



Institut de Formation

en

Ergothérapie



- Toulouse -

La prévention primaire auprès des personnes âgées :

Quelle place peut être faite au programme du *Lifestyle Redesign*® en France ?

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

Référente méthodologique : Fanny SOUM-POUYALET

Référente terrain : Marie-Chantal MOREL-BRACQ

Manon TEXIER

Juin 2019

Promotion 2016-2019

Engagement et autorisation

Je soussignée Manon TEXIER 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 6/05/2019

Signature du candidat :

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation 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 Boeterf, 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

Je tiens tout d'abord à remercier Fanny SOUM-POUYALET et Marie-Chantal MOREL-BRACQ pour leur accompagnement de qualité durant cette année, leurs conseils et leurs relectures avisées. Travailler avec vous a été pour moi un privilège.

Merci également aux deux ergothérapeutes ayant pris le temps de répondre à mes questions. Nos échanges m'ont permis d'évoluer et de faire avancer ma réflexion.

Je voudrais également remercier l'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, pour leur dévouement envers le métier d'ergothérapeute qu'ils n'ont cessé de nous transmettre durant notre parcours de formation. J'adresse un merci tout particulier à Jean-Michel CAIRE et Sabrina TECHENE, qui nous ont accompagnés depuis le début, et sans qui tout ceci n'aurait pas été possible.

Merci à mes tuteurs de stage, et à l'ensemble des professionnels rencontrés lors de mes études. Ils ont tous participé d'une manière ou d'une autre à la construction de la future professionnelle que je m'appête à devenir.

Merci à ma famille pour leur soutien et leurs encouragements depuis le début de ce parcours,

Merci à Léonore pour sa patience et son aide précieuse en toute circonstance,

Et enfin, merci à mes amis toulousains pour tous les moments partagés durant ces trois années inoubliables.

Sommaire

I.	Introduction	1
1.	Ergothérapie et science de l'occupation	1
2.	L'émergence du <i>Lifestyle Redesign</i> ® aux Etats-Unis	2
II.	Le programme du <i>Lifestyle Redesign</i> ®	2
1.	Les études des <i>Well Elderly Studies</i> de l'Université de Californie du Sud	2
2.	Le programme du <i>Lifestyle Redesign</i> ® en Europe et au Canada	5
a.	En Europe	5
b.	L'adaptation du <i>Lifestyle Redesign</i> ® en Grande-Bretagne	5
c.	L'adaptation du <i>Lifestyle Redesign</i> ® au Québec	6
III.	Le contexte en France	6
1.	Les personnes âgées en France	6
2.	Les orientations politiques actuelles	11
a.	A l'échelle mondiale	11
b.	A l'échelle européenne	12
c.	Le Plan National « Bien vieillir » 2007-2009	13
d.	La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement 2016	13
e.	La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022	15
f.	La concertation « Grand âge et Autonomie » 2018	15
3.	L'évolution de la place des ergothérapeutes en prévention	17
a.	D'une prévention secondaire et tertiaire	17
b.	...Vers une prévention primaire	19
c.	Les dispositifs en prévention primaire	21
d.	Les financements de la prévention	22
e.	Les Centres Locaux d'Informations et de Coordinations (CLIC)	23
f.	Le dispositif PAERPA : Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie	24
IV.	Méthode exploratoire	26
V.	Analyse et Discussion	27
1.	Analyse avec le logiciel Iramutech	27
a.	Le logiciel Iramutech	27
b.	Analyse comparée des deux entretiens	28
2.	Analyse qualitative des entretiens	28

a.	Savoir et comprendre	29
b.	Evaluer et mesurer	31
c.	Se projeter et imaginer	32
VI.	Conclusion	34
VII.	Bibliographie	36
VIII.	Annexes : table des matières	42

I. Introduction

1. Ergothérapie et science de l'occupation

Selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit, ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.* » (ANFE) Cette définition implique donc une notion d'accompagnement de personnes en situation de handicap mais également celle de la prévention de la santé dans le but de limiter, autant que possible ces situations de handicap.

Pour cela, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Ainsi, il s'intéresse de manière précise à l'ensemble des activités que chaque personne réalise chaque jour, qu'elles aient du sens pour elle (activité signifiante) ou pour la société (activité significative). (Rochex, 1995).

Les interventions en ergothérapie se basent donc sur l'activité. Cette dernière est utilisée à la fois comme un moyen et comme un objectif de la thérapie (Morel-Bracq, 2015). Cependant, les interventions peuvent avoir deux approches différentes :

- Les interventions dites « top-down » : elles partent directement de l'activité signifiante et significative pour la personne. L'acquisition des habiletés est donc considérée comme la résultante de l'interaction personne/environnement/activité.
- Les interventions dites « bottom-up » : elles sont, à l'inverse, orientées sur l'acquisition d'habiletés de base. Ce sont ces acquisitions qui permettront à la personne de réaliser son activité dans son contexte.

La pratique de l'ergothérapie s'appuie sur des données probantes. En effet, dès ses débuts « *la science de l'occupation est née de, et en réponse aux besoins de, l'ergothérapie.* » (Pierce, traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2016). Dans le but de fournir des données scientifiques fiables servant de support à la pratique des ergothérapeutes.

La science de l'occupation est un domaine de recherche qui étudie les liens entre l'activité, la santé et l'environnement. Cette science a émergé en parallèle aux Etats-Unis et en Australie dans les années 90. En Australie, c'est Ann Wilcock qui est à l'origine de ce développement ; alors qu'aux Etats-Unis, ce mouvement est mené par Elizabeth Yerxa, et repris ensuite par Florence Clark et Doris Pierce, de l'Université de Californie du Sud (USC) de Los Angeles.

La science de l'occupation a permis de définir les concepts clés, notamment celui de l'occupation, en comparaison avec le terme d'activité. « *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas.* » (Pierce, traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2016). Dans le domaine de l'ergothérapie, on parle donc plus aisément d'occupation lorsque l'on fait référence à des activités signifiantes et significatives pour la personne. Le terme d'activité est donc plutôt abordé dans le sens d'une association de tâches, et n'a pas cette dimension de sens pour la personne.

2. L'émergence du *Lifestyle Redesign*® aux Etats-Unis

C'est dans ce contexte d'émergence de la science de l'occupation à l'Université de Californie du Sud (USC), qu'un groupe d'ergothérapeutes menés par Jane Jackson puis par Florence Clark, réalise une série d'études dont l'objectif était alors d'« *investiguer si l'ergothérapie, comparée à une intervention sociale de contrôle, pouvait, de façon financièrement efficace, limiter le déclin et améliorer la santé d'une population âgée.* » (Clark et al, traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2016). La population alors ciblée était celle des personnes âgées à faible revenu, d'origines ethniques diverses, et qui vivaient dans la communauté. Cette population ne présentant pas de pathologies particulières, ce programme relevait donc de la prévention primaire. Nous développerons cette dimension de prévention plus tard.

Ces études ont amené les ergothérapeutes à imaginer *The Well Elderly Treatment Program* qui sera nommé par la suite *The Lifestyle Redesign Program*®.

La découverte de la science de l'occupation à travers l'exemple de cette série de recherche a été pour moi le point originel de ma réflexion sur ce travail d'initiation à la recherche. Ma question de départ a donc été :

Qu'en est-il précisément de ce programme, et comment s'inscrit cette dimension de prévention primaire dans la pratique en ergothérapie ?

II. Le programme du *Lifestyle Redesign*®

1. Les études des *Well Elderly Studies* de l'Université de Californie du Sud

La série d'études réalisée dans le cadre de l'USC de Los Angeles porte le nom de *Well Elderly Studies*. Ces études s'inscrivaient dans le contexte particulier des Etats-Unis au début des années 90. En effet, l'augmentation de la population vieillissante en perte d'autonomie était

alors une priorité, en raison, notamment, du coût économique de plus en plus important lié à la prise en charge de la dépendance.

Ces études suivent une méthode clairement établie et détaillée dans le chapitre 24 du livre de Doris Pierce sur la Science de l'occupation, et permettent ainsi de valider une pratique fondée sur les preuves (Pierce, traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2016). Par ce biais, les études des *Well Elderly Studies* ont permis la construction du *Lifestyle Redesign Program*®, ainsi que la validation de son efficacité thérapeutique et de son efficacité financière auprès d'une population vieillissante mais indépendante et vivant dans des logements de résidences publiques pour personnes âgées.

La première série d'études : les *Well Elderly Studies 1*, a été réalisée dans les années 90. Elle avait pour objectif de déterminer les stratégies utilisées par les personnes âgées dans le but de rester engagées dans leurs activités significatives au quotidien, mais également de faire émerger des domaines de la vie quotidienne dans lesquels les personnes âgées avaient justement le plus besoin de cette capacité d'adaptation. Les résultats de ces recherches ont permis d'élaborer un premier programme de prévention se déroulant sur neuf mois. Pour tester l'efficacité de ce programme sur la population cible, un essai randomisé auprès de 163 personnes âgées de plus de 60 ans a été réalisé. Les participants sélectionnés ont donc été répartis en trois groupes :

- Le premier groupe a bénéficié du programme d'intervention en ergothérapie constitué de séances de groupe hebdomadaires de deux heures, ainsi que des séances individuelles à domicile à raison d'une fois par mois.
- Le deuxième groupe, qui correspond au groupe contrôle actif, a bénéficié d'activités sociales.
- Le troisième groupe, étant le groupe contrôle passif, n'a réalisé aucune activité encadrée par une intervention professionnelle.

La comparaison de ces trois groupes a permis de prouver que l'intervention de prévention réalisée par un ergothérapeute était plus efficace sur le plan thérapeutique, notamment avec une amélioration dans les domaines physique, affectif, et social, mais également sur le plan financier, avec une diminution des frais médicaux, pour les participants sur la période du programme. (Morel-Bracq, 2015) De plus, des tests effectués six mois après la fin du programme ont permis de prouver que 90% des effets étaient maintenus à cette date-là. (ENOTHE, 2008)

La deuxième série d'étude : les *Well Elderly Studies 2*, a été menée dans les années 2000 et a permis cette fois-ci de valider l'efficacité du programme sur six mois uniquement.

Ainsi, l'ensemble de ces études a permis d'élaborer le programme du *Lifestyle Redesign*®. Ce programme de prévention primaire s'adresse aux personnes âgées ne présentant pas de pathologie particulière avérée et n'ayant pas de gros problème de santé, mais surtout vivant toujours dans la communauté, c'est-à-dire à domicile. Durant ce programme de six mois, les participants sont ainsi accompagnés par l'ergothérapeute pour mener une réflexion autour de leurs occupations de vie quotidienne : pour les analyser, les comprendre, et les faire évoluer dans le but de se maintenir en santé, sur le plan physique, émotionnel, social, spirituel (Morel-Bracq, 2015), et d'ainsi préserver leur autonomie, et leur engagement occupationnel.

Des séances en groupe (de six à dix personnes) ont lieu chaque semaine sur des thèmes pré-établis, répartis selon les modules suivants :

- « *Module 1 : Occupation, health and aging*
- *Module 2 : Community mobility : transportation and occupation*
- *Module 3 : The building blocks of longevity : various type of activity*
- *Module 4 : Stress and inflammation management*
- *Module 5 : Dining and nutrition*
- *Module 6 : Time and occupation*
- *Module 7 : Home and community safety*
- *Module 8 : Relationships and occupation*
- *Module 9 : Thriving*
- *Module 10 : Navigating health care*
- *Module 11 : Hormones, aging, and sexuality*
- *Module 12 : Ending a group : finalizing personal engagement plans »*

(Clark, 2015)

Ces séances sont complétées par des séances en individuel à domicile à raison d'une fois par mois. Cet accompagnement personnalisé a pour but d'apporter à la personne des conseils concrets et de la faire évoluer sur ses problématiques et objectifs personnels.

Ainsi, on peut dire du *Lifestyle Redesign*® qu'il s'agit d'un programme d'intervention basé sur l'occupation (ENOTHE, 2008), par cela il répond donc à une approche dite « top-down ».

Qu'en est-il de ce programme en dehors des Etats-Unis ?

S'est-il exporté à l'internationale, et comment ?

2. Le programme du *Lifestyle Redesign*® en Europe et au Canada

a. En Europe

De 2005 à 2008 le groupe ENOTHE (European Network of Occupational Therapists in Higher Education) a lancé un projet de groupe autour de la thématique *Occupation in older age*. L'objectif de ce groupe de travail était de réfléchir à la possible transférabilité culturelle d'un programme d'intervention en promotion de la santé basé sur l'occupation pour les personnes âgées vivant dans la communauté, et ce dans six pays européens : Belgique, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Géorgie, Grande-Bretagne. Le groupe de travail a largement utilisé le programme du *Lifestyle Redesign*® comme base de réflexion. En effet, le programme d'origine repose sur des thématiques (développées ci-dessus) qui ont été élaborées à partir des retours de la population locale. L'étude réalisée, portant sur les domaines de la vie quotidienne pour lesquels la population se sentait le plus mise au défi, montre bien la nécessité de transfert culturel de ces thèmes en fonction du pays dans lequel le programme est mis en place.

Ce travail dans les six pays choisis, abouti en 2008 à une publication de la part du groupe ENOTHE : « *Developing a health promoting occupational therapy program for community living older people : Experiences from an European project group.* », visant à inciter d'autres pays à créer leur propre programme de promotion de la santé basé sur l'occupation, et en cohérence culturelle avec leur pays.

b. L'adaptation du *Lifestyle Redesign*® en Grande-Bretagne

En Grande-Bretagne, les recherches entreprises par Gail Mountain et reprises par Claire Craig débutèrent en 2004, et portèrent sur l'approche occupationnelle du vieillissement en santé. Même si le programme s'inspire largement du programme du *Lifestyle Redesign*®, très tôt la volonté des ergothérapeutes a été de s'en détacher, notamment en adoptant un nom propre à leur programme : le *Lifestyle Matters program*.

Une première recherche ciblée sur une ville du nord de l'Angleterre a eu pour but la réalisation du programme d'intervention en tant que tel. L'étude a ainsi permis de déterminer plusieurs éléments. D'abord de valider l'intérêt de la population cible pour une intervention en prévention de la santé, puis ensuite de déterminer la forme du programme, les professionnels qui y interviendraient, et le mode de recrutement des participants dans la communauté, enfin, de

sélectionner les critères d'évaluations afin d'observer les bénéfices en terme de santé. Les thèmes ont quant à eux été élaborés à partir de l'étude du manuel du *Lifestyle Redesign*® (Mandel et al., 1999) par cinq personnes âgées volontaires, et ont été discutés au cours d'un *focus group*.

L'expérimentation pilote a ensuite réuni un groupe de personnes âgées de plus de 60 ans à la même fréquence que dans le programme initial mais ce durant 8 mois. Des évaluations ont été réalisées avant et après la réalisation du programme et ont ainsi montré l'efficacité du programme mis en place. Il a également pu être mis en évidence le fait que les participants ont, dans les deux groupes, poursuivi leurs rencontres de manière autonome après la fin du programme, ce qui illustre bien la notion d'*empowerment* développé par ces derniers à l'issue de ce programme. Des études complémentaires ont été effectuées et ont fait l'objet de publications en 2013 et 2017 (Mountain et al. 2013, 2017).

c. L'adaptation du *Lifestyle Redesign*® au Québec

Au Québec, Mélanie Levasseur, Nadine Larivière et leur équipe travaillent à la traduction française du programme du *Lifestyle Redesign*®, de manière conforme à l'original. Ce travail a fait l'objet d'une présentation lors des 4^{ème} Assises Nationales de l'ergothérapie, qui a eu lieu en avril 2019 à Paris.

Après avoir vu en détail le programme du *Lifestyle Redesign*® développé aux Etats-Unis ainsi que ses différentes adaptations culturelles dans d'autres pays, nous sommes en mesure de nous demander :

Qu'en est-il de la prévention primaire

de la perte d'autonomie chez les personnes âgées en France ?

III. Le contexte en France

1. Les personnes âgées en France

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en France, en 2005, la population des personnes de plus de 60 ans représentait un cinquième de la population et elle devrait en représenter un tiers en 2050. La population française est donc vieillissante. Cependant, selon un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : « *En 2015, à 85 ans, 80 % des femmes et 70% des hommes*

déclarent au moins une limitation fonctionnelle, telle qu'une difficulté à se déplacer. » (DRESS, 2017). Or, « *une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacités.* » (INSEE) Il semblerait donc que les personnes âgées en France vivent plus longtemps mais pas forcément en bonne santé.

Or, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a déclaré : « *sans qualité de la vie, une longévité accrue ne présente guère d'intérêt, (...) l'espérance de vie en bonne santé est plus importante que l'espérance de vie.* » (Nakajima, 1997). Ainsi, l'espérance de vie de la population française ne serait donc pas la valeur la plus adaptée pour parler de la qualité de vie de nos Aînés en France, comparée à l'EPBS (Espérance de Vie en Bonne Santé) qui semble plus révélatrice de l'état de santé de cette population vieillissante, puisqu'elle représente « *le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre à la naissance.* » (INSEE, 2018). En effet, selon les chiffres de l'INSEE, cette espérance de vie en bonne santé est bien inférieure à l'espérance de vie des Français et se situe aussi bien pour les hommes que pour les femmes sous la barre des 65 ans. (Annexe n°1)

A l'issue de ce constat, on peut se questionner sur la distinction entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique.

Le vieillissement et la pathologie sont-ils liés

par un lien de cause à effet ?

Dans ce cas, un vieillissement en santé est-il envisageable ?

Dans Ergothérapie en Gériatrie (2009), deux ergothérapeutes (Nouvel et Jouaffre) définissent la notion de vieillissement en s'appuyant sur trois catégories distinctes :

Le vieillissement « réussi », qui correspond à un vieillissement sans pathologie et avec peu de risque d'en développer. La personne se trouve donc en posture d'autonomie. Le plan national Bien Vieillir (2007-2009) ajoute même à ce concept de vieillissement réussi les notions d'état de satisfaction psychique, ainsi que de qualité de vie à travers les relations.

Le vieillissement « habituel et usuel » (appelé aussi vieillissement « normal ») correspond, quant à lui à un vieillissement sans pathologie, mais avec un risque d'en développer. On note donc des atteintes considérées comme physiologiques : des troubles fonctionnels liés à l'âge.

Le vieillissement « pathologique » correspond enfin à un vieillissement avec la présence de pathologies qui peuvent être sévères et évolutives entraînant ainsi des incapacités responsables d'un état de dépendance majeur.

Ainsi donc, par ces définitions du vieillissement, on s'aperçoit que la pathologie n'est pas une conséquence naturelle et inévitable du processus de vieillissement. De plus, la notion de « bien vieillir » ou de vieillissement en santé correspondrait ici au « vieillissement réussi ». Pour autant, le constat fait auparavant nous permet d'affirmer que ce « vieillissement réussi » est peu répandu dans la population âgée en France. Elle « *concerne selon les études 12 à 33% des personnes âgées.* » (Bourrellis et Bazerolles, 2009).

***Ainsi, qu'est-ce qui amène une personne
à glisser vers ce vieillissement pathologique ?***

Pour éclairer cette question, F. Nouvel et V. Jouaffre introduisent la notion de fragilité, qui apparaît entre le processus habituel et le processus pathologique : « *La fragilité, même si elle est le plus souvent associée au grand âge, qualifie cet âge avancé par une notion complémentaire, qui s'oppose à celle de « bonne santé », à la robustesse.* » (Michel, 2002). Elle peut être définie comme un « *état d'instabilité exposant à un risque majeur de décompensation, associé souvent à des phénomènes de cascades, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès.* » (Nouvel et Jouaffre, 2009) Ainsi, les personnes en situation de fragilité seraient « *des sujets semblant incapables de faire face aux agressions de leur milieu (maladie, température, chute...) et de se rétablir après de tels évènements* ». (Michel, 2002)

Comment apparaît cette fragilité chez la personne âgée ?

La fragilité « *se manifeste au terme d'un long processus intrinsèque de fragilisation de l'organisme [qui] correspond à la dégradation progressive, et souvent insidieuse, des capacités physiologiques d'un individu aboutissant à une réduction des réserves physiologiques.* » (Michel, 2002). De plus, « *l'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.* » (Rolland, 2011)

Par quels critères précis peut-on définir cette fragilité ?

En 2013, la HAS (Haute Autorité de Santé) a publié une fiche « Points clés et solutions – Organisation des parcours » sur *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires*. Dans cette fiche, les critères de repérage de la fragilité varient selon le modèle choisi. Nous nous intéresserons ici à celui du Phénotype de Fried car il est plus pertinent concernant le risque d'entrée dans la dépendance. Il concerne les personnes de plus de 65 ans et repose sur cinq critères :

- La perte de poids involontaire > 4,5 kg (ou \geq à 5% du poids) depuis un an
- Un épuisement ressenti par la personne
- Une vitesse de marche ralentie
- Une baisse de la force musculaire
- Une sédentarité

(HAS, 2013)

Les personnes sont dites « fragiles » à partir d'au moins trois critères, et sont dites « pré-fragiles » à partir d'un critère présent. (Fried, 2001)

L'hôpital de Jour d'Évaluation de la Fragilité et de Prévention de la Dépendance, du Gérontopôle de Toulouse, a réalisé un document d'évaluation de la fragilité dans lequel on peut retrouver ces critères de repérage. Cette évaluation concerne des personnes de plus de 65 ans, qui sont autonomes (selon l'évaluation ADL Activity Daily Living) et à distance de toute pathologie aiguë. Cette grille a été retenue par le SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie) ainsi que le CNPG (Collège National Professionnel de Gériatrie) comme pertinent pour le repérage de la fragilité en soins primaires. (Annexe n°2)

Ainsi, cette fragilité chez certaines personnes âgées, peut amener au développement de pathologies et donc entraîner un risque de perte d'autonomie. Selon la HAS, « *le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisations dans un délai de 1 à 3 ans.* » (HAS, 2013). Or, la prise en charge de cette dépendance (évaluée notamment par le GIR : Groupes Iso-Ressources : qui permet de déterminer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée) représente un coût réel pour notre société (hospitalisations, soins, consultations, aides financées via le plan Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)...). Ce coût est susceptible de continuer à augmenter dans les années à venir, au vu des chiffres sur le vieillissement de la population en santé.

