peu d'ergothérapeutes mettent en œuvre le programme en France, la réponse appelle quelques hypothèses qu'il est difficile de vérifier. Le premier élément de réponse est le lieu d'exercice des ergothérapeutes dans le système français qui est très peu souvent la communauté ou les services sociaux, contrairement aux pays des auteurs du programme initial et à leurs adaptations (exemple avec les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) au Québec). De plus, la majorité des ergothérapeutes français travaillent dans une logique curative, comme la plupart des acteurs du système de santé français et bien qu'ils soient formés à la promotion de la santé (Turcotte, 2015). Enfin, nous pouvons imaginer que la traduction tardive de ce programme en langue française ait été un obstacle pour son appropriation par la communauté des ergothérapeutes français.

Les cadres contextuels et théoriques liés à notre question de départ et présentés ci-dessus nous amènent à la question de recherche suivante :

**« Comment le programme *LifeStyle Redesign*® favorise-t-il les participations sociale et occupationnelle dans le cadre de l'accompagnement des aînés toulousains en situation de fragilité sociale? »**

**Hypothèse 1 : L'approche centrée sur les occupations du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation occupationnelle et la qualité de vie des participants.**

**Hypothèse 2 : L'approche communautaire du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation sociale des bénéficiaires et la qualité de vie des participants.**

Pour répondre à cette question de recherche, nous proposons de rédiger le design expérimental d'une démarche de recherche mixte qualitative et quantitative avec des évaluations réalisées à plusieurs reprises pendant tout le programme auprès d'un groupe restreint.

La phase exploratoire nous a permis de trouver des éléments de réponse pour la mise au point de cette méthodologie, notamment le recueil des données et l'analyse de celles-ci. Nous les présentons en détail dans la partie expérimentale de ce document. Ils concernent le choix de la population, le contenu du programme à adapter, les critères de jugement, les lieux de recrutement et d'intervention.

### 3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie de recherche envisagée est la rédaction d'un design expérimental utilisant l'intervention de prévention primaire *LifeStyle Redesign*®. Ce design pourra être présenté devant un Comité d'éthique ou à un Comité de Protection des Personnes (CPP) dans un contexte toulousain. Ce design expérimental est également une base concrète pour répondre à des appels d'offres dans le domaine de la prévention primaire auprès des aînés. L'Annexe 4 présente le document intitulé « résumé de la recherche » et reprend tous les points de la méthodologie proposés et présentés dans cette partie. Le schéma de recherche est présenté Annexe 5.

Ce dispositif n'a pu être testé pour ce mémoire et ce pour plusieurs raisons :

- L'étude proposée porte sur « *des personnes volontaires saines ou malades* » et « *visée à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques* » (décret 2017-884, JO du 10 mai 2017). Pour être mise en œuvre, cette expérimentation devrait être soumise à validation d'un CPP ou a minima d'un comité d'éthique.
- La durée du programme *LifeStyle Redesign*® est de 6 à 9 mois, sans compter la période de recrutement des bénéficiaires. Cette durée n'est pas compatible d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

Cependant, afin de nous accoutumer à la mise en œuvre de modules du programme, nous avons suivi les ateliers animés par les étudiants de deuxième année de l'IFE de Toulouse auprès des aînés d'un café associatif. Ces ateliers sont inspirés des modules du *LifeStyle Redesign*®.

Avant de définir en détails la recherche proposée, nous présentons la définition d'un programme de recherche et le lien avec un programme d'intervention comme le *LifeStyle Redesign*®. Les différentes parties de ce chapitre suivent les éléments constituant la méthodologie de recherche proposés dans Tétreault et Guillez (2014) (sauf la prochaine section sur la définition d'un programme de recherche) : participants, outils de mesure, procédure de collecte, analyse des données, considérations éthiques.

### 3.1 PROGRAMME DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION

Selon Plante (cité par Ridde et Dagenais, 2012), « *[un programme est un] ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte des individus, une collectivité ou une société. Il est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose* » (p. 18).

La recherche est l'ensemble des « *activités intellectuelles, travaux ayant pour objet la découverte, l'invention, la progression des connaissances nouvelles; conception que l'on a de cette activité* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales).

Un **programme de recherche** peut être défini comme un ensemble de travaux organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes, le tout visant à produire des connaissances nouvelles et, pour certaines, de transformer un état.

Un programme en ergothérapie ou en réadaptation est une intervention qui est délivrée dans le cadre de la discipline évoquée. Il n'a pas forcément d'objectifs de recherche.

Les études *Well Elderly Research Studies I et II* sont des **programmes de recherche** qui ont étudié l'impact du **programme d'intervention** *Well Elderly Treatment Program* (ensuite nommé *LifeStyle Redesign®*, cf Annexe 6). Les auteurs ont défini la démarche et détaillé les différentes étapes de ces programmes. Celles-ci sont les suivantes :

- Étape 1 : Identifier le problème
- Étape 2 : Élaborer une compréhension théorique du problème
- Étape 3 : Élaborer une intervention
- Étape 4 : Tester l'efficacité de l'intervention
- Étape 5 : Evaluer le coût en rapport avec l'efficacité
- Étape 6 : Évaluer l'efficacité de l'intervention
- Étape 7 : Étudier un modèle théorique expliquant les résultats obtenus
- Étape 8 : Application des connaissances (transfert et diffusion) (Clark, Jackson et Pyatak, 2014).

Les étapes 4, 5 et 6 concernent l'évaluation du programme d'intervention et jugent de l'efficacité de l'intervention en termes de coût financier et de résultats obtenus, en regard des objectifs fixés. D'une manière plus complète, l'évaluation de programme peut concerner l'évaluation des besoins (des bénéficiaires du programme), de la pertinence (réponse aux besoins), du processus (mise en oeuvre selon une planification), de l'efficacité (effets à court-

terme versus objectifs initiaux ou groupe contrôle), de l'impact (à long terme) et enfin de l'efficacité (rapport coût-efficacité) (Ridde et Dagenais, 2012).

Cette démarche de recherche conceptualisée par Clark et ses collègues répond aux controverses animant les acteurs de la science de l'occupation partagés entre le fait qu'elle doit être une science appliquée ou fondamentale (Morel-Bracq, 2015). Elle apporte des preuves d'efficacité qui sont une base solide pour leur transfert dans la pratique de l'ergothérapeute. Elle est également la preuve qu'une méthode dite mixte (collecte et d'analyse de données qualitatives et quantitatives) peut être menée en science de l'occupation.

Ces pratiques qui entremêlent recherche et intervention pourraient s'approcher de la méthodologie de la **Recherche-Intervention**. Elles partagent les mêmes principes de base sur l'interaction entre recherche et intervention qui peut être résumée comme « *la volonté de chercher en intervenant et d'intervenir en cherchant* » (Marcel dans Caire et Schabaille, 2018, p. 313). Les expériences des programmes de recherche *Well Elderly Studies* partagent également les principes fondateurs que sont les dimensions participative et émancipatrice utilisées dans la Recherche-Intervention. Cependant, l'objectif de la Recherche-Intervention est de répondre à une commande en se basant sur les sciences de l'éducation et de la formation, dans une « *logique de conduite et d'accompagnement au changement* » (Marcel dans Caire et Schabaille, 2018, p. 313).

Malgré les différences présentées ci-dessus, le projet de recherche proposé ici suivra les recommandations de bonnes pratiques pour l'élaboration d'un **projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé** émises par l'Institut Régional d'Education et de promotion de la santé de Bretagne<sup>4</sup>. Ces recommandations abordent notamment la **co-construction** du projet de recherche entre les chercheurs, le coordinateur technique de la recherche et les intervenants spécialistes en promotion de la santé. Comme la Recherche Intervention, elle comprend également la volonté participative.

### 3.2 DISPOSITIF DE RECHERCHE PROPOSÉ

Le dispositif proposé est une démarche quasi-expérimentale mixte qualitative et quantitative avec des évaluations répétées pendant tout le programme auprès d'un groupe restreint (Tétreault et Guilliez, 2014). La partie quantitative inclut un dispositif de type *Single Case Experimental Design* (SCED) (Krasny-Pacini et Evans, 2018). Cette méthodologie de recherche est bien adaptée aux recherches sur les comportements individuels comme nous

---

<sup>4</sup> Joanny R., Institut Régional d'Education et de promotion de la santé de Bretagne (2014), Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé.

souhaitons le faire dans cette étude. Contrairement aux essais randomisés contrôlés qui apportent un haut niveau de preuve mais nécessite un effectif important de patients, le dispositif proposé permet de faire des évaluations de façon répétée et continue sur peu de participants. Elle permet ainsi de faire face aux problèmes de recrutement de volontaires, ce qui est le cas dans le domaine de la prévention primaire. La pertinence de cette évaluation récurrente au niveau individuel présente également l'intérêt d'être sensible aux fluctuations des patients. Enfin, le patient étant son propre contrôle, il n'est pas nécessaire de trouver des groupes homogènes entre le groupe contrôle et le groupe test.

La méthode en ligne de base multiple à travers les sujets est bien adaptée aux interventions longues avec changement lent comme le programme envisagé. L'étude doit porter sur trois patients minimum avec un recueil de cinq points de mesure sur les différentes phases de l'étude : la **phase de ligne de base**, la **phase d'intervention** et la **phase de suivi**. L'ordre des patients et le moment du début de l'intervention doivent être randomisés. Dans le cas de l'intervention choisie, le démarrage du programme est le premier rendez-vous individuel et peut donc être réalisé de manière aléatoire. La réalisation de ce SCED suivra le guide SCRIBE (*The Single-Case Reporting guideline In BEhavioural interventions*) (Tate et al., 2016).

La méthodologie SCED est donc séquencée et randomisée. Nous proposons dans cette étude de suivre trois participants du groupe recevant l'intervention de prévention avec ce dispositif de mesures répétées. Le choix des participants à cette étude ainsi que la méthode de recueil de données (outils et modalités de recueil) sont détaillés dans les parties suivantes.

### 3.3 LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE ET LEUR RECRUTEMENT

#### 3.3.1 CRITÈRES D'INCLUSION

La partie contextuelle nous a permis de définir l'âge des participants à ce programme : ce sont **les plus de 60 ans**. Cette population est celle visée dans le programme original et dans les études d'adaptation françaises (Soum-Pouyalet, 2019a). Quelques études dans d'autres pays ont considéré une population au-delà de 65 voire 70 ans (Matuska et al., 2003 ; Lund et al. 2012 ; Lévesque et al., 2020). En France (contexte d'application de l'étude), les personnes dites « âgées » et cible de la prévention primaire sont les plus de 60 ans (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), 2018 ; Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes<sup>5</sup>, 2016 ; Syndicat National de Gérontologie Clinique<sup>6</sup>, 1994).

---

<sup>5</sup> Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

<sup>6</sup> Grille nationale française AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

Par ailleurs, la population ciblée est celle des personnes en situation de fragilité sociale. En Occitanie, certains territoires sont ciblés « fragiles » et « très fragiles » en termes de prévention sanitaire et sociale via l'Observatoire des Fragilités Grand Sud (2020). Cet outil sera détaillé dans la partie sur le recrutement des participants.

Les **critères d'inclusion** pour tous les participants du groupe sont donc les suivants :

- Personne de plus de 60 ans
- Habitant de la région Occitanie dans un territoire prioritaire d'intervention de prévention sanitaire et sociale (voir l'Observatoire des fragilités présenté ci-dessous pour le recrutement)
- En situation de fragilité sociale : le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté sera l'outil de dépistage de ces situations (un score égal à la cotation minimale pour les deux échelles sera l'indicateur d'une fragilité sociale)
- Etre capable de s'exprimer et comprendre en langue française (pour les entretiens)
- Etre capable de remplir les questionnaires de manière autonome (savoir lire et cocher a minima)
- Etre capable de se rendre aux ateliers de manière autonome

Les **critères de non-inclusion** :

- Diagnostic de maladie neuro-dégénérative

Les **critères d'exclusion** :

- Non participation récurrente aux ateliers de groupe (2 ateliers consécutifs ou 4 ateliers sur la durée du programme).
- Comportement en groupe jugé inadéquat par les thérapeutes (discrimination, jugement, non-respect envers les autres membres du groupe et les thérapeutes).

Une notice d'information sur les conditions d'exclusion sera fournie aux participants du programme. Une notice différente sera remise aux trois participants de l'étude en SCED (évaluations plus récurrentes). Le choix de ces participants sera aléatoire parmi les participants du groupe. Un tirage au sort parmi les participants du programme sera réalisé.

Une fiche de consentement libre et éclairé permettant d'interrompre la participation au programme à tout moment sera distribuée.

### 3.3.2 MODALITÉS DE RECRUTEMENT ET D'INTERVENTION DANS LE CONTEXTE TOULOUSAIN

Dans leur étude systématique, Lévesque et al. (2019) relèvent que l'amélioration du fonctionnement social des participants au programme est facilitée par l'approche en groupe et par le choix des lieux d'intervention qui se situent dans la communauté. Plusieurs modules du *LifeStyle Redesign*® sont effectivement en lien avec la communauté, concept principalement anglo-saxon qu'il s'agit de transférer à la culture française (la version québécoise n'ayant pas eu besoin de cette adaptation). Pour tenter de comprendre cette notion, nous pouvons nous appuyer sur les évaluations utilisées par Matuska et al. (2003) et présentées ci-dessous. Des auteurs soulignent que les ressources disponibles dans la communauté représentent un moyen de recrutement plus efficace pour la participation à ces programmes de prévention que les systèmes de santé classiques (infirmières, hôpitaux, médecins, le bouche-à-oreille entre bénévoles) (Mountain et al., 2008 ; Gavier, 2019 , Lévesque et al., 2019).

La force du programme *LifeStyle Redesign*® est son implantation communautaire. Il nous semble donc important que le lieu d'intervention soit la communauté et non pas une structure de soin. Soum-Pouyalet (2019a) rapporte d'ailleurs un recrutement difficile dans les ateliers de vie, l'intervention se tenant dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), lieu qui peut être stigmatisant pour la population ciblée. Dans notre culture française, la communauté est associée à la vie de quartier et aux lieux fréquentés par les possibles bénéficiaires dans ces quartiers. Nous pouvons donc imaginer travailler en partenariat avec les mairies, les Maisons des Solidarités (département) ou les Maisons de la Jeunesse et de la Culture (MJC) pour disposer de salles communales. De plus, les acteurs communautaires comme les **Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS)** sont des partenaires idéalement placés pour identifier des personnes en situation de fragilité ou d'isolement social.

Il est également possible de s'appuyer sur l'**observatoire des fragilités**, système d'information géographique qui permet de connaître le nombre de retraités en fragilité sociale selon les territoires locaux et qui «  *vise à identifier les territoires prioritaires d'intervention sur le champ de la prévention santé/sociale et de la prévention des risques du vieillissement, visualiser l'offre d'actions collectives de prévention et établir un diagnostic territorial au travers de la juxtaposition d'indicateurs* » (Observatoire des fragilités Grand Sud, 2020).

Dans le contexte toulousain, se pose la question du lien qu'il serait possible de faire avec le **gérontopôle**, désigné en septembre 2017 centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie. Il est ainsi reconnu comme pôle de référence gériatrique, au niveau national et international. Les ateliers multi-domaines pour mieux vieillir

après 65 ans sont ainsi organisés par celui-ci à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance (Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance, 2018). Nous notons également l'existence de la plateforme de recherche en gérosociences du CHU de Toulouse pour favoriser un vieillissement en santé (INSPIRE). Enfin, le programme ICOPE (Integrative Care for Older People - Soins INTégrés pour les personnes âgées) de l'OMS est décliné à Toulouse. Il semble opportun de s'intégrer dans cet écosystème local déjà existant et expert de la fragilité de la personne âgée, tout en proposant une intervention hors-les-murs du Gérontopôle. Cette collaboration pourrait s'articuler autour d'un travail commun d'évaluation et de détection des personnes fragiles en intégrant la notion de fragilité sociale dans ces étapes de détection de la fragilité. Enfin, le lien avec l'IFE de Toulouse semble important avec notamment l'intervention des étudiants de l'IFE dans ces étapes d'entretiens et d'ateliers en amont du programme, hors-les-murs, mais aussi leurs interventions dans la communauté.

### **3.4 CRITÈRES DE JUGEMENT ET OUTILS DE MESURE**

Les critères de jugement sont les variables qui nous permettent de confirmer les hypothèses associées à la question de recherche (ou l'efficacité d'une intervention). Pour mesurer ces variables, des outils de mesure sont utilisés.

#### **3.4.1. LES OUTILS DE MESURE DES ÉTUDES EXISTANTES**

Toutes les études adaptées du *LifeStyle Redesign*® ont évalué l'impact de l'intervention sur la santé, les activités ou la participation sociale des participants. Cependant, il est difficile de trouver un consensus clair pour le choix de ces outils (cf Annexe 7). L'équipe de Matuska (2003) utilise le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté et le questionnaire *Medical Outcome Survey 36-Item Short Term Survey* (SF-36). L'équipe du programme original (Jackson et al., 1998) utilise également ce dernier ainsi que les questionnaires d'Activité de Vie Quotidienne (AVQ) et d'Activités Instrumentales de Vie Quotidienne (AIVQ). Les études pilote françaises ont préféré le SF-12, le *Short Term Berg Balance Scale* et le questionnaire de style de vie de Mayers (Soum-Pouyalet, 2019a). L'équipe québécoise de Sherbrooke utilise également le questionnaire SF-36, l'échelle du niveau de participation sociale (fréquentation de 10 lieux communautaires) et le profil des loisirs. Elle a également introduit la notion de mesure de l'espace de vie (*life-space assessment*) (Levasseur et al., 2019). Mountain et son équipe utilisent le questionnaire des AVQ, l'échelle de la dépression, et un questionnaire de Qualité De Vie (Mountain et al., 2008). Dans d'autres études de prévention primaire pour la même population, nous notons l'utilisation du profil Plaisir, Productivité, Ressourcement d'Atler aujourd'hui appelé le profil d'expérience occupationnelle (Atler, 2015). Malgré les preuves

d'efficacité du programme original, les versions adaptées n'ont relevé que peu de changements chez les participants avec les outils de mesure choisis.

Plusieurs auteurs rapportent que ces outils de mesure ne sont pas adaptés aux programmes de prévention car principalement conçus pour des bénéficiaires présentant une pathologie. Cette question est un point crucial car des outils standardisés et prouvant l'efficacité du programme doivent être utilisés pour que celui-ci soit reconnu et financé comme le préconise par exemple le rapport Bonné (Bonné et Meunier, 2021).