Ainsi donc, à l'heure actuelle, la question de la réduction des coûts de santé engendrés par la perte d'autonomie est plus qu'à l'ordre du jour.

D'après ce que nous avons vu précédemment, le dépistage de la fragilité représenterait un enjeu majeur dans l'évolution de l'état de santé de la personne âgée et donc dans la qualité de sa prise en soin. Le dépistage et la prise en charge précoce de cette fragilité permettraient ainsi de limiter l'évolution de la personne âgée vers la perte d'autonomie.

Le repérage de la fragilité est la première étape de prise en soin de la personne fragile qui se poursuit par un plan d'interventions de prévention sous la forme d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS), (HAS, 2013). Ainsi, des actions de prévention dans plusieurs domaines peuvent être mises en place, tels que dans les domaines suivants :

- L'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité
- La nutrition
- La réduction de la poly-médication et l'optimisation thérapeutique
- Les aides sociales, l'adaptation de l'environnement et le maintien ou le développement des liens sociaux

Les actions de prévention, selon la HAS, consistent à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. On distingue trois types de prévention :

- la prévention primaire qui intervient en amont de la maladie
 - la prévention secondaire, qui agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie
 - la prévention tertiaire qui elle intervient sur les complications et les risques de récurrence.
- (HAS, 2006)

Ainsi, dans le cas d'une intervention de prévention auprès d'une population fragile, il s'agirait plutôt d'une prévention secondaire.

Ces actions de prévention appartiennent à la promotion de la santé, qui a été définie par la Charte d'Ottawa, adoptée lors de la première Conférence Internationale pour la promotion de la santé en 1996. « *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.* » (Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1996). On voit donc ici apparaître les notions d'évolution dans son milieu de vie et d'adaptation. Le but de la promotion de la santé reste de rendre chaque personne plus actrice de sa santé.

De plus, la Charte amène par sa définition de la promotion de la santé, une nouvelle vision de la santé qui est alors « *perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.* » (Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1996). Cette vision de la santé fait l'objet d'un consensus au niveau international et a été explicitée plus récemment par l'OMS : « *La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison.* » (OMS, 2016).

A l'issue de cette Charte d'Ottawa, les membres de la Conférence internationale ont appelé toutes les organisations internationales à plaider en faveur de la promotion de la santé, et à soutenir les pays dans l'établissement de programmes de promotion de la santé.

Intéressons-nous donc désormais aux orientations politiques actuelles et aux mesures mises en place dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, dans le but d'améliorer la qualité de vie de nos Aînés, et de permettre ainsi de réduire l'augmentation des frais médicaux lié à leur perte d'autonomie.

2. Les orientations politiques actuelles

a. A l'échelle mondiale

En 2015, l'OMS publie son **Rapport Mondial sur le Vieillessement et la Santé**, permettant de dresser un état des lieux du vieillissement dans le monde. Le rapport aborde la question des facteurs permettant à une personne de réaliser les activités qu'elle juge importante. Le premier facteur est bien entendu les capacités intrinsèques de la personne et le second est l'environnement de la personne, qui peut présenter des ressources ou des obstacles à la réalisation des activités. L'interaction de ces deux facteurs forme ainsi les capacités fonctionnelles de la personne.

D'après ces notions, l'OMS définit la notion de « vieillissement en bonne santé » comme un « *processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être.* » (OMS, 2015)

On peut mettre en lien les capacités fonctionnelles de la personne avec les déterminants de santé qui sont les circonstances dans lesquelles chaque personne vit. Ils constituent les

facteurs qui interagissent et influent sur l'état de santé d'une personne au cours de sa vie. En effet, l'OMS a montré que l'état de santé d'une personne dépendait entre autre de sa place dans les structures sociales créant ainsi des inégalités sociales de santé. (OMS, 2009)

Ce Rapport Mondial a servi de point de départ à l'élaboration en 2016 d'un **Projet de Stratégie et de Plan d'Action Mondiaux sur le Vieillissement et la Santé**, détaillant des objectifs précis à mettre en place à l'échelle mondiale. Concernant l'objectif 3 (qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge), l'OMS réalise un important changement d'orientation par rapport aux priorités sanitaires mondiales antérieures, dans lesquelles l'accent était surtout mis sur la réduction de la mortalité infantile, puisque l'accent de la stratégie est désormais mis sur la qualité des années supplémentaires de vie. (OMS, 2016)

De plus, le 1^{er} octobre 2017, le **programme ICOPE (Integrative Care for Older People)**, a été publié à Genève à l'occasion de la Journée Internationale des personnes âgées. Ce programme donne les dernières recommandations de l'OMS afin de détecter et de prendre en charge les pertes en capacités physiques et mentales des personnes âgées. La place de l'aidant naturel et informel est également considérée dans ces recommandations. De plus, il y est abordé la question de la couverture sanitaire universelle afin que le grand public puisse bénéficier d'interventions sur le vieillissement en bonne santé.

Qu'en est-il des orientations politiques de la prévention de la perte d'autonomie à l'échelle européenne ?

b. A l'échelle européenne

En Europe, la notion de «vieillissement sain » a été portée par le programme européen « Healthy Aging » dès 2004, définissant des recommandations européennes afin de favoriser le vieillissement réussi pour les personnes de plus de 50 ans.

Sur cette première base de travail se sont appuyés les travaux du Bureau Régional de l'Europe, dépendant de l'OMS, donnant lieu à « **La stratégie et le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe** » 2012-2020. Cette publication repositionne le vieillissement comme un processus en cours tout au long de la vie, en partant du principe que l'état de santé d'une personne lorsqu'elle devient âgée est la résultante de ses habitudes tout au long de sa vie. Ainsi donc, il est proposé à la personne de modifier ses habitudes tout au long de sa vie : « *on aide les gens à influencer la manière dont ils vieillissent en adoptant plus tôt des modes de vie plus*

sains et en s'adaptant aux évolutions liées à l'âge ». (OMS, Bureau Régional de l'Europe, 2012). L'accent est donc mis sur une dimension systémique de la prévention : l'objectif étant de promouvoir la santé et de prévenir les maladies dans le but de permettre un vieillissement actif ciblé sur les adultes à partir de 50 ans.

C'est dans ce contexte international que le tournant préventif a été abordé en France.

c. Le Plan National « Bien vieillir » 2007-2009

Le Plan National « Bien vieillir » tentait déjà de s'inscrire dans une dimension européenne en se rattachant au programme européen « Healthy Aging » de 2004-2007. Ce plan, réalisé en 2007-2009 a permis, dans le cadre de l'Axe 7 : Développer le « Bien Vieillir » au niveau local, la création des **Ateliers du bien vieillir** par les Caisses de retraite et Santé Publique France. Ces programmes d'éducation à la santé dédiés aux personnes âgées ont été expérimentés sous la forme de six ateliers d'une quinzaine de personnes, abordant diverses thématiques : mémoire, nutrition, activité physique, risque osseux, prévention des chutes, organe des sens, sexualité, sommeil et médicaments. La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale), et la DGS (Direction Générale de la Santé), se sont associées et ont lancé des appels à projets annuels, ce qui a permis de développer de nombreux ateliers à l'échelle des territoires ciblés (départements, communes, territoires de proximité). On peut retrouver l'ensemble des offres sur le site www.pourbienvieillir.fr créé également à la suite du Plan National « Bien vieillir ». A l'appui de ces initiatives, un guide « Bien Vieillir » a été rédigé à la même occasion par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et les Caisses de Retraites. Ce guide a pour but de mutualiser toutes les informations concernant la promotion de la santé des personnes âgées, et de les rendre accessibles aux personnes concernées.

d. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement 2016

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (loi ASV) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle se caractérise notamment par l'accent mis sur la politique de prévention à l'attention des personnes de plus de 60 ans.

En effet, afin d'appuyer cette stratégie préventive, la loi ASV a permis la création des **Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA)**, dans chaque département. Cette instance réunit le Président du Conseil Départemental, le Directeur général de l'ARS (Agence Régional de Santé), les caisses de retraites de base et complémentaires, ainsi que toutes les institutions impliquées dans la prévention, comme l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat). Les CFPPA permettent d'adopter un programme

coordonné de financement des actions de prévention sur un an, pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que leurs aidants. Les actions concernées relèvent d'initiatives innovantes collectives, sur un territoire donné. De plus, les CFPPA financent des actions portées par les SPASAD (Service Polyvalent d'Accompagnement et de Soins A Domicile), qui peuvent alors avoir un caractère d'accompagnement individuel. Depuis janvier 2019, les CFPPA dédient également une partie des financements aux actions portées par les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

L'ensemble de ces actions sont structurées par le **Plan National d'Actions de Prévention de la Perte d'Autonomie**, et doivent répondre à un des six axes suivants :

1. L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles
2. L'attribution du forfait Autonomie
3. La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)
4. La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD (Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile)
5. Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie
6. Le développement d'autres actions collectives de prévention

Le programme établi est ensuite soumis à propositions du CDCA (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie), qui regroupent des usagers. La CFPPA fait partie d'un écosystème dans lequel s'articulent de nombreuses instances, et se situe quant à elle au niveau départemental (Annexe n°3).

La CNSA est, depuis 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées ainsi que de mettre en place un certain nombre d'actions pour améliorer l'accompagnement de ses personnes. Elle dispose pour cela d'un budget de 26 milliards d'euros à répartir sur l'ensemble du territoire. Elle contribue donc entre-autre au financement de la CFPPA à travers notamment deux concours versés aux conseils départementaux : l'un dédié aux actions de préventions et l'autre au forfait autonomie. Ces deux concours ne correspondent qu'à une partie des actions de la CFPPA, et s'ajoutent aux financements déjà existants (Annexe n°4). De plus, la CNSA réalise les diagnostics des besoins de la population au niveau du territoire, sur lesquels s'appuie la CFPPA afin de définir ses actions de prévention. Enfin, la CNSA pilote et anime les CFPPA au niveau national alors que chaque département a la responsabilité de la gestion de son propre territoire.

e. La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Elle a été publiée en 2017 par le Ministère de Santé et aborde à travers ses axes les notions de promotion de la santé :

« *Des actions [de promotion de la santé] tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une optique de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation pour la santé.* » (Ministère de la santé, 2017) L'éducation à la santé est ainsi définie comme « *l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui aident les individus à faire des choix favorables à leur santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver ou améliorer la santé, à mieux utiliser les services de santé et à recourir à une aide en cas de besoin.* » (Ministère de la santé, 2017) De plus, la prévention est abordée notamment par la prévention de la perte d'autonomie, qui nous intéresse tout particulièrement lorsque qu'on parle de population âgée. « ***La prévention de la perte d'autonomie doit permettre à chacun de vieillir sans limitation d'activité dans sa vie quotidienne et de retarder le plus possible l'entrée dans la dépendance.*** » (Ministère de la santé, 2017)

Comment se traduisent ces mesures politiques de manière concrète auprès de la population cible des personnes âgées ?

f. La concertation « Grand âge et Autonomie » 2018

En effet, récemment, le Ministère de la Santé a lancé une grande concertation sur la problématique du grand âge et de l'autonomie, qui s'est déroulée en deux étapes. La première a été caractérisée par une consultation en ligne et s'est déroulée du 1^{er} octobre au 5 décembre 2018. La deuxième a pris la forme d'un débat public. Ces deux phases ont permis de faire un état des lieux sur l'ensemble du territoire. Les résultats de cette concertation devraient donner lieu à un projet de loi pour 2019.

Un des axes de propositions porte sur le fait de placer l'autonomie de la personne au cœur de la stratégie. Cet axe donne lieu notamment à l'objectif général « *Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité* », qui est détaillé par plusieurs sous-objectifs précis :

1. Faire augmenter l'espérance de vie sans incapacité pour atteindre 65 ans au niveau national à moyen terme.

2. Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public. Le rôle du médecin de ville devient alors essentiel puisqu'il est proposé qu'il réalise un rendez-vous de prévention, à plusieurs âges clés et notamment au moment du départ en retraite. Ce rendez-vous serait l'occasion d'évaluer les risques de fragilités, et de conseiller la personne. « Ce rendez-vous de prévention privilégie une approche multidimensionnelle de la personne associant notamment volet sanitaire et social, conformément aux recommandations de l'OMS. L'objectif est d'inciter à la modification des comportements pour renforcer les facteurs protecteurs et réduire les facteurs de risque ».

En parallèle, des campagnes de sensibilisation au grand public devraient avoir lieu.

3. Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie.
4. Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée. Pour cela, il est proposé de renforcer les actions des Conférences des Financeurs afin de mener des actions préventives à domicile et en institution.
5. Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie. De même, les Conférences des financeurs auront un rôle important et pour cela une modernisation de leur fonctionnement pour plus d'efficacité est conseillée. De plus, les Gérontopôles du territoire prendront une place essentielle dans le réseau national d'expertise et de ressources, notamment par leur capacité à se coordonner avec l'ensemble des partenaires.

(Ministère de la Santé, 2019)

Le Haut Conseil de la Santé est appelé à apporter des précisions à l'ensemble de ces propositions, afin de définir clairement les critères de ces objectifs.

Toutes ces propositions sont des éléments à suivre, notamment lors de la proposition d'un texte de loi courant 2019.

Maintenant que nous avons étudié en détails l'ensemble des orientations politiques depuis les années 2000, et ce à l'échelle mondiale, européenne et nationale, nous pouvons nous questionner sur :

Comment mettre en lien l'ensemble de ces orientations ?

On remarque dans l'ensemble de ces orientations : à la fois à l'échelle mondiale, européenne, nationale et à celle du territoire, l'émergence de plusieurs notions telles que « healthy aging », « bien vieillir », « vieillissement en santé ». Ces notions peuvent être mises en parallèle et rapprochées du concept de « salutogénèse » sur lequel s'appuie la promotion de la santé. En effet, la salutogénèse est un concept développé par le sociologue Aaron Antonovsky, qui signifie littéralement : « les origines de la santé » (Antonovsky, 1993). La salutogénèse base donc son approche sur la recherche des facteurs qui créent la santé, plutôt que sur ceux qui créent la maladie, que l'on nomme alors « pathogénèse » (Duboc, 2012). Cette notion nous amène à nous questionner sur notre posture professionnelle et notre rapport à la santé. En effet, notre société est culturellement et historiquement basée sur une approche curative, qui se rapporte à la pathogénèse, et de ce concept découle l'ensemble des liens et des représentations que la population a d'une part avec sa santé mais également avec l'ensemble du corps médical.

Ainsi donc, ces orientations politiques nous amènent à nous questionner sur notre posture en tant que professionnels de santé aujourd'hui, et celle que nous pourrions prendre à l'avenir, dans cette volonté de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Ainsi donc, quel changement de paradigme dans l'approche du vieillissement propose ces orientations préventives ?

3. L'évolution de la place des ergothérapeutes en prévention

a. D'une prévention secondaire et tertiaire...

Le 2^{ème} paradigme de l'ergothérapie, développé au milieu du 20^{ème} siècle est basé sur le modèle bio-médical axé en premier lieu sur la pathologie et les incapacités de la personne. Ce paradigme oriente donc le champ d'interventions de l'ergothérapeute vers des personnes en situation de handicap. (Meyer, 2012)

Il n'est donc pas étonnant que les préventions secondaire et tertiaire aient été investies par l'ergothérapeute, puisqu'elles ciblent une population ayant développé une pathologie, ou à risque d'en développer une, si bien que désormais ce champ d'intervention de l'ergothérapeute n'est plus à remettre en question.

Dans le cadre d'une prévention secondaire, nous pouvons citer par exemple la participation des ergothérapeutes aux aménagements du domicile ou aux ateliers de prévention des chutes, qu'ils aient lieu dans des établissements ou à domicile. Dans le cadre d'une prévention tertiaire, les

ergothérapeutes participent par exemple activement aux programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), (HAS, 2007).

Il est également important de noter le rôle des **Gérontopôles** dans l'orientation et la prise en soin des personnes âgées sur notre territoire. Ils participent également à la prévention, de manière diverse et ce tout au long du parcours de soin de la personne.

Les Hôpitaux de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance participent par exemple activement à la prévention secondaire puisqu'ils accompagnent des personnes âgées considérées comme « fragiles ». Ces structures permettent dans un premier temps de dépister les personnes en situation de fragilité, grâce à une évaluation réalisée par une équipe pluriprofessionnelle selon les critères de l'HAS (Annexe n°2). Puis, dans un second temps, de les accompagner par la mise en place d'interventions à partir de l'élaboration d'un programme personnalisé, ou bien de les orienter vers d'autres dispositifs alors extérieurs au Gérontopôle.

Dans le cas d'orientations extérieures, le Gérontopôle est en lien avec l'ensemble des structures et dispositifs du réseau gérontologique du territoire et doit permettre le relai vers différents dispositifs, notamment vers l'ensemble des services intervenants directement au domicile de la personne âgée.

Les services à domicile sont composés de nombreuses équipes ayant des missions différentes mais intervenants toutes directement au domicile de la personne. Parmi ces structures, nous pouvons citer les SAAD (Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile), les SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), mais aussi plus récemment les SPASAD (Service Polyvalent d'Accompagnement et de Soins A Domicile) et enfin les ESPRAD (Equipe Spécialisée Prévention et Réadaptation A Domicile), qui sont encore développées de manière anecdotique sur le territoire français.

Les SPASAD assurent les missions d'un SAAD ainsi que ceux d'un SSIAD. Ces structures sont issues de la loi ASV et sont éligibles au financement de la CFPPA selon l'axe 4 : *La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD*. Leur mise en place fait l'œuvre dans un premier temps d'une expérimentation sur deux ans afin d'en vérifier les résultats concrets sur un territoire donné. La population cible de ces structures sont les personnes âgées de plus de 60 ans nécessitant à la fois des interventions de soins, d'accompagnement et de prévention. Les SPASAD interviennent sur prescription médicale suite à l'identification d'une situation de fragilité (qui est fait en général par un Hôpital de Jour de la fragilité).

Les missions des SPASAD sont dans un premier temps d'évaluer la situation au domicile, puis de mettre en place un plan personnalisé de soins, d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie de la personne fragile, afin d'améliorer la qualité de vie et de restaurer au mieux un état de santé optimal. Ces missions sont donc assez générales et restent libres d'être développées par des prestations différentes selon la volonté de chaque équipe et en lien avec la demande sur chaque territoire. Les prestations touchent en général directement les personnes suivies par le service, et rentrent donc dans le cadre d'une prévention secondaire.

Les ESPRAD sont elles aussi des structures particulières dérivantes des SSIAD et qui sont pour le moment encore peu développées sur le territoire. Ce format particulier permet donc d'intervenir à domicile auprès plus population qui n'a pas forcément plus de 60 ans.

La revue ErgOTHérapies de juillet 2018, consacre un article à l'équipe de l'ESPRAD de Lille, dont le service, créé en 2013, dépend du Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, et qui était le premier ESPRAD lors de sa création. Il fonctionne également sous prescription médicale. Les missions de l'ESPRAD sont basées sur des prestations de réadaptations fonctionnelles à domicile grâce à des interventions en ergothérapie associées si besoin à une expertise infirmière et psychologique. L'ergothérapeute se déplace à domicile à raison de deux séances par semaine pendant environ 3 mois. La population cible dépend de l'orientation de l'ESPRAD mais touche, dans cet exemple, des populations fragilisées, ou atteintes de maladies chroniques.

Nous avons donc pu voir, à travers plusieurs exemples, comment est développé le champ de la prévention secondaire et tertiaire et quelle place l'ergothérapeute peut-il avoir dans ces structures qui font partie du parcours de soin de la personne âgée.

***Mais qu'en est-il désormais de la prévention primaire
auprès de nos Aînés ?***

b. ...Vers une prévention primaire

Désormais, depuis la fin du 20^{ème} siècle, l'ergothérapie, s'appuyant en cela sur les recherches en science de l'occupation, intègre davantage dans sa pratique l'approche systémique et bio-psycho-social qui s'intéresse aux interactions entre Personne, Environnement et Occupation. Par ce biais, l'ergothérapie se recentre sur les occupations de la

personne, ou du moins sur l'impact de ses incapacités sur sa performance et son engagement occupationnel afin de favoriser sa participation sociale (Meyer, 2012).

Ainsi donc, cette évolution récente de la profession d'ergothérapeute explique pourquoi il existe encore peu d'exemples pour illustrer la place des ergothérapeutes en prévention primaire. En effet, la population ciblée dite « saine », puisqu'elle ne présente pas de pathologie, ne correspondait pas à l'orientation prise jusqu'alors. Pourtant, cette vision de l'ergothérapie est amenée à évoluer. Les différentes communications récentes de l'ANFE, notamment celle portant sur la contribution des ergothérapeutes à la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, prouvent cette évolution. En effet, par cette publication, l'ANFE redéfinit les nouveaux rôles des ergothérapeutes en matière de prévention de la perte d'autonomie : « *Prévention de la perte d'autonomie : l'ergothérapeute, évalue le niveau d'autonomie de la personne et sa participation sociale aux activités de la vie quotidienne, tout en faisant le lien avec l'environnement humain et physique de la personne. Il repère les risques potentiels pouvant porter atteinte à cette autonomie pour en prévenir la perte. L'ergothérapeute participe ainsi à la prévention primaire et secondaire de la perte d'autonomie et est expert dans la préconisation d'aides techniques, humaines, ou d'aménagements du logement ainsi que dans l'accompagnement de la mise en place de stratégies compensatoires. (...) Prévention et éducation à la santé adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées : les ergothérapeutes proposent des actions de prévention (conseils en aménagements du domicile, programmes d'éducation à la santé, préconisations d'aides techniques....)* » (ANFE, 2018)

***A quel autre concept fondateur de l'ergothérapie peut-on relier
cette nouvelle vision de l'ergothérapie ?***

La notion d'équilibre occupationnel, aussi appelée équilibre de style de vie, est un des concepts clé de la science de l'occupation. L'équilibre occupationnel questionne « *comment différents types d'occupations existent, en tension ou en complémentarité les uns avec les autres, à l'intérieur des organisations de vie des individus.* » (Pierce, traduit de l'anglais par Morel-Bracq, 2016). Il s'agit donc d'un processus dynamique d'équilibrage permanent de l'ensemble des occupations que nous réalisons chaque jour (Kuhne, 2017). Il existe différentes manières de déterminer cet équilibre occupationnel en fonction des critères ou des caractéristiques des activités choisies pour les classer, et les auteurs s'étant penchés sur la question apportent chacun leur propre réponse. Cependant, on peut dire que l'équilibre

occupationnel est un jugement subjectif de la personne sur ses activités, en prenant en compte leurs valeurs et leurs significations (Kuhne, 2017). Or, les résultats de l'étude de N. Kuhne et de son équipe, ont montré une corrélation entre un jugement négatif au sujet de son équilibre occupationnel et au sujet de son état de santé. L'un et l'autre serait donc lié.