### 3.4.2. LES CRITÈRES DE JUGEMENT ET OUTILS PROPOSÉS

Dans la recherche proposée, les critères de jugement sont proches de ceux utilisés dans les *Well Elderly Studies* mais les outils de mesure sont différents. Les critères de jugement pour cette étude sont la participation sociale, la participation occupationnelle et la qualité de vie. Les sous-composantes que sont l'adaptation occupationnelle, l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle, les milieux occupationnels peuvent être mesurées avec des outils du MOH. L'Inventaire de l'Équilibre de Vie est proposé pour mesurer la qualité de vie. Les questionnaires de fréquentation des lieux de la communauté (avec son questionnaire sur le lien social) mesurent la participation sociale.

#### 3.4.2.1. LA MESURE DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE

L'**Occupational Self Assessment** (OSA) est une **auto-évaluation** permettant de mesurer la compétence occupationnelle (composante de l'adaptation occupationnelle) dans le contexte du MOH. Il donne également des informations sur la participation occupationnelle, la volition, l'habituement, les habiletés et le rendement occupationnel (Baron et Kielhofner, 2006). Il semble donc bien adapté pour mesurer les résultats d'un changement de comportement comme celui visé par l'intervention de prévention proposée.

L'**Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)** est un outil d'évaluation par entretien semi-structuré qui offre également une mesure de l'adaptation occupationnelle (Kielhofner et al., 2004). De plus, il offre une analyse de l'environnement occupationnel puisqu'il s'intéresse à l'histoire occupationnelle de la personne (histoire de vie narrative) en mesurant les éléments de l'adaptation occupationnelle.

Des échelles de cotation sont associées à ces deux outils, 4 niveaux de réponse étant proposés pour chaque question ou item. Pour l'OSA, le thérapeute calcule les **échelles de compétence occupationnelle** et de **valeur** (importance) à partir des réponses du participant aux auto-questionnaires sur la personne (« Moi ») et sur l'Environnement de la personne (« Environnement »). Pour l'OPHI-II, trois échelles sont calculées : une échelle **d'identité**

**occupationnelle**, une échelle de **compétence occupationnelle** et une échelle des **milieux occupationnels** (environnement). La cotation est réalisée par le thérapeute pendant ou après l'entretien<sup>7</sup>. Pour chacune des échelles de l'OPHI-II et de l'OSA, une mesure du client et un écart-type associé sont disponibles : la mesure du client est exprimée de 1 à 100.

Les scores de l'OSA obtenus pour chaque individu sont les critères de jugement dits principaux de la méthode SCED. Cet outil de mesure répond aux contraintes d'un SCED : il correspond à un comportement objectif et mesurable, le temps de passation est court, il peut être répété de nombreuses fois sans effet test-retest majeur et la fidélité inter-juges est très bonne (auto-questionnaire et erreur de cotation faible).

Les questions de ces deux évaluations abordent respectivement la compétence occupationnelle et l'histoire de vie occupationnelle de la personne sans nommer de déficience ou de problème de santé. Ces outils ne présupposent pas que la personne interrogée ait une pathologie et sont donc adaptés dans le domaine de la prévention primaire.

#### *3.4.2.2 LA MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE*

**L'Inventaire de l'Équilibre de Vie** nous semble également être bien adapté au champ de la promotion de la santé pour les mêmes raisons. Il est utilisé dans (Lévesque et al., 2020) pour évaluer le programme québécois **Remodeler sa vie®**. Le participant doit évaluer le temps consacré aux activités qu'il réalise ou souhaiterait réaliser parmi 53 activités proposées. Les **quatre dimensions de l'équivalence** des routines quotidiennes analysées sont les **besoins de base pour la santé et la sécurité**, les **relations sociales**, l'**engagement** (être mis au défi) et le **sens de la vie et l'identité positive** (Matuska, 2012). Si la réalisation de l'activité est cohérente du temps souhaité (« Autant » ou « Près de » ce que je voudrais), la note accordée est de 3 points, une cohérence moins importante est notée 2 points (« Parfois Plus » ou « Parfois moins » que je voudrais) et enfin une incohérence forte est notée 1 point (« Toujours Plus » ou « Toujours moins » que je voudrais). Le score total est obtenu en ajoutant les notes obtenues et en divisant par le nombre d'items choisis. Des sous-échelles peuvent également être calculées de la même façon pour chaque dimension de l'équivalence des routines quotidiennes. Le score et les sous-échelles obtenus sont notés de 1 à 3, une note de 1 à 1,49 représentant un fort déséquilibre de vie, une note entre 1,5 et 1,99 un déséquilibre de vie, une note entre 2 et 2,49 un équilibre de vie moyen et une note entre 2,5 et 3 un très bon équilibre de vie.

---

<sup>7</sup> Cotation du fonctionnement occupationnel- 4 = exceptionnel, 3 = adéquat/satisfaisant, 2 = quelques problèmes, 1 = problèmes extrêmes.

Les trois outils ci-dessus sont des outils validés et centrés sur les occupations. Les participations occupationnelles et sociales étant difficilement objectivables, nous avons fait le choix de questionnaires subjectifs recueillant le sentiment des participants.

### 3.4.2.3 LA MESURE DE LA PARTICIPATION SOCIALE

Aux outils ci-dessus, nous proposons d'ajouter un auto-questionnaire sur la fréquentation des lieux de la communauté comme proposé par Matuska dans le programme *Designing a life of Wellness* (Matuska et al., 2003). Une version traduite librement est présentée en Annexe 8. Il interroge les participants sur leur fréquence de participation mensuelle aux **activités communautaires** et leurs **liens sociaux hebdomadaires** (avec la famille, l'entourage, les professionnels). Les activités communautaires sont liées aux lieux de culte, aux activités extérieures (marcher ou aller dans des parcs), à faire ses courses, à assister à des événements communautaires telles que des concerts ou événements sportifs, à utiliser des ressources communautaires telles que bibliothèques, restaurants, maisons de quartier, installations de loisir...) et à participer à des groupes sociaux. Pour ces deux échelles, le participant estime sa fréquentation des lieux publics et sa fréquence de liens sociaux selon une échelle à 5 niveaux, la valeur de 1 étant associée à la fréquentation ou fréquence la plus faible et la valeur de 5 à la plus forte<sup>8</sup>. Matuska et son équipe ne proposent pas d'interprétation du score global. Ils analysent la proportion de participants ayant 3 activités ou plus par mois avant et après le programme de prévention. Ce questionnaire faisant appel aux habitudes de vie des deux mois passés, nous proposons de le réaliser au début, à mi-programme et à la fin de celui-ci, soit à 3 mois d'intervalle, pour ne pas avoir de recouvrement sur les périodes évaluées. La participation aux ateliers de prévention va de facto augmenter la cotation, la fréquentation des ateliers de groupe et les entretiens individuels avec le thérapeute augmentant naturellement les scores.

## 3.5 PROCÉDURE DE RECUEIL DE DONNÉES

### 3.5.1 INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE

Pour le contenu du programme, la plupart des adaptations menées à travers le monde reprennent **12 modules** du programme *LifeStyle Redesign*®, soit ceux de la seconde version du manuel (Clark et al., 2015). Le design proposé ici est basé sur une durée d'intervention de 6 mois (6 à 9 mois dans sa version originale américaine). Il est constitué **d'ateliers en groupe hebdomadaires** d'une durée de 2h et d'**entretiens individuels mensuels** d'une durée de 1 à 2 heures, pour chaque participant. Cette durée de 6 mois semble adaptée pour une première étude

---

<sup>8</sup> Cotation respective : 1 = "0 fois/mois ou semaine", 2 = "1 à 2 fois/mois ou semaine", 3 = "3 à 4 fois/mois ou semaine", 4 = "5 à 6 fois/mois ou semaine", 5 = ">7 fois/mois ou semaine"

sur cette intervention et nécessitera des financements moins importants. Ces éléments seront à revoir après la parution du manuel de la version française adaptée du programme original (ANFE, ReSantéVous, IFE Bordeaux). En effet, les modules ont été adaptés en nombre et contenu suite aux études de transférabilité réalisées depuis 2019. Ce programme se voulant adaptable, chaque groupe de bénéficiaires choisit les modules et les objectifs associés parmi les modules proposés. Le Focus Group organisé au Québec en 2019 auprès de 4 ergothérapeutes préconise d'insister sur les thèmes de la sécurité à domicile et l'utilisation des moyens de transport (Lévesque et al., 2019).

### 3.5.2 ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Le mois avant le démarrage de l'intervention auront lieu les évaluations initiales. Pour l'analyse en cas unique (SCED), celles-ci sont nécessaires pour obtenir une ligne de base du critère de jugement OSA. Elles seront réalisées chaque semaine pour chacun des trois bénéficiaires choisis. La ligne de base est donc de cinq points de mesure ce qui est conforme aux recommandations (Tate et al., 2016).

Les données sont recueillies lors d'un entretien individuel au domicile du participant concerné. Deux entretiens sont nécessaires : un premier entretien pour expliquer les différentes évaluations, notamment les auto-questionnaires OSA qui seront à remplir très fréquemment sans le thérapeute. Le deuxième rendez-vous est consacré à l'entretien semi-structuré OPHI-II. Après ces évaluations, l'ergothérapeute calcule les mesures des clients et écart-type associés à partir des notations de chaque item. Le temps de passation de l'OPHI-II est estimé entre 1 heure et 1 heure 30 (Kielhofner et al., 2004).

Tout au long du du programme, chacun des trois bénéficiaires sera joint par téléphone la semaine de son évaluation OSA (en fonction de son jour d'évaluation selon le schéma de recherche SCED). Cet appel permettra de lui rappeler de réaliser l'auto-évaluation. Celle-ci sera proposée sous format papier et sous format numérique selon le choix du participant. En fonction des capacités et des besoins du bénéficiaire, le thérapeute peut réaliser cet auto-questionnaire par téléphone et accompagner le participant. A partir de ces auto-évaluations OSA, le thérapeute calculera la mesure du client et l'écart-type associé pour chaque échelle. Le temps de passation de l'OSA est variable d'une personne à l'autre, mais ne devrait pas excéder 30 minutes (Baron et Kielhofner, 2006). Dans le cadre de l'étude en SCED, il est important de préciser aux trois participants de bien respecter le jour d'évaluation.

Une fois par mois, le thérapeute rencontrera chacun des participants à leur domicile pour un entretien individuel. Un guide d'entretien semi-structuré sera réalisé en début de programme et adapté au fil de l'eau. Il permettra de recueillir la satisfaction des participants vis-à-vis du

contenu du programme, du déroulement des ateliers et de questionner leurs attentes. Lors du troisième mois (à mi-programme), l'Inventaire de l'Équilibre de Vie et le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté seront réalisés avec le participant. Le temps de passation de ces deux évaluations est compatible de la durée de l'entretien individuel (entre 1 et 2h). Ces évaluations pourront être réalisées sur papier ou sur des versions numérisées.

Le mois suivant la fin du programme, toutes les évaluations seront à nouveau réalisées avec les trois participants suivis. Ces évaluations seront réalisées lors d'un entretien individuel.

Les données quantitatives sont les échelles de cotation de l'OSA pour les trois participants suivis régulièrement (25 dates de cotation dont 5 pour la ligne de base du SCED, 5 pour la ligne de suivi, 4 échelles à chaque date), les échelles de cotation de l'OSA pour les autres participants (8 dates de cotation, 4 échelles à chaque date), de l'OPHI-II (2 dates de cotation, 3 échelles à chaque date), de l'Inventaire de l'Équilibre de Vie (3 dates de cotation, 1 note globale et 4 dimensions à chaque date) et des échelles de fréquentation des lieux de la communauté et de la fréquence des liens sociaux (3 dates de cotation, 2 échelles à chaque date). A ces données s'ajoutent les données socio-démographiques recueillies lors de la phase de recrutement et la satisfaction du participant en fin de programme.

La partie qualitative est composée des retranscriptions des enregistrements audio réalisés pendant les entretiens OPHI-II réalisés avant et après le programme (2 dates d'entretien). Les rendez-vous individuels correspondant à la passation des deux évaluations à mi-programme et avant/après programme seront également enregistrés et retranscrits (8 dates d'entretien). Les retranscriptions seront réalisées avec un logiciel de reconnaissance vocale (type *Dragon Naturally Speaking*) pour être analysées plus en détails a posteriori. De la même manière, nous proposons d'enregistrer les premier et dernier ateliers de groupe pour retranscription et analyse (2 dates d'ateliers de groupe). Ces enregistrements nous permettront d'analyser l'évolution du contenu du discours avant et après intervention.

Pour un suivi à long terme, toutes les évaluations proposées sont réalisées six mois après la fin du programme (1 date d'évaluation supplémentaire). Ces évaluations seront réalisées lors d'un entretien individuel au domicile des participants.

A ces évaluations s'ajoutent les questionnaires de début et fin de programme recueillant respectivement les **données socio-démographiques** et la **satisfaction** des participants (évaluation du programme).

### 3.6 ANALYSE DES DONNÉES

Le tableau 1 présente les critères de jugement, les indicateurs associés (outils de mesure) ainsi que le format de recueil de données (par ordre de fréquence d'évaluation).

Tableau 1 : Ensemble des données recueillies pour les participants à l'étude (en fond gris, les critères suivis en méthode SCED)

Critère	Indicateur	Nature	Fréquence	Modalités
<b>Compétence Occupationnelle</b>	OSA Moi (Échelle de compétence)	Auto-questionnaire	<b>Phase ligne de base :</b> 1 fois/sem  <b>Phase d'intervention :</b> 1 fois/15 jours  <b>Phase de suivi :</b> 1 fois/sem à T0+12 mois	<i>Mesures répétées pour analyse en SCED pour 3 participants</i>  Seul au domicile  (rappel téléphonique)
	OSA Moi (Échelle de valeur)			
	OSA Environnement (Échelle de compétence)			
	OSA Environnement (Échelle de valeur)			
<b>Compétence Occupationnelle</b>	OSA Moi (Échelle de compétence)	Auto-questionnaire	<b>Phase d'intervention :</b> 1 fois/mois  <b>Phase de suivi :</b> T0+12 mois	Pour tous les participants  Seul au domicile
	OSA Moi (Échelle de valeur)			
	OSA Environnement (Échelle de compétence)			
	OSA Environnement (Échelle de valeur)			
<b>Participation sociale</b>	Fréquentation des lieux de la communauté	Auto-questionnaire	<b>Phase d'intervention :</b> Début (T0) Milieu (T0+3mois) Fin (T0+6mois)  <b>Phase de suivi :</b> T0+12 mois	Pour tous les participants  Avec le thérapeute pendant l'entretien individuel de début, mi- et fin de programme
	Fréquence du lien social			

<b>Equilibre de vie</b>	IEV - Equilibre global	Auto-questionnaire	<b>Phase d'intervention :</b> Début (T0) Milieu (T0+3mois) Fin (T0+6mois)  <b>Phase de suivi :</b> T0+12 mois	Pour tous les participants  Avec le thérapeute pendant l'entretien individuel de début, mi- et fin de programme
	IEV - Besoins de base (santé, sécurité)			
	IEV - Relations sociales			
	IEV - Engagement (être mis au défi)			
	IEV - Sens de la vie (identité positive)			
<b>Adaptation occupationnelle</b>	OPHI-II Échelle de compétence occupationnelle	Entretien semi-structuré	<b>Phase d'intervention :</b> Début (T0) Fin (T0+6mois)  <b>Phase de suivi :</b> T0+12 mois	Pour tous les participants  Avec le thérapeute pendant les entretiens individuels de début et fin de programme
	OPHI-II Échelle d'identité occupationnelle			
	OPHI-II Échelle des milieux occupationnels			

### 3.6.1 DONNÉES QUALITATIVES

Les retranscriptions écrites des entretiens individuels et des deux ateliers de groupe seront analysées avec un logiciel d'**analyse textuelle** de type Tropes (Tropes, s.d.). Ce dernier est un logiciel d'analyse sémantique de texte et permet d'analyser l'occurrence des mots et le lien entre ceux-ci. Contrairement à une analyse par matrice prédéfinie, un logiciel d'analyse textuelle peut mettre en relief des variables et des critères complémentaires à une analyse par matrice (méthode dite non supervisée en intelligence artificielle). De plus, l'analyse des relations entre classes est un atout pour l'analyse de ces données pouvant provenir de contextes et de participants différents. Nous avons construit une matrice d'analyse prédéfinie présentée en Annexe 9 pour comparer les résultats du logiciel avec celle-ci.

Le logiciel Tropes effectue un diagnostic du style général du texte et de sa mise en scène verbale. Cette analyse est réalisée en fonction des indicateurs statistiques récupérés au cours de l'analyse et nécessite donc l'utilisation d'un texte assez long. Les relations de cooccurrence

entre les classes d'équivalents (noms communs et noms propres ayant un sens voisin) sont également disponibles. Dans le cas de la retranscription du discours de plusieurs individus, des délimiteurs doivent être ajoutés pour traiter séparément les propos des différents personnages. De plus, pour une meilleure efficacité du logiciel, les anaphores doivent être résolues manuellement (remplacement de chaque pronom personnel par ce à quoi il renvoie). Enfin, pour des retranscriptions à partir de l'oral, la ponctuation dans le texte doit impérativement être ajoutée pour ne pas perturber le fonctionnement de l'analyse. Les classes d'équivalents et les relations peuvent être affichées sous forme graphique via des **graphes en aires, des graphes étoiles, des graphes par répartition** (histogramme des répartitions).

En complément à cette analyse sémantique automatique, nous proposons une analyse manuelle des retranscriptions des entretiens semi-structurés OPHI-II : l'**analyse interprétative phénoménologique** (IPA) (Smith, 1996). Cette dernière est une méthode d'analyse qualitative du discours visant à comprendre l'expérience vécue par les individus et le sens qu'ils peuvent lui donner, tout en tenant compte du contexte socioculturel et historique des événements vécus. Cette analyse utilise la mise en relation avec des éléments théoriques et est réalisée manuellement. Elle est très utilisée dans le domaine de la psychologie sociale et permet d'analyser les dynamiques psychosociales des comportements. Elle semble donc bien adaptée à notre recherche qui s'intéresse au vécu des participants à une intervention visant le changement des comportements. Les différentes étapes d'une analyse IPA sont détaillées en Annexe 10.