De plus, selon N. Kuhne, la question de l'équilibre occupationnel touche l'ensemble de la population et doit être un sujet de préoccupation de l'ergothérapeute, aussi bien auprès des personnes en situation de handicap que des travailleurs ou des étudiants par exemple (Kuhne, 2017).

Ainsi donc, en s'appuyant sur cette notion, pouvons-nous considérer l'équilibre occupationnel des personnes âgées ? Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner ces personnes afin de questionner leur équilibre occupationnel et donc à travers ce prisme là leur niveau de santé ? Une part de la réponse ne repose-t-elle pas dans des programmes de prévention primaire, tels que le *Lifestyle Redesign*®, basés sur l'occupation et donc permettant de questionner l'équilibre occupationnel des personnes âgées, afin qu'elles mettent en place des habitudes de vie favorables à ce maintien en santé ?

Intéressons-nous donc maintenant à ce qui est mis en place actuellement concernant la prévention primaire auprès des personnes âgées.

Qu'en est-il actuellement des dispositifs présents sur le terrain permettant la prévention primaire de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées ?

c. Les dispositifs en prévention primaire

Comme nous l'avons dit, la prévention primaire est un champ jeune et donc en plein développement, et la place des ergothérapeutes n'y est pas encore évidente. Cependant, il existe de nombreuses initiatives et structures innovantes dans lesquelles l'ergothérapeute trouve sa place.

Le SPASAD SudGiMAD propose, par exemple, en plus de ces interventions à l'échelle individuelle, des ateliers de sensibilisation à toutes les personnes âgées du territoire Sud-Gironde afin de favoriser le « bien vieillir » et le maintien de l'autonomie. Cette démarche s'inscrit donc dans une volonté plus large de toucher les personnes âgées dans leur ensemble, peu importe leur niveau de dépendance, et non uniquement des personnes fragiles. Les critères d'inclusion à de telles programme sont donc d'ordre géographique, et permettent ainsi de les inscrire dans une démarche de prévention primaire.

De même, le collectif de paramédicaux pluriprofessionnels **Resanté-vous** propose notamment des ateliers « Equilibre de vie » auprès de personnes âgées autonomes vivant à domicile. Cette structure est particulière puisqu'elle est reconnue comme entreprise sociale et répond aux critères de l'ESS (Economie Sociale et Solidaire) développée dans le projet de loi lancé par Benoit Hamon en 2013. Elle regroupe des spécialistes des approches non-médicamenteuses en gérontologie. Ils peuvent intervenir via des prestations ponctuelles ou hebdomadaires, auprès des personnes âgées et des équipes en de divers établissements en gérontologie :

- EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- SAAD : Services d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
- RPA : Résidences pour Personnes Agées
- CCAS : Centres Communaux d'Actions Sociales

***Quels sont les différents financements possibles
en matière de prévention auprès de la population âgée ?***

d. Les financements de la prévention

Tout d'abord, les financements peuvent venir à un niveau régional. En effet, les ARS (Agence Régional de Santé) ont cette volonté de multiplier les initiatives en prévention primaire. Elles reprennent les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et lancent de nombreux appels à projet concernant notamment la prévention de la perte d'autonomie. Ces appels à projets sont détaillés sur le site internet de chaque ARS et y sont relayés également des appels à projet financés par les différentes CFPPA de la région concernée.

Cependant, de nombreuses structures peuvent être amenées à répondre à ces appels à projet, et les programmes sont donc amenés à être portés par une multitude de profession, que ce soit des paramédicaux ou des professions autres telles que les animateurs. Ainsi, ce constat nous amène à nous questionner sur le regard porté sur nos professions et sur la plus-value de nos compétences en matière de prévention auprès de ces populations. L'ergothérapeute va donc devoir faire valoir sa plus-value par rapport aux autres paramédicaux mais également par rapport aux autres professions telles que celle d'animateur par exemple.

Comme nous l'avons vu précédemment, les financements peuvent également venir à une échelle départementale, directement par les Conseils Généraux ou par l'intermédiaire de la CFPPA. En effet, le programme de financement des CFPPA peut concerner de nombreuses propositions, aussi bien à un niveau collectif qu'individuel.

De plus, les caisses de retraite financent désormais de plus en plus de programmes de prévention, à l'échelle du territoire, comme c'est le cas par exemple pour les « Ateliers du Bien vieillir », développés précédemment.

On constate donc par ces différentes exemples, à quel point ce champ de la prévention primaire en gérontologie est encore jeune et donc riche de nouvelles initiatives. Ainsi, il est parfois difficile de se retrouver dans l'ensemble des actions proposées. Il se pose alors la question de la coordination de l'ensemble de ces propositions sur un territoire donné, afin de permettre une orientation appropriée de l'utilisateur.

***Qu'en est-il de cette coordination au niveau d'un territoire,
et par quels dispositifs est-elle permise ?***

e. Les Centres Locaux d'Informations et de Coordinations (CLIC)

Ces centres sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage mais également aux professionnels intervenants auprès de cette population. Dans certains départements, comme en Haute Garonne, ces guichets font partie des Maisons des Solidarités, accueillant toutes les populations.

Il existe différents niveaux d'actions dans les CLIC :

- CLIC de niveau 1 : informent et orientent la personne vers des solutions précises, et facilitent ses démarches.
- CLIC de niveau 2 : en plus des actions de niveau 1, ils peuvent évaluer la situation et les besoins de la personne et élaborer un plan d'aide individuel
- CLIC de niveau 3 : en plus des actions de niveau 1 et 2, ils peuvent assurer le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants extérieurs.

Ces centres ont donc pour rôle de centraliser les informations afin de présenter à nos Aînés une offre claire et adaptée.

Leur rôle va donc devenir un enjeu réel dans la coordination du territoire si les actions de prévention continuent, comme on l'espère à l'avenir, de se multiplier sur un même territoire donné.

f. Le dispositif PAERPA : Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie

Ce dispositif PAERPA est piloté par les ARS à travers un projet régional de santé, et a été mis en place par le Ministère de la santé dans le but d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans. Il a pour but de permettre à chaque personne « *de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, et le tout au meilleur coût.* » (Ministère de la Santé, 2016)

Les cinq objectifs du dispositif PAERPA sont les suivants :

1. Renforcer le maintien à domicile
2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions, au sein et entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social.
3. Sécuriser la sortie d'hôpital
4. Eviter les hospitalisations inutiles
5. Mieux utiliser les médicaments

Pour cela, les PAERPA interviennent en amont de la perte d'autonomie en repérant les quatre principaux facteurs d'hospitalisations évitables :

- Dépression
- Dénutrition
- Risque de chute
- Iatrogénie médicamenteuse

La coordination des soins via le dispositif PAERPA revient en grande partie au médecin traitant, secondé par d'autres professionnels de santé autour du patient. Ils forment ainsi le CCP (Coordination Clinique de Proximité) qui élabore ensemble le Plan Personnalisé de Santé de la personne suivie. De plus, la communication entre les professionnels serait favorisée par la mise en place d'un Dossier Médical Personnel.

Cette initiative dans un premier temps expérimenté à l'échelle de quelque territoire devrait être répandue à partir de 2016 a minima d'un territoire PAERPA par région.

De même que les CLIC, les PAERPA sont amenés à définir leur rôle et à se saisir du développement de la prévention primaire de la perte d'autonomie chez les personnes de plus de 75 ans.

Ainsi donc, nous avons pu nous pencher sur quelques exemples de dispositifs mis en place sur le territoire. Ces exemples ne sont en aucun cas exhaustifs, et cherchent uniquement à révéler une tendance actuelle pour la mise en place d'actions de prévention en France, et ce grâce à de nombreuses structures d'appui. Ce champ de la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées étant encore jeune, la coordination de ces actions n'est pas encore totalement mise en place et est donc un enjeu des prochaines années. De plus, la place de l'ergothérapie dans ce champ est encore à défendre et à investir pour les ergothérapeutes.

Pour résumer, nous avons donc, dans une première partie, explicité l'émergence du programme du *Lifestyle Redesign*® aux Etats-Unis, puis son transfert en Europe et au Québec. Dans une seconde partie, nous nous sommes recentrés sur la France pour étudier la situation des personnes âgées et les orientations politiques au sujet de la prévention de la perte d'autonomie, avant de nous questionner sur les dispositifs en prévention primaire mis en place actuellement et plus particulièrement sur la place des ergothérapeutes dans ces dispositifs.

Ainsi donc, au regard de ce qui a déjà été fait dans d'autres pays concernant le programme du *Lifestyle Redesign*® d'une part, et de l'étude de notre contexte français d'autre part, nous sommes désormais à même de nous questionner sur la spécificité de ce programme du *Lifestyle Redesign*® en comparaison aux autres programmes de prévention ou de promotion de la santé déjà existant en France. Ce questionnement nous permettra par la suite de conclure sur l'éventuelle pertinence de l'introduction de ce programme dans notre contexte français.

Problématique :

***Identifier la plus-value du programme du Lifestyle Redesign
en comparaison avec les autres programmes de prévention
dédiés à la personne âgée, dans le contexte français.***

IV. Méthode exploratoire

Afin de répondre à cette problématique, deux entretiens de type compréhensif, ont été réalisés. « *L'intérêt d'utiliser l'entretien comme méthode de collecte de données est lié à l'intention du chercheur d'explorer des expériences humaines* » (Tétreault, 2014). En effet, le but à travers ces entretiens était d'avoir un regard porté sur la pratique des ergothérapeutes auprès d'une population âgée, et d'envisager avec des praticiens, des possibilités concrètes, en lien avec le réseau gérontologique.

Il a donc été choisi d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès de la population âgée et qui connaissent particulièrement bien le parcours de soin de la personne âgée en France. De plus, ces deux ergothérapeutes devaient connaître le programme du *Lifestyle Redesign*®, sans pour autant le mettre en place dans leur pratique. Le choix de ces ergothérapeutes a donc permis d'aborder clairement la problématique du programme du *Lifestyle Redesign*®, et d'en faciliter la comparaison avec les autres dispositifs déjà existants en France.

La forme de l'entretien a été imaginé de manière semi-structurée, via quatre questions ouvertes, avec pour chaque question des sous-questions de relance. « *La souplesse de l'entretien semi-structuré permet de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant.* » (Tétreault, 2014). Ce format a, en effet, permis un échange plus libre, et une réflexion commune autour des éventuelles possibilités sur notre territoire.

Tout au long des entretiens, une attention particulière a été portée sur la différenciation des niveaux de prévention en fonction du discours, ce qui a ainsi permis une comparaison pertinente des programmes et de leur population cible.

La trame de questions élaborée lors de la préparation des entretiens se base sur celle d'un entretien de type compréhensif et reprend donc sa structure en trois temps, qui sont :

1. Savoir et comprendre
2. Evaluer et mesurer
3. Se Projeter et imaginer

(Annexe n°5)

Le choix des deux ergothérapeutes interrogées s'est fait en accord avec mes deux référentes (méthodologiques et terrain). Une première prise de contact s'est effectuée par mail avec les deux ergothérapeutes afin de présenter mon travail et de fixer un rendez-vous. Les deux

entretiens ont été réalisés par téléphone pour permettre une meilleure disponibilité de chacun, et ont été enregistrés afin d'être par la suite retranscrit à l'écrit (Annexes n°6 et n°7).

Les deux ergothérapeutes interrogées n'ont pas eu connaissance des questions de l'entretien à l'avance, et ce afin de préserver une certaine spontanéité dans l'échange. Cependant, le cadre de mon travail leur avait été exposé et il était clairement énoncé ma démarche de questionnement autour de la place du programme du *Lifestyle Redesign*® dans notre contexte français.

Les deux personnes interrogées sont toutes deux ergothérapeutes de formation mais elles occupent aujourd'hui des postes de cadre ou de direction. Leurs missions sont donc plus orientées sur de la coordination, et elles ont participé à la mise en place de projets sur leurs structures. De plus, elles travaillent dans des milieux de la gérontologie assez différents puisque l'ergothérapeute n°1 est plutôt dans le milieu hospitalier alors que l'ergothérapeute n°2 travaille dans le milieu de l'accompagnement à domicile. De plus, leur territoire géographique est différent, ce qui impacte donc leur exercice de par la différence de besoins de la population. Ainsi leurs deux regards sont assez différents sur les problématiques des personnes âgées tout en se rejoignant sur certaines questions.

V. Analyse et Discussion

L'analyse des entretiens s'est faite via différents outils. Dans un premier temps, les entretiens ont été analysés avec le logiciel Iramutech, puis l'analyse s'est faite de manière plus précise en reprenant les verbatims de chaque entretien, tout en suivant la structure des questions.

1. Analyse avec le logiciel Iramutech

a. Le logiciel Iramutech

Le logiciel Iramutech permet d'analyser les données qualitatives d'un texte afin d'en faire ressortir des données quantitatives. Ce logiciel calcule par exemple les occurrences de mots afin d'en faire ressortir des nuages de mots. De plus, il peut faire ressortir les occurrences des mots mis en lien les uns avec les autres.

Le nuage de mot permet de synthétiser de manière visuelle l'occurrence des mots dans l'ensemble du discours. En effet, chaque terme sera représenté sur le nuage de manière proportionnelle à l'importance de son occurrence.

b. Analyse comparée des deux entretiens

Ainsi, les nuages de mots des deux entretiens (Annexes n°8 et n°9) présentent des points communs puisque le terme le plus employé est à chaque fois celui de « prévention » suivi par les termes « programme » et « place ».

Les graphiques des liens entre les occurrences permettent, (Annexes n°10, n°11, n°12 et n°13) quant à eux, de voir comment s'organisent les idées principales abordées autour de cette notion centrale de prévention. En effet, ces graphiques créent une représentation spatiale des liens entre les termes employés en fonction de leurs occurrences. Ainsi, se crée des bulles de termes liés les uns aux autres en fonction du discours de la personne.

Dans l'entretien 2, dans la sphère de la « prévention » reviennent les termes de « primaire », de « domicile », mais aussi de « développer » et d'« action » (Annexe n°12).

Le terme de « place » peut à la fois renvoyer à la « mise en place » du programme, à la « place » de la prévention aujourd'hui, ou encore à la « place » des ergothérapeutes dans cette prévention (Annexes n°10 et n°12).

De plus, dans l'entretien n°1, on remarque que dans la sphère de la population, apparaissent des termes tels que « aidant » ou « conjoint », or en effet, de telles problématiques ont pu être abordées (Annexe n°10).

Ainsi donc, ces premiers graphiques permettent de faire ressortir les thématiques principales des entretiens et facilitent ainsi la comparaison générale des deux entretiens. Cependant, une analyse plus fine est nécessaire afin de faire ressortir les éléments clés de chaque entretien. Ces derniers sont l'ensemble des informations répondants directement à chaque question.

2. Analyse qualitative des entretiens

Afin de permettre une analyse plus détaillée des réponses à chacune des questions dans les deux entretiens, il a été décidé d'analyser chaque entretien de manière qualitative pour en faire ressortir les éléments clés. Pour cela, une couleur de surlignage a été utilisée pour chaque catégorie de question : les entretiens ont été relus et les éléments clés ont été sélectionnés. Cela a notamment permis de constater que certains éléments de réponse à une thématique pouvaient resurgir dans la conversation lors d'une autre question.

Nous allons donc désormais pour chaque catégorie de questions, reprendre chaque entretien puis croiser les informations afin de les comparer.

a. Savoir et comprendre

Les deux premières questions correspondent à la catégorie [savoir et comprendre] et ont donc pour but d'étudier le contexte existant : c'est-à-dire la prévention auprès de la population âgée, et la place des ergothérapeutes dans cette prévention, sans se concentrer pour autant sur le programme du *Lifestyle Redesign*®.

La prévention aujourd'hui en France

Dans le premier entretien, la prévention est vue actuellement comme en pleine évolution, et une certaine injonction est perçue notamment dans le milieu hospitalier pour développer des actions de prévention. L'ergothérapeute illustre son propos en se référant aux projets mis en place dans sa structure et sur son territoire. Pour elle, cette prévention peut prendre plusieurs formes : des ateliers, journées d'informations, ou accès à de la documentation, et peut-être présentée sous forme de groupe ou en individuel mais un avantage est soulevé sur la combinaison de l'individuel et du collectif. Deux projets sont développés :

- en prévention secondaire auprès d'une population repérée comme fragile à l'intérieur même de la structure hospitalière
- en prévention primaire, auprès de la population élargie du territoire. « *Donc ce ne sont pas des personnes hospitalisées au sein de notre établissement. Ce sont des personnes du territoire, enfin, le citoyen lambda, qui peut bénéficier d'actions de prévention* » (Ergothérapeute n°1)

Dans les deux cas, le conjoint est associé à cette démarche afin de permettre un suivi sur le long terme. De plus, des équipes pluriprofessionnels dans lesquels sont présents des ergothérapeutes font vivre ce projet.

Le projet en prévention primaire est tout de même rattaché à la structure hospitalière, notamment au niveau financier et des ressources humaines, et est financé par l'ARS.

Dans le second entretien, la place de la prévention est d'abord perçue du point de vue des services à domicile, avec une évolution récente due notamment à la création des SPASAD, qui ont pour missions de créer des actions de prévention auprès des personnes de plus de 60 ans. Ces structures sont financées par les CFPPA, elles-mêmes étant financées par la CNSA. Ces financements publics dépendant donc de chaque département, ce qui peut créer des disparités à l'échelle du territoire national. De plus, la question de la coordination de l'ensemble de ces dispositifs de prévention est posée.

L'ergothérapeute fait également référence au dispositif PAERPA, qui sur son territoire touche l'ensemble des personnes de plus de 60 ans, et non uniquement celle de plus de 75 ans comme c'est le cas au niveau national. Pour elle, la prévention ne devrait pas dépendre de l'âge, du moins pas après 60 ans. Elle pousse même la réflexion à élargir notre démarche de prévention à tous les âges de la vie et notamment avant l'âge de la retraite. « *Faut qu'on arrive à faire sauter cette barrière d'âge qui n'a pas beaucoup de, ce qui augmente les risques mais qui n'a pas toujours forcément beaucoup de sens* » (Ergothérapeute n°2).

Ainsi, ce dispositif PAERPA permet de mettre en place de nombreuses actions autour de la prévention de la perte d'autonomie, à l'échelle individuelle mais également collective, comme par exemple un programme d'ETP en prévention primaire. Cependant, les personnes orientées vers le PAERPA sont souvent déjà en perte d'autonomie, il s'agit alors plus d'intervention individuelle en prévention secondaire.

Dans ce dispositif, un gros travail a été fait en lien avec l'ensemble du réseau gérontologique afin de correctement orienter les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Enfin, l'ergothérapeute évoque de nouvelles initiatives en prévention primaire de la part des caisses de retraite (telles que CARSAT-MSA) qui lancent des appels à projet. C'est donc une possibilité supplémentaire à considérer dans nos actions en prévention.

Dans les deux cas, lorsqu'il est question de prévention primaire, se pose la question de comment toucher cette population cible qui n'est pas en demande ? L'ergothérapeute n°2 met ce questionnement en lien avec notre culture du curatif et le lien que nous avons avec le corps médical en France. « *Pour moi il n'y a pas d'âge pour la prévention, ça commence tout de suite, même quand on va bien. C'est là qu'on arrive à changer notre regard.* » (Ergothérapeute n°2) Cette question renvoie également à la notion d'engagement de la personne. Pour cela, l'ergothérapeute n°1 évoque la possibilité, sur l'un de ses programmes, de mettre en place un suivi dans l'année afin de poursuivre l'accompagnement de la personne dans ses changements.

La place des ergothérapeutes dans cette prévention

Pour les deux ergothérapeutes, notre place en prévention est amenée à évoluer, pour cela, il faut avant tout que notre propre regard sur notre profession et sur nos compétences évolue. « *L'ergothérapeute a vraiment sa place dans la prévention, et je pense qu'il faut qu'on fasse évoluer aussi un peu notre pratique, c'est vrai qu'on intervient souvent chez des personnes qui ont déjà des problématiques, et je pense qu'on peut vraiment même intervenir en amont par rapport à tout ce qui est occupation centrée* » (Ergothérapeute n°2) Cette place dans

l'accompagnement des personnes en prévention prend tout son sens si l'on se réfère au fondement même de notre profession qui est la science de l'occupation « *On attend de la personne qu'elle puisse analyser ses occupations, ses habitudes de vie, de faire un point avec elle-même, et qu'elle s'engage dans quelques modifications, ou qu'elle acquiert des compétences pour modifier ses habitudes de vie aussi, pour modifier une conduite quelconque (...) dans son quotidien. (...) Qu'on ne soit pas juste dans un apport de connaissance, qui reste sur une posture très soignante, dominante, et qu'on soit vraiment dans un accompagnement de modifications des habitudes de vie de la personne.* » (Ergothérapeute n°1)

De plus, de nombreux exemples sont donnés quant à la place des ergothérapeutes notamment dans la coordination des actions de prévention. « *La coordination pour moi fait partie intégrante de notre formation et on peut vraiment être acteur dans la prévention en pouvant orienter vers le bon professionnel aussi à un moment donné... Et inciter les personnes à continuer à être en activité au quotidien.* » (Ergothérapeute n°2). Cette place de coordination et d'expertise sur des points spécifiques permet aussi de laisser leur place à d'autres professions paramédicales.

Au sein du PAERPA, par exemple, ce sont des ergothérapeutes-coordinatrices qui occupent le rôle de coordination de l'accompagnement des personnes : en réalisant les évaluations au domicile mais également en effectuant les préconisations et les orientations vers les relais extérieurs.