L'analyse des premiers et derniers ateliers de groupe permettra d'analyser l'évolution de la participation sociale avant et après programme, notamment lors des échanges entre les participants. L'analyse des entretiens individuels permettra de suivre les composantes de l'identité occupationnelle et de la compétence occupationnelle vis-à-vis de ce nouvel événement qu'est la participation à ce programme de prévention.

### 3.6.2 DONNÉES QUANTITATIVES

#### 3.6.2.1 ANALYSE DES DONNÉES DU SCED

Le critère de jugement principal de la méthode SCED est l'échelle de compétence occupationnelle du questionnaire « Moi » de l'OSA. Un critère de jugement secondaire est analysé : c'est la valeur médiane des 4 échelles OSA. Les résultats d'une étude SCED sont analysés visuellement et statistiquement.

##### - Analyse visuelle

Plusieurs méthodes proposent des repères visuels aidant à l'interprétation des courbes d'évolution temporelle des critères de jugement (voir Annexe 11 pour des exemples d'analyses

visuelles). La *Dual Criteria Method* permet de visualiser les lignes de niveau et de tendance des courbes (Kratochwill, 2010). La méthode *Two Standard Deviation Band* permet de tracer une bande correspondant à l'enveloppe de 2 écarts-types autour de la moyenne de la ligne de base et permet de distinguer facilement les points de mesures hors de cette bande (preuve de l'efficacité de la méthode). Deux points de mesure consécutifs hors de la bande permettent de conclure à un effet significatif de l'intervention.

- Analyses statistiques

L'intervention sera jugée efficace si l'échelle de compétence de l'OSA présente une augmentation de plus de 20% après la phase d'intervention, et ce pour au moins un des trois participants suivis. L'efficacité de l'intervention peut être vérifiée en utilisant des tests statistiques. Nous utiliserons le test de *Non overlap of All Pairs* (Parker et Vannest, 2009) qui permet de vérifier le non chevauchement pour deux phases de l'étude<sup>9</sup>.

Un calcul statistique sera ensuite appliqué afin de déterminer la **taille de l'effet**. Elle peut être calculée à partir de la différence de médianes divisée par l'écart-type généré sur la médiane du groupe. Les seuils de Cohen (Cohen, 1988) pour la classification de la taille de l'effet seront utilisés pour interpréter les résultats<sup>10</sup>.

Pour les participants dont la ligne de base n'est pas stable, le suivi avec les mesures répétées sera conservé tout au long de l'étude mais les données ne seront pas prises en compte.

### 3.6.2.2 ANALYSES TEMPORELLES

Pour chaque indicateur du tableau 1, une analyse visuelle de l'évolution temporelle sera réalisée avec un graphique présentant les valeurs au début, au milieu (sauf pour les données OPHI-II) et à la fin du programme. Un graphique sous forme de barres est bien indiqué pour cette analyse.

### 3.6.2.3 ANALYSES STATISTIQUES CROISÉES

Des analyses croisées des données peuvent être réalisées avec des outils statistiques de mesure de la relation entre deux variables catégorielles comme le coefficient de contingence et le V de Cramer (Kendall et Stuart, 1979). L'avantage du coefficient de contingence par rapport au *Chi 2* ordinaire est qu'il est défini dans l'intervalle [0;1] donc plus facilement interprétable (la valeur 0 représentant une indépendance parfaite). Le V de Cramer est également défini dans l'intervalle de 0 à 1 et correspond à l'écart au carré entre les effectifs théoriques et observés.

---

<sup>9</sup> Valeur comprise entre 0 et 1, effet nul de 0 à 0,65 ; moyen de 0,66 à 0,92 et fort de 0,93 à 1.

<sup>10</sup>  $d > 1,2$  = grande taille ;  $d = 0,5$  à  $0,8$  = taille modérée ;  $d < 0,5$  = petite taille.

Ces analyses nous permettent de connaître la relation entre les données pour une même variable en croisant plusieurs mesures se référant à une même variable mais également en croisant des variables différentes entre elles. Les variables d'intérêt pour cette étude sont la participation sociale, la participation occupationnelle et la qualité de vie. Pour la participation occupationnelle, des analyses croisées des différentes échelles de l'OSA et de l'OPHI-II seront réalisées.

Après normalisation des données, des mesures **d'association entre la participation occupationnelle et la participation sociale** pourront ainsi être réalisées à travers l'analyse croisée :

- Des échelles de compétence et de valeur de l'OSA (du questionnaire «Environnement») et la fréquentation des lieux de la communauté
- Des échelles de compétence et de valeur de l'OSA (du questionnaire «Environnement») et la fréquence des liens sociaux
- De l'échelle des milieux occupationnels de l'OPHI-II et la fréquentation des lieux de la communauté
- De l'échelle des milieux occupationnels de l'OPHI-II et la fréquence des liens sociaux

Des mesures **d'association entre la participation occupationnelle et l'équilibre de vie** (mesure de la qualité de vie) pourront également être réalisées à travers l'analyse croisée :

- Des échelles de compétence et valeur de l'OSA et du score global de l'Inventaire de l'Équilibre de vie
- De l'échelle des milieux occupationnels de l'OPHI-II et du score global de l'Inventaire de l'Équilibre de vie
- Des échelles de compétence et identité occupationnelles de l'OPHI-II et du score global de l'Inventaire de l'Équilibre de vie

Des mesures **d'association entre la participation sociale et l'équilibre de vie** (mesure de la qualité de vie) pourront également être réalisées à travers l'analyse croisée :

- De la fréquentation des lieux de la communauté et du score global de l'Inventaire de l'Équilibre de vie
- De la fréquence des liens sociaux et du score global de l'Inventaire de l'Équilibre de vie

Ces mesures d'association seront réalisées pour les valeurs recueillies au début de programme (première évaluation pour les échelles de l'OSA), en milieu, en fin de programme et à 6 mois de la fin du programme. Une analyse plus approfondie peut être réalisée en croisant

les sous-dimensions de l'Inventaire de l'Équilibre de vie (dimensions de l'équivalence) avec les différentes variables.

Afin de renforcer la stabilité de nos résultats, nous proposons de réaliser une triangulation des variables obtenues, si celles-ci le permettent (Tétreault et Guillez, 2014). Cette méthode d'analyse de données permet de croiser des données de diverses sources que la démarche de recherche soit qualitative ou quantitative (ou mixte). Ce croisement permet de fournir des résultats plus solides car comparés entre les différentes sources et de mieux comprendre le phénomène étudié, tout en contrôlant des biais éventuels (biais d'évaluation, biais de désirabilité sociale, biais de suivi). Cette triangulation pourra par exemple être réalisée entre les données qualitatives et quantitatives récoltées de façon individuelle. Ces données pourront également être comparées aux échanges recueillis pendant les ateliers de groupe.

Pour ces analyses statistiques, un programme informatique, avec le logiciel Matlab ou le langage Python, sera utilisé. Les versions numériques des questionnaires (utilisées par le thérapeute ou les participants) seront intelligemment pensées pour pouvoir être exploitées facilement par le programme informatique d'analyse statistique.

### **3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES**

Pour respecter la confidentialité des données recueillies et l'identité des participants à l'étude et conformément aux dispositions législatives en vigueur, les personnes ayant un accès direct aux données source prendront toutes les précautions nécessaires. Ces personnes, au même titre que les investigateurs eux-mêmes, seront soumises au secret professionnel. Un procédé d'anonymisation sera appliqué aux données recueillies pendant la recherche (phase de suivi y compris).

Toutes les données recueillies pendant et après l'étude (résultats des évaluations, journal de bord des ateliers de groupe, notes écrites des entretiens individuels, enregistrements audio) seront archivées pour une durée de 10 ans. A la demande du participant (demande écrite à l'investigateur principal de l'étude), les données le concernant pourront être détruites. L'avis favorable d'un Comité d'éthique ou Comité de Protection des Personnes (CPP) peut être nécessaire pour cette étude.

Comme déjà évoqué plus haut, une notice d'information expliquant les conditions d'exclusion du programme sera fournie aux participants au programme. Une fiche de consentement libre et éclairé permettant d'interrompre la participation au programme à tout moment sera distribuée.

## 3.8 DISCUSSION

### 3.8.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les données recueillies et l'analyse réalisée doivent nous permettre de répondre à la question de recherche et aux hypothèses associées. L'évolution des participations sociale et occupationnelle des participants suivis ainsi que leur qualité de vie sont observées. La pérennité de cette évolution et sa présence six mois après la fin du programme sont également étudiées. La méthodologie SCED permet un suivi intensif, prospectif et régulier de plusieurs personnes. Elle nous permet dans cette étude de suivre l'évolution de la compétence occupationnelle (composante de l'adaptation occupationnelle) des participants au fil du programme. Elle devrait donc permettre de savoir à quels moments les changements occupationnels sont opérés chez les participants. Cette analyse viendra confirmer ou infirmer les résultats observés par les équipes ayant déjà adapté le programme, notamment la longueur de l'intervention, l'alternance des ateliers de groupe et des entretiens individuels, les thèmes des ateliers. Nous analyserons également les niveaux de fragilité sociale initiaux pour chaque participant et leur évolution à la fin du programme.

### 3.8.2 FORCES ET LIMITES

Les limites de cette étude sont de plusieurs natures. Dans un premier temps, le financement de l'étude doit être obtenu. Des promoteurs financiers possibles sont présentés en Annexe 12. Ce sont des financeurs d'action de prévention dans le domaine du maintien de l'autonomie des seniors. Pour répondre à leurs appels d'offres, le CHU de Purpan peut être une bonne structure mais d'autres solutions sont possibles comme par exemple le soutien d'une collectivité territoriale. Après accord financier, l'avis d'un comité d'éthique ou d'un comité de protection des personnes doit être obtenu. Comme l'ont fait ReSanté Vous, l'ANFE et l'IFE de Bordeaux pour leurs expérimentations « Bien vivre dans mon quartier » à Bordeaux, cette recherche peut être considérée comme une recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales et donc non soumise au décret 2017-884, JO du 10 mai 2017 (Loi Jardé).

Ensuite, le recrutement des participants doit être engagé, au moins un groupe de dix participants devant être constitué après cette phase de recrutement. Les problèmes de recrutement rencontrés dans les autres études réalisées à travers le monde sont à prendre en considération. Le manque de personnes volontaires peut générer des groupes non homogènes en terme de nombre de participants. En effet, la durée de l'étude et le déroulé de celle-ci est imposée par le programme initial inspiré du *LifeStyle Redesign*®. La durée de l'intervention est donc de six mois au minimum. Pendant cette période, il est possible que les participants à l'étude présentent des changements d'état. De plus, cette intervention est une intervention en groupe et peut présenter des problèmes entre les participants. Cet engagement long terme peut

également représenter un frein dans cette population certes vieillissante mais en bonne santé et étant déjà engagée dans des activités.

Enfin, le suivi particulier et plus dense de trois des participants du programme peut présenter un biais de suivi et d'évaluation. Le suivi de plus de participants avec cette méthode SCED de mesures répétées ne nous semble pas possible car la ligne de base complète serait d'autant plus longue que le nombre de participants serait important. La phase d'avant-programme serait donc non réaliste, la motivation des participants pouvant être impactée par l'attente générée. De plus, la participation bénévole des personnes à ce genre de programme présente en soi un biais d'évaluation, la possibilité que ces personnes soient déjà dans une démarche de changement ne pouvant être exclus.

Une autre limite de l'étude proposée ici est qu'elle ne réalise pas l'évaluation de l'efficacité financière du programme, avec un suivi long terme des coûts de santé pour les participants au programme, comparés aux coûts de santé moyens des personnes âgées en France.

Les forces de cette étude sont également multiples. La première force est le programme d'intervention choisi pour lequel, les preuves d'efficacité et de rentabilité financière ont été prouvées dans d'autres contextes socio-culturels. Autour de cette intervention, le nombre d'évaluations différentes et les analyses croisées possibles à partir de celles-ci sont une force de l'étude. L'analyse en SCED présente l'avantage de mesures récurrentes et fréquentes. Une double cotation est possible car les résultats des auto-questionnaires sont conservés dans leurs états initiaux. La démarche mixte qualitative et quantitative permet de trianguler des données d'origines diverses et ainsi d'apporter de la robustesse aux résultats obtenus. Les biais d'évaluation, de désirabilité sociale et de suivi sont ainsi minimisés. L'analyse statistique des évaluations ainsi que le recours à des outils informatiques pour une analyse automatique permettent d'obtenir des résultats rapidement. Seule l'analyse IPA est chronophage puisque manuelle mais les résultats associés peuvent être analysés et diffusés dans un second temps. Le recours à des auto-questionnaires et à un entretien semi-dirigé recueille le ressenti des participants. Cet aspect nous semble un point fort de l'étude car c'est à ce ressenti qu'est lié la qualité de vie et l'isolement social perçus.

Pour assurer un facteur de neutralité lors des cotations des évaluations, et d'assurer ainsi une fidélité procédurale, la revue des notes des thérapeutes et du journal de bord du programme peut être utile. Les enregistrements audio de deux ateliers de groupe et des entretiens individuels participent également à cette fidélité procédurale.

## 4. CONCLUSION

Dans ce document, nous avons développé le cadre contextuel de la transition épidémiologique et du maintien de l'autonomie des personnes âgées. Les preuves d'efficacité et de rentabilité financière du programme en ergothérapie *LifeStyle Redesign*® nous ont paru suffisamment nombreuses et solides pour choisir cette intervention en réponse à la problématique initiale. Les points forts de ce programme sont : l'alternance d'ateliers de groupe et de rencontres individuelles générant ainsi de la pair-aidance et une diffusion d'information, l'élaboration d'un projet personnel pour chaque participant et pour chaque module (prenant en compte les besoins et attentes occupationnels de chacun), la durée du programme qui se veut suffisamment longue pour un changement durable dans le temps et enfin l'ancrage géographique dans la communauté de proximité.

Le cadre théorique nous a permis d'étoffer les fondements de l'intervention proposée en étudiant les concepts de fragilité sociale et de changement comportemental. Le modèle conceptuel de l'occupation humaine et ses outils nous ont paru bien adaptés à une méthodologie de recherche basée sur ce programme, lui-même puisant ses fondements dans les sciences de l'occupation. Nous avons ainsi proposé un programme de recherche utilisant des outils ergothérapiques pour répondre à notre question de recherche. Ces outils sont des auto-questionnaires et un entretien semi-structuré (récit de vie) centrés sur les occupations. Ils recueillent le ressenti de la personne et présentent donc une très bonne fiabilité. La méthodologie permet d'étudier l'impact du programme de prévention primaire *LifeStyle Redesign*® sur les participations sociale et occupationnelle des personnes âgées en situation d'isolement social ainsi que leur qualité de vie. Le cas particulier des aînés de la région toulousaine est évoqué dans ce manuscrit.

Afin de répondre au questionnement, nous proposons une méthodologie de recherche qui est un design expérimental mixte qualitatif et quantitatif quasi-expérimental utilisant cette intervention. L'étude proposée est originale puisqu'elle réalise le suivi intensif et continu de quelques cas uniques (SCED) pour une intervention de prévention réalisée à la fois en groupe et en individuel. Ce suivi à haute fréquence permettra de comprendre l'effet des différents événements du programme sur la compétence occupationnelle des participants. Celle-ci étant une composante de l'adaptation occupationnelle, elle nous permet de suivre l'évolution du changement comportemental chez les personnes. Les forces et limites de l'étude ont été discutées. Les nombreux critères de jugement et le suivi régulier et dense de certains participants au programme nous permettront de délivrer des résultats à forte preuve. Ces résultats nous permettront de conclure sur l'efficacité de cette méthode de conduite de changement centrée sur les occupations. Pour généraliser les résultats de la méthodologie

SCED, il faudrait multiplier cette étude pour avoir jusqu'à 5 SCED réalisés par 3 équipes de recherche différentes et sur 20 cas combinés en tout.

Dans le champ du maintien de l'autonomie, un programme de prévention primaire inspiré du *LifeStyle Redesign*® couvre les besoins des évaluations domiciliaire, des risques de chute et d'autres interventions que réalisent aujourd'hui les ergothérapeutes. Cette intervention est donc un argument fort du rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine de la promotion de la santé et dans la lutte contre l'isolement social des aînés, composante importante du vieillissement en bonne santé. La parution du manuel de la version inspirée du programme pour la France va permettre de présenter et défendre le programme. Une étude prouvant la rentabilité financière du programme est également nécessaire pour pouvoir intégrer ce programme dans le système de santé de manière systématique et généralisée.

La prévention primaire pour tous et notamment, la promotion d'un style de vie favorable à la santé et basé sur le changement dans les occupations n'est pas précoce en France. Le modèle canadien Do-Live-Well (Vivez Bien Votre Vie) est un exemple d'application du *Lifestyle Redesign*®. Il s'adresse aux personnes de tout âge et permet aux ergothérapeutes de défendre leur identité professionnelle centrée sur les activités (Moll et al. ). En France, un rassemblement d'ergothérapeutes en prévention primaire est envisagé et souhaité, par exemple fédéré par l'ANFE.

## REFERENCES

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. Dans J. Kuhl, et J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations. *ErgoThérapies*, 73, 45-53.
- ANFE (2020), Rapport d'activité 2019-2020, [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Rapport\\_d\\_activite2019\\_2020-1.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Rapport_d_activite2019_2020-1.pdf)
- Atler, K. (2015). User-perceived utility of the Daily Experiences of Pleasure, Productivity, and Restoration Profile, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 82(4) 235-244.
- Bacqué, M. et Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*. Paris: La Découverte.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boek.
- Baron, K. et Kielhofner, G. (2006). *The Occupational Self Assessment 2.2 (OSA)*. University of Illinois at Chicago.
- Bonné, B. et Meunier, M. « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! ». Rapport d'information n° 453 (2020-2021) fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 17 mars 2021
- Broussy, L. (2021), *Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population*.
- Caire, J.-M., Morestin, F. et Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. *Gérontologie et société*, 35(142 / 2012/3), 41-55.
- Caire, J.M. et Schabaille A. (2018), *Engagement, Occupation et Santé*, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, *Actualités en Ergothérapie*.
- Caradec, V. (2005), « Les «supports» de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de «déprise» », dans Vincent Caradec, Danilo Martuccelli (dir.), *Matériaux pour une sociologie de*

- l'individu. Perspectives et débats, Presses universitaires du Septentrion, coll. Le regard sociologique, Villeneuve-d'Ascq.
- Carrier, A. et Beaudouin, M. (2020). Conceptualizing Occupational Therapists' Change Agent Role To Support Entry-Level Pedagogical Activities: Results From A Scoping Study. *Journal of Occupational Therapy Education*. Vol. 4. Issue 3. Article 3.
- Centre d'Analyse Stratégique (2010). Vivre ensemble plus longtemps, Rapports et Documents n° 28, Paris, La Documentation Française.
- Clark, F. A., Parham, D., Carlson, M. E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., ... Zemke, R. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 300-310.
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Hay, J. et Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J. et Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology:Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B, 60–63.
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.P., Cherry, B., Jordan-Marsh, M., ... Azen, S. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of The Well Elderly 2 Randomized Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 782-790.
- Clark F., Jackson J. et Pyatak E. (2014). Developing an Integrated Occupational Science Research Program, The USC Well Elderly and Pressure Ulcer Prevention Studies, in Pierce D., Occupational Science for Occupational Therapy, Thorofare, Slack Inc, p. 291-309.
- Clark, F., Blanchard J., Sleight A., Cogan A., Florindez L., Gleason S., ... Vigen C. (2015) *Lifestyle Redesign®: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies, 2nd Edition*. Bethesda, USA. AOTA Press.
- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Florindez, L., Gleason, S., ... Vigen C. (2021), *Remodeler sa vie®, Version canadienne-française du manuel Lifestyle Redesign® : The*

*Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies*, Canadian Association of Occupational Therapy.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ : Laurence Erlbaum Associates.

Couralet, D. et Caire, J. M., (2018). Chapitre 17 - Education thérapeutique du patient (ETP) et empowerment. Dans Caire, J. M., et Schabaille, A. (dir.), *Engagement occupation et santé*. Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie, p. 269-284. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. et Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality—The forgotten factor. *Gerontologist*, 42, 613–620.

Devanneaux, B. (2019). Bien Vieillir ! Bien Bouger ! Bien Manger ! Chez Soi ! Une action de prévention pluriprofessionnelle centrée sur les occupations. *ErgOTHérapies*, 73, 15-22.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) (2018), Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/limitations-fonctionnelles-et-restrictions-dactivite-des#toc--sources-outils-enquetes->

Ennuyer, B, (2011). A quel âge est-on vieux ? la catégorisation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, 138, 127-142

ENOTHE (2008). *Developing a health promoting occupational therapy program for community living older people: experiences from a European project group*. Amsterdam.

Filiatrault, J. et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 45-56.

Finielz, E. et Piotet F. (2009), «La problématique de la notion de « fragilité » au coeur d'une politique de prévention de la dépendance», *Lien social et Politique*, Issue 62, p. 149–161 -> fragilité sociale

Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.

- Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D. et Anderson G. (2004), Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences* ; 59(3):255-63.
- Gavier, C. (2019). Analyse critique d'une action collective de prévention à destination des personnes âgées fragiles. *ErgoThérapies*, 75, 51-62.
- Glanz, K., Lewis, F. M. et Rimer, B. K. (1997). Health behavior and health education. Theory, research and practice (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Haut Conseil de Santé Publique (2017), Stratégie Nationale de Santé, <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D. et Azen, S. P. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1381–1388.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. et Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227–237.
- Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. (2018). <https://www.chu-toulouse.fr/-hopital-de-jour-d-evaluation-des-fragilites-et-de->
- INSEE (2019), France, Portrait social, Edition 2019, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R. et Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign : The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.
- Johansson, A. et Bjorklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23, 207–219.
- Kendall, M. et Stuart, A. (1979), The Advanced Theory of Statistics: Inference and Relationship. Hodder Arnold, London.

- Kielhofner, G., Mallison, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. et Walens, D. (2004). *The Occupational Performance History Interview – II Version 2.1*. University of Illinois at Chicago.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams et Wilkins.
- Krasny-Pacini, A. et Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation : A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164-179.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. et Shadish, W. R. (2010). SINGLE-CASE DESIGN TECHNICAL DOCUMENTATION. What Works Clearinghouse.
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Larivière, N., Trépanier, J., Levesque, M.-H., Beaudry, M., et Sirois, F. (2019). Influence of *Lifestyle Redesign*® on health, social participation, leisure, and mobility of older French-Canadians. *American Journal of Occupational Therapy*, 73.
- Lévesque, M.H., Trépanier, J., Sirois, M.J. et Levasseur, M. (2019). Effets du *Lifestyle Redesign*® chez les aînés : une recension systématique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 86.
- Lévesque, M.H., Trépanier, J., Tardif, M.E., Lalanne, K.K., Boudriau, M., Ainsley, S., ... Levasseur, M. (2020). Remodeler sa vie® ( *Lifestyle Redesign*® ) : première étude pilote auprès d'aînés franco-canadiens. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 87.
- Libault, D. (2019). Rapport de la Concertation « Grand âge et autonomie » [Rapport public]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>
- Lund, A., Michelet, M., Sandvik, L., Wyller, T. B. et Sveen, U. (2012). A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26, 502–512.
- Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M. et Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 220–224.

- Matuska, K. (2012). Description and development of the Life Balance Inventory. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32(1), 220-228.
- Meeus, P., (2012). Le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de dépendance des personnes âgées. Document non publié, <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article160>
- Meyer, S. (2013), *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2016). Dossier de presse. La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_loi\\_asv\\_janv2016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf)
- Ministère des solidarités et de la santé (2019). Dossier de presse – Concertation Grand âge et autonomie. Paris. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_rapport-grand-age\\_280319.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf)
- Moll, S., Gewurtz R., Krupa T., Law M., Larivière N. et Levasseur M. (2015). “Do-Live-Well” : A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23.
- Morel-Bracq, M. C. (2015). Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : L'exemple du *Lifestyle Redesign*® de Florence Clark aux États-Unis. *ErgOTHérapie*, 58, 15-22.
- Morel-Bracq, M. C. (2019). Le programme de prévention en ergothérapie du *Lifestyle Redesign*® : une réponse possible à la stratégie nationale de santé 2018-2022. *Expériences en ergothérapie*, 31, coord. M.H. Iazard, 247-255. Montpellier : Sauramps Médical.
- Morris, K. et Cox, D. L. (2017). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 152-164.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. et Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Program. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413.
- Mutualité Française (2018), Grand âge et autonomie : les propositions de la Mutualité Française, [https://www.mutualite.fr/content/uploads/2018/12/Contrib-Gd\\_Age\\_16p.pdf](https://www.mutualite.fr/content/uploads/2018/12/Contrib-Gd_Age_16p.pdf).

- Observatoire des fragilités Grand Sud (2020), consulté le 10/10/21 à l'adresse <https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) et United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (1978): *Primary Health Care*, Geneva.
- Organisation mondiale de la santé (1984). Report of the working group on concept and principles of health promotion. Copenhagen : WHO.
- Organisation mondiale de la santé (1986). Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.
- Organisation mondiale de la santé (1999). « Glossaire de la promotion de la santé », [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (p. 279) [Rapport]. OMS Organisation Mondiale de la Santé. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf;jsessionid=A633B207DF691BF0FD611BC413200ED1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=A633B207DF691BF0FD611BC413200ED1?sequence=1)
- Parker, R.I. et Vannest, K. (2009), An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavioral Therapy*. 40(4):357-67.
- Petits Frères des Pauvres (2021), Baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2021, <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-de-positions/mort-sociale-luttons-contre-l-aggravation-alarmane-de-l-isolement-des-aines>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (De Boeck Supérieur; M.-C. Morel-Bracq, Trad.).
- Prochaska, J.O. et Velicer, W.F. (1997). "The transtheoretical model of health behavior change". *American Journal of Health Promotion*. **12** (1): 38–48.
- Ridde et Dagenais (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Presses de l'Université de Montréal.

- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261–271.
- Soum-Pouyalet, F. (2019a). *Lifestyle Redesign®* : Vers un programme de prévention primaire à la française. In *Expériences en ergothérapie* (p. 256-263). Sauramps Médical.
- Soum-Pouyalet, F. (2019b). *LifeStyle Redesign®* : tout un programme ! Consulté à l'adresse <https://www.resantevous.fr/blog/actualites/newsletter-avril-2019/>
- Soum-Pouyalet, F., Morel-Bracq, M.C., Biard, N., Bonnici, V., Roumagne, N. et Sorita, E. (2021) Expérimentation à Bordeaux d'un programme de prévention inspiré du *Lifestyle Redesign®* auprès de personnes vieillissantes. Dans M. André, C. Chavoix, L. Rouault, M. Salomon (Dir) *La recherche en ergothérapie : comprendre et améliorer les pratiques*, p. 63-80.
- Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) (1994), AGGIR. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources, *La Revue de Gériatrie* 19 (3) : 249-259.
- Tate, R. L., Rosenkoetter, U., Togher, L., Horner, R., Barlow, D. H., Sampson, M., ... Shamseer, L. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioral Interventions (SCRIBE) 2016 : Explanation and Elaboration. *Scientific psychology*.
- Tétreault, S. et Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation (1ère édition)*. De Boeck Supérieur.
- Tropes (s.d.), <https://www.tropes.fr/>
- Turcotte, P.L., Carrier, A., Desrosiers, J. et Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 56-67.
- World Federation of Occupational Therapy (2017). Definitions of Occupational Therapy from Member Organization. <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

## **ANNEXES**

### **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT  
COMPORTEMENTAL DE PROCHASKA ET VELICER

ANNEXE 2 : SYNDROME DE LA FRAGILITÉ DE FRIED

ANNEXE 3 : DE LA LA FRAGILITÉ SOCIALE À L'ISOLEMENT SOCIAL

ANNEXE 4 : RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

ANNEXE 5 : SCHÉMA DE LA RECHERCHE PROPOSÉE

ANNEXE 6 : LES PROGRAMMES DE RECHERCHE WELL-ELDERLY  
RESEARCH STUDIES ET LE PROGRAMME D'INTERVENTION WELL  
ELDERLY TREATMENT PROGRAM

ANNEXE 7 : CRITÈRES DE JUGEMENT DES ÉTUDES LSR

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENTATION DES LIEUX DE  
LA COMMUNAUTÉ (TRADUCTION LIBRE DU QUESTIONNAIRE DE  
MATUSKA)

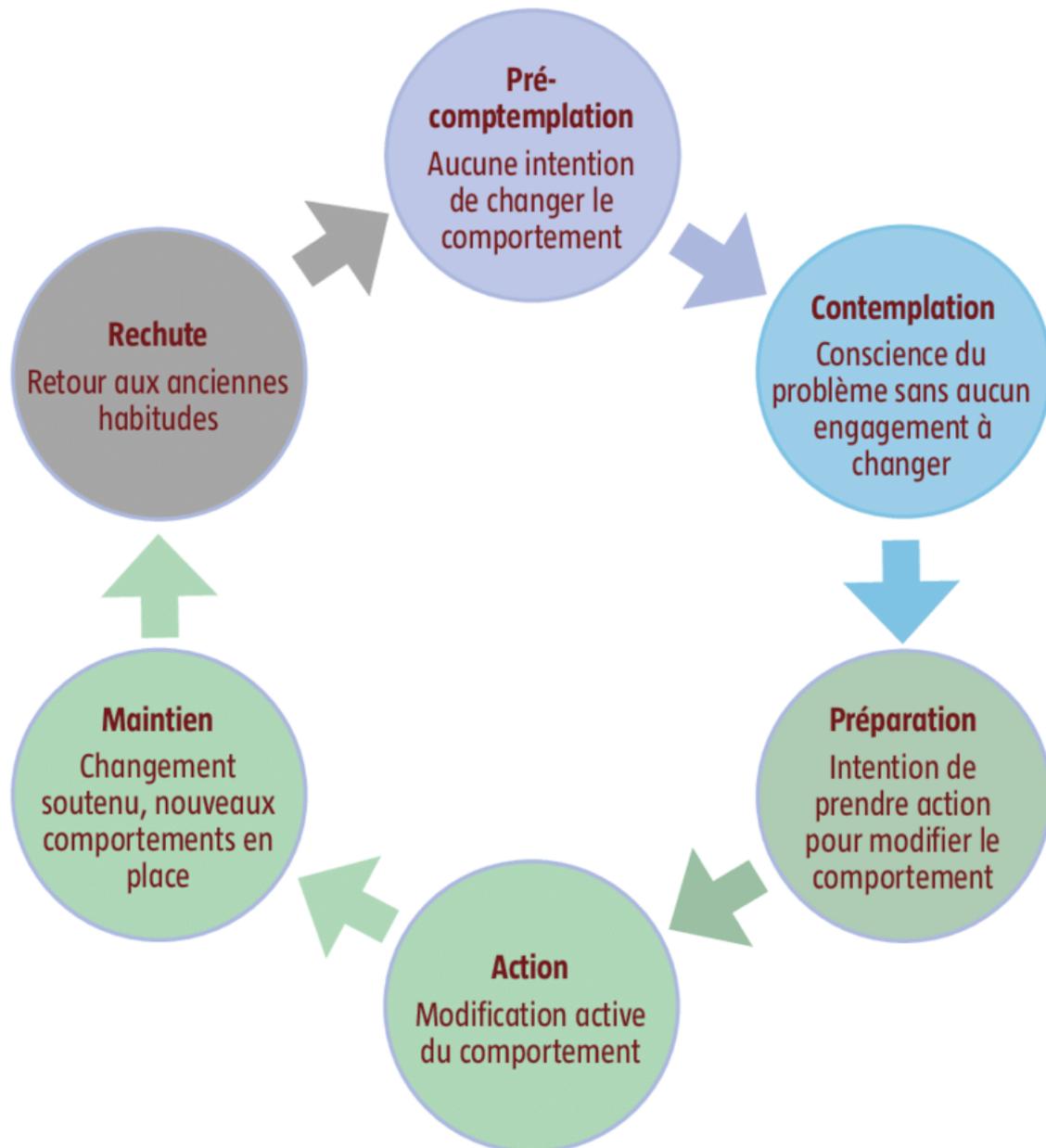
ANNEXE 9 : ANALYSE DES DONNÉES DE L'ÉTUDE

ANNEXE 10 : ANALYSE INTERPRÉTATIVE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

ANNEXE 11 : EXEMPLES D'ANALYSES VISUELLES EN SCED

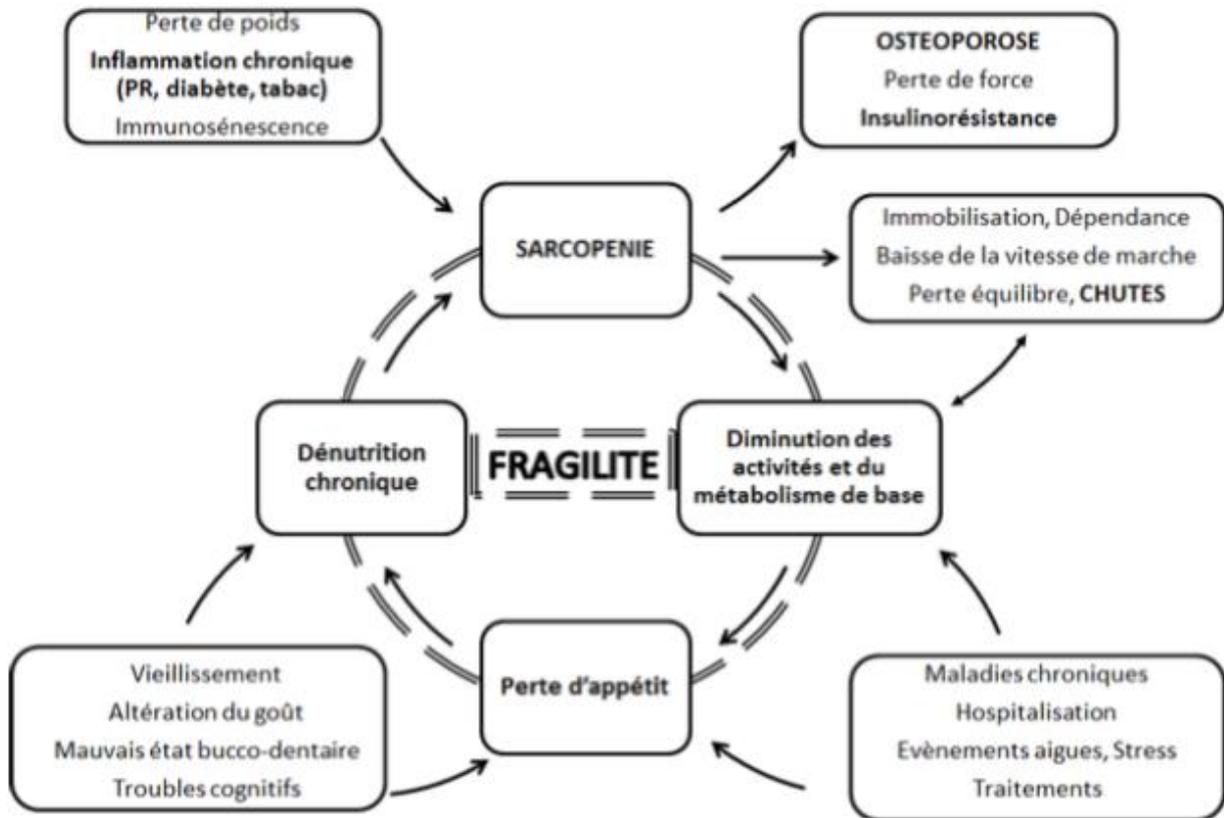
ANNEXE 12 : FINANCEURS POSSIBLES

## ANNEXE 1 : MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT COMPORTEMENTAL DE PROCHASKA ET VELICER



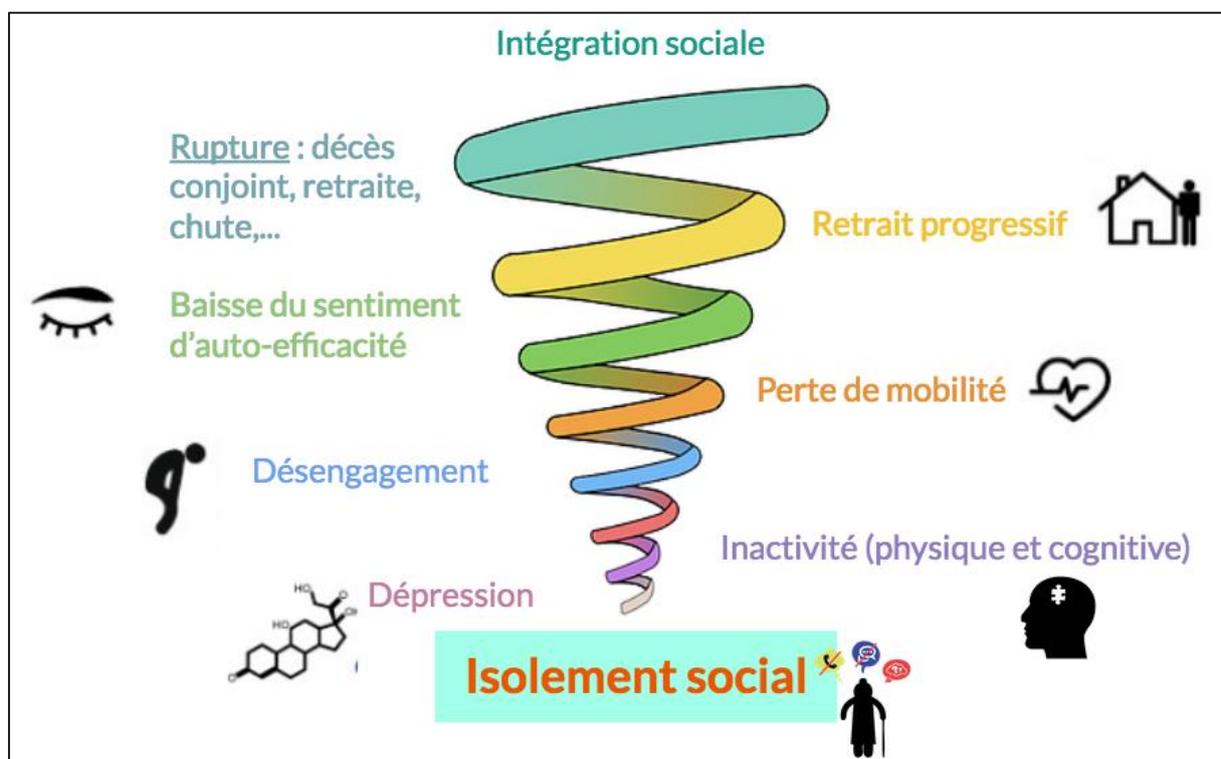
Crédit Photo Anne-Sophie Huet

## ANNEXE 2 : SYNDROME DE LA FRAGILITÉ DE FRIED



Cycle de la Fragilité selon la conception phénotypique de Fried (Fried et al., 2004)