Ainsi donc, dans cette première partie visant à « savoir et comprendre » la situation de la prévention sur le territoire à l'heure actuelle et la place de l'ergothérapeute dans cette prévention, nous pouvons dire qu'elles sont toutes deux en pleine évolution. En effet, de nombreuses initiatives voient le jour en termes de prévention secondaire mais également primaire, et la place de l'ergothérapeute est encore à affirmer dans ce champ, même si nos compétences semblent nous permettre d'entrevoir une place, notamment dans les rôles de coordination.

b. Evaluer et mesurer

Cette deuxième catégorie de question est alors clairement orientée vers le programme du *Lifestyle Redesign*® et cherche à en identifier la plus-value en comparaison avec les programmes en prévention déjà existants.

La plus-value du programme du *Lifestyle Redesign*® en France

Pour les deux ergothérapeutes, la plus-value principale de ce programme est son aspect innovant puisqu'aucun programme de ce genre n'est actuellement mis en place en France.

De plus, le fait de se référer à un modèle précis et établi pour l'ensemble de la population âgée d'un pays permettrait, selon l'ergothérapeute n°2, d'harmoniser nos pratiques et de faciliter la prise d'initiatives des ergothérapeutes en prévention. De plus, ce cadre commun partagé aurait un aspect rassurant pour les professionnels puisque des données probantes ont déjà montré son efficacité.

Dans le programme en lui-même, les points relevés sont notamment la notion d'accompagnement à long terme de la personne (sur 6 mois) permettant réellement la mise en place d'un processus de changement. Cet accompagnement serait facilité par nos compétences en tant que professionnel ergothérapeute. « *La plus-value oui c'est la personnalisation dans les occupations de la personne.* » (Ergothérapeute n°1)

De plus, l'aspect à la fois individuel et collectif du programme semble être un avantage important. L'ergothérapeute occupe ainsi une place particulière au sein du groupe, à la fois en retrait pour permettre cette cohésion, mais tout en apportant son expertise lorsqu'elle est nécessaire. « *C'est le collectif qui se soutient, et il y a juste une expertise derrière qui permet de réguler, de un petit peu d'apporter en connaissances et en même temps après voilà de pouvoir personnaliser avec l'identification de la personne, les occupations de la personne.* » (Ergothérapeute n°1)

c. Se projeter et imaginer

Cette dernière partie cherche désormais, après avoir fait un rappel du contexte et fait ressortir les avantages du *Lifestyle Redesign*®, d'envisager son intégration concrète sur le territoire français.

Dans quelle(s) structure(s) et sous quelle(s) modalité(s) ce type de programme pourrait-il voir le jour ?

Dans cette partie des entretiens, de nombreuses possibilités sont évoquées. Il semblerait que des voies d'entrées se dessinent pour l'intégration ce type de programme.

La première voie serait liée directement au milieu hospitalier, avec une implantation possible dans le cadre d'un hôpital de jour gériatrique par exemple, ou d'un hôpital de jour des fragilités, dépendant par exemple du Gérontopôle (comme celui Toulouse).

En lien avec ce milieu hospitalier, il a été envisagé de faire valider le programme du *Lifestyle Redesign*® en tant que programme d'Education Thérapeutique du Patient par l'ARS. En effet,

ainsi le programme aurait une reconnaissance directe et pourrait plus facilement être porté par les structures. Cependant, cette validation serait-elle possible dans le cadre d'une prévention primaire ?

De plus, toujours en lien avec le milieu hospitalier, l'ergothérapeute n°2 propose que le programme soit mené par des services à domicile tels que les ESPRAD, SPASAD, SSIAD, ou SAAD, ce qui lui permettrait d'avoir une ouverture directement sur les personnes étant toujours à domicile.

Ainsi donc, par ces propositions, la question de la population alors ciblée se pose en lien avec le niveau de prévention proposée. En effet, si la population est orientée suite à un repérage de situation de fragilité, il s'agit alors d'une prévention secondaire. De plus, le recourt à une prescription médicale se pose également dans ce type de cas. Cependant, toutes ces propositions semblent pertinentes et envisageables et offrent chacune leurs avantages, que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

Les ergothérapeutes ont également envisagé ce type de programme dans le cadre de maison de santé alors portés par un groupe de professionnels libéraux, ou par une structure telles que Resanté-vous. En effet, ces structures pourraient être à même de répondre à des appels à projets. Cependant, quels liens peuvent alors être mis en place avec le réseau gérontologique afin d'avoir une visibilité de ce type de programme ?

Pour toutes ces éventualités, la possibilité de financement par l'ARS ou les CFPPA sont évoqués, suite à des appels à projet. De plus, l'ergothérapeute n°2 mentionne également l'émergence d'appels à projets par les inter-régimes CARSAT-MSA. Ainsi donc, il s'agit de financement provenant d'un regroupement de caisses de retraite.

Enfin, une dernière catégorie est envisagée plus directement en lien avec la communauté et donc la prévention primaire. Il s'agirait de s'appuyer sur des structures telles que les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), qui dépendent des mairies et mettent en place de nombreuses actions sociales à l'échelle de la commune ; ou encore des CLIC, comme par exemple ceux de niveau 3 qui ont une plus large marge de manœuvre dans leurs actions. Dans ces cas-là, le financement reste dépendant des volontés politiques du territoire.

Ainsi donc, cette phase exploratoire nous a permis d'avoir un regard sur les possibilités en termes de prévention sur le territoire, mais également sur la place de l'ergothérapeute dans cette prévention. De plus, nous avons pu comparer le programme du *Lifestyle Redesign*® avec

ce qui est déjà proposé actuellement afin d'en faire ressortir ses plus-values. Enfin, nous avons tenté de nous projeter et d'imaginer des possibilités d'intégration de ce programme dans le contexte français.

Suite à cette phase exploratoire, qui a permis de dresser un état des lieux de la situation actuelle, et qui a pu faire émerger également de nombreux questionnements, il semble pertinent d'entrevoir une suite à ce travail de recherche. En effet, nous sommes désormais en mesure d'énoncer une éventuelle question de recherche qui pourrait faire l'objet d'un travail plus approfondi sur cette question de l'intégration du programme du *Lifestyle Redesign*®.

Question de recherche :

***Comment intégrer concrètement le programme
du Lifestyle Redesign dans le contexte français actuel ?***

VI. Conclusion

Suite à notre question de départ qui était : « Qu'en est-il précisément du programme du *Lifestyle Redesign*®, et comment s'inscrit cette dimension de prévention primaire dans la pratique en ergothérapie ? », nous avons dans un premier temps étudié ce programme dans sa version originelle mise en place aux Etats-Unis, puis, ses transferts en Europe et au Canada. Nous nous sommes ensuite penché sur notre contexte en France afin d'y étudier la place des personnes âgées, ainsi que l'ensemble des orientations politiques actuelles en terme de prévention et de promotion de la santé, pour enfin nous attarder sur l'évolution de la place des ergothérapeutes en prévention.

Cette première phase pré-exploratoire nous a ainsi amené en phase exploratoire à conduire deux entretiens auprès d'ergothérapeutes connaissant à la fois le programme du *Lifestyle Redesign*® et le réseau gérontologique de leur territoire. Ainsi, ces deux entretiens ont permis tout d'abord d'explorer plus en détails l'offre en prévention auprès des personnes âgées au travers d'exemples sur un territoire donné, puis ensuite de comparer le programme du *Lifestyle Redesign*® afin d'en faire ressortir les plus-values, avant enfin d'envisager son intégration concrète sur le territoire français.

A ce jour, aucun programme du *Lifestyle Redesign*® n'est encore mis en place sur le territoire français. Cependant, une équipe d'ergothérapeutes travaille actuellement à une adaptation française de ce programme. En effet, dans la région de Bordeaux, un partenariat a été effectué entre l'ANFE, Resanté-vous, ainsi que l'Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux, afin de mener une étude de transférabilité culturelle du programme originel du *Lifestyle Redesign*® sur la population française et notamment sur un échantillon de population à l'échelle du territoire d'Aquitaine. Cette étude a été financée sur l'année 2018-2019 par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Elle a permis, à ce jour, d'établir les thèmes des modules du programme, basé sur un retour de la population âgée du territoire.

Cette expérimentation permet d'entrevoir dans un avenir proche la possibilité pour une plus large population de bénéficier d'un programme de prévention primaire basé sur le *Lifestyle Redesign*®, et dont l'efficacité aura été prouvée sur le territoire français.

VII. Bibliographie

- Agence Régionale de Santé Occitanie. (s. d.). Alimentation et activité physique. Consulté 2 mai 2019, à l'adresse <http://www.occitanie.ars.sante.fr/alimentation-et-activite-physique-3>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2010). *Les dossiers de l'ANFE : dossier spécial « Vivre chez soi »*. Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/les-dossiers-de-l-anfe-public>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2018). *Les dossiers de l'ANFE : Contributions des ergothérapeutes dans la mise en oeuvre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/les-dossiers-de-l-anfe-public>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2019). *Les dossiers de l'ANFE : Contributions des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie »*. Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/les-dossiers-de-l-anfe-public>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s. d.). Définition de l'ergothérapie. Consulté 2 mai 2019, à l'adresse ANFE website: <https://www.anfe.fr/definition>
- Boulmier, M. (2010). *Bien vieillir à domicile - Enjeux d'habitat, enjeux de territoires*. Consulté à l'adresse <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000077/index.shtml>
- Bourrelis, C., & Bazerolles, M.-C. (2009). La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins. In *ergOTHérapies. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. (p. 385). Solal.
- Caire, J.-M., Morestin, F., & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, 35(142), 41-55. <https://doi.org/10.3917/gs.142.0041>
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, & Direction Générale de la Cohésion Sociale. (2016). *Guide Technique : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie*. Consulté à l'adresse <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs-de-la-prevention-de-la-perte-dautonomie>

- Carlson, M., Clark, F., & Young, B. (1998). Practical contributions of occupational science to the art of successful ageing: How to sculpt a meaningful life in older adulthood. *Journal of Occupational Science*, 5(3), 107-118. <https://doi.org/10.1080/14427591.1998.9686438>
- Clark, F. (2015). *Lifestyle Redesign®: the intervention tested in the USC Well Elderly Studies* (2nd Revised edition (30 septembre 2015)). American Occupational Therapy.
- Clark, F. (s. d.). *The Lifestyle Redesign® Intervention : the design process & evidence for effectiveness*. Présenté à Israel. Israel.
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., J Cherry, B., Jordan-Marsh, M., ... Azen, S. P. (2011). *Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial | Journal of Epidemiology & Community Health*. (66), 782-790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- DRESS, & Santé publique France. (2017). *L'état de santé de la population en France*. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
- Dreyer, P. (2008). Limiter les conséquences de la vieillesse et de la dépendance. *Gérontologie et société*, 31(125), 167-184. <https://doi.org/10.3917/g.s.125.0167>
- Duboc, A. (2012). *Protection ou salutogénèse*. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-254.htm>
- European Network of Occupational Therapists in Higher Education. (2008). *Developing an health promoting occupational therapy program for community living older people : Experiences from a European project group*. ENOTHE.
- Filiatrault, J., & 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. <https://doi.org/10.1177/000841740507200110>

- Franco, A. (2010). *Rapport de la mission « Vivre chez soi »* [Rapport public]. Consulté à l'adresse <http://ladocumentationfrancaise.prod.ext.dila.fr/rapports-publics/104000324/index.shtml>
- Grignon, M. (2003). Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *CREDES*, (66), 6.
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Éducation thérapeutique du patient (ETP) : définitions, finalités et organisation* [Recommandations]. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* [Points clés et solutions : organisation des parcours]. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
- Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. (2018). *Programmation Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance*. Consulté à l'adresse <https://www.chu-toulouse.fr/-hopital-de-jour-d-evaluation-des-fragilites-et-de->
- INSEE. (2018). *Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française*. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.326>
- Kalfat, H., & Sauzéon, H. (2009). Processus de vieillissement et vieillesse. In *ergOThérapies. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. (p. 385). Solal.
- Levasseur, M., Larivière, N., Lévesque, M.-H., Filiatrault, J., Provencher, V., Sirois, F., ... Couturier, Y. (2016). *The French version of the Lifestyle Redesign® Intervention : validation for french-speaking older adults*. Présenté à Congrès COTEC.

Libault, D. (2019). *Rapport de la Concertation « Grand âge et autonomie »* [Rapport public].

Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère édition). De Boeck Supérieur.

Michel, J.-P. (2002). La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ? In *Les Colloques de l'Institut Servier. Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?* (p. 252). Consulté à l'adresse

https://www.researchgate.net/publication/267259889_La_fragilite_est-elle_ineluctable_avec_l'avance_en_age

Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille. Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2006). *Plan National « Bien Vieillir »*.

Ministère de la Santé et des Solidarités Santé. (2016). *Le dispositif PAERPA : Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région - 2nde génération*. (p. 15). Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022* [Rapport public]. Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-gouvernement-adopte-la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Morel-Bracq, M.-C. (2015). Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : l'exemple du Lifestyle Redesign de Florence Clark aux Etats-Unis. *ergOTHérapies*, (58), 15-22.

Morestin, F., & Cauvin, S. (2011). Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude SADEER. *Gerontologie et société*, 34 / n°136(1), 141-155.

- Mountain, G. A., Craig, C., Hind, D., Walters, S. J., Windle, G., Woods, R., ... Horner, K. (2013). Lifestyle Matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *14*, 302. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-302>
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., & Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *British Journal of Occupational Therapy*, *71*(10), 406-413. <https://doi.org/10.1177/030802260807101002>
- Mountain, G., Windle, G., Hind, D., Walters, S., Keertharuth, A., Chatters, R., ... Roberts, J. (2017). A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, *46*(4), 627-634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx021>
- Nicolas Kühne. (2017, mai). *Equilibre occupationnel et ergothérapie*. Présenté à Colloque Occupation Humaine et Santé : Les Sciences de l'Occupation, au coeur du quotidien et de la santé, EESP, Lausanne. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=_4XXlrSQLiI
- Nouvel, F., & Jouaffre, V. (2009). Fragilité et dépendance. In *ergOThérapies. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. (p. 385). Solal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* [Rapport public]. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé*. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). Qu'est-ce que la promotion de la santé? Consulté 20 avril 2019, à l'adresse WHO website: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>

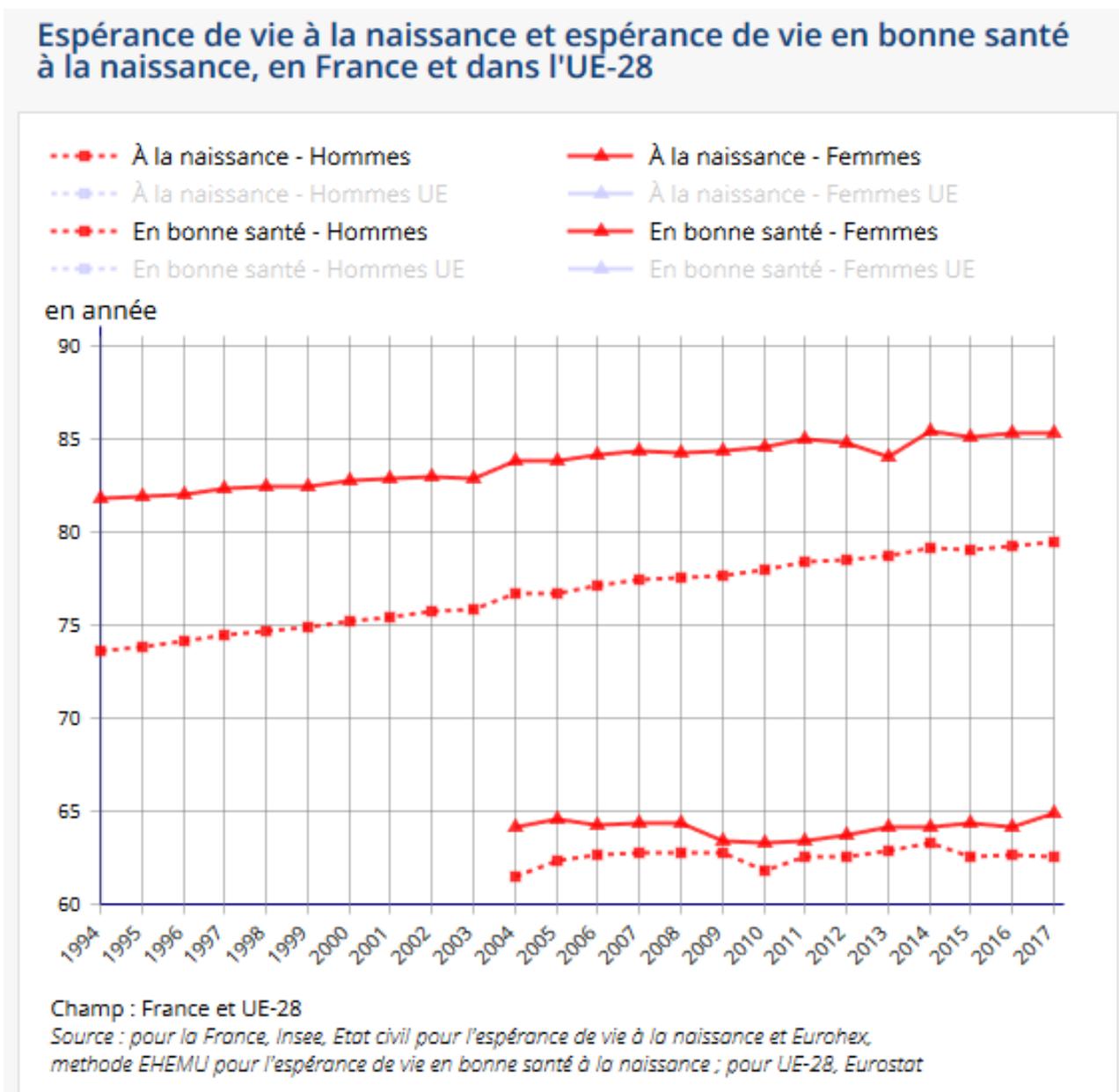
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. (2012). *Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020*. Consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (De Boeck Supérieur; M.-C. Morel-Bracq, Trad.).
- Saragoni, A., Bizalion, M., Robert, C., Devergnies, B., & Goncalves, C. (2018). L'Equipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation A Domicile de Lille : expérience d'une intervention en ergothérapie à domicile centrée sur l'occupation. *ergOTHérapies*, (70), 15-22.
- Soum-Pouyalet, F. (2018, octobre). *Life Style Redesign®*. Présenté à Expériences en ergothérapie, Palais des Congrès, la Grande Motte.
- Soum-Pouyalet, F. (2019, avril). LifeStyle Redesign : tout un programme ! Consulté à l'adresse Resanté-vous website: <http://www.resantevous.fr/author/resante-vous/>
- SPASAD | SUDGIMAD. (s. d.). Maintien à Domicile en Sud-Gironde. Consulté 2 mai 2019, à l'adresse Sudgimad website: <http://sudgimad.fr/wordpress/spasad/>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1ère édition). De Boeck Supérieur.

VIII. Annexes : table des matières

1. Annexe n°1	I
2. Annexe n°2	II
3. Annexe n°3	III
4. Annexe n°4	IV
5. Annexe n°5	V
6. Annexe n°6	VII
7. Annexe n°7	XX
8. Annexe n°8	XXXVI
9. Annexes n°9.....	XXXVII
10. Annexe n°10	XXXVIII
11. Annexe n°11	XXXIX
12. Annexe n°12	XL
13. Annexe n°13	XLI
14. Annexe n°14	XLII

1. Annexe n°1

GRAPHIQUE COMPARATIF DE L'ESPERANCE DE VIE ET DE L'ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE, A LA NAISSANCE, EN FRANCE, DE 1994 A 2017



2. Annexe n°2

DOCUMENT DE REPERAGE DE LA FRAGILITE REALISE PAR L'HOPITAL DE JOUR DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE DU GERONTOPOLE DE TOULOUSE

Personne à prévenir pour le RDV :
Nom :
Lien de parenté :
Tél :
Nom du médecin traitant :
Tél :
Email :
Nom du médecin prescripteur :
Tél :



Informations patient
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Tél :
Adresse :

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL \geq 5 /6), à distance de toute pathologie aigue.