## ANNEXE 3 : DE LA LA FRAGILITÉ SOCIALE À L'ISOLEMENT SOCIAL



Spirale de la fragilité sociale à l'isolement social (illustration libre de l'auteure)

## ANNEXE 4 : RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

Promoteur	CHU Purpan Toulouse IFE Toulouse
Investigateur Principal	Carole Rigourd, Jean-Michel Caire
Co-investigateurs	Clémence Chassan-Menon, Alfredo Letelier
Titre	LE <i>LIFESTYLE REDESIGN</i> ®, UN PROGRAMME POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL DES AÎNÉS TOULOUSAINS
Justification du contexte et de l'intervention	Le vieillissement de la population est actuellement un problème majeur de santé publique dans les pays Occidentaux. Dans ce contexte de maintien de l'autonomie, des stratégies de prévention dites primaires doivent être mises en place pour promouvoir le bien-vieillir et améliorer la qualité de vie des aînés. Les preuves d'efficacité et de rentabilité du programme <i>LifeStyle Redesign</i> ® ont été largement documentées par l'équipe de l'Université de Californie du Sud à l'origine de celui-ci il y a bientôt 30 ans. Les premiers résultats de transférabilité en France ont été présentés depuis 2019. D'après ces études et les résultats des différentes adaptations du programme à travers le monde, ce programme préventif est efficace pour la santé des personnes âgées et leur participation dans la communauté. Pourtant, ce programme est peu développé dans le monde et tout juste balbutiant en France.
Objectifs	Évaluer l'impact de la version française du programme ergothérapique de prévention primaire <i>LifeStyle Redesign</i> ® sur la qualité de vie et l'isolement social des personnes âgées en Occitanie.
Critères de jugement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation sociale (Fréquentation des lieux de la communauté, fréquence des liens sociaux)</li> <li>• Participation et changement dans les occupations (<b>Occupational Self Assessment (OSA)</b> et <b>Occupational Performance History</b>)</li> </ul>

	<p><b>Interview-II (OPHI-II )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de vie (Inventaire de l'Equilibre de Vie)</li> </ul>
Schéma de la recherche	<p>Étude mixte qualitative et quantitative quasi-expérimentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure de la compétence occupationnelle :  <b>Phase ligne de base (évaluation) : 1fois/sem</b>  <b>Phase d'intervention : 1 fois/15 jours</b>  <b>Phase de suivi : 1fois/sem à T0+12 mois</b></li> <li>• Mesure de la participation sociale et de l'équilibre de vie :  <b>Phase d'intervention : Début (T0), Milieu (T0+3mois), Fin (T0+6mois)</b>  <b>Phase de suivi : T0+12 mois</b></li> <li>• Mesure de l'adaptation occupationnelle :  <b>Phase d'intervention : Début (T0), Fin (T0+6mois)</b>  <b>Phase de suivi : T0+12 mois</b></li> </ul>
Critères d'inclusion	<p>Les <b>critères d'inclusion</b> pour tous les participants du groupe sont donc les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personne âgée de plus de 60 ans</li> <li>- Habitant de la région Occitanie dans un territoire prioritaire d'intervention de prévention sanitaire et sociale (voir l'Observatoire des fragilités présenté ci-dessous pour le recrutement)</li> <li>- En situation de fragilité sociale : le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté sera l'outil de dépistage de ces situations (un score égal à la cotation minimale pour les deux échelles sera l'indicateur d'une fragilité sociale)</li> <li>- Etre capable de s'exprimer et comprendre en langue française (pour les entretiens)</li> <li>- Etre capable de remplir les questionnaires de manière autonome (savoir lire et cocher a minima)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être capable de se rendre aux ateliers de manière autonome</li> </ul>
Critères de non inclusion	<p>Les <b>critères de non-inclusion</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic de maladie neuro-dégénérative</li> </ul>
Considérations éthiques	<p>Pour respecter la confidentialité des données recueillies et l'identité des participants à l'étude et conformément aux dispositions législatives en vigueur, les personnes ayant un accès direct aux données source prendront toutes les précautions nécessaires. Ces personnes, au même titre que les investigateurs eux-mêmes, seront soumises au secret professionnel. Un procédé d'anonymisation sera appliqué aux données recueillies pendant la recherche (phase de suivi y compris). Les données ainsi anonymisées ne doivent en aucun cas faire apparaître en clair les noms des personnes concernées ni leur adresse.</p> <p>Toutes les données recueillies pendant et après l'étude (résultats des évaluations, journal de bord des ateliers de groupe, notes écrites des entretiens individuels, enregistrements audio) seront archivées pour une durée de 10 ans. A la demande du participant (demande écrite à l'investigateur principal de l'étude), les données le concernant pourront être détruites. L'avis favorable d'un Comité d'éthique ou Comité de Protection des Personnes (CPP) peut être nécessaire pour cette étude.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse sémantique textuelle des retranscriptions des enregistrements des entretiens individuels et des premiers et derniers ateliers de groupe.</li> <li>• Analyse interprétative phénoménologique (IPA) des retranscriptions des enregistrements des entretiens individuels et des premiers et derniers ateliers de groupe.</li> <li>• Analyses visuelles et statistiques en Étude de cas Unique (SCED) sur les mesures OSA.</li> <li>• Analyses statistiques croisées des mesures de compétence</li> </ul>

	<p>occupationnelle, adaptation occupationnelle, équilibre de vie et participation sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulation des données qualitatives et quantitatives.</li> </ul>
Financement	<p>Acteurs et promoteurs dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (Conférence des Financeurs de la Perte d'Autonomie des Personnes Agées, Agence Régionale de Santé, Mutualité Française, Caisses de retraite, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Institut de Recherche en Santé Publique).</p> <p>Agence Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)</p>

## 1/ Justification scientifique et description générale

### A/ Etat actuel des connaissances

Le contexte de cette étude est la transition épidémiologique et le maintien de l'autonomie des personnes âgées en France. Les stratégies de prévention primaire permettent de répondre aux problèmes posés par le vieillissement de la population. Les preuves d'efficacité et de rentabilité financière du programme en ergothérapie *LifeStyle Redesign*® sont suffisamment nombreuses et solides pour proposer cette intervention et répondre à cette problématique. Le programme *LifeStyle Redesign*® est un programme de prévention primaire auprès des personnes âgées. Initié il y a plus de 30 ans aux Etats-Unis sous le nom de *Well Elderly Treatment Program* et ancré dans les **sciences de l'occupation**<sup>11</sup>, ce programme a pour objectif (1) de diminuer les risques de perte d'autonomie et d'isolement social liés à l'avancée en âge et (2) d'augmenter la qualité de vie des aînés (Jackson et al., 1998). Il visait en priorité les personnes âgées vulnérables à faible revenu. D'une durée de 6 à 9 mois dans sa version originale américaine, il est constitué **d'ateliers en groupe** (2h, une fois par semaine) et **d'entretiens individuels** (une fois par mois). Les séances s'articulent autour des douze **modules** suivants : l'occupation, la santé et le vieillissement, la mobilité dans la communauté, le temps et l'occupation, la gestion du stress et de l'inflammation, les repas et l'alimentation, les éléments constitutifs de la longévité, la sécurité à domicile et dans la communauté, les relations et occupations, l'épanouissement, l'exploration du système de santé, les hormones, le vieillissement et la sexualité, et la fin du groupe. Les thèmes sont adaptables selon les besoins et les demandes du

<sup>11</sup> Etude systématique de la forme, de la fonction et de la signification de l'occupation (Clark et al., 1991 ; Pierce, 2016)

groupe de participants, et une co-animation avec d'autres professionnels est possible (ex. : nutrition avec diététicien).

La seconde version du programme est détaillée dans le manuel « Lifestyle Redesign®: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies» (Clark et al., 2015). Des analyses qualitatives et quantitatives ont été menées et des preuves d'efficacité (effets bénéfiques sur la santé des bénéficiaires) (Clark et al., 1997) et de rentabilité financière en termes de coûts de santé (Hay et al., 2002) ont été publiées depuis 30 ans. Ces recherches montrent en effet que le programme permet aux bénéficiaires de redonner du sens à leurs activités, d'améliorer leur santé physique et mentale, d'augmenter leur satisfaction, leur qualité de vie, leur relation sociale et leur mobilité. Les analyses de covariance montrent par exemple une amélioration significative pour la vitalité ( $p < 0.03$ ), les douleurs ( $p < 0.02$ ), le fonctionnement social ( $p < 0.04$ ) et la santé mentale ( $p < 0.03$ ) (Clark et al., 2012). Les frais de santé en phase de suivi post-intervention sont de 967\$/an par personne pour le groupe ayant subi l'intervention contre 2593\$/an pour le groupe contrôle. L'effet à long terme du programme a été observé et représente un atout fort de celui-ci : 7 mesures de santé et bien-être sur les 10 mesures améliorées en post-programme restent significativement améliorées à 6 mois de la fin du programme, sans intervention pendant cette période (Clark et al., 2001). Les points forts de ce programme sont : l'alternance d'ateliers de groupe et de rencontres individuelles générant ainsi de la pair-aidance et une diffusion d'information, l'élaboration d'un projet personnel pour chaque participant et pour chaque module (prenant en compte les besoins et attentes occupationnels de chacun), la durée du programme qui se veut suffisamment longue pour un changement durable dans le temps et enfin l'ancrage géographique dans la communauté de proximité.

Au fil des années, le programme a été adapté par d'autres équipes aux Etats-Unis (programme *Designing a life of Wellness*, Matuska et al., 2003) ou en Europe par le réseau ENOTHE (ENOTHE, 2008). Une étude plus développée a été réalisée au Royaume-Uni par l'équipe de Mountain avec un programme adapté au contexte culturel anglais (habitudes de vie, langue) sous le nom de *LifeStyle Matters* (Mountain, Mozley, Craig, et Ball, 2008).

En Scandinavie, l'adaptation du programme a donné lieu à quelques écrits (Lund, Michelet, Sandvik, Wyller et Sveen, 2012 ; Johansson et al., 2016). Plus récemment, l'Université de Sherbrooke au Québec a entrepris une étude de transférabilité approfondie et adaptée au contexte des aînés canadiens francophones avec le programme *Remodeler sa vie*® (Levasseur

et al., 2019 ; Levesque et al., 2020). Le manuel intitulé Remodeler sa vie® est la traduction canadienne-française du manuel du programme original (Clark et al., 2021).

En France, ReSanté-Vous en Nouvelle-Aquitaine<sup>12</sup> a démarré une étude de transférabilité dès 2018 et a mené conjointement plusieurs actions à partir de 2019 (Soum-Pouyalet, 2019a , 2021) :

Les expérimentations « Bien dans mon quartier » ont donné lieu à une évaluation de programme basée sur la méthode de Cartographie des Incidences qui semble apporter des éléments nouveaux sur la performance du programme (Soum-Pouyalet, 2021). Les résultats de l'évaluation de l'efficacité du programme sont quant à eux très hétérogènes, l'évaluation de la qualité de vie des bénéficiaires avec des questionnaires de santé ne semblant pas adaptée au contexte. L'ESPRAD de Lille a également mené une étude pilote en 2020, en lien avec ReSanté-Vous. Ainsi, les partenaires ANFE, ReSanté-Vous, l'IFE de Bordeaux et l'équipe de l'ESPRAD Lille ont créé un réseau national pour développer le projet et écrire un manuel présentant le programme, manuel qui devrait paraître prochainement (ANFE, 2020).

Le cadre théorique nous permet de comprendre les fondements de l'intervention proposée en étudiant les concepts de fragilité sociale et de changement comportemental. Filiatrault et Richard (2005) rapprochent les théories des changements comportementaux et l'intervention de l'ergothérapeute dans les champs de la prévention et la promotion de la santé en ergothérapie. Les auteurs font l'hypothèse que la connaissance de ces théories de la part des thérapeutes permettrait d'optimiser l'efficacité de leur accompagnement. En effet, le thérapeute peut favoriser le sentiment d'efficacité personnelle par des rétroactions positives, des encouragements et par la négociation d'objectifs réalistes et stimulants. L'accompagnement collectif peut également contribuer à ce sentiment, par exemple en réalisant la visite à domicile d'un autre participant. Avec ses évaluations écologiques, l'ergothérapeute peut déterminer le niveau de motivation de la personne accompagnée et définir ainsi le stade du changement pour adapter sa posture et son intervention.

Nous émettons l'hypothèse plus spécifique que la connaissance de ces théories pourrait contribuer à un meilleur accompagnement vers l'**empowerment** (processus de mise en capacitation) qui est défini comme l'interaction entre participation, compétence, estime de soi et conscience critique (Couralet et Caire, 2018). Bacqué et Bewiener (2015) proposent deux

---

<sup>12</sup> ReSanté-Vous est une entreprise solidaire d'utilité sociale qui accompagne et forme les EHPAD, les collectivités et les structures d'aide à domicile.

dimensions complémentaires à cette dimension individuelle : la dimension interpersonnelle, organisationnelle ou collective et la dimension politique ou sociale.

Pour que le patient puisse évoluer dans le processus d'empowerment, l'ergothérapeute doit établir une relation de confiance avec lui et créer un contexte favorable et propice au changement. Dans ce rôle d'**agent de changement** (Carrier et Beaudouin, 2020), l'ergothérapeute lui permet alors de s'engager dans la réalisation de nouvelles occupations, d'en abandonner certaines ou de les modifier, induisant ainsi un **changement occupationnel**. Comme Meeus (2012) le propose, l'ergothérapeute pourrait même être le metteur en scène du changement, la personne accompagnée étant elle-même actrice de ce changement. Or, éviter les maladies, maintenir un haut niveau de fonctionnement physique et mental, s'engager dans une vie sociale active et productive et maintenir une spiritualité positive contribuerait au bien-être et à la santé des aînés et donc au vieillissement dit « réussi » (Crowther, Parker, Achenbaum, Larrimore et Koenig, cités par Lévesque, 2019). Le modèle conceptuel de l'occupation humaine et ses outils sont bien adaptés à une méthodologie de recherche basée sur ce programme, lui-même puisant ses fondements dans les sciences de l'occupation. Le fondement du programme *LifeStyle Redesign*® étant le bien-vieillir à travers les occupations significantes et significatives, le **Modèle de l'Occupation Humaine** (MOH) est tout à fait adapté pour analyser sa pertinence (Kielhofner, 2008). C'est un modèle conceptuel en ergothérapie qui permet d'appréhender la personne accompagnée dans un ensemble plus global (vision holistique) selon la perspective centrée sur l'occupation. Il est dynamique, centré sur le client et basé sur des données probantes. Il analyse l'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement selon les trois composantes suivantes : l'être occupationnel (la personne), l'agir occupationnel (ce que fait la personne) et l'adaptation occupationnelle. Ces composantes sont intégrées dans une dernière composante plus large qu'est **l'environnement** (physique, social et occupationnel) dans lequel l'occupation est réalisée. Le programme de recherche proposé utilise des outils ergothérapeutiques basés sur ce modèle pour répondre à la question de recherche. Ces outils sont des auto-questionnaires et un entretien semi-structuré (récit de vie) centrés sur les occupations. Ils recueillent le ressenti de la personne et présentent donc une très bonne fiabilité. La méthodologie permet d'étudier l'impact du programme de prévention primaire *LifeStyle Redesign*® sur les participations sociale et occupationnelle des personnes âgées en situation d'isolement social ainsi que leur qualité de vie. Le cas particulier des aînés de la région toulousaine est évoqué dans ce manuscrit.

## **B/Question et hypothèses de la recherche attendue**

Question de recherche :

**« Comment le programme LifeStyle Redesign® favorise-t-il les participations sociale et occupationnelle dans le cadre de l'accompagnement des aînés toulousains en situation de fragilité sociale? »**

**Hypothèse 1 : L'approche centrée sur les occupations du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation occupationnelle et la qualité de vie des participants.**

**Hypothèse 2 : L'approche communautaire du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation sociale des bénéficiaires et la qualité de vie des participants.**

## **C/ Rapport bénéfices-risques et retombées attendues**

### **Bénéfices attendus de la recherche :**

- Prévention de la perte d'autonomie des aînés
- Changement durable dans les occupations des participants et favorables à leur maintien en santé
- Amélioration du fonctionnement physique et mental des participants
- Amélioration du fonctionnement social et baisse de l'isolement social des aînés toulousains participant
- Dynamisation de la communauté

### **Risques attendus :**

- Fonctionnement en groupe non adapté pour certains participants et donc sortie du programme

### **Retombées attendues :**

- Preuve d'efficacité du programme et multiplication des interventions identiques à destinations des aînés en fragilité sociale.

## **D/ Justification du faible niveau d'intervention**

*Selon le décret 2017-884, JO du 10 mai 2017, toute recherche qui porte sur «des personnes volontaires saines ou malades» et qui «vise à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques» doit faire l'objet d'une demande auprès du Comité de Protection des Personnes. Dans la recherche proposée, il n'y a pas d'actes ou d'administration*

de produits. Les évaluations sont principalement des entretiens et des questionnaires. L'intervention est une méthode de conduite de changement basée sur des ateliers en groupes et individuels. Ainsi, comme l'ont fait les équipes ayant réalisé les études de transférabilité du programme (ReSanté Vous, l'ANFE et l'IFE de Bordeaux), il est possible de considérer cette recherche comme faisant partie du domaine des sciences humaines et sociales et ainsi de ne pas être soumis à la loi Jardé.

## **2/ Objectifs de la recherche**

Question de recherche :

**«Comment le programme *LifeStyle Redesign*® favorise-t-il les participations sociale et occupationnelle dans le cadre de l'accompagnement des aînés toulousains en situation de fragilité sociale?»**

**Hypothèse 1 : L'approche centrée sur les occupations du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation occupationnelle et la qualité de vie des participants.**

**Hypothèse 2 : L'approche communautaire du *LifeStyle Redesign*® favorise la participation sociale des bénéficiaires et la qualité de vie des participants.**

### **A/ Objectif principal**

Objectif principal : Évaluer l'impact du programme *LifeStyle Redesign*® sur la qualité de vie des participants.

Notre hypothèse est que l'approche à la fois centrée sur les occupations et communautaire (en groupe et sur un territoire de proximité), favorise la qualité de vie des participants.

### **B/ Objectif secondaire**

Objectif principal : Évaluer l'impact du programme *LifeStyle Redesign*® sur la participation sociale des participants.

Notre hypothèse est que l'approche communautaire (en groupe et sur un territoire de proximité), favorise la participation sociale des participants.

## **3/ Critères de jugement**

Dans la recherche proposée, les critères de jugement sont proches de ceux utilisés dans les *Well Elderly Studies* mais les outils de mesure sont différents. Les critères de jugement pour cette étude sont la participation sociale, la participation occupationnelle et la qualité de vie. Les sous-

composantes que sont l'adaptation occupationnelle, l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle, les milieux occupationnels peuvent être mesurées avec des outils du MOH. L'Inventaire de l'Équilibre de Vie est proposé pour mesurer la qualité de vie. Les questionnaires de fréquentation des lieux de la communauté (avec son questionnaire sur le lien social) mesurent la participation sociale.

#### - LA MESURE DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE

L'**Occupational Self Assessment (OSA)** est une **auto-évaluation** permettant de mesurer la compétence occupationnelle (composante de l'adaptation occupationnelle) Il donne également des informations sur la participation occupationnelle, la volition, l'habituatation, les habiletés et le rendement occupationnel (Baron et Kielhofner, 2006). Il semble donc bien adapté pour mesurer les résultats d'un changement de comportement comme celui visé par l'intervention de prévention proposée.

L'**Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)** est un outil d'évaluation par entretien semi-structuré qui offre également une mesure de l'adaptation occupationnelle (Kielhofner et al., 2004). Il offre également une analyse de l'environnement occupationnel puisqu'il s'intéresse à l'histoire occupationnelle de la personne (histoire de vie narrative) en mesurant les éléments de l'adaptation occupationnelle (échelles d'identité occupationnelle, de compétence occupationnelle et de milieux occupationnels).

Des échelles de cotation sont associées à ces deux outils, 4 niveaux de réponse étant proposés pour chaque question ou item. Pour l'OSA, le thérapeute calcule les **échelles de compétence occupationnelle** et de **valeur** (importance) à partir des réponses du participant aux auto-questionnaires sur la personne (« Moi ») et sur l'Environnement de la personne (« Environnement »). Pour l'OPHI-II, trois échelles sont calculées : une échelle **d'identité occupationnelle**, une échelle **de compétence occupationnelle** et une échelle **des milieux occupationnels** (environnement). La cotation est réalisée par le thérapeute pendant ou après l'entretien<sup>13</sup>. Pour chacune des échelles de l'OPHI-II et de l'OSA, une mesure du client et un écart-type associé sont disponibles : la mesure du client est exprimée de 0 à 100.

Les scores de l'OSA obtenus pour chaque individu sont les critères de jugement dits principaux de la méthode SCED. Cet outil de mesure répond aux contraintes d'un SCED : il correspond à un comportement objectif et mesurable, le temps de passation est court, il peut être répété de

---

<sup>13</sup> Cotation du fonctionnement occupationnel- 4 = exceptionnel, 3 = adéquat/satisfaisant, 2 = quelques problèmes, 1 = problèmes extrêmes.

nombreuses fois sans effet test-retest majeur et la fidélité inter-juges est très bonne (auto-questionnaire et erreur de cotation faible).

Les questions de ces deux évaluations abordent respectivement la compétence occupationnelle et l'histoire de vie occupationnelle de la personne sans nommer de déficience ou de problème de santé. Ces outils ne présupposent pas que la personne interrogée ait une pathologie et sont donc bien adaptés dans le domaine de la prévention primaire.

#### - LA MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE

**L'Inventaire de l'Équilibre de Vie** nous semble également être bien adapté au champ de la promotion de la santé pour les mêmes raisons. Il est utilisé dans (Lévesque et al., 2020) pour évaluer le programme québécois *Remodeler sa vie*®. Le participant doit évaluer le temps consacré aux activités qu'il réalise ou souhaiterait réaliser parmi 53 activités proposées. Les **quatre dimensions de l'équivalence** des routines quotidiennes analysées sont les **besoins de base pour la santé et la sécurité**, les **relations sociales**, **l'engagement** (être mis au défi) et le **sens de la vie et l'identité positive** (Matuska, 2012). Si la réalisation de l'activité est cohérente du temps souhaité (« Autant » ou « Près de » ce que je voudrais), la note accordée est de 3 points, une cohérence moins importante est notée 2 points (« Parfois Plus » ou « Parfois moins » que je voudrais) et enfin une incohérence forte est notée 1 point (« Toujours Plus » ou « Toujours moins » que je voudrais). Le score total est obtenu en ajoutant les notes obtenues et en divisant par le nombre d'items choisis. Des sous-échelles peuvent également être calculées de la même façon pour chaque dimension de l'équivalence des routines quotidiennes. Le score et les sous-échelles obtenus sont notés de 1 à 3, une note de 1 à 1,49 représentant un fort déséquilibre de vie, une note entre 1,5 et 1,99 un déséquilibre de vie, une note entre 2 et 2,49 un équilibre de vie moyen et une note entre 2,5 et 3 très bon équilibre de vie.

Les trois outils ci-dessus sont des outils validés et centrés sur les occupations. Les participations occupationnelles et sociales étant difficilement objectivables, nous avons fait le choix de questionnaires subjectifs recueillant le sentiment des participants.

#### - LA MESURE DE LA PARTICIPATION SOCIALE

Aux outils ci-dessus, nous proposons d'ajouter un auto-questionnaire sur la fréquentation des lieux de la communauté comme proposé par Matuska dans le programme *Designing a life of Wellness* (Matuska et al., 2003). Une version traduite librement et adaptée pour cette étude est présentée en Annexe 8. Il interroge les participants sur leur fréquence de participation mensuelle aux **activités communautaires** et leurs **liens sociaux hebdomadaires** (avec la

famille, l'entourage, les professionnels). Les activités communautaires sont liées aux lieux de culte, aux activités extérieures (marcher ou aller dans des parcs), à faire ses courses, à assister à des événements communautaires telles que des concerts ou événements sportifs, à utiliser des ressources communautaires telles que bibliothèques, restaurants, maisons de quartier, installations de loisir...) et à participer à des groupes sociaux. Pour ces deux échelles, le participant estime sa fréquentation des lieux publics et sa fréquence de liens sociaux selon une échelle à 5 niveaux, la valeur de 1 étant associée à la fréquentation ou fréquence la plus faible et la valeur de 5 à la plus forte<sup>14</sup>. Matuska et son équipe ne proposent pas d'interprétation du score global. Ils analysent la proportion de participants ayant 3 activités ou plus par mois avant et après le programme de prévention. Ce questionnaire faisant appel aux habitudes de vie des deux mois passés, nous proposons de le réaliser au début, à mi-programme et à la fin de celui-ci, soit à 3 mois d'intervalle, pour ne pas avoir de recouvrement sur les périodes évaluées. On note ici que la participation aux ateliers de prévention va de facto augmenter la cotation, la fréquentation des ateliers de groupe et les entretiens individuels avec le thérapeute augmentant naturellement les scores.

#### **4/ Conception de la recherche**

##### **- Dispositif de recherche proposé**

Le dispositif proposé est une démarche quasi-expérimentale mixte qualitative et quantitative avec des évaluations répétées pendant tout le programme auprès d'un groupe restreint (Tétreault et Guilliez, 2014). La partie quantitative inclut un dispositif de type *Single Case Experimental Design* (SCED) (Krasny-Pacini et Evans, 2018). Cette méthodologie de recherche est bien adaptée aux recherches sur les comportements individuels comme nous souhaitons le faire dans cette étude. Contrairement aux essais randomisés contrôlés qui apportent un haut niveau de preuve mais nécessite un effectif important de patients, le dispositif proposé permet de faire des évaluations de façon répétée et continue sur peu de participants. Elle permet ainsi de faire face aux problèmes de recrutement de volontaires ce qui est le cas dans le domaine de la prévention primaire. La pertinence de cette évaluation récurrente au niveau individuel présente également l'intérêt d'être sensible aux fluctuations des patients. Enfin, le patient étant son propre contrôle, il n'est pas nécessaire de trouver des groupes homogènes entre le groupe contrôle et le groupe test.

---

<sup>14</sup> Cotation respectivement : 1 = "0 fois/mois ou semaine", 2 = "1 à 2 fois/mois ou semaine", 3 = "3 à 4 fois/mois ou semaine", 4 = "5 à 6 fois/mois ou semaine", 5 = ">7 fois/mois ou semaine"

La méthode en ligne de base multiple à travers les sujets ou les critères est bien adaptée aux interventions longues avec changement lent comme le programme envisagé. L'étude doit porter sur trois patients minimum avec un recueil de cinq points de mesure sur les différentes phases de l'étude : la **phase de ligne de base**, la **phase d'intervention** et la **phase de suivi**. L'ordre des patients et le moment du début de l'intervention doivent être randomisés. Dans le cas de l'intervention choisie, le démarrage du programme est le premier rendez-vous individuel ; il peut donc être réalisé de manière randomisée. La réalisation de ce SCED suivra le guide SCRIBE (*The Single-Case Reporting guideline In BEhavioural interventions*) de (Tate et al., 2016).

La méthodologie SCED est donc séquencée et randomisée. Nous proposons dans cette étude de suivre trois participants du groupe recevant l'intervention de prévention avec ce dispositif de mesures répétées. Le choix des participants à cette étude ainsi que la méthode de recueil de données (outils et modalités de recueil) sont détaillés dans les parties suivantes.

#### - **Recrutement des participants**

Dans leur étude systématique, Levesque et al. (2019) relèvent que l'amélioration du fonctionnement social des participants au programme est facilitée par l'approche en groupe et par le choix des lieux d'intervention qui se situent dans la communauté. Plusieurs modules du *LifeStyle Redesign*® sont effectivement en lien avec la communauté, concept principalement anglo-saxon qu'il s'agit de transférer à la culture française (la version québécoise n'ayant pas eu besoin de cette adaptation). Pour tenter de comprendre cette notion, nous pouvons nous appuyer sur les évaluations utilisées par Matuska et al. (2003) et présentées ci-dessous. Des auteurs soulignent que les ressources disponibles dans la communauté représentent un moyen de recrutement plus efficace pour la participation à ces programmes de prévention que les systèmes de santé classiques (infirmières, hôpitaux, médecins, le bouche-à-oreille entre bénévoles) (Mountain et al., 2008 ; Gavier, 2019 , Lévesque et al., 2019).

La force du programme *LifeStyle Redesign*® est son implantation communautaire. Il nous semble donc important que le lieu d'intervention soit la communauté et non pas une structure de soin. Soum-Pouyalet (2019a) rapporte d'ailleurs un recrutement difficile dans les ateliers de vie, l'intervention se tenant dans un EHPAD, lieu qui peut être stigmatisant pour la population ciblée. Dans notre culture française, la communauté est associée à la vie de quartier et aux lieux fréquentés par les possibles bénéficiaires dans ces quartiers. On peut donc imaginer travailler en partenariat avec les mairies, les Maisons des Solidarités (département) ou les Maisons de la

Jeunesse et de la Culture pour disposer de salles communales. De plus, les acteurs communautaires comme les **Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS)** sont des partenaires idéalement placés pour identifier des personnes en situation de fragilité ou d'isolement social.

Il est également possible de s'appuyer sur l'**observatoire des fragilités**, système d'information géographique qui permet de connaître le nombre de retraités en fragilité sociale selon les territoires locaux et qui «  *vise à identifier les territoires prioritaires d'intervention sur le champ de la prévention santé/sociale et de la prévention des risques du vieillissement, visualiser l'offre d'actions collectives de prévention et établir un diagnostic territorial au travers de la juxtaposition d'indicateurs* » (Observatoire des fragilités Grand Sud, 2020).

Dans le contexte toulousain, se pose la question du lien qu'il serait possible de faire avec le **gérontopôle**, désigné en septembre 2017 centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie. Il est ainsi reconnu comme pôle de référence gériatrique, au niveau national et international. Les ateliers multi-domaines pour mieux vieillir après 65 ans sont ainsi organisés par celui-ci à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance (groupe de 6 à 8 personnes, 16 séances, 2 séances/semaine pendant 2 mois, 1h d'activités physiques adaptées et personnalisées, 50min de stimulation mémoire ou de recommandations nutritionnelles). On note également l'existence de la plateforme de recherche en gérosociences du CHU de Toulouse pour favoriser un vieillissement en santé (INSPIRE). Enfin, le programme ICOPE (Integrative Care for Older People - Soins INTégrés pour les personnes âgées) de l'OMS est décliné à Toulouse. Il semble opportun de s'intégrer dans cet écosystème local déjà existant et expert de la fragilité de la personne âgée, tout en proposant une intervention hors-les-murs du Gérontopôle. Cette collaboration pourrait s'articuler autour d'un travail commun d'évaluation et de détection des personnes fragiles en intégrant la notion de fragilité sociale dans ces étapes de détection de la fragilité. Enfin, le lien avec l'IFE de Toulouse semble important avec notamment l'intervention des étudiants de l'institut dans ces étapes d'entretiens et d'ateliers en amont du programme, hors-les-murs, mais aussi leurs interventions dans la communauté.

#### - **Intervention en ergothérapie :**

Pour le contenu du programme, la plupart des adaptations menées à travers le monde reprennent **12 modules** du programme *LifeStyle Redesign*®, soit ceux de la seconde version du manuel (Clark et al., 2015). Le design proposé ici est basé sur une durée d'intervention de 6 mois (6 à

9 mois dans sa version originale américaine). Il est constitué **d'ateliers en groupe hebdomadaires** d'une durée de 2h et d'**entretiens individuels mensuels** d'une durée de 1 à 2 heures, pour chaque participant. Cette durée de 6 mois semble adaptée pour une première étude sur cette intervention et nécessitera des financements moins importants. Ces éléments seront à revoir après la parution du manuel de la version française adaptée du programme original (ANFE, ReSantéVous, IFE Bordeaux). En effet, les modules ont été adaptés en nombre et contenu suite aux études de transférabilité réalisées depuis 2019.

Avant le démarrage de l'intervention, la période de recrutement des bénéficiaires sera réalisée. Le mois avant le démarrage de l'intervention auront lieu les évaluations initiales. Pour l'analyse en cas unique (SCED), celles-ci sont nécessaires pour obtenir une ligne de base du critère de jugement OSA. Elles seront réalisées chaque semaine pour chacun des trois bénéficiaires choisis. La ligne de base est donc de cinq points de mesure ce qui est conforme aux recommandations (Tate et al., 2016).

Ce programme se voulant adaptable, chaque groupe de bénéficiaires doit le constituer selon les propositions des ergothérapeutes coordinateurs. Le Focus Group organisé au Québec en 2019 auprès de 4 ergothérapeutes préconise d'insister sur les thèmes de la sécurité à domicile et l'utilisation des moyens de transport (Lévesque et al., 2019). Chaque adaptation doit se faire en fonction des aspects environnementaux, sociaux et politiques de la communauté choisie.

#### - **Organisation de la collecte de données :**

Toutes les évaluations présentées ci-dessus sont réalisées dès le mois précédent le démarrage du programme pour chacun des trois participants. Les données sont recueillies lors d'un entretien individuel au domicile du participant concerné. Deux entretiens sont nécessaires : un premier entretien pour expliquer les différentes évaluations, notamment les auto-questionnaires OSA qui seront à remplir très fréquemment sans le thérapeute. Le deuxième rendez-vous est consacré à l'entretien semi-structuré OPHI-II. Après ces évaluations, l'ergothérapeute calcule les mesures des clients et écart-type associés à partir des notations de chaque item. Le temps de passation de l'OPHI-II est estimé entre 1 heure et 1 heure 30 (Kielhofner et al., 2004).