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile: OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____

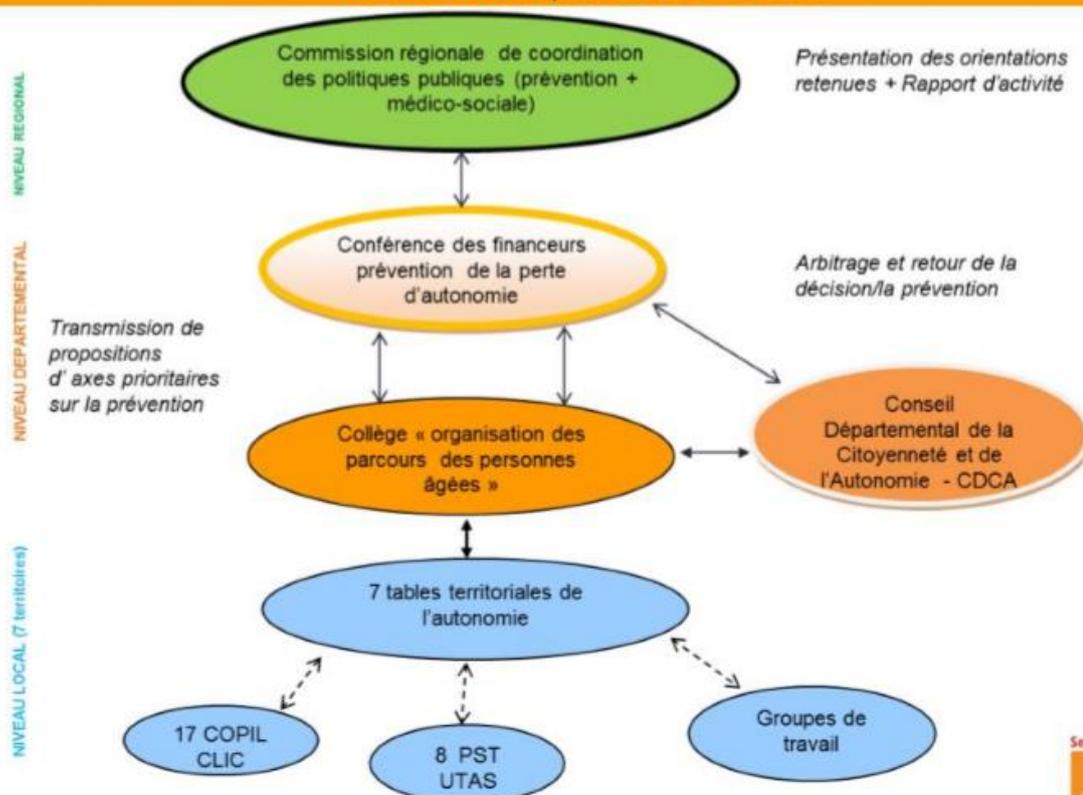
Rendez-vous programmé le : _____

Médecin traitant informé OUI NON

3. Annexe n°3

ORGANIGRAMME DES DIFFERENTES INSTANCES DECISIONNELLES DES ACTIONS DE PREVENTION SUR LE TERRITOIRE : AU NIVEAU REGIONAL, DEPARTEMENTAL ET LOCAL

1.3 Articulation avec les instances existantes ex: le champ médico-social

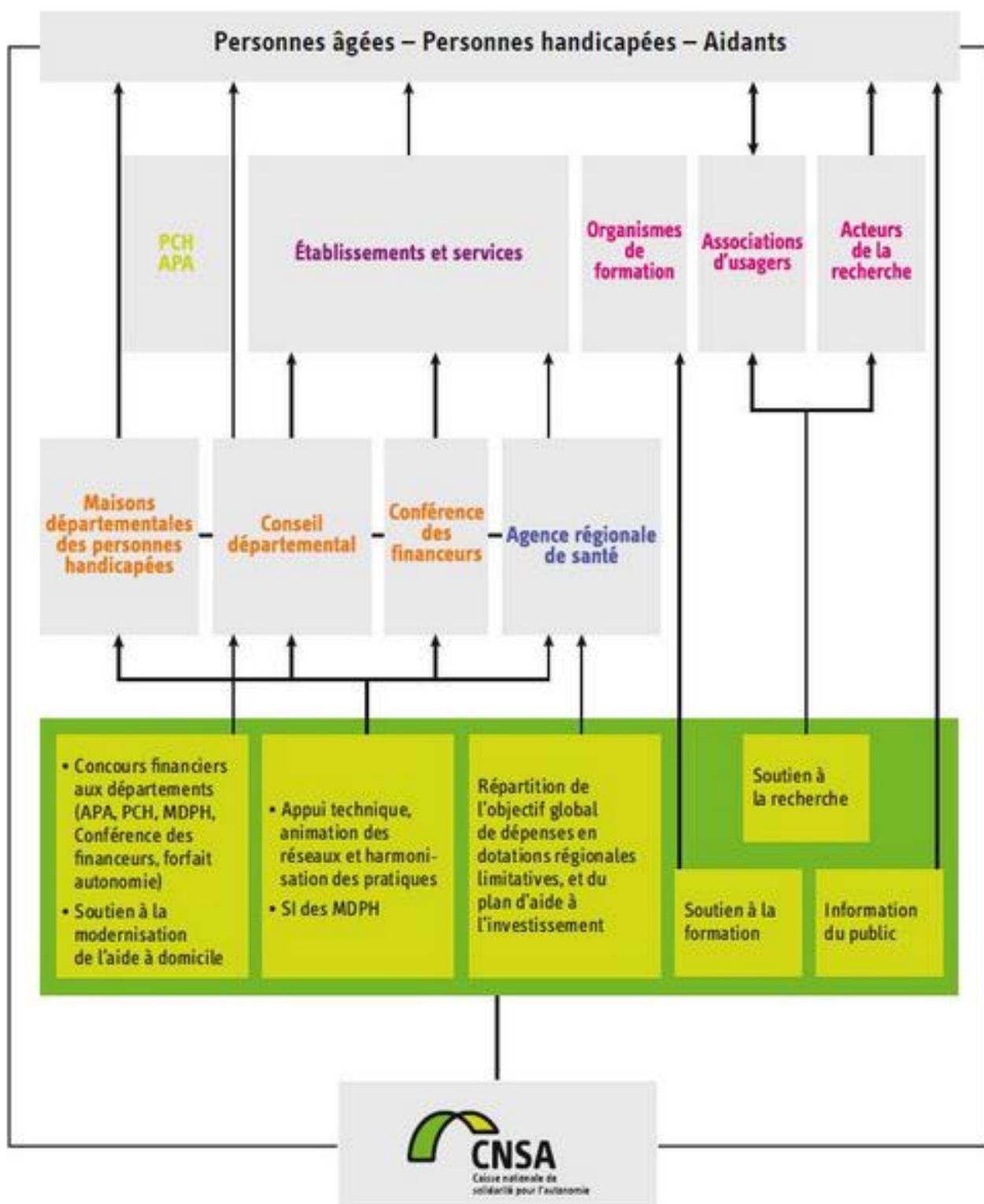


Ajouter les champs de la prévention et du logement



4. Annexe n°4

SCHEMA RECAPITULATIF DES DIFFERENTS FINANCEMENTS PROVENANT DE LA CNSA



5. Annexe n°5

TRAME DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE REALISE AUPRES DE DEUX ERGOTHERAPEUTES

I. [Savoir et comprendre]

1. Selon vous, quelle place occupe aujourd'hui en France, la prévention auprès des personnes âgées de plus de 60 ans. (spécifier le niveau de prévention)

Questions de relance : comment est mise en place concrètement cette prévention ?

Connaissez-vous des programmes de prévention primaire et secondaire auprès des personnes âgées en France ?

2. Quelle place l'ergothérapeute a-t-il dans cette prévention auprès de la population âgée ?

Cette place est-elle amenée à évoluer et de quelle manière selon vous ?

II. [Evaluer et mesurer]

3. Le programme du *Lifestyle Redesign*® (qui accorde une place particulière à l'ergothérapeute dans un programme de prévention primaire auprès des personnes âgées à domicile) est encore peu développé en France.

Selon vous, quelle serait la plus-value de ce programme en comparaison aux autres programmes de prévention (toutes préventions confondues) déjà mis en place en France ?

III. [Se projeter et imaginer]

4. Dans quel type de structure ou du moins sous quelle(s) modalité(s) pourriez-vous envisager de voir apparaître ce type de programme dans notre contexte français ?

Question de relance :

- structures porteuses possibles : SSIAD, SAAD, SPASAD, CLIC, CCAS, structures de prévention de type associations indépendantes, professions libérales (maison de santé), autres ?

et quelle place accorder aux autres professionnels de santé ?

- modalités économiques : financement ARS et/ou départemental (conférence des financeurs), CCAS, prestations facturées aux participants, autre ?

- population cible : jeunes seniors, aidants, + de 75 ans, personnes isolées ?
Prévention purement primaire ou secondaire sous condition ?

- Recrutement de cette population : directement dans la communauté ou via un parcours de soin (lien avec le niveau de prévention) ? Est-il nécessaire d'avoir une prescription médicale pour ce type d'intervention en ergothérapie ?

6. Annexe n°6

RETRANSCRIPTION ECRITE DE ENTRETIEN N°1

Manon : Selon vous, quelle place occupe aujourd'hui en France, la prévention auprès des personnes âgées de plus de 60 ans. Et donc j'ai pris la prévention de manière large, sans spécifier le niveau de prévention, mais peut-être que vous vous allez être amenée à spécifier selon votre point de vue.

Ergothérapeute 1 : Alors la prévention auprès des personnes âgées ... elle est à la fois un petit peu ancienne parce qu'il y a eu tous les plans autour du bien vieillir, et en même temps elle est assez récente dans la pratique professionnelle.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Donc on est sur deux axes... **La place de la prévention c'est en cours d'évolution**... Après plus de 60 ans, j'entends plus de 60 ans ?

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Il y a un questionnement sur les niveaux de prévention après 60 ans. En fait une prévention auprès d'une personne de 60 ans, ne sera pas identique à une prévention sur une personne de 80 ans.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : donc voilà c'est en cours de développement, on sent bien qu'on est ... **on a une injonction de développer ces actions de prévention**. Là sur le plan du milieu hospitalier, actuellement, on a obligation de dire ce que l'on fait en prévention dans l'année

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : Ce que l'on a fait, dans les bilans d'activités. Donc ça c'est très récent, et il y a une dimension de groupement hospitalier territoire aussi

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : donc **ça devient une injonction quelque part dans le milieu hospitalier**, et par contre on voit bien qu'en parallèle, sur tout ce qui est, dans les environnements sociaux, c'est quelque chose qui a un peu plus d'avance que sur les milieux hospitaliers.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Enfin c'est une hypothèse, mais c'est le sentiment que j'ai pour côtoyer un peu les partenaires extérieurs.

Manon : D'accord. Et est-ce que du coup vous auriez des exemples de comment elle peut être mise en place vraiment de manière concrète cette prévention ? Des programmes ou des actions de prévention au niveau primaire ou secondaire ?

Ergothérapeute 1 : ... Dans ces actions de prévention il y a ce que l'on peut faire directement en tant qu'acteur, que ce soit sur le social et autre, donc c'est **plutôt des ateliers, des journées d'informations**, des ..., ça peut être une mise à **disposition de documentations** aussi. Sachant qu'on peut partir du principe aussi qu'à un moment donné c'est pas le moment pour la personne t'entendre la prévention.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : **Il faut qu'elle en ressente le besoin quelque part, ou qu'on arrive à lui faire comprendre qu'elle peut en avoir besoin.**

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : C'est bête à dire mais ça peut être comme ça, pour qu'elle essaye d'y accéder. ... Donc ça peut être des ateliers ou autre, et ... alors sur l'Hôpital de Jour ce que l'on fait, je me suis, à un moment donné on était plutôt des activités de type réadaptatives, et en fait je me suis dit mais on est en train de drainer une population et pourquoi ne pas inclure dans cette notion de réadaptation, des ateliers de prévention. C'est-à-dire que la personne vient, il y a des fragilités, on rentre sur un processus clinique d'évaluation, on a détecté des fragilités, enfin le corps médical détecte ça, évalue ça, et puis après décline un programme de réadaptation.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : et en même temps cette population, qu'est-ce qui l'empêche d'être sensibilisée à la vaccination, aux risques de grand froid, aux risques...., aux risques à domicile. Même si c'était pas pour les indications initiales.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : Donc on a mis en place des petits programmes de prévention adaptés à la population accueillie, aux troubles cognitifs éventuellement, et dans lequel quand on avait des troubles cognitifs, On associait l'aidant, ou quelqu'un de la famille.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : Qui pouvait éventuellement continuer à véhiculer ce discours à domicile, qui bénéficiait aussi d'une action de prévention mine de rien aussi au passage. Donc voilà, on l'a mis un petit peu dans notre pratique quotidienne.

Manon : d'accord. Et ça c'était sous forme de groupe ou c'était vraiment individuel ?

Ergothérapeute 1 : Alors là c'était plutôt, ce dont je vous parle c'est plutôt des ateliers de groupe pluriprofessionnel, avec des apports pluriprofessionnels, ça c'est le point commun. En individuel, on rentre plutôt dans le programme d'éducation du patient mais sur un point cible.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : En individuel, Alors.... L'association collectif et individuel est intéressante. Collectif parce que c'est un échange entre pairs donc il y a quelque chose de dynamique. Individuel parce que ça permet d'affiner les modifications ou de personnaliser les modifications et les changements de comportement chez la personne.

Manon : ok

Ergothérapeute 1 : j'ai l'impression d'être un peu brouillon dans ce que je vous dis ...

Manon : non non, c'est intéressant. Et Juste pour finir avec cet exemple que vous vous avez mis en place, vous disiez que du coup c'était pluriprofessionnel, quels professionnels interviennent du coup dans ces actions-là ?

Ergothérapeute 1 : Alors infirmière, diététicienne, aide-soignant, ergothérapeute, kinésithérapeute, professeur d'Activité Physique Adaptée. Grosso modo voilà ce sont les professionnels qui peuvent intervenir.

Manon : ok

Ergothérapeute 1 : là je vous parle de la partie réadaptation

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : sur le projet de prévention hors-les-murs, qui est un projet pour lequel on a obtenu un financement ARS, l'idée c'est je mets à disposition des compétences intra-hospitalière au service d'une population extérieure. Donc ce ne sont pas des personnes hospitalisées au sein de notre établissement.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : Ce sont des personnes du territoire, enfin, le citoyen lambda, qui peut bénéficier d'actions de prévention. Et là on a une autre observation, ... alors je développe sur celui-ci mais on a une autre observation qui est : c'est compliqué de mobiliser des gens, des personnes autour de la prévention, ils n'en ressentent pas vraiment le besoin,... alors il y a une petite problématique, je suis en milieu rural, donc une petite problématique éventuellement de transport et en même temps on vient de plutôt cibler sur aussi les co-occupations, c'est-à-dire qu'on avait qu'une personne qui était dans un atelier, en fait on demande souvent maintenant à ce qu'il y ait le conjoint.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : on le propose au conjoint surtout. De façon à ce que les couples puissent engager plus facilement des changements. Mais ça ce sont des ateliers de 3h, la personne ne vient qu'une fois et on ne la revoit pas. Donc le côté individuel après il est plus compliqué, si on doit relier le collectif... Oui c'est pour ça que je reliais à ce qu'on fait quotidiennement. Si on doit relier l'individuel et le collectif, c'est plus compliqué pour nous, ou il faut qu'on puisse le développer autrement.

Manon : ok

Ergothérapeute 1 : on a prévu sur un autre projet de proposer une séance dans l'année, qui permette à chaque participant, après avoir expérimenté chez lui, des conseils qu'on aura pu préconiser, de revenir, et d'essayer de repenser un petit peu ses actions, de voir s'il peut faire autrement, de dire ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné, enfin voilà, ce en quoi il est en difficultés.

Manon : ok... c'est intéressant parce que du coup ça fait... une évolution, il y a un retour après coup de ce qui a été mis en place et de ce qui a fonctionné ou non ?

Ergothérapeute 1 : Ce serait l'objectif oui. Ce serait l'objectif, pour pouvoir vraiment engager la personne un petit peu dans ces modifications. Ce dont on s'aperçoit sur, comme je disais c'est 80 ans de moyenne d'âge, il faut du temps pour modifier les habitudes, encore plus peut-être que... parce que la personne s'est adaptée à domicile avec son vieillissement.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : donc elle a déjà mis en place des stratégies pour pouvoir s'adapter, rester chez elle, essayer d'être en bonne santé, très souvent, et un moment donné il faut aller un peu plus loin. C'est aussi perdre des vieilles habitudes, c'est faire le deuil avec ce que l'on était avant et ce que l'on est dans le vieillissement. Enfin ça renvoie à plein de choses

Manon : oui...Ok. La question suivante c'est : quelle place l'ergothérapeute a-t-il dans cette prévention auprès de la population âgée ? Et ensuite pour développer encore plus est-ce que cette place est amenée à évoluer et de quelle manière selon vous ?

Ergothérapeute 1 : Alors maintenant je suis beaucoup plus persuadée que **l'ergothérapeute a une place**, ne serait-ce que parce que si on modifie, enfin si on fait de la prévention, ... on attend de la personne qu'elle puisse analyser ses occupations, ses habitudes de vie, de faire un point avec elle-même, et qu'elle s'engage dans quelques modifications, ou qu'elle acquiert des compétences pour modifier ses habitudes de vie aussi, pour modifier une conduite quelconque : une conduite alimentaire, une conduite à risque, dans son quotidien. Dans notre lecture, même si c'est juste en coordination, là je pense au projet hors les murs, donc c'est moi qui l'ai écrit en tant que cadre, pour cette demande de subvention, et en même temps en faisant le point je m'aperçois que je suis ergothérapeute et je l'ai pensé d'une façon, même dans la construction et autre. Mais parce que je suis attachée à ce que la personne essaye dans ces occupations, de voir, enfin d'essayer d'étudier comment elle veut, ou elle ne veut pas faire aussi, elle peut aussi se positionner en disant je ne changerai pas, j'assume le risque que je prends.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : donc je crois que c'est sur notre lecture un petit peu. Qu'on ne soit pas juste dans un apport de connaissance, qui reste sur une posture très soignante, dominante, et qu'on soit vraiment dans **un accompagnement de modifications des habitudes de vie de la personne**. Dans notre façon de faire je crois qu'on y est très attaché.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Enfin voilà on est formatés pour. Et la deuxième partie de la question c'est : comment... je ne me souviens plus.

Manon : Est-ce que cette place pour vous est amenée à évoluer, et de quelle manière ? ... Est-ce que la place que l'ergo a dans la prévention va évoluer ?

Ergothérapeute 1 : Actuellement **c'est pas la place la plus reconnue**. Je vois l'appel à projet que j'ai vu circuler, il y a beaucoup de métiers cités, sauf l'ergothérapeute.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : donc c'est pas une évidence, que ça puisse être un ergothérapeute. Pour l'activité physique on parlera du prof APA, on parlera du kiné, pour la prévention des chutes

aussi, mais rarement de l'ergothérapeute. L'ergothérapeute est associé à l'aménagement du domicile souvent.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : donc je pense qu'il faut qu'on.... Là c'est à nous de défendre une place maintenant, et à l'argumenter. Arriver à argumenter en quoi un ergothérapeute peut ne serait-ce que coordonner, même s'il n'est pas dans le faire, il est dans coordonner une action de prévention chez les personnes âgées.

Manon : Et là du coup j'ai une question qui me vient. Est-ce que vous auriez une explication de pourquoi justement l'ergothérapeute n'a pas une place aussi reconnue que d'autres professionnels dans cette prévention-là ?

Ergothérapeute 1 : dans mes hypothèses c'est qu'il y a une lecture du métier qui est complexe, et dans ce qui en a été pris c'est beaucoup... là c'est avec mon regard hospitalier, mais même je vois en extra, c'est de l'aménagement du domicile, s'il faut une visite à domicile ou autre là on pense bien à l'ergothérapeute, si on pense prévention, on ne pense pas ergothérapeute. Mais parce qu'on sera pas obligatoirement, éventuellement l'atelier prévention des chutes, on dira pas tient ça peut être bien qu'un ergothérapeute vienne. Activité physique ça ne sera pas un réflexe du tout. Alimentation ça ne sera pas un réflexe non plus. Et en même temps c'est intéressant de s'appuyer sur d'autres expertises ... IL y a ça et puis après je pense qu'actuellement, il y a aussi une mobilisation, une défense de territoire de chaque corps professionnel.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Mais il faut qu'on soit persuadé en ergothérapie qu'on peut avoir une place, si on était persuadé je pense qu'on aurait une argumentation qui tient la route.

Manon : oui. Et du coup selon vous comment ça peut évoluer après à l'avenir ? Quelle place nous on peut se faire ? Est-ce qu'il y a des actions qu'on ne fait pas actuellement et sur lesquelles on pourrait se positionner ?

Ergothérapeute 1 : Je pense qu'il faudrait déjà qu'on soit clair ce qu'on veut mettre dans la prévention, pourquoi on fait de la prévention. Si on met juste la pratique d'un atelier, l'élaboration d'un outil ou si on a vraiment une philosophie derrière cette prévention. Je crois que si déjà on pouvait défendre ça, être clair nous tous un petit peu avec ça, ça serait intéressant, parce qu'actuellement dans l'enseignement, je ne sais pas comment c'est dans tous les IFE, mais c'est pas... on fait de la prévention généraliste. Mais le sens que l'on peut donner, et

reprendre les fondements de l'ergothérapie au bénéfice de la prévention, je ne sais pas si on arrive un petit peu à le mettre, sur le plan théorique, le mettre en cohérence. Donc il y aura déjà sur la partie enseignement est-ce qu'on est au clair sur ce qu'on enseigne en prévention chez les ergothérapeutes. Qu'on reste pas juste sur la pratique d'un atelier, ça on sait faire, et souvent le réflexe, c'est un atelier prévention des chutes, et en même temps je ne vois pas trop si c'est ma place, si c'est celle du kiné, si je fais à la place du kiné, si je fais à la place du psychomot. Les définitions ne sont pas très claires. Enfin voilà je pense que déjà il faudrait...

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : et après ... je pense qu'il y a des instances... je ne sais pas. Je me dis que enfin... là en projet, on a une Journée de l'Angoumois, au mois de novembre. Et je vais être amenée à présenter notre projet hors les murs, donc à moi de présenter mon intervention de façon à ce qu'elle soit un peu orienté science de l'occupation.

Manon : oui, ça passe aussi par la communication.

Ergothérapeute 1 : oui. La communication. Oui ça peut être écrite ça peut être ... mais avec une dimension, enfin un fondement vraiment théorie de la prévention.

Manon : ok... on va passer vraiment au programme du Lifestyle Redesign, que vous connaissez déjà un peu.

Ergothérapeute 1 : oui

Manon : et qui accorde une place quand même particulière à l'ergothérapeute, qui est dans un programme de prévention auprès des personnes âgées à domicile, mais qui est peu développé encore en France. Et du coup la question c'est : selon vous quelle serait la plus-value de ce programme en comparaison aux autres programmes de prévention, donc une fois encore, toutes préventions confondues, qui eux peuvent être déjà mis en place en France ?

Ergothérapeute 1 : Une des plus-value, c'est le fait qu'on puisse avoir une continuité avec la personne, et qu'on l'accompagne vraiment dans l'identification de certaines difficultés, de modifications de comportements, de compréhension de son stade de vie,...donc c'est cette notion d'accompagnement. Le collectif et l'individuel je trouve ça intéressant. De façon à bien mettre en relation dans sa propre vie, ce qui peut être préconisé et puis les difficultés que l'on peut rencontrer. Alors je crois qu'il n'y a pas de programmes comme cela en France. Après on peut, on est paramédical, donc il y a différents niveaux de prévention. Il y a je donne de l'information mais je n'ai pas une lecture paramédical, je n'ai pas une lecture de la pathologie,

donc je ne peux pas affiner mon intervention sur des populations un peu plus, un peu plus fragiles.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : je pense dans le cas des maladies chroniques et autre. **Donc je pense qu'on a une lecture paramédicale qui est intéressante.** Quoi dire d'autre sur le programme... Vous pouvez me poser la question ?

Manon : oui c'est du coup, le programme du Lifestyle Redesign, je redéfinit un peu, qui accorde une place particulière à l'ergothérapeute dans un programme de prévention auprès des personnes âgées à domicile, est encore peu développé en France. Selon vous, quelle serait la plus-value de ce programme en comparaison aux autres programmes de prévention, donc toutes préventions confondues, qui sont déjà mis en place en France.