Tout au long du du programme, chacun des trois bénéficiaires sera joint par téléphone la semaine de son évaluation OSA (en fonction de son jour d'évaluation selon le schéma de recherche SCED). Cet appel permettra de lui rappeler de réaliser l'auto-évaluation. Celle-ci sera proposée sous format papier et sous format numérique selon le choix du participant . En fonction des capacités et des besoins du bénéficiaire, le thérapeute peut réaliser cet auto-questionnaire par téléphone et accompagner le participant. A partir de ces auto-évaluations

OSA, le thérapeute calculera la mesure du client et l'écart-type associé pour chaque échelle. Le temps de passation de l'OSA est variable d'une personne à l'autre, mais ne devrait pas excéder 30 minutes (Baron et Kielhofner, 2006). Dans le cadre de l'étude en SCED, il est important de préciser aux trois participants de bien respecter le jour d'évaluation.

Une fois par mois, le thérapeute rencontrera chacun des participants à leur domicile pour un entretien individuel. Un guide d'entretien semi-structuré sera réalisé en début de programme et adapté au fil de l'eau. Il permettra de recueillir la satisfaction des participants vis-à-vis du contenu du programme, du déroulement des ateliers et de questionner leurs attentes. Lors du troisième mois (à mi-programme), l'Inventaire de l'Équilibre de Vie et le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté seront réalisés avec le participant. Le temps de passation de ces deux évaluations est compatible de la durée de l'entretien individuel (entre 1 et 2h). Ces évaluations pourront être réalisées sur papier ou sur des versions numérisées.

Le mois suivant la fin du programme, toutes les évaluations seront à nouveau réalisées avec les trois participants suivis. Ces évaluations seront réalisées lors d'un entretien individuel.

Les données quantitatives sont les échelles de cotation de l'OSA pour les trois participants suivis régulièrement (25 dates de cotation dont 5 pour la ligne de base du SCED, 5 pour la ligne de suivi, 4 échelles à chaque date), les échelles de cotation de l'OSA pour les autres participants (8 dates de cotation, 4 échelles à chaque date), de l'OPHI-II (2 dates de cotation, 3 échelles à chaque date), de l'Inventaire de l'Équilibre de Vie (3 dates de cotation, 1 note globale et 4 dimensions à chaque date) et des échelles de fréquentation des lieux de la communauté et de la fréquence des liens sociaux (3 dates de cotation, 2 échelles à chaque date). A ces données s'ajoutent les données socio-démographiques recueillies lors de la phase de recrutement et la satisfaction du participant en fin de programme.

La partie qualitative est composée des retranscriptions des enregistrements audio réalisés pendant les entretiens OPHI-II réalisés avant et après le programme (2 dates d'entretien). Les rendez-vous individuels correspondant à la passation des deux évaluations à mi-programme et avant/après programme seront également enregistrés et retranscrits (8 dates d'entretien). Les retranscriptions seront réalisées avec un logiciel de reconnaissance vocale (type *Dragon Naturally Speaking*) pour être analysées plus en détails a posteriori. De la même manière, nous proposons d'enregistrer les premier et dernier ateliers de groupe pour retranscription et analyse (2 dates d'ateliers de groupe). Ces enregistrements nous permettront d'analyser l'évolution du contenu du discours avant et après intervention.

Pour un suivi à long terme, toutes les évaluations proposées sont réalisées six mois après la fin du programme (1 date d'évaluation supplémentaire). Ces évaluations seront réalisées lors d'un entretien individuel au domicile des participants.

A ces évaluations s'ajoutent les questionnaires de début et fin de programme recueillant respectivement les **données socio-démographiques** et la **satisfaction** des participants (évaluation du programme).

## - Schéma de la recherche

SCHEMA DE RECHERCHE	MOIS -2	MOIS -1	MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3	MOIS 4	MOIS 5	MOIS 6	MOIS 7	MOIS 12
			S1 S2 S3 S4	S5 S6 S7 S8 S9	S10 S11 S12 S13	S14 S15 S16 S17	S18 S19 S20 S21 S22	S23 S24 S25 S26	S27 S28 S29 S30	
<b>Evaluations</b>										
Recrutement										
Evaluations d'avant programme										
Démarrage du programme LifeStyle Redesign										
Ateliers de groupe			Gr	Gr	Gr	Gr	Gr	Gr	Gr	Gr
Fin du programme LifeStyle Redesign										
Evaluations de fin de programme										
Evaluations à 6 mois										
<b>INDIVIDU 1</b>										
Entretien individuel			X							X
OSA (Occupational Self Assessment) - SCED		OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA
IEV (Inventaire Equilibre de Vie)		IEV								IEV
OPHI-II		OPHI-II								OPHI-II
Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux		QF								QF
<b>INDIVIDU 2</b>										
Entretien individuel			X							X
OSA (Occupational Self Assessment) - SCED		OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA
IEV (Inventaire Equilibre de Vie)		IEV								IEV
OPHI-II		OPHI-II								OPHI-II
Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux		QF								QF
<b>INDIVIDU 3</b>										
Entretien individuel			X							X
OSA (Occupational Self Assessment) - SCED		OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA
IEV (Inventaire Equilibre de Vie)		IEV								IEV
OPHI-II		OPHI-II								OPHI-II
Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux		QF								QF
<b>AUTRES INDIVIDUS DU GROUPE ISR</b>										
Entretien individuel			X		X		X		X	X
OSA (Occupational Self Assessment) - SCED		OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA	OSA
IEV (Inventaire Equilibre de Vie)		IEV								IEV
OPHI-II		OPHI-II								OPHI-II
Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux		QF								QF

## 5/ Critères d'éligibilité

### A/ Critères d'inclusion

La partie contextuelle nous a permis de définir l'âge des participants à ce programme : ce sont **les plus de 60 ans**. Cette population est celle visée dans le programme original et dans les études d'adaptation françaises (Soum-Pouyalet, 2019a). Quelques études dans d'autres pays ont considéré une population au-delà de 65 voire 70 ans (Matuska et al., 2003 ; Lund et al. 2012 ; Lévesque, 2020). En France (contexte d'application de l'étude), les personnes dites «âgées» et cible de la prévention primaire sont les plus de 60 ans (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2018 ; Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes<sup>15</sup>, 2016 ; Syndicat National de Gérontologie Clinique<sup>16</sup>, 1994).

<sup>15</sup> Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

<sup>16</sup> Grille nationale française AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

Par ailleurs, la population ciblée est celle des personnes en situation de fragilité sociale. En Occitanie, certains territoires sont ciblés « fragiles » et « très fragiles » en termes de prévention sanitaire et sociale via l'Observatoire des Fragilités. Cet outil sera détaillé dans la partie sur le recrutement des participants.

Les **critères d'inclusion** pour tous les participants du groupe sont donc les suivants :

- Personne de plus de 60 ans
- Habitant de la région Occitanie dans un territoire prioritaire d'intervention de prévention sanitaire et sociale (voir l'Observatoire des fragilités présenté ci-dessous pour le recrutement)
- En situation de fragilité sociale : le questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté sera l'outil de dépistage de ces situations (un score égal à la cotation minimale pour les deux échelles sera l'indicateur d'une fragilité sociale)
- Etre capable de s'exprimer et comprendre en langue française (pour les entretiens)
- Etre capable de remplir les questionnaires de manière autonome (savoir lire et cocher a minima)
- Etre capable de se rendre aux ateliers de manière autonome

Une notice d'information sur les conditions d'exclusion sera fournie aux participants du programme. Une notice différente sera remise aux trois participants de l'étude en SCED (évaluations plus récurrentes). Le choix de ces participants sera aléatoire parmi les participants du groupe. Un tirage au sort parmi les participants du programme sera réalisé.

Une fiche de consentement libre et éclairé permettant d'interrompre la participation au programme à tout moment sera distribuée.

### **B/ Critères de non inclusion**

Les **critères de non-inclusion** :

- Diagnostic de maladie neuro-dégénérative

Les **critères d'exclusion** :

- Non participation récurrente aux ateliers de groupe (2 ateliers consécutifs ou 4 ateliers sur la durée du programme).
- Comportement en groupe jugé inadéquat par les thérapeutes (discrimination, jugement, non-respect envers les autres membres du groupe et les thérapeutes).

## **6/ Considérations éthiques et réglementaires**

### **A/Confidentialité**

Pour respecter la confidentialité des données recueillies et l'identité des participants à l'étude et conformément aux dispositions législatives en vigueur, les personnes ayant un accès direct aux données source prendront toutes les précautions nécessaires. Ces personnes, au même titre que les investigateurs eux-mêmes, seront soumises au secret professionnel. Un procédé d'anonymisation sera appliqué aux données recueillies pendant la recherche (phase de suivi y compris). Les données ainsi anonymisées ne doivent en aucun cas faire apparaître en clair les noms des personnes concernées ni leur adresse. La modalité de codification des participants sera la suivante : utilisation de la première lettre du nom et du prénom du sujet accompagnées d'un numéro codé propre à la recherche indiquant l'ordre d'inclusion des 3 participants suivis. Chaque participant à la recherche donnera son accord par écrit pour l'accès aux données individuelles la concernant et strictement nécessaires au contrôle de qualité de la recherche.

### **B/ Archivage :**

Toutes les données recueillies pendant et après l'étude (résultats des évaluations, journal de bord des ateliers de groupe, notes écrites des entretiens individuels, enregistrements audio) seront archivées pour une durée de 10 ans. A la demande du participant (demande écrite à l'investigateur principal de l'étude), les données le concernant pourront être détruites. Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur de l'étude dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi que du Règlement Général sur la Protection des Données, règlement n° 2016/679 adopté par le Parlement Européen le 27 avril 2016. Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-003).

Le promoteur et l'investigateur principal de cette recherche s'engagent à ce que celle-ci soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine ainsi qu'en accord avec les Bonnes Pratiques Cliniques (décision du 24 novembre 2006) et la déclaration d'Helsinki (version intégrale sur le site <http://www.wma.net>). L'avis favorable d'un Comité d'éthique ou Comité de Protection des Personnes (CPP) peut être nécessaire pour cette étude.

Comme déjà évoqué plus haut, une notice d'information expliquant les conditions d'exclusion du programme sera fournie aux participants au programme. Une fiche de consentement libre et éclairé permettant d'interrompre la participation au programme à tout moment sera distribuée.

## **7/ Analyse des données et aspects statistiques**

Les analyses suivantes sont réalisées :

- Analyse sémantique textuelle des retranscriptions des enregistrements des entretiens individuels et des premiers et derniers ateliers de groupe.
- Analyse interprétative phénoménologique (IPA) des retranscriptions des enregistrements des entretiens individuels et des premiers et derniers ateliers de groupe.
- Analyses visuelles et statistiques en Étude de cas Unique (SCED) sur les mesures OSA.
- Analyse statistiques croisées des mesures de compétence occupationnelle, adaptation occupationnelle, équilibre de vie et participation sociale.
- Triangulation des données qualitatives et quantitatives.

## **8/ Financements**

Les études de transférabilité en France sont des données importantes sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour proposer de mettre en œuvre un tel programme de recherche dans la région toulousaine. Les partenaires financiers visés peuvent être l'ARS Occitanie au niveau régional et la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) de Haute-Garonne au niveau départemental. Des instituts nationaux comme l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IreSP) peuvent également être des contributeurs.

La Fédération Nationale des Mutuelles Françaises (FNFM) met également en œuvre une politique de prévention à destination des aînés (Mutualité Française, 2018). L'ANFE pourrait également être un partenaire privilégié pour cette étude. Les caisses de retraite (CARSAT) mais aussi les mécènes comme la Fondation de France pourraient également participer au financement de cette étude.

## ANNEXE 5 : SCHÉMA DE LA RECHERCHE PROPOSÉE

SCHEMA DE RECHERCHE	MOIS -2					MOIS -1					MOIS 1					MOIS 2					MOIS 3					MOIS 4					MOIS 5					MOIS 6					MOIS 7					MOIS 12									
											S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30															
<b>Evaluations</b>																																																							
<i>Recrutement</i>																																																							
<i>Evaluations d'avant programme</i>																																																							
<i>Démarrage du programme LifeStyle Redesign</i>						⊗																																																	
<i>Ateliers de groupe</i>						Gr																																																	
<i>Fin du programme LifeStyle Redesign</i>											Gr																									⊗																			
<i>Evaluations de fin de programme</i>																																																							
<i>Evaluations à 6 mois</i>																																																							
<b>INDIVIDU 1</b>																																																							
<i>Entretien individuel</i>						X										X										X										X																			
<i>OSA (Occupational Self Assessment) - SCED</i>						OSA										OSA										OSA										OSA																			
<i>IEV (Inventaire Equilibre de Vie)</i>						IEV										IEV										IEV										IEV																			
<i>OPHI-II</i>						OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II																			
<i>Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux</i>						Q										Q										Q										Q																			
<b>INDIVIDU 2</b>																																																							
<i>Entretien individuel</i>						X										X										X										X										X									
<i>OSA (Occupational Self Assessment) - SCED</i>						OSA										OSA										OSA										OSA										OSA									
<i>IEV (Inventaire Equilibre de Vie)</i>						IEV										IEV										IEV										IEV																			
<i>OPHI-II</i>						OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II																			
<i>Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux</i>						Q										Q										Q										Q																			
<b>INDIVIDU 3</b>																																																							
<i>Entretien individuel</i>						X										X										X										X										X									
<i>OSA (Occupational Self Assessment) - SCED</i>						OSA										OSA										OSA										OSA										OSA									
<i>IEV (Inventaire Equilibre de Vie)</i>						IEV										IEV										IEV										IEV																			
<i>OPHI-II</i>						OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II																			
<i>Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux</i>						Q										Q										Q										Q																			
<b>AUTRES INDIVIDUS DU GROUPE LSR</b>																																																							
<i>Entretien individuel</i>						X										X										X										X										X									
<i>OSA (Occupational Self Assessment) - SCED</i>						OSA										OSA										OSA										OSA										OSA									
<i>IEV (Inventaire Equilibre de Vie)</i>						IEV										IEV										IEV										IEV																			
<i>OPHI-II</i>						OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II										OPHI-II																			
<i>Quest. Freq. Lieux Communauté + Liens sociaux</i>						Q										Q										Q										Q																			

## ANNEXE 6 : LES PROGRAMMES DE RECHERCHE WELL-ELDERLY RESEARCH STUDIES ET LE PROGRAMME D'INTERVENTION WELL ELDERLY TREATMENT PROGRAM

Les études *Well Elderly Research Studies I et II* sont des programmes de recherche qui ont étudié l'impact du **programme d'intervention** *Well Elderly Treatment Program* (ensuite nommé *LifeStyle Redesign*®).

	Well Elderly Studies I et II
	Programme d'intervention : Well Elderly Treatment program (devenu <i>LifeStyle Redesign</i> ®)

**ANNEXES 7 : OUTILS DE MESURE DES ÉTUDES EXISTANTES  
BASÉES SUR LE PROGRAMME LIFESTYLE REDESIGN®**

Auteurs Nom Intervention Pays	Outils de mesure utilisés pour évaluer l'efficacité de l'intervention
Clark et al., 1997 <b>LifeStyle Redesign®</b> USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Questionnaire d'Activité de Vie Quotidienne (AVQ)</li> <li>● Questionnaire d'Activités Instrumentales de Vie Quotidienne (AIVQ)</li> <li>● Medical Outcome Survey 36-Item Short Term Survey (SF-36)</li> </ul>
Matuska et al., 2003 <b>Designing a Life of Wellness</b> USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medical Outcome Survey 36-Item Short Term Survey (SF-36)</li> <li>● Questionnaire de fréquentation des lieux de la communauté</li> <li>● Questionnaire de fréquence des liens sociaux</li> </ul>
Mountain et al., 2008 <b>LifeStyle Matters</b> Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Questionnaire d'Activité de Vie Quotidienne (AVQ)</li> <li>● Echelle de la dépression</li> <li>● Composantes physique et mentale du Medical Outcome Survey 36-Item Short Term Survey (SF-36)</li> </ul>
Levasseur et al., 2019 <b>LifeStyle Redesign®</b> Canada (Québec)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medical Outcome Survey 36-Item Short Term Survey (SF-36)</li> <li>● Questionnaire de l'Inventaire des activités pour les aînés</li> <li>● Profil des loisirs</li> <li>● Mesure de l'espace de vie (life-space assessment)</li> </ul>
Soum-Pouyalet, 2019a <b>Ateliers «Équilibre de vie»</b> France	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Questionnaire d'Activité de Vie Quotidienne (AVQ)</li> <li>● Questionnaire d'Activités Instrumentales de Vie Quotidienne (AIVQ)</li> <li>● Short Form Berg Balance Scale</li> </ul>

<p>Lévesque et al., 2020</p> <p><b>Remodeler sa vie®</b></p> <p><i>Canada (Québec)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inventaire de l'Équilibre de vie</li> <li>● Engagement dans les activités significantes</li> <li>● Self Compassion Scale (sentiment de compassion envers soi)</li> <li>● Gratitude Questionary (fréquence, intensité, diversité des événements engendrant de la gratitude)</li> </ul>
<p>Soum-Pouyalet et al., 2021</p> <p><b>Bien vivre dans mon quartier</b></p> <p><i>France</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medical Outcome Survey 12-Item Short Term Survey (SF-12)</li> <li>● Questionnaire du style de vie de Mayers</li> </ul>

## ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENTATION DES LIEUX DE LA COMMUNAUTÉ

(TRADUCTION LIBRE PAR L'AUTEURE DU QUESTIONNAIRE DE MATUSKA)

Ces questionnaires évaluent la fréquentation mensuelle des lieux de la communauté et la fréquence hebdomadaire des liens sociaux. Sur une échelle de 1 à 5, les participants évaluent ces deux fréquentations en se basant sur leurs habitudes de vie des deux derniers mois.

### Questionnaire de fréquentation mensuelle des lieux de la communauté

Durant les deux derniers mois, à quelle fréquence mensuelle avez-vous fréquenté ces lieux?	0 fois / mois	1 à 2 fois / mois	3 à 4 fois / mois	5 à 6 fois / mois	>7 fois / mois
<b>NOTATION</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Un lieu de culte					
Des activités extérieures (marcher ou se promener dans des parcs)					
Un magasin pour faire les courses					
Un événement culturel ou sportif (un match, un concert, une pièce de théâtre...)					
Des ressources communautaires (bibliothèque, restaurant, maisons de quartier, installations de loisir...)					
Un groupe social (maison des aînés, activités sociales ...)					

Note totale : \_\_\_\_\_ / 30

**Questionnaire de fréquence hebdomadaire de communication (liens sociaux)**

Durant les deux derniers mois, à quelle fréquence hebdomadaire avez-vous été en contact avec ces personnes ?	0 fois / mois	1 à 2 fois / mois	3 à 4 fois / mois	5 à 6 fois / mois	>7 fois / mois
<b>NOTATION</b>	1	2	3	4	5
Un/des membre(s) de votre famille					
Un/des ami(s)					
Des professionnels accompagnant (infirmières libérales, services non soignants type aides à domicile, auxiliaire de vie, membres de l'église)					

Note totale : \_\_\_\_\_ / 15

Comparaison avec le «Elderly Activity Inventory Questionnaire» de Lefrançois (repris dans Richard et al. 2016) utilisé par (Levasseur et al., 2019) - Traduction libre par l’auteure

Questionnaire de l’Inventaire des activités pour les aînés

Durant les deux derniers mois, à quelle fréquence hebdomadaire avez-vous réalisé ces activités ?	Presque tous les jours	Au moins une fois / semaine	Au moins une fois /mois mois	Moins qu’ une fois / mois	Jamais
Rendre visite à de la famille/des amis					
S’engager dans une activité hors du domicile					
Participer à des activités dans un centre communautaire ou de loisirs					
Aller faire des courses					
Aller au restaurant/bar/café					
Assister à un évènement sportif ou culturel					
Prendre des cours					
Participer à un groupe de discussion ou de développement personnel					
Aller dans une bibliothèque ou un centre culturel					
Faire du bénévolat					

## ANNEXE 9 : DONNÉES DE L'ÉTUDE

Matrice d'analyse des données de l'étude

<b>Variable</b>	<b>Attribut</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Participation sociale Participation à des activités civiques, de loisirs de divertissement	Caractéristiques Fréquence Perception Proximité des services communautaire Satisfaction Groupe/ateliers	Questionnaire de Fréquentation des lieux communautaire et de fréquence des liens sociaux : échelles OPHI-II : échelles de cotation et données qualitatives OSA : échelles de cotation
Participation occupationnelle Adaptation occupationnelle Identité occupationnelle Compétence occupationnelle	Caractéristiques Fréquence Perception Engagement Satisfaction	OPHI-II : échelles de cotation et données qualitatives OSA : échelles de cotation
Qualité de vie	Besoins de base pour la Santé et la sécurité Relations sociales Engagement Sens de la vie Satisfaction	IEV : score global et par dimensions OPHI-II : données qualitatives

## ANNEXE 10 : ANALYSE INTERPRÉTATIVE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Les différentes étapes de l'analyse IPA et leurs objectifs présentées dans Restivo, Julian-Reynier et Apostolidis (2017).

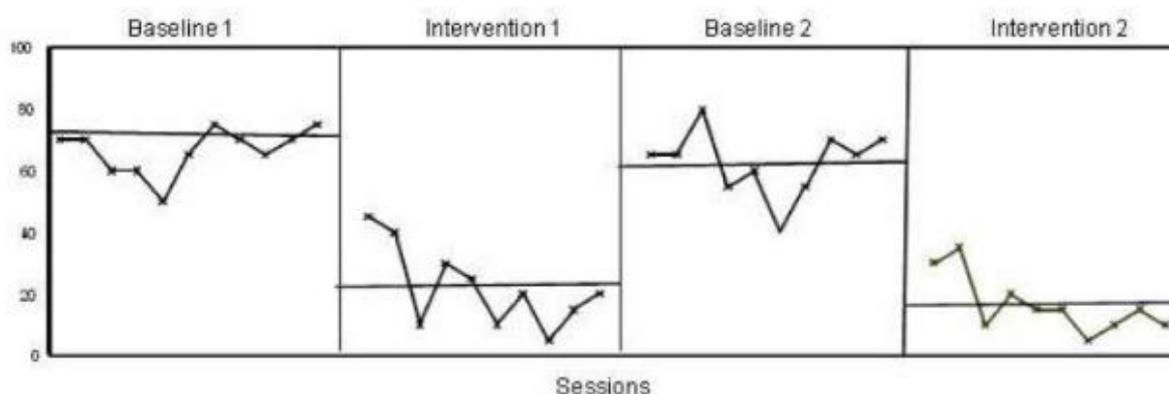
Étapes	Objectifs
Étape 1 : écoute, lecture et relecture de l'entretien	Immersion dans les données et entrée dans le monde du participant (démarche compréhensive)
Étape 2 : annotations initiales	Production d'un ensemble de notes et de commentaires compréhensifs et détaillés sur les données en considérant le contenu sémantique du discours ainsi que le langage utilisé par le participant
Étape 3 : développement de thèmes émergents	Production de thèmes reflétant à la fois le discours du participant et la démarche d'interprétation active de l'analyste
Étape 4 : recherche de liens entre les thèmes émergents	Production d'une structure capable de rendre compte des aspects les plus intéressants et importants du récit du participant en regroupant et mettant en liens les thèmes produits lors de l'étape précédente
Étape 5 et 6 : passage au cas suivant et recherche de liens entre les entretiens	Application des étapes 1 à 4 sur un nouvel entretien puis recherche des liens entre les différents entretiens sélectionnés pour l'analyse

Restivo, L. & Julian-Reynier, C. & Apostolidis, T. (2017). Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*, 24.

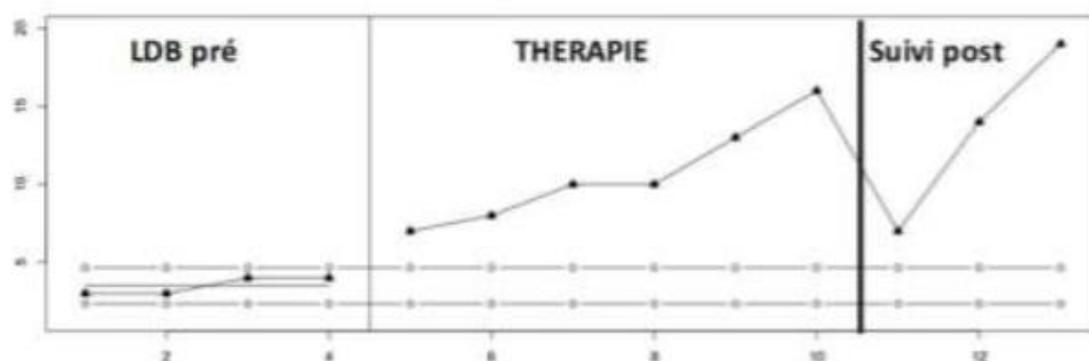
## ANNEXE 11 : EXEMPLES D'ÉTUDES SCED

→ Analyse visuelle des données du SCED :

Exemple de ligne de niveau avec la méthode du *Dual Criteria* :

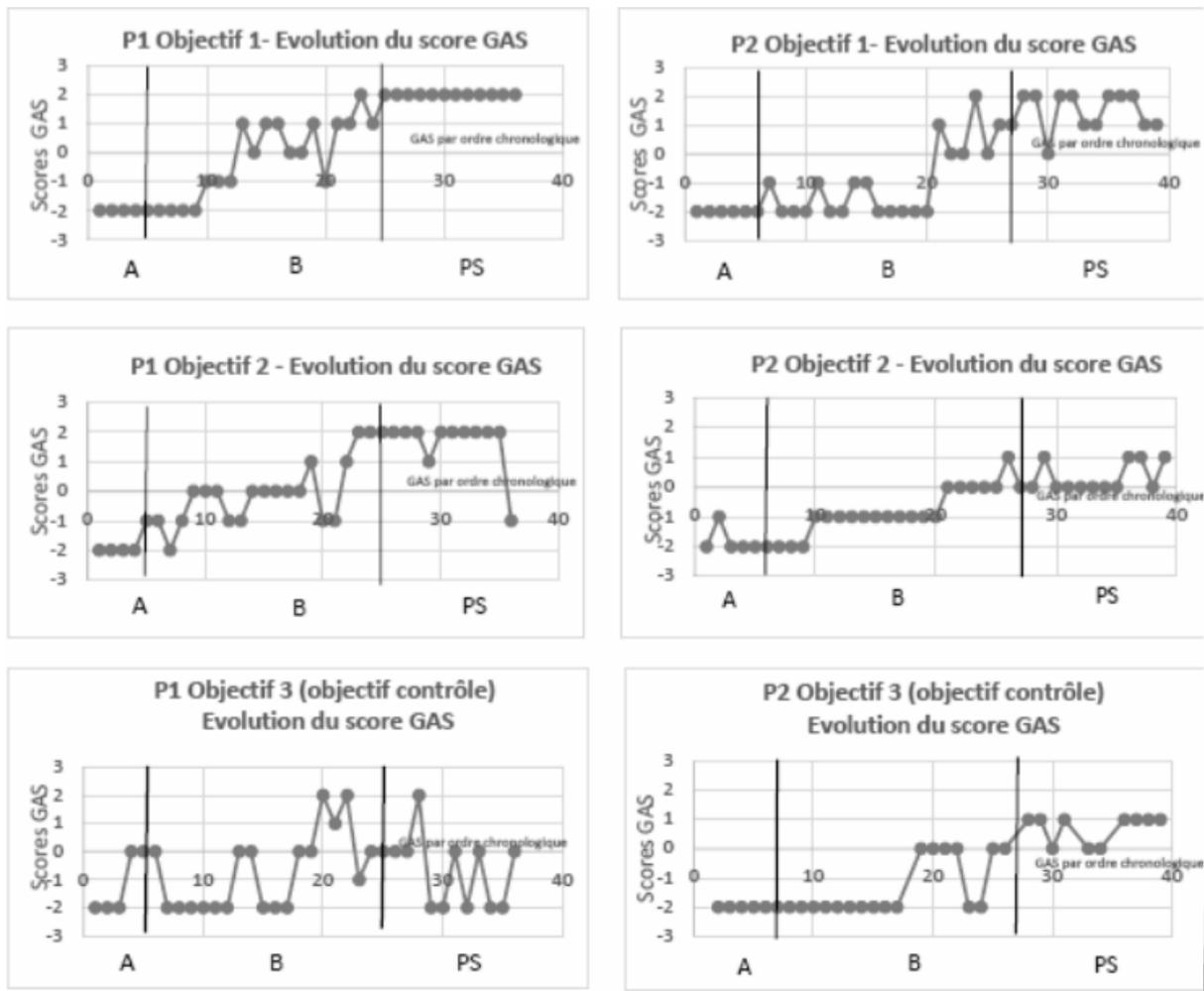


Exemple d'analyse avec la méthode *Two Standard Deviation* :

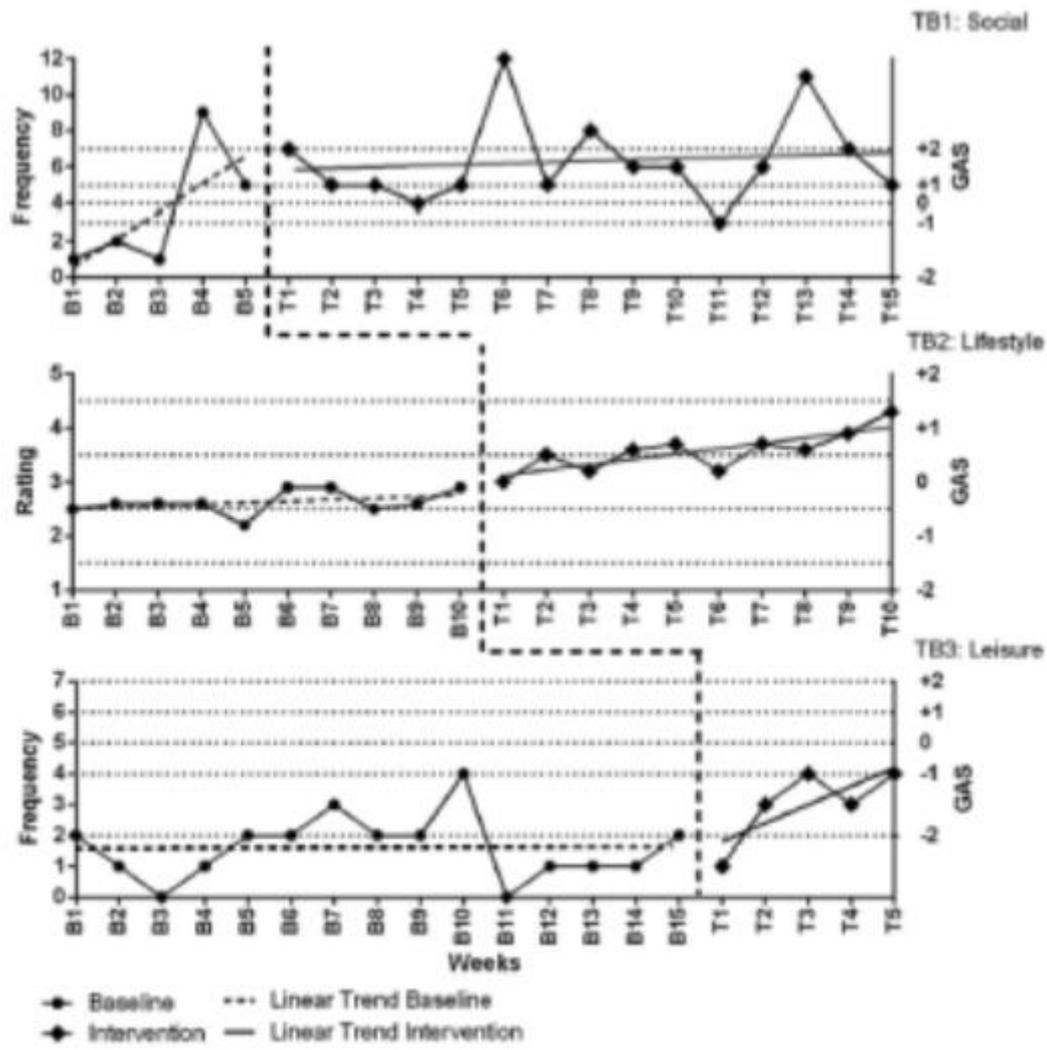


→ SCED en ligne de base multiple sur les sujets : Exploration de l'utilisation de l'approche d'orientation cognitive à la performance professionnelle quotidienne (COOP) auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes présentant des déficits des fonctions exécutives à la suite d'une lésion cérébrale grave acquise

Lebrault, H., Chavanne, C., Abada, G., Latinovic, B., Varillon, S., Bertrand, A.F., ...Chevignard, M. (2021). Exploring the use of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance approach (CO-OP) with children with executive functions deficits after severe acquired brain injury: A single case experimental design study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 64. 101535. 10.1016/j.rehab.2021.101535.



→ SCED en ligne de base multiple sur les critères de jugement (Tate et al., 2018) : Analyse de la motivation pour l'intégration sociale chez les cérébro-lésés :



## **ANNEXE 12 : FINANCEURS POSSIBLES**

Les études de transférabilité en France sont des données importantes sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour proposer de mettre en œuvre un tel programme de recherche dans la région toulousaine. Les partenaires financiers visés peuvent être l'ARS Occitanie au niveau régional et la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) de Haute-Garonne au niveau départemental. Des instituts nationaux comme l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) peuvent également être des contributeurs.

La Fédération Nationale des Mutuelles Françaises (FNFM) met également en œuvre une politique de prévention à destination des aînées (Mutualité Française, 2018). L'ANFE pourrait également être un partenaire privilégié pour cette étude. Les caisses de retraite (CARSAT) mais aussi les mécènes comme la Fondation de France pourraient également participer au financement de cette étude.

**Titre : Le LifeStyle Redesign®, un programme pour lutter contre l'isolement social des aînés toulousains**

**Résumé :**

**Introduction :** Le maintien de l'autonomie des personnes âgées est un problème de santé publique critique pour tous les pays développés. Dans ce contexte, les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle à l'échelle individuel et sociétal en mettant en oeuvre des interventions de prévention primaire. Le programme *LifeStyle Redesign®* est né aux Etats-Unis dans les années 90 et est basé sur les sciences de l'occupation. L'efficacité du programme en terme de qualité de vie et de rentabilité financière a été prouvée et plusieurs adaptations ont été menées dans différents pays et cultures. **Objectifs :** L'objectif principal de la recherche est de comprendre comment ce programme peut favoriser les participations sociale et occupationnelle des aînés toulousains et comment il permet de lutter contre l'isolement social.

**Méthode :** La méthodologie proposée est une étude mixte qualitative et quantitative basée sur une étude en cas unique (SCED) avec un suivi régulier et fréquent de la compétence occupationnelle de trois participants, avant, pendant et après l'intervention. Le changement occupationnel, la participation sociale et la qualité de vie sont également mesurés. L'analyse des données comprend une analyse de l'évolution temporelle des données quantitatives (méthode SCED) et une analyse de covariance entre les variables observées. Une triangulation avec les données qualitatives est proposée pour augmenter la robustesse des résultats. Des analyses textuelles automatique et manuelle des entretiens individuels sont également réalisées. **Conclusion:** Le design présenté pourra être proposé à des financeurs du domaine de la prévention de la perte d'autonomie et des ergothérapeutes toulousains pourront le mettre en oeuvre.

**Mots clés : ergothérapie, prévention, personnes âgées, perte d'autonomie, changement**

**Title: LifeStyle Redesign®, a program preventing social isolation among older people from Toulouse.**

**Abstract:**

**Introduction:** Preventing dependency of older adults is a crucial public health problem in all developed countries. In this context, occupational therapists can play a role at both individual and social scales by using primary prevention strategies to help people to improve their quality of life both in years and wellness. The *LifeStyle Redesign®* program is an American program born in the 90's and based on occupational science. The program efficiency in terms of quality of life and financial efficiency has been proven and several adaptations have been carried out in different countries and cultures.

**Objectives:** The main objective of this research is to understand how the *LifeStyle Redesign®* program could foster social and occupational participation of older adults from Toulouse and how it can prevent social isolation. **Methods:** The proposed methodology is a mixed qualitative and quantitative study based on a Single Case Experimental Design (SCED) with a high frequency monitoring of the occupational profile, before, during and after the intervention. The occupational change, social participation and the quality of life are also measured. The data analysis consists of a quantitative data evolution analysis (SCED method) and of a covariance analysis of the measured variables. A triangulation with qualitative data is proposed to improve robustness. Automatic and manual textual analyses of the first/final group and individual meetings are conducted. **Conclusion:** The proposed design could be proposed to funding partners and occupational therapists from Toulouse area could lead the proposed research.

**Keywords : occupational therapy, health promotion, older people, loss of independence, behavioral change**