Ergothérapeute 1 : **La plus-value oui c'est la personnalisation dans les occupations de la personne.** Et avec un suivi, et en même temps, ... on peut secondairement penser à **l'effet de groupe qui fait qu'à un moment donné il y a un collectif qui s'identifie,** c'est vrai que c'était aussi un peu l'aspect intéressant dans ce programme. C'est-à-dire que c'est le collectif qui se soutient, et il y a **juste une expertise derrière qui permet de réguler, de un petit peu d'apporter en connaissances et en même temps après voilà de pouvoir personnaliser avec l'identification de la personne, les occupations de la personne.**

Manon : ok. Alors maintenant si on part un peu plus sur se projeter, et imaginer un peu l'avenir de ce programme, dans quel type de structures, ou du moins sous quelles modalités, pourriez-vous envisager de voir apparaître ce type de programme dans notre contexte français ?

Ergothérapeute 1 : Je me dis qu'on a deux supports. Il y a un autre support qui est en train de s'ouvrir éventuellement avec la notion **d'EHPAD ressource** mais j'avoue que j'ai un petit peu de mal avec cette ouverture- là. Je me dis que dans le milieu hospitalier donc on a des portes d'entrées pour pouvoir peut-être proposer ce type de programme, quitte à l'intégrer clairement dans, alors je sais pas, j'émet l'hypothèse, en **hôpital de jour gériatrique,** ce programme pourrait être clairement défini. Je pense au **Gérontopôle de Toulouse, l'hôpital de jour des fragilités.** Ils ont quand même pour ambition, enfin l'ambition initiale c'était que la personne chez qui on détecte quelques fragilités puisse aller participer à des ateliers de Toulouse qui ont été aménagés, des ateliers de danse aussi, et pourquoi pas un programme de prévention ? Donc je me dis, ce type d'hôpitaux de jour peuvent être le support de ce type de programme pour une certaine population. **Avec une notion peut-être de prescription ?**

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : et après, sur un plan plus, sur les structures qui sont plutôt sur l'extérieur, je sais pas par exemple.... **Resanté-vous** par exemple je pense peut-être porter un programme comme cela, les **CCAS** peut-être sur des appels à projets peuvent répondre à ce genre de choses Après pour que les personnes s'engagent réellement dans un programme, je reste dubitative sur le ressenti du besoin par la population.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Là la prévention hors-les-murs qu'on est en train de faire, j'ai demandé au médecin d'essayer de faire une prescription entre guillemets, une prescription préconisation en me disant que le regard du médecin avait un poids important, et ça à l'air de fonctionner. C'est dommage mais ...

Manon : c'est vrai que cette question de la prescription elle est intéressante et... je me posais la question est-ce que même on pourrait envisager que des personnes se présentent d'elles-mêmes, est-ce qu'on pourrait par exemple ouvrir ce type de programme à des libéraux ? ou à ce genre de structures aussi ?

Ergothérapeute 1 : ça peut être les **maisons de santé** qui peuvent porter ce genre de choses aussi. Sur les maisons de santé, dans le cadre des appels à projets en cours actuellement je pense qu'ils peuvent être porteurs, ils sont bien porteurs de programmes d'éducation thérapeutique.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Donc oui ce seraient des structures qui pourraient être porteuses. Par contre il y a peu d'ergothérapeutes...

Manon : oui, et du coup ça m'amène à la question, de la place des autres professionnels de santé, vous nous avez dit que vous dans ce que vous aviez mis en place, du coup c'était vraiment une équipe pluriprofessionnelle, est-ce que dans le cadre du Lifestyle Redesign, comment vous voyez la place de l'ergo, et l'ouverture à d'autres professions ?

Ergothérapeute 1 : La place de l'ergo sur de la coordination. La participation à certaines actions mais en même temps sur de la coordination et le suivi de la personnalisation.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 :

C'est-à-dire qu'à un moment donné, ... enfin là moi je suis le fil conducteur un petit peu de l'orientation des programmes de prévention qu'on a mis en place, et avec une certaine orientation, et en même temps l'expertise elle appartient à la diététicienne, à l'infirmière, à l'APA ou autre. Il faut juste constituer les groupes, les collectifs d'équipe de façon à ce que les regards soient croisés et que si la personne présente à l'atelier est plus réceptive au regard ergo ou au regard kiné ou au regard infirmier, ça permet différentes portes d'entrées.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : Mais sur la coordination enfin, je pense que l'ergo doit coordonner ce genre de programme. Faire aussi une partie mais peut-être pas tout, enfin voilà il faut vraiment s'appuyer sur les expertises. On ne va pas développer nous toutes les expertises. ça n'a pas d'intérêt.

Manon : oui. Et pour aller un peu plus loin aussi dans la réflexion, est-ce que, enfin sous quelles modalités économiques, avec quel financement ce genre de programmes pourraient être mis en place selon vous ? Est-ce que ce serait des financements ARS, par des appels à projets, est-ce que ...

Ergothérapeute 1 : Actuellement je dirai oui. Actuellement je dirai que ce sont des financements appels à projets ARS. C'est dans le cadre des FIR, des Fonds d'Interventions Régionaux qu'ils ont lieu. Qu'est-ce qu'on pourrait avoir d'autre ... Peut-être que si on s'occupe d'une population plus tournée vers les aidants, la Conférence des financeurs pourrait peut-être pouvoir subventionner ce type de projet aussi.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Quitte à faire valider après. Après il faut avoir une méthodologie de recherche aussi en parallèle, pour pouvoir prouver, enfin voilà ça peut être un projet de recherche qui pourrait être mis en place aussi. Ce qui permettrait de valider aussi la pertinence ...

Manon : oui et puis valider oui voilà une fois que ça a été mis en place, valider l'efficacité et le besoin réel de...

Ergothérapeute 1 : Oui et le professionnel aussi, le professionnel l'idée c'est aussi d'arriver à défendre que l'ergothérapeute a une certaine place, donc c'est aussi défendre, asseoir que ... le projet clés en main peut être monté comme ça, et il coûte tant, et voilà ce que cela demande et voilà les supports possibles.

Manon : ok...

Ergothérapeute 1 : Après c'est vraiment en fonction des départements, on voit aussi que tous les départements ne répondent pas de la même façon sur les financements.

Manon : ok. Et au niveau de la population cible, on parlait tout à l'heure des personnes de plus de 60 ans et, enfin vous disiez que la prévention est très différente selon l'âge. Est-ce que selon vous il faut faire des catégories, est-ce que cela peut s'adresser à toutes les personnes de plus de 60 ans, est-ce que, vous avez aussi beaucoup parlé des aidants, enfin voilà comment on arrive à cibler cette population cible ?

Ergothérapeute 1 : Alors sur les catégories, alors ça m'a questionné parce que sur le projet d'appel hors-les-murs, la case à cocher c'est plus de 55 ans, et quand il a fallu cocher, j'ai précisé dans le projet par exemple plus de 70 ans. Je ne vais pas m'adresser de la même façon en prévention à une population de 55, 65, 70 ans, à une population de 70 à 80 et de 80 à 90.

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : Les besoins ne sont pas les mêmes, l'avancée dans le vieillissement n'est pas le même, n'est pas au même stade et enfin voilà donc on n'est pas, je ne m'adresse pas de la même façon à ces populations et les besoins ne sont pas identifiés, ne sont pas identiques.

Manon : Du coup vous vous avez décidé de cibler sur les plus de 70 ans ? plus de 75 ans ?

Ergothérapeute 1 : oui, plus de 70 ans. Et en général on est plus sur 80 ans de moyenne d'âge. Mais c'est intéressant parce qu'en fait ce sont des personnes pleines de ressources. C'est-à-dire que ça a interpellé mais faire de la prévention primaire à des personnes de 80 ans, on pourrait nous dire : mais quel sens ça a ?

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : et en fait c'est plein de sens, à partir du moment où elles vivent à domicile, où il y a des risques, on peut remettre en question sa façon de vivre un petit peu, ses habitudes de vie, à tout âge.

Manon : et puis je trouve que se pose aussi la question, à partir du moment où on est avec des sujets âgés, se pose vraiment la question de la prévention primaire ou secondaire, et où est-ce qu'on place le curseur vraiment... parce que c'est vrai que le Lifestyle Redesign au début il était vraiment sur de la prévention primaire, mais qu'est-ce qu'on considère comme une personne étant ciblée sur de la prévention primaire et jusqu'au on peut aller sur des personnes ayant des pathologies sans qu'il y ait des conséquences très importantes, est-ce qu'on fixe des limites ou non ?

Ergothérapeute 1 : Et en même temps même si j'ai une pathologie chronique, okay elle va avoir des incidences, mais j'ai une qualité de vie que je recherche à l'identique de quelqu'un qui est sain, qui n'a pas de pathologies chroniques, mes habitudes alimentaires vont peut-être être adaptées à ma pathologie, ou pas du tout. Je peux avoir une pathologie chronique mais cela n'a aucune incidence sur le fait que je puisse bénéficier de prévention primaire parce que je fais plein d'autres choses dans ma vie.

Manon : Oui, Et du coup vous dans votre projet, comment vous avez réussi à mettre en place ces critères d'inclusion, s'il y en avait ? Est-ce que c'était juste au niveau de l'âge ? Ou est-ce qu'il y avait d'autres critères ?

Ergothérapeute 1 : Non non, c'est surtout l'âge, après, si jamais j'ai des personnes plus jeunes, on s'arrange pour les regrouper un même jour. Après dans les demandes pour l'instant c'est plus de 80 ans.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 1 : et après voilà cette histoire de conjoint c'est venu après. On a le sentiment d'être beaucoup plus efficace, sur cette façon de travailler. Parce qu'en fait, ce sont un peu les conjoints qui parlent entre eux aussi de leurs habitudes de vie. Donc nous on est juste là pour réguler si nécessaire, c'est un espace qui autorise l'échange entre eux, de choses dont ils n'ont peut-être jamais parlé, ou qui est plutôt conflictuel à la maison, ou éventuellement, ils ont les mêmes croyances....

Manon : oui, et du coup le conjoint est inclus à tous les ateliers, autant que la personne directement concernée ? Ou est-ce qu'il y a une différence entre ce que peut suivre le conjoint

Ergothérapeute 1 : Là sur les actions prévention hors-les-murs par exemple, le conjoint fait partie, enfin est à l'identique de l'autre personne, il s'est inscrit, donc c'est le couple qui vient en fait, ils viennent en couple.

Manon : ok

Ergothérapeute 1 : Il faut vraiment sortir de la notion de pathologie. Et après sur les aidants, j'anime un groupe de parole pour les aidants, et à un moment donné dans notre groupe de parole on a une façon d'intervenir qui fait qu'on a des actions de prévention. Par exemple on parle du sommeil de l'autre, mais en même temps dans ce qu'on distille comme information, on parle du sommeil de l'aidant, mine de rien. Et on vient doucement questionner les habitudes de

l'aidant, plutôt que de parler de son proche. Et pour les aidants il pourrait donc y avoir des actions très intéressantes : prendre soin de soi, on est dans cette optique-là.

Manon : ok, oui on voit que vous avez vraiment mis en place plusieurs choses, actions, qui viennent vraiment se compléter les unes les autres.

Ergothérapeute 1 : oui c'est possible

Manon : enfin en tout cas c'est l'impression que j'ai quand vous en parlez c'est que au final c'est pas un seul programme, c'est vraiment une multitude de petites actions, de programmes différents qui viennent se compléter

Ergothérapeute 1 : oui, il y a différente manière d'intervenir oui

Manon : oui

Ergothérapeute 1 : mais c'est peut-être aussi parce que c'est l'hôpital de jour qui fait aussi ça, mais aussi parce que les besoins ne sont pas les mêmes pour les uns et les autres. Et si on est sur le collectif, l'échange entre pairs, oui on peut le questionner, c'est quoi l'échange entre pairs ? Il y a un échange qui peut être de type couple, un échange qui peut être de type : on a la même fragilité, donc on parle de la même chose, ça peut être le groupe d'aidants qui a besoin d'échanger aussi à la fois, enfin c'est-à-dire que dans ce qu'il sera distiller ce sera aussi sa problématique d'aidant, et donc ça peut être ça Je réfléchis en même temps que je vous parle sur ce que l'on fait en fait.

Manon : Ecoutez je n'ai pas d'autres questions, je pense qu'on a abordé pas mal de choses, ça m'a beaucoup aidé, est-ce que vous voulez ajouter quelque chose, est-ce que ...

Ergothérapeute 1 : non pas particulièrement, je reste persuadée qu'on a une place à prendre ça c'est sûr, que notre orientation sur les occupations elle a tout à fait son sens dedans, et sur une certaine population, oui c'est peut-être là que ça a tout son sens. Après oui ça peut être complexe en terme de financement, et en même temps oui je crois que c'est intéressant qu'on donne du sens à ce qu'on fait en prévention pour ne pas être juste dans : je fais un atelier prévention des chutes dans lequel j'ai listé les risques à domicile et je m'en vais. Voilà, c'est quoi le sens dans tout ça et comment on peut prendre la main en tant qu'ergothérapeute sur cette question-là.

7. Annexe n°7

RETRANSCRIPTION ECRITE DE L'ENTRETIEN N° 2

Manon : Selon vous, quelle place occupe aujourd'hui en France, la prévention auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, moi j'ai spécifié le niveau de prévention, ça peut être primaire, secondaire ou tertiaire, mais peut-être que vous vous pourrez préciser en fonction de ce à quoi vous pensez ?

Ergothérapeute 2 : La prévention, en tout cas moi avec ma vision, c'est quelque chose qui est vraiment mis en avant ces derniers temps, déjà avec la création des SPASAD, tout ce qui est Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile. On demande vraiment aux SSIAD et aux SAAD du coup qui forment les SPASAD de créer des actions de prévention auprès des plus de 60 ans. Cela fait partie on a en fait des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec nos financeurs et la prévention doit vraiment faire partie intégrante de notre pratique. Alors je parle de manière très large, je ne fais pas un focus que sur l'ergothérapie ? Votre demande c'est vraiment de manière très large

Manon : oui, là pour l'instant oui c'est large.

Ergothérapeute 2 : donc du coup via les SPASAD et via aussi on voit tout ce qui est Conférence des Financeurs, les CFPPA Conférences des Financeurs pour la Prévention de la Perte d'Autonomie donc là c'est aussi des financements CNSA, donc chaque département reçoit des enveloppes de la CNSA pour développer sur son territoire des actions de prévention toujours pareil chez les plus de 60 ans, mais souvent c'est pour des actions collectives, donc moi je me suis un peu battu pour certaines actions individuelles, après il faut savoir que c'est national mais après chaque département le gère un petit peu à sa manière, donc c'est beaucoup de saupoudrage malheureusement, il y a peu de coordination entre les différents dispositifs qui se mettent en place, souvent c'est des financements d'un an, c'est pas pérenne en fait, donc on met une action, et même si elle est efficace, c'est difficile de la poursuivre dans le temps. Et c'est vrai qu'on oriente les SPASAD, qui doivent développer la prévention, vers les financements CFPPA.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : Alors c'est vrai que moi je suis dans la recherche : les actions de prévention c'est bien mais comment on les finance ?

Manon : oui c'est vrai que c'est une problématique

Ergothérapeute 2 : Parce qu'on peut tous faire beaucoup de prévention, mais malheureusement après c'est les financements. Je sais qu'au niveau du PAERPA, on a réussi à se faire financer par la CFPPA, de tout ce qui est Education Thérapeutique du Patient, donc on intervient sur les cas de risques d'hospitalisation évitables mais vraiment dans le champ de la prévention. Au niveau national aussi quand même le PAERPA, depuis 2000... du moins que je ne dise pas d'ânerie au niveau de l'année je ne veux pas vous dire d'ânerie mais du coup depuis quelques années déjà donc il y a des expérimentations PAERPA, et c'est vraiment pour le Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie et normalement c'est pour toucher en fait, pour éviter la perte d'autonomie, donc vraiment être en préventif : repérer les risques de perte d'autonomie et avoir une action dessus. Donc là c'est vraiment au niveau national, là c'est en expérimentation, ça se termine à la fin de l'année, ça va être évalué. Alors ce qui est compliqué c'est qu'on reste quand même on est dans une culture du curatif, et dans la tête des gens, le préventif c'est pas tout à fait ça, donc : Faites du sport, ya plein de choses qui se développent aussi même au niveau des caisses de retraite, tout ce qui est inter-régimes aussi, je sais pas si vous connaissez ? Il y a des appels à projets inter-régimes, CARSAT-MSA.

Manon : non...

Ergothérapeute 2 : voilà donc c'est aussi des financements possibles pour les, et là c'est vraiment pour les GIR 5 – 6 donc pour les personnes qui n'ont pas, qui sont encore relativement autonomes et indépendantes, et c'est vraiment aussi développer des actions de prévention envers ce public-là.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : Là c'est tout ce qui est caisse de retraite inter-régimes, après pour tout ce qui est prévention, je trouve que c'est vraiment...on en entend vraiment beaucoup parler en ce moment, après le nerf de la guerre souvent ça va être de trouver les financements pour les organismes, après autrement il y a toutes les actions individuelles, les personnes âgées qui ont peut-être plus conscience de l'importance de bien manger, de continuer de faire du sport, ça reste quand même des démarches individuelles, il n'y a aucun médecin, au jour d'aujourd'hui c'est vrai que les médecins ne sont pas formés à faire du préventif. Quand on va voir son médecin c'est en général qu'on a un bobo ou on a quelque chose qui ne va pas. On va rarement voir le médecin quand tout va bien. La prévention ça commence là en fait, il y a vraiment toute une culture à revoir pour qu'on prenne soin de nous, du moins, en faisant du sport, ... et je

pense que ça arrive avant qu'on soit à la retraite, parce que là on parle, c'est pour les plus de 60 ans la question ?

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : du coup je pense que c'est un gros travail à faire en amont. Et maintenant c'est vrai qu'on nous incite tous à faire de la prévention, ce qui est très bien, mais on se rend compte, moi je vois par rapport au PAERPA, on est déjà plus, on est dans la prévention d'un risque de perte d'autonomie supérieur. Les gens qui nous sont orientés sont déjà malheureusement en perte d'autonomie en fait.

Manon : Le PAERPA, il me semble que c'est plus vieux non ? c'est plus de 75 ans, le PAERPA ?

Ergothérapeute 2 : Alors au niveau national, mais en fait nous notre expérimentation c'est 60 ans.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : Comme on avait monté l'association avant d'être officiellement PAERPA en fait, du coup sur notre territoire on a cette différence par rapport aux autres territoires, on le fait à partir de 60 ans.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : mais oui vous avez raison au niveau national c'est 75 ans.

Manon : et pourquoi ce choix du coup de 60 ans, comment ça s'est décidé ?

Ergothérapeute 2 : parce qu'en fait, la prévention on est toujours sur cette barrière d'âge de 60 ans et c'est vrai que tout le projet a été fait avec une MAIA

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : l'association on a mutualisé les moyens avec une MAIA et du coup c'était du moins ça tombait sous le sens qu'on commence à 60 ans. Pourquoi à partir de 75 ans ? ET du coup quand on est devenu PAERPA c'est ce qu'on a défendu. On a aussi un temps d'ergo en ESPRAD qui est financé par le PAERPA et pareil c'est à partir de 60 ans. C'est vraiment quelque chose qu'on a défendu et qui est passé au niveau national. A nous de prouver maintenant justement de l'importance de ça ... parce que les barrières d'âge on sait très bien qu'à 60 ans une personne qui a 60 ans peut vraiment être déjà, ne plus être dans la prévention, et on peut être dans la prévention avec une personne de 80 ans.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : faut qu'on arrive à faire sauter cette barrière d'âge qui n'a pas beaucoup de, ce qui augmente les risques mais qui n'a pas toujours forcément beaucoup de sens. Je pense que la prévention devrait pouvoir être proposée à tout le monde.

Manon : même vous voulez dire en dessous de 60 ans, ou est-ce qu'au-dessus de 60 ans vous ne voulez pas faire de différence entre les personnes ?

Ergothérapeute 2 : je pense qu'à partir de 60 ans elle n'a pas de différence, et en dessous de 60 ans, du moins, je pense que si on veut vraiment être dans une culture de prévention, il faudrait que dès tout petit, on nous conditionne à prendre soin de nous en fait, à être dans la prévention mais pour pas mal de choses. On tourne autour, on tourne autour vraiment tout le temps, mais je pense que c'est des messages qui passent pas quand même toujours, du moins... Quand même on voit bien que nos enfants, malheureusement on est en train de se caler sur les Etats-Unis, on a de plus en plus d'enfants qui ont une obésité, enfin du moins qui sont vraiment en surpoids. Voilà ça ce sont des enfants qui vont rester beaucoup devant leur ordinateur, vont avoir beaucoup d'activité physique à l'extérieur, et ça commence là. Pour moi il n'y a pas d'âge pour la prévention, ça commence tout de suite, même quand on va bien. C'est là qu'on arrive à changer notre regard. Bon j'espère que je ne vais pas trop loin, ça va ?

Manon : oui oui, et du coup j'avais une question par rapport au PAERPA, exactement quelles sont vos actions précises, comment ça s'organise ?

Ergothérapeute 2 : Alors les ergothérapeutes coordinatrices font vraiment une évaluation globale pour faire du repérage, donc par rapport à tout ce qui est nutrition, dépression, les 4 risques d'hospitalisation évitables : la dénutrition, la dépression, la iatrogénie médicamenteuse et la chute. Donc vraiment elles font du repérage avec des bilans, elles vont à domicile. Par contre après elles font un Plan Personnalisé de Santé avec des préconisations, par rapport à une hiérarchisation des priorités avec la personne en fait, on prend un objectif, et du coup elles mettent en place la réponse.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : elles ont une bonne connaissance du territoire au niveau du réseau et donc elles prennent contact avec la personne, du moins, la solution, le prestataire ou ... qui va pouvoir répondre à l'objectif qui a été fixé. Et il y a un suivi à 6 mois, à 1 an, pour voir vraiment si les préconisations faites ont pu être suivies d'effets.

Manon : d'accord, et comment ces personnes sont orientées du coup pour arriver au niveau du PAERPA ?

Ergothérapeute 2 : en fait au jour d'aujourd'hui, c'est vrai qu'on a un gros partenariat avec l'Hôpital de jour par exemple, l'HDJ, on a une HDJ chute et une HDJ fragilité. Il y a eu un gros travail aussi sur le territoire aussi de formation de toutes les auxiliaires de vie, les aides à domicile. Là c'est pareil c'est avec des financements CNSA, il y a eu une grosse campagne de formation des intervenants terrain sur le repérage des risques de pertes d'autonomie. Donc quand les aides à domicile repèrent, elles peuvent orienter après vers la CTA. Les libéraux, on a fait beaucoup de communication auprès de tous les libéraux du territoire : auprès des médecins, infirmiers, kiné. On a tous les SAAD, les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile au niveau des Responsables de secteur, il y a vraiment, ça a été très large, on a fait beaucoup de communication.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : Voilà donc les personnes sont orientées par de multiples voies. Après on intervient toujours avec l'accord du médecin traitant, et bien sûr la personne mais ça c'est d'emblée, il faut que la personne soit ok pour notre intervention bien sûr, et faut aussi qu'on est l'accord du médecin traitant. Parce que sur beaucoup de territoire PAERPA, la majorité en fait il y a la Coordination Clinique de Proximité qui est composée du médecin, l'infirmier, pharmacien, kiné. Et du coup il y a un financement pour faire cette coordination. Sur notre territoire en fait l'ARS a financé des postes : l'ergothérapeute coordinateur, entre autre, pour faire à la place du médecin traitant, et sur notre territoire ça leur va bien, en fait on élabore vraiment tout le Plan Personnalisé de Santé en lien avec eux, et après on accompagne la mise en place des précoc et vraiment dans la prévention de la perte d'autonomie.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : et souvent quand on arrive ... on est vraiment dans la prévention auprès des aidants. Il y a quand même des risques importants dans leur rôle d'aidant. C'est là qu'on arrive vraiment à toucher des personnes qui sont GIR 5-6, si on parle du GIR, c'est pas du tout une cotation qui est la plus, du moins, la plus adéquate, mais en tout cas des personnes qui physiquement vont encore très bien. Donc c'est vraiment le plus souvent pour la mise en place de solution de relai. Pour qu'il puisse eux se reposer.

Manon : d'accord donc c'est beaucoup des relais et est-ce qu'il y a par exemple des choses qui sont mises en place en groupe ? Est-ce que c'est beaucoup de l'individuel ?

Ergothérapeute 2 : Alors au niveau des orientations si la personne, dans les préconisations il y a une orientation vers une activité quelconque, il y a vraiment une orientation vers une activité. S'il y a besoin de tout ce qui est réadaptation, il y a une orientation vers un ergothérapeute qui va pouvoir venir à domicile gratuitement et qui est financé aussi par le PAERPA. On a aussi développé tout ce qui est éducation thérapeutique donc dans le cadre de l'éducation thérapeutique il y a le bilan initial mais après il y a des ateliers en groupe animés justement par des professionnels de la CTA, de la Coordination Territoriale d'Appui, donc ergo, gériatre, infirmières, donc c'est là c'est des ateliers collectifs. Du coup nos ergothérapeutes coordinateurs du PAERPA, comme nos ergothérapeutes en ESA et au niveau de l'ESPRAD, ont comme mission de très bien connaître le réseau, le territoire, et quand elles interviennent, de vraiment bien évaluer les problématiques rencontrées pour pouvoir orienter vers le bon professionnel. Le PAERPA c'est vraiment d'orienter la personne vers le bon professionnel qui va correspondre aux besoins évalués.

Manon : d'accord. Et du coup concrètement sur vos critères, vous disiez qu'il y avait beaucoup de personnes qui étaient GIR 5 – 6. Donc c'est du repérage de fragilité, et est-ce que vous avez des critères précis d'inclusion et d'exclusion ?

Ergothérapeute 2 : alors en fait il y a le document de l'HAS pour le repérage de la fragilité.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : Vous savez il y a 5, 6 questions très simples, et c'est là-dessus qu'on est parti en fait et c'est vrai que maintenant on est vraiment, quand les partenaires nous contactent sur une situation, on est vraiment aussi avec la MAIA, quand c'est des situations complexes et bien c'est orienté vers la gestion de cas.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : après je dis 5, 6 non c'est les aidants, après ce ne sont pas la majorité des personnes qui nous sont orientées.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : et la majorité sont quand même en GIR 4

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : après si vous le souhaitez je pourrai vous faire parvenir le rapport d'activité de l'année dernière ? 2018, pour que vous ayez une vision

Manon : d'accord, oui,

Ergothérapeute 2 : je pourrai vous envoyer ça

Manon : oui ça peut être intéressant oui. OK, c'est super intéressant il y a plein d'infos, juste j'avais une question, vous avez parlé de CTA à un moment donné ?

Ergothérapeute 2 : oui, la Coordination Territoriale d'Appui, l'idée c'est que c'est un numéro unique sur un territoire, pour tous les professionnels, quand il y a une problématique rencontrée à domicile auprès d'une personne âgée, il suffit d'appeler ce numéro là et la solution doit être donnée. Et la CTA chez nous est composé de PAERPA, qui est porté par PFS34, l'association dont je suis présidente, en lien avec le CHU, et la MAIA, qui est porté aussi par le CHU.

Manon : d'accord, ok.

Ergothérapeute 2 : du coup la CTA c'est le regroupement MAIA, PAERPA.

Manon : ok et donc c'est pour avoir des conseils sur une problématique précise.

Ergothérapeute 2 : voilà, s'il y a besoin d'un hébergement temporaire, il y a un libéral qui veut avoir une information spécifique sur quelque chose, il a une demande très précise, ou alors pour une situation à domicile qu'il rencontre, on peut faire soit aller à domicile l'ergothérapeute coordinateur, ou un gestionnaire de cas en fonction de ce qui est, en fonction de la situation, on a aussi un gériatre, aussi un dentiste, donc en fonction de la problématique qui nous est orienté, on va envoyer à domicile la personne la plus adaptée. Mais en général c'est les ergothérapeutes coordinateurs qui vont déjà déblayer, faire toute l'évaluation globale et orienter après vers le bon professionnel.

Manon : ok, et ça du coup ça existe partout en France ?

Ergothérapeute 2 : non, et non il n'y a que chez nous. Là c'est vraiment l'expérimentation, autrement en France c'est vraiment le médecin qui fait tout ça, il n'y a pas forcément d'ergos, tout dépend **comment les ergothérapeutes ont été intégré ou pas dans le projet**. Donc nous, l'ANFE était bien, j'étais bien identifié sur le territoire au niveau de l'ARS donc ça a facilité la mise en place, donc du coup on est vraiment partis sur des ergothérapeutes coordinateurs, donc à nous de défendre ce modèle-là, parce que je pense que les ergothérapeutes ont vraiment une place importante au niveau de la coordination. On peut se positionner autant qu'un infirmier, mais du coup c'est à défendre.

Manon : oui, et du coup c'est bien ça fait le lien avec la question suivante, vous avez déjà commencé à répondre, c'était justement qu'elle est la place vraiment de l'ergo dans cette

prévention auprès de la population âgée, et est-ce que vous pensez que cette place elle est amenée à évoluer et comment elle pourrait évoluer ?

Ergothérapeute 2 : Moi je pense que l'ergothérapeute a vraiment sa place dans la prévention, et je pense qu'il faut qu'on fasse évoluer aussi un peu notre pratique, c'est vrai qu'on intervient souvent chez des personnes qui ont déjà des problématiques, et je pense qu'on peut vraiment même intervenir en amont par rapport à tout ce qui est occupation centrée, du moins, après j'extrapole vraiment mais quelqu'un qui part à la retraite, qui était très investi au niveau de son travail, alors là je parle vraiment d'un extrême, je pense qu'il pourrait y avoir l'intervention d'un ergothérapeute, pour refaire le point sur les occupations, pour accompagner en fait, une sorte de « coach » voilà de manière très très, je pense que c'est quelque chose qui pourrait peut-être se développer dans l'avenir. Au jour d'aujourd'hui, on est dans la prévention, mais encore pas énormément, parce qu'en fait souvent dans les structures dans lesquelles on travaille on va intervenir chez des personnes qui ont déjà des problématiques, qui sont déjà en situation de handicap ou qui ont eu un évènement traumatique à un moment donné, et cet évènement fait qu'on a besoin d'un ergothérapeute, mais je pense qu'il faut vraiment qu'on arrive à évoluer et à aller sur des champs sur lesquels on n'est pas encore. Je pense que sur l'éducation thérapeutique, on a vraiment aussi pas mal de choses à faire, et ne pas se limiter à l'aide technique, du moins je pense que les ergothérapeutes peuvent vraiment aller au-delà, par rapport à toutes les occupations en fait, je pense que, en tout cas moi je vois par rapport au PAERPA on n'est pas, les ergothérapeutes coordinateurs, les postes qu'elles remplissent pourraient être fait par un autre professionnel, mais le regard est intéressant.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : On apporte un autre regard. Et c'est vrai que oui par rapport à tout ce qui est occupation-centré, par rapport à tout ce qui est environnement, je pense qu'on prend tellement en compte, je pense que ça fait partie de notre formation de prendre en compte tout cet environnement, et je pense que c'est un regard très intéressant à amener. Et je pense qu'auprès des salariés, du moins moi je suis plutôt dans le secteur de l'aide à domicile, et c'est vrai qu'on a développé tout ce qui est formation auprès des salariés, je pense : prévention personne âgée et prévention des intervenants qui interviennent auprès des personnes âgées.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : je pense qu'on a vraiment, oui tout ce qui est PRAP, tout ce qui est geste et posture. Dans le milieu de l'aide à domicile, les intervenants terrain elles ont beau être auxiliaires de vie sociale, elles sont pas forcément toujours armées à intervenir auprès d'une

population âgée qui est elle peut-être déjà en situation de handicap, et pour tout ce qui est des formations de manutentions, voilà, mais c'est pas ça qui importe, ce qui est intéressant c'est quand l'ergothérapeute peut aller au domicile, évaluer la situation et montrer à la personne, en présence bien-sûr de l'intervenante terrain, des meilleurs gestes)à avoir, comment faire en sorte que la personne garde en autonomie, et comment faire en sorte aussi de préserver le salarié terrain qui va intervenir tous les jours. Voilà, tout ce qui est formation, du moins, après... c'était quoi votre question, redites la moi ?

Manon : c'était quelle place l'ergothérapeute peut-il avoir dans cette prévention auprès de la personne âgée ? Et comment elle peut évoluer.

Ergothérapeute 2 : ouais bien sûr très bateau, mais tout ce qui est prévention de la chute, mais pas que quoi, je pense qu'on peut vraiment être dans le repérage, je pense qu'on est assez, pour tout ce qui est évaluation à domicile, on a une vision assez fine, pour tout ce qui est repérage et pour pouvoir orienter après vers le bon professionnel, je pense que, en tout cas la coordination pour moi fait partie intégrante de notre formation et on peut vraiment être acteur dans la prévention en pouvant orienter vers le bon professionnel aussi à un moment donné... Et inciter les personnes à continuer à être en activité au quotidien.

Manon : oui, c'est vrai que vous parliez tout à l'heure de tout ce qui était prévention primaire, et c'est des questions que je me pose aussi : est-ce que l'ergothérapeute est légitime aussi auprès d'une population qui pour le moment n'a pas de souci de santé, et comment aussi on se positionne par rapport à ça.

Ergothérapeute 2 : je pense que oui, mais il y a, moi je vois par rapport aux aidants, on est vraiment dans la prévention primaire, du moins, après il y a pas mal de choses à développer, rien que là, après je pense que c'est pas encore dans notre culture, mais pour peu de professionnels, pour la prévention.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : parce que après je pense que la prévention il faudrait vraiment qu'elle soit incarné par les personnes elles-mêmes. Voyez ? Je sais pas comment cela pourrait être possible ça mais que chaque, qu'on soit tous les promoteurs de notre prévention, du moins je ne sais pas si je me fais comprendre mais ...enfin on est tous pareil, moi la première, je fais des trucs que je ne devrai pas, je sais, je mange trop de chocolat !

Manon : oui oui

Ergothérapeute 2 : enfin voilà au niveau alimentaire je pense qu'il y aurait à faire mais bon à un donné : comment faire pour qu'on soit plus acteur de la prévention ? Et après les ergos oui je pense qu'il y a beaucoup de choses à développer au-delà du stéréotype : chutes, aides techniques et tout ça. Je pense qu'il faudrait vraiment qu'on arrive à se positionner mais ça demande... on n'y est pas, je pense qu'on n'y est pas. Après aux Assises, je ne sais pas si vous y avez assisté à l'intervention d'une ergothérapeute qui est sur une communauté de commune...

Manon : oui oui

Ergothérapeute 2 : Et bien voilà, elle **elle y est vraiment dans la prévention primaire.**

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : je pense qu'il faut que vous arriviez à l'avoir elle parce qu'elle développe quelque chose qui est **assez innovant.**

Manon : oui oui c'était très intéressant

Ergothérapeute 2 : ah oui, et là **c'est des volontés politiques**, on voit bien que c'est voilà sur certaines communes, et je pense qu'elle elle est vraiment là-dedans. Et c'est sûr que je trouve que c'est là qu'on peut être pertinent, et elle y trouve sa place. Après ça peut être aussi d'animer des ateliers, du moins de faire de... après oui ce serait pas peut-être typiquement ergo mais on apporterait aussi notre vision, mais que les gens se retrouvent autour, du tissu social, recréent du lien.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : après pour moi ça a du sens que ce soit l'ergothérapeute qui le mène, on apporterait notre spécificité, pour moi ça ne serait pas déconnant.

Manon : oui on a un regard qui est particulier oui.

Ergothérapeute 2 : oui oui, ça vous va comme réponse ?

Manon : oui oui très bien ! Donc si vous voulez bien, on va passer plus au programme du Lifestyle Redesign, que vous connaissez déjà, mais juste pour vous resituer...

Ergothérapeute 2 : oui je veux bien, resituer moi...

Manon : Il accorde une place particulière à l'ergo puisqu'il a été créé et imaginé par des ergos, donc à la base c'est vraiment de la prévention primaire, donc auprès de personnes âgées à domicile, donc c'est peu développé encore en France, c'est développé donc aux Etats-Unis et dans des pays en Europe. Du coup selon vous, quelle serait la plus-value que pourrait apporter

ce programme en comparaison aux autres programmes de prévention, toutes préventions confondues, qui sont déjà mis en place en France ?

Ergothérapeute 2 : Resituez-moi bien bien bien le programme parce que du coup c'est vrai que j'ai beaucoup d'informations mais après je passe à autre chose, si vous pouvez me donner les grandes lignes.

Manon : oui, alors du coup tel qu'il a été imaginé par les ergothérapeutes de Los Angeles, donc c'est un programme sur 6 mois, ça se déroule à la fois en groupe et en individuel, donc il y a une séance de deux heures par semaine en groupe et une séance par mois en individuel au domicile. Et donc en fait il y a des thématiques qui sont abordées dans chaque groupe autour vraiment de la vie quotidienne, donc voilà ça peut être l'activité physique, les transports, la gestion du stress, l'alimentation, voilà c'est vraiment très large. Et en fait c'est une place qui est laissée quand même importante à la personne pour qu'il y ait une cohésion de groupe qui se fasse et qu'à travers les échanges, il y ait vraiment, ça s'appelle le Lifestyle Redesign donc c'est vraiment une modification des habitudes de vie, avec des choses mises concrètement en place dans le quotidien. Et donc voilà, c'est sur six mois donc ça permet aussi de voir l'évolution de chaque personne.

Ergothérapeute 2 : Alors pour moi déjà c'est vrai que ça me resitue bien merci. Pour moi c'est quelque chose qui n'existe pas en fait, et du coup ça permet de donner un outil et de guider un peu les ergothérapeutes qui pourraient potentiellement le mettre en place, redites moi votre question initiale ?

Manon : c'était du coup quelle serait pour vous la plus-value de ce programme, si on compare avec ce qui existe déjà en prévention en France ?

Ergothérapeute 2 : ça permettrait de structurer un petit peu, et je pense qu'il y a un manque, du moins on voit bien, du coup ça permettrait, comme je vous disais tout à l'heure qu'il faudrait que chacun soit acteur, c'est vrai qu'un accompagnement comme ça de six mois, permettrait de donner les outils à la personne après de pouvoir le continuer toute seule, de l'armer, et ça permettrait aux ergothérapeutes d'avoir un outil, aujourd'hui je pense qu'il y a beaucoup de choses qui se font mais de manière très éclatée, du moins, alors c'est ma vision à moi, peut-être que je me trompe mais j'ai pas l'impression qu'il y ait de programme, oui il y a des programmes nationaux mais ou en fait on se rend compte que chaque territoire, ce qui est bien aussi, mais chaque territoire va avoir sa spécificité, il ne va pas y avoir de consensus, on va réussir à développer quelque chose au niveau de l'alimentation d'un côté, après ça va être plus de la chute de l'autre, et des fois il n'y a pas vraiment de coordination. Je trouve que c'est très

compliqué au jour d'aujourd'hui pour les personnes âgées, d'avoir une bonne vision de tout ce qui est proposé sur un territoire.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : et donc voilà là ça permettrait de structurer justement une prévention efficace, et vu que c'est sur six mois, ça permettrait à la personne de pouvoir vraiment être actrice après par la suite. Et ça permettrait d'intervenir en amont, là on ne le fait pas vraiment au jour d'aujourd'hui, du moins pour moi ça permettrait vraiment à l'ergothérapie de se démarquer, de s'inscrire dans un programme qui pourrait vraiment être, enfin qui a prouvé de son efficacité déjà, et qui permettrait peut-être à certains ergothérapeutes de se lancer plutôt que ce soit des choses qui, que chacun y fasse un peu, mette sa popotte quoi c'est toujours pareil, voilà.

Manon : c'est vrai que la question du coup de la population vraiment cible elle se pose aussi ici, quand vous disiez tout à l'heure, qu'à partir de plus de 60 ans, est-ce qu'on peut admettre tout le monde, est-ce que les groupes il faut qu'il soit ... et qu'il faut qu'on fasse des tranches d'âge ?

Ergothérapeute 2 : oui, il y a des critères d'inclusion, du moins, au niveau des groupes ou pas du tout ?

Manon : Alors c'est un peu flou dans les écrits en fait sur vraiment ce qu'elles ont mis en place à l'origine, elles parlent de prévention primaire, elles parlent de personnes qui n'ont pas de problèmes de santé à priori, après à quel moment on peut considérer que les problèmes de santé ne sont pas envahissants, ou n'ont pas d'impact dans les activités de la vie quotidienne.

Ergothérapeute 2 : oui, parce que je vois typiquement par rapport à l'ETP on est vraiment sur des personnes normalement justement dans de la prévention plus primaire, et c'est tout un, c'est pas simple, de réussir à toucher ces personnes-là en fait.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : et du coup on a tourné, là les dernières interventions là on les fait en résidence séniors.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : parce que du coup voilà on a réussi à toucher une population, à les avoir sur place, à échanger, et qu'on commence par là pour pouvoir réussir après à la dupliquer à domicile. Parce que souvent les gens ne se sentent pas concernés par ça. A partir de 60 ans :

bah non je vais bien. Juste pour la petite anecdote, j'étais à un salon des seniors il y a un mois et demi, avec notre petit stand PAERPA/CTA. Et c'est vrai qu'il y a des personnes qui venaient nous voir et qui avaient 70 ans, mais ça allait bien donc : non ça ne nous concerne pas, mais je viens pour ma sœur qui est plus âgée. Et on avait beau expliqué que ça pouvait être aussi en terme de prévention un accompagnement qui pouvait être intéressant pour elle, mais non. Je pense qu'on a vraiment un changement, ouais, je ne sais pas comment vous vous voyez la chose, mais il y a un gros travail de fond et que les gens se sentent concernés en fait. Moi je trouve qu'aujourd'hui on ne se sent concernés que lorsqu'on est touchés par quelque chose.

Manon : oui, et ça rejoint le côté culturel dont vous parliez, la culture du curatif et de notre relation aussi à la santé, ça touche aussi à ça.

Ergothérapeute 2 : oui, et tant que tout va bien, pourquoi j'irai ? C'est une remise en question mais voilà je pense qu'on peut l'amener, je pense qu'il y a une prise de conscience à avoir et je pense que les ergothérapeutes peuvent y avoir une place.

Manon : oui, mais je pense que du coup ça touche aussi notre posture professionnelle, et la manière dont on se représente aussi le métier, parce que, moi la première, quand j'ai commencé à m'intéresser à ce programme c'est parce que la prévention primaire je me disais qu'est-ce que l'ergothérapeute va bien pouvoir y faire ? Et est-ce que c'est légitime d'avoir ce champ d'intervention en tant qu'ergothérapeute ?

Ergothérapeute 2 : oui et au contraire je pense que c'est là qu'on sera vraiment dans la prévention, mais c'est vrai que pour l'instant je pense qu'on n'y est pas vraiment, du moins, quand à la limite il n'y a rien, je pense que pas mal d'ergothérapeutes vont être désarmés : la personne n'a rien donc je n'ai rien à faire.

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : je pense que pour l'instant, on n'est peut-être pas encore formés à cela, du moins, et si on n'arrive pas à identifier une problématique, et bien non tout va bien. Donc oui il y a tout ça à changer, il y a pas mal de choses à faire évoluer.

Manon : Du coup, dans la suite, pour essayer de se projeter et d'imaginer un peu de manière concrète, dans quel type de structure ou au moins sous quelle(s) modalité(s) est-ce que vous pourriez envisager de voir apparaître ce type de programme ? Avec toutes les problématiques qu'on a pu voir c'est-à-dire, voilà les structures qui pourraient être porteuses, les modalités économiques aussi on a vu la difficulté des financements.

Ergothérapeute 2 : Alors du coup avec ma vision à moi, c'est vrai que je pense que c'est une chose que l'on pourrait développer à domicile et qu'il faudrait s'appuyer sur des SPASAD ou des SSIAD ou des SAAD, qui pourraient en fait rechercher des financements via l'inter-régime ou la conférence des financeurs pour développer des programmes comme ça. Mais je pense qu'il y aurait vraiment, vous avez eu Amélie Sarragoni ?

Manon : non

Ergothérapeute 2 : Alors Amélie Sarragoni a déposé un dossier à la CFPPA et va développer un programme sur son ESPRAD.

Manon : ah oui c'est à Lille c'est ça ?

Ergothérapeute 2 : oui c'est ça.

Manon : oui j'en ai entendu parler oui

Ergothérapeute 2 : et je pense qu'elle elle serait encore plus pertinente pour vous parce qu'elle a concrètement déposé un dossier et elle va le mettre en place, avec des ergos et tout.

Manon : d'accord

Ergothérapeute 2 : Alors moi je connais moins les autres secteurs, mais je pense que oui tout ce qui est SSIAD, SAAD, SPASAD, et puis après tout ce qui est inter-régimes, et CFPPA, je pense que ça peut être des financements, parce que c'est toujours pareil, c'est toujours la problématique du financement derrière. Mais du coup comme les SPASAD doivent développer tout ce qui est prévention, et que l'inter-régimes et les caisses de retraite sont vraiment à fond aussi là-dessus, il y a vraiment des choses que l'on pourrait développer dans ces structures-là, en déposant des dossiers inter-régimes ou CFPPA, du moins, avec mon expérience à moi, c'est ce que je verrai, après, dans les CCAS aussi, après tout dépend de la volonté que peuvent avoir les CCAS de développer de tel programme, pour les habitants de la commune en fait, je pense que tout va dépendre des volontés politiques dans certaines communes, mais ça pourrait vraiment dépendre des CCAS aussi. Avant, je travaillais dans un CLIC de niveau 3 en Bretagne, donc il y a deux ergothérapeutes à temps plein pour une commune en fait et on faisait pas mal d'action. Et c'est vrai que c'était une volonté politique de notre ville, je pense comme la personne, je ne sais pas si vous allez voir, celle qui est intervenue aux Assises, c'est une volonté de sa communauté de commune. Après ce qui est toujours un peu compliqué avec ce sont les financements, qui sont non pérennes, comme là c'est une action sur 6 mois, on peut peut-être avoir un financement sur 6 mois, et après pour le renouveler, c'est toujours la problématique... Ou de le faire passer comme de l'éducation thérapeutique ? Non c'est pas possible ?

Manon : Et bien je ne sais pas oui ...

Ergothérapeute 2 : Le faire labelliser auprès de l'ARS, souvent les ARS, enfin ça dépend des ARS en tout cas chez nous, ils ne donnent pas de financements pour mettre en place une ETP mais du coup ça peut peut-être partir de centre hospitalier ? Avec l'étiquette qui va avec, après c'est peut-être moins... Après je pense que le porteur ça va être des volontés de chaque porteur, de l'investissement qui peuvent y mettre ... Je ne sais pas si je réponds à votre question ?

Manon : si si mais du coup ça me fait penser, vous parlez d'ETP là, et tout à l'heure vous parliez d'ETP en résidence senior, dans quel cadre, comment ça s'est organisé pour que vous arriviez à ça ?

Ergothérapeute 2 : parce qu'en fait comme on voulait faire de l'ETP auprès d'une population cible, donc des personnes quand même relativement autonomes et indépendants, et en fait on avait du mal à trouver une salle dans un quartier, ça demandait beaucoup beaucoup de travail, et on l'a fait mais c'était un petit peu complexe, et c'est vrai qu'en résidence-senior et bien on s'est approché de certaines résidences-seniors et les directions ont vu ça d'un bon œil parce qu'on arrivait avec ce programme là et c'est gratuit pour leurs résidents ou les personnes qui habitent dans ces résidences-seniors, et du coup comme ils ont l'habitude d'avoir des activités, le programme leur a été expliqué et en plus c'est vrai que c'est un gériatre, une infirmière, du coup ça a pris. Et donc en résidence-senior ça fonctionne bien et ça pourrait être quelque chose à développer aussi en résidence-seniors le programme. Je pense qu'il y a pas mal de choses aussi à faire à domicile oui.

Manon : et du coup ça c'est rattaché à quoi ? Il est rattaché à quoi ce programme ETP ?

Ergothérapeute 2 : au PAERPA

Manon : d'accord directement au PAERPA

Ergothérapeute 2 : oui. C'est PFS 34, l'association : Prévention Fragilité Seniors 34 qui porte une partie du PAERPA avec le CHU et donc on a déposé un dossier à la CFPPA, et donc on a maintenant une chargée de mission ETP. On a formé tout le personnel à l'ETP parce que c'est vrai que maintenant, vous sortez, vous êtes diplômés, et vous avez la formation ETP

Manon : oui

Ergothérapeute 2 : mais les anciens ergos et pleins de professionnels qui n'ont pas cette formation-là, donc on a formés l'année dernière tous les salariés à l'ETP. Et donc c'est comme ça qu'on a lancé notre programme.

Manon : d'accord. Et du coup je me disais, ce statut d'association, ça vous permet d'être beaucoup plus libre j'imagine, sur ce que vous pouvez proposer ?

Ergothérapeute 2 : Ah oui, c'est comme là où je suis employeur et salarié, après il suffit, entre guillemets, de répondre à des appels à projet, et si on arrive à avoir un financement, il suffit après de lancer l'action. Surtout si après en interne on a déjà des ressources, c'est vrai que nous on est pas mal d'ergos maintenant, j'étais toute seule au départ, maintenant je ne me compte plus, ils sont 6. C'est vrai que quand on veut parler de projet etc, c'est vrai qu'il y a une dynamique. Je trouve que c'est intéressant quand on est en poste de pouvoir, bon il y a le poste initial, mais pouvoir aussi réfléchir à des projets, sur une évolution. Mais l'associatif oui, c'est des choses qui je pense peuvent facilement être développées en association. Mais je pense qu'en CCAS aussi, je pense qu'en centre hospitalier, mais moi je maîtrise moins ce champ d'action.

Manon : oui, et c'est vrai que ce qui est plus lié au domicile, dès qu'on est sur de la prévention qui est plus primaire, ou en tout cas ça ne passe pas par le milieu médical, pour moi se pose aussi la question du recrutement et de comment aller vers les personnes, est-ce qu'il faut forcément que ça passe par une prescription ?

Ergothérapeute 2 : oui, c'est tout le travail, et la difficulté c'est que les médecins traitants ils vont toujours trouver que c'est des bonnes idées mais après ils orienteront pas. Mais après les CCAS, les clubs du troisième âge, les SAAD du moins quand on intervient juste pour un peu d'entretien courant. Je pense que les vecteurs c'est ça, et puis après faire de la communication, mais grand public.

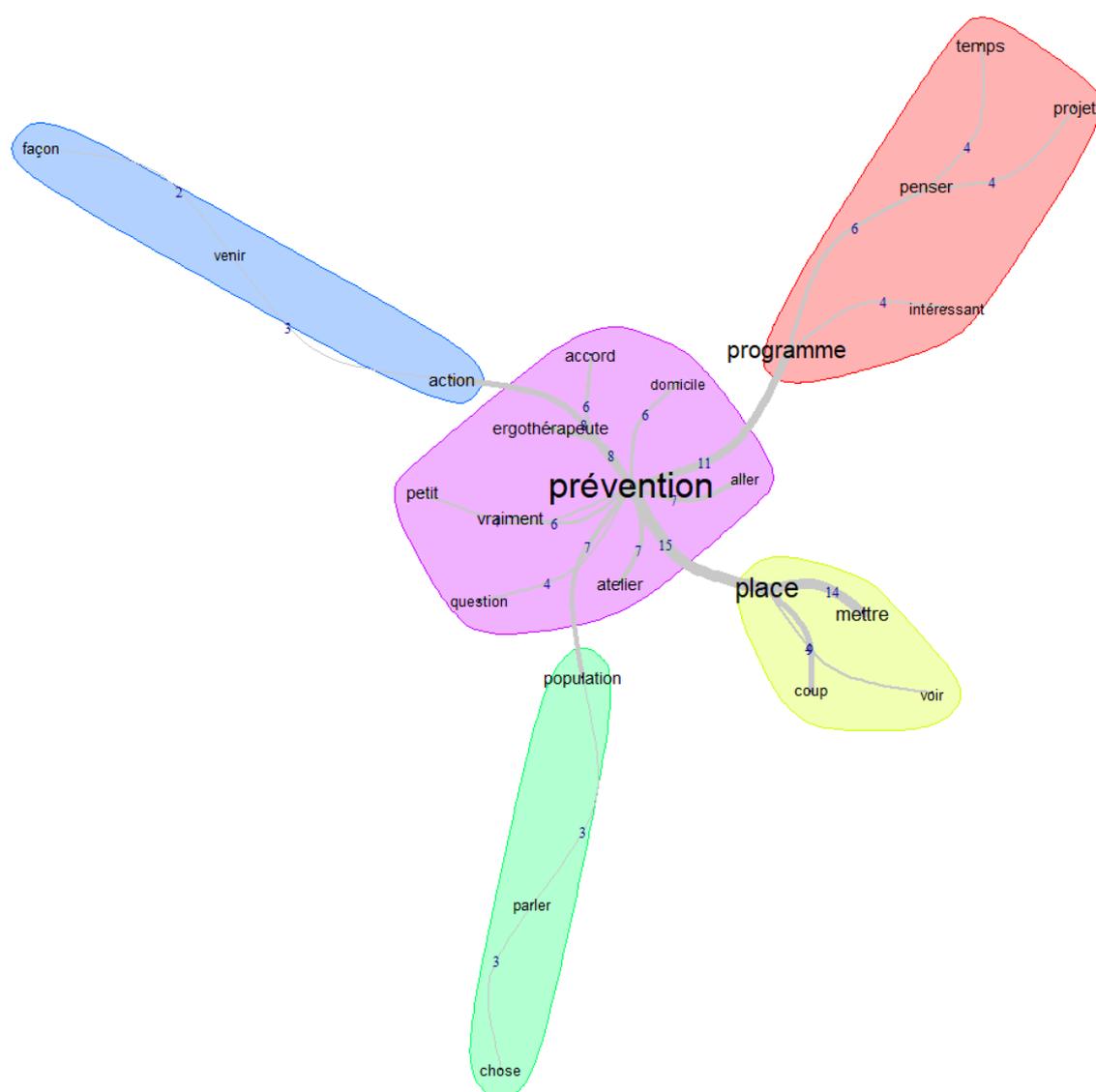
Manon : oui

Ergothérapeute 2 : dans les journaux, voilà, tout ce qui va toucher le public cible en fait.

11. Annexe n°11

GRAPHIQUE DES OCCURRENCES SUPERIEURES A DIX DANS L'ENTRETIEN N°1

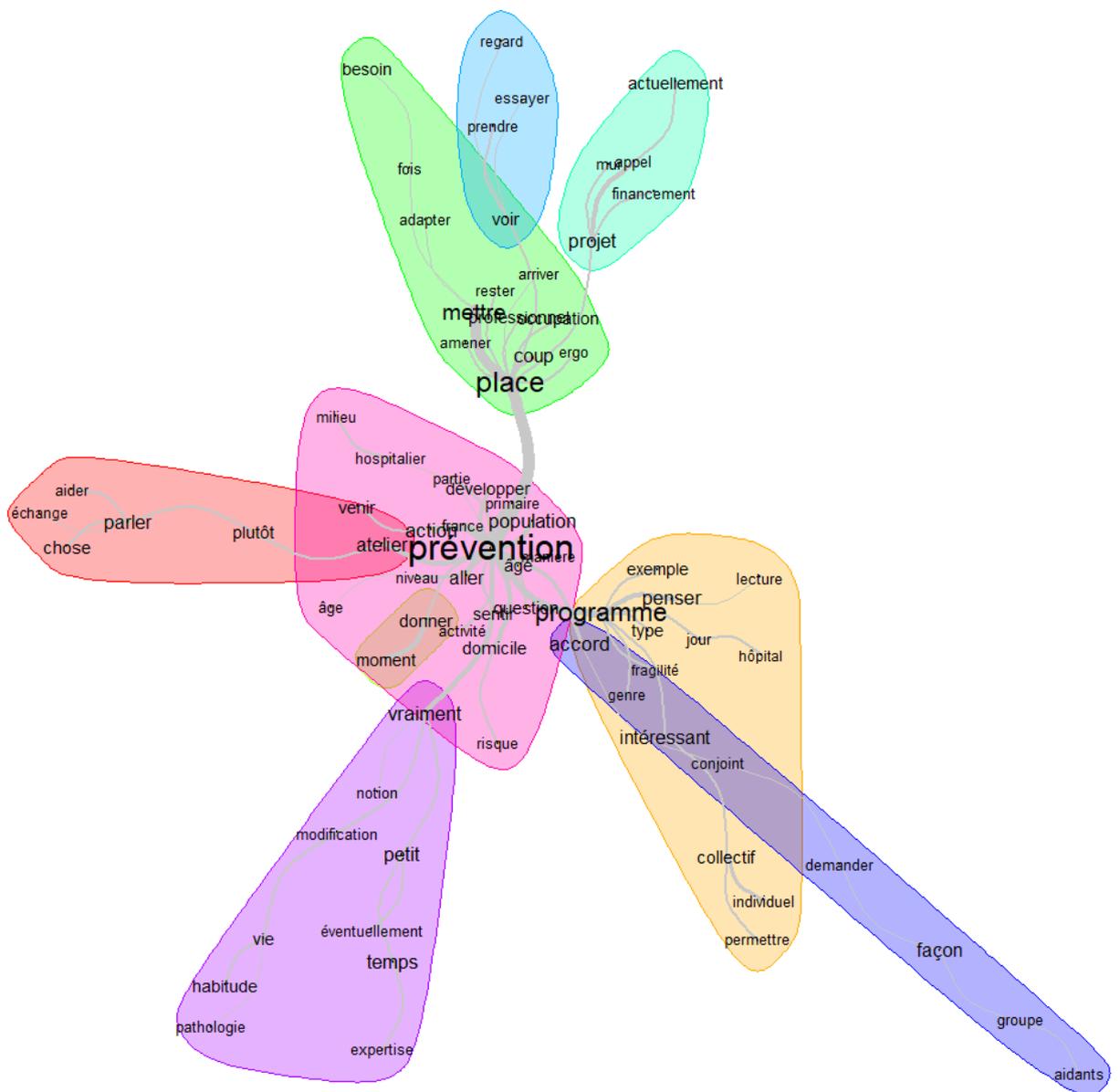
Ce graphique a été réalisé avec le logiciel Iramutech. En effet, ce logiciel va calculer les occurrences des mots et mettre ensuite en lien ces mots en fonction de leur occurrence. On obtient ainsi des « bulles » de mots qui sont liés dans le discours de la personne. Ici les mots liés ont tous des occurrences supérieures à dix.



12. Annexe n°12

GRAPHIQUE DES OCCURRENCES SUPERIEURES A CINQ DANS L'ENTRETIEN N°2

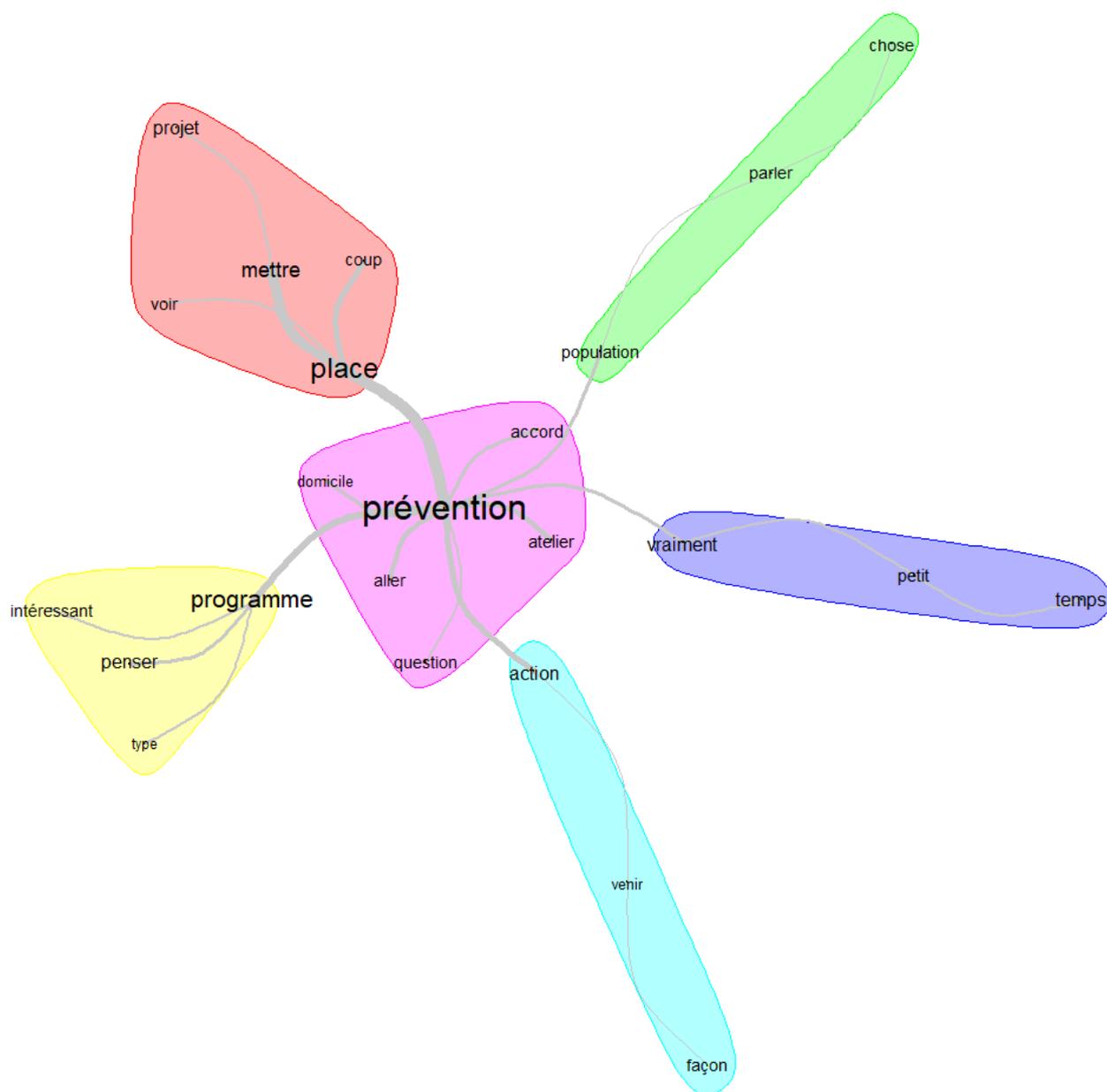
Ce graphique a été réalisé avec le logiciel Iramutech. En effet, ce logiciel va calculer les occurrences des mots et mettre ensuite en lien ces mots en fonction de leur occurrence. On obtient ainsi des « bulles » de mots qui sont liés dans le discours de la personne. Ici les mots liés ont tous des occurrences supérieures à cinq.



13. Annexe n°13

GRAPHIQUE DES OCCURRENCES SUPERIEURES A DIX DANS L'ENTRETIEN N°2

Ce graphique a été réalisé avec le logiciel Iramutech. En effet, ce logiciel va calculer les occurrences des mots et mettre ensuite en lien ces mots en fonction de leur occurrence. On obtient ainsi des « bulles » de mots qui sont liés dans le discours de la personne. Ici les mots liés ont tous des occurrences supérieures à dix.



14. Annexe n°14

GLOSSAIRE

AGIRC-ARRCO : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres – Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

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

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNPG : Collège National Professionnel de Gériatrie

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPBS : Espérance de Vie en Bonne Santé

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESPRAD : Equipe Spécialisée Prévention et Réadaptation A Domicile

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (regroupé maintenant sous Santé Publique France)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSA : Sécurité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPA : Résidences pour Personnes Agées

RSI : Régime Social des Indépendants (devient la Sécurité Sociale pour les Indépendants)

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

La prévention primaire auprès des personnes âgées :

Quelle place peut être faite au programme du *Lifestyle Redesign*® en France ?

Résumé

Le programme du *Lifestyle Redesign*® est une intervention préventive dédiée aux personnes âgées vivant à domicile. Ce programme, basé sur la Science de l'Occupation, a été développé dans les années 90 par un groupe d'ergothérapeutes de l'Université de Californie du Sud, de Los Angeles. Son efficacité, à la fois financière et thérapeutique, a été prouvée dans différents pays, notamment en Europe. Cependant, aucun programme de ce genre n'existe à ce jour en France.

Cette présente étude cherche donc à explorer la pertinence de l'intégration d'une adaptation française du *Lifestyle Redesign*®, sur notre territoire. Quel constat peut-on faire sur la question du vieillissement en France ? Quelles sont les orientations politiques actuelles en lien avec la prévention ? Quelle place les ergothérapeutes occupent-ils dans ce champ d'intervention ? Quelle plus-value apporterait un tel programme dans notre contexte français ? Voici autant de questionnements qui ont guidé ce travail.

Les entretiens exploratoires, réalisés auprès de deux ergothérapeutes, travaillant en lien avec le réseau gérontologique, permettent d'approfondir la réflexion et de faire émerger des points clés afin d'entrevoir des réponses à ces questionnements.

Ce travail exploratoire propose donc un avenir aux ergothérapeutes dans le champ de la prévention et notamment dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées. Le programme du *Lifestyle Redesign*® pourrait alors servir de modèle, afin d'aider les ergothérapeutes à développer des interventions de prévention primaire basées sur l'occupation.

Mots clés : *Lifestyle Redesign*®, prévention primaire, personnes âgées, science de l'occupation, ergothérapie

Abstract

The *Lifestyle Redesign*® Program is a preventive intervention for community living older people. This program, based on the Occupational Science, was developed in the 90's by a group of occupational therapists, in the University of South California, in Los Angeles. Its effectiveness and cost-effectiveness was proved in some countries, including in Europe. However, this type of program doesn't exist in our country yet.

This research seeks to explore the feasibility of implementing a culturally adapted version of the *Lifestyle Redesign*® program in the french context. What about aging in France ? What are the political guidelines about prevention ? What is the current practice of french occupational therapists in prevention ? What benefits can propose this type of program ? Are some questions which had led this work.

The exploratory interviews, realized with two occupational therapists, working with elderly people in France, permits to expand the thinking and to highlight some importants points.

This exploratory work suggests a development in occupational therapist's practices, particularly in prevention with older people. The *Lifestyle Redesign*® Program can, in this way, be a model, to help occupational therapists to develop preventive interventions based on occupation.

Key words : *Lifestyle Redesign*®, prevention, elderly people, Occupational Science, Occupational Therapy

Manon TEXIER