

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

**Décrire la méthodologie d'une formation-action au sein d'un
réseau gérontologique local portant sur la promotion du choix de
vie de la personne en perte d'autonomie**

Gilles VANGREVELYNGHE

Tuteur : Docteur Laurent DEFROMONT

Sommaire

Introduction

1- Le réseau gérontologique : naissance d'une formation-action	
1-1 Définition et schématisation du Réseau Gérontologique du Valenciennois	2
1-2 Mobilisation du réseau gérontologique autour de l'appel à Projet de la Fondation de France sur le droit au choix et au risque de la personne âgée à domicile	3
1-3 Recueil des besoins de formation des participants à la réponse à l'appel à projet de la Fondation de France	3
2- Cadre conceptuel	
2-1 Protection de la personne âgée et maltraitance, entre ambiguïté et association	7
2-2 Vieillesse, engagement et désengagement social	9
2-3 Problématique et question de recherche	11
3- Méthodologie d'une formation-action à visée communautaire	
3-1 Fondements et principes d'une formation-action à visée communautaire	14
o Les récits d'expériences	15
o Identification des problématiques majeures	16
o Définition par les participants des modalités pédagogiques	17
o La réduction de la subjectivité des mécanismes perceptuels	20
o Outils de la mesure de la plus value des face à face pédagogiques	21
3-2 Promotion de la santé et approche de la qualité de vie	25
3-3 A la recherche des facteurs facilitant et renforçant la qualité de vie et la santé	28
o Le groupe focalisé : outil de mesure de la plus value de la démarche globale	29
4- Discussion	32
5- Création d'un référentiel de compétences	38

Conclusion

INTRODUCTION

Professionnel de la gérontologie, il m'est souvent arrivé de penser que les formations destinées aux techniciens ou aux élus œuvrant auprès des personnes âgées devraient gagner en qualité et en efficacité. Les personnes âgées, comme tout autre groupe de personnes ont droit à des interventions de valeur, respectueuses des normes professionnelles les plus efficaces et les plus performantes.

Agir en Promotion de la santé de la personne âgée en perte d'autonomie nécessite l'accès aux savoirs de base relatifs à la santé, au bien-être et à la qualité de vie de ce groupe particulier mais également la maîtrise des savoir-être et des savoir-faire en la matière.

De fait, lorsque j'ai pris connaissance de l'appel à projet de formation-action par la Fondation de France au sujet du droit au choix et au risque de la personne âgée, il m'a semblé intéressant de mener une expérience répondant aux exigences méthodologique de la promotion de la santé.

J'ai alors recherché des exemples de formation-action ou de co-formation en gérontologie. J'ai découvert une lecture riche dans le domaine de la formation en gérontologie et plus principalement en gériatrie, mais aucune description d'actions de formation ayant attiré à la promotion de la santé et à la santé communautaire dans le domaine de la protection de l'autonomie de la personne.

J'ai ainsi œuvré à la constitution d'un groupe de participants, en m'appuyant sur le Centre Local d'Information et de Coordination de Valenciennes. Cela qui m'a permis de pouvoir réunir ces participants, de cerner leurs besoins de formation et de démontrer ainsi au financeur que nous étions prêts pour la mise en place d'une formation-action.

Après une phase de recherche sur les phénomènes biopsychosociaux engendrés par le vieillissement, ainsi que ses impacts sur la santé mentale, j'ai créé une méthodologie participative, et de fait communautaire, permettant aux participants d'être acteurs du cheminement de la création de la formation et de toutes ses modalités pédagogiques.

Cette démarche a abouti à l'identification par les participants eux-mêmes de compétences renouvelées. Enfin, ils ont construit un référentiel de compétences en promotion de la santé des personnes âgées en perte d'autonomie.

1- Le réseau gérontologique : création d'une formation-action

1-1 Définition et schématisation du Réseau Gérontologique de Valenciennes Métropole

L'arrondissement de Valenciennes est composé de 82 communes. Il est peuplé de 349.000 habitants pour une densité d'environ 550 habitants au kilomètre carré. Cet arrondissement compte trois intercommunalités dont Valenciennes Métropole qui regroupe 35 communes pour un peu plus de 100.000 habitants, la ville principale étant Valenciennes et ses 44.362 habitants (recensement 2010). Le territoire Valenciennes Métropole est celui concerné par la formation-action. Il compte 18% de personnes âgées de plus de 60 ans.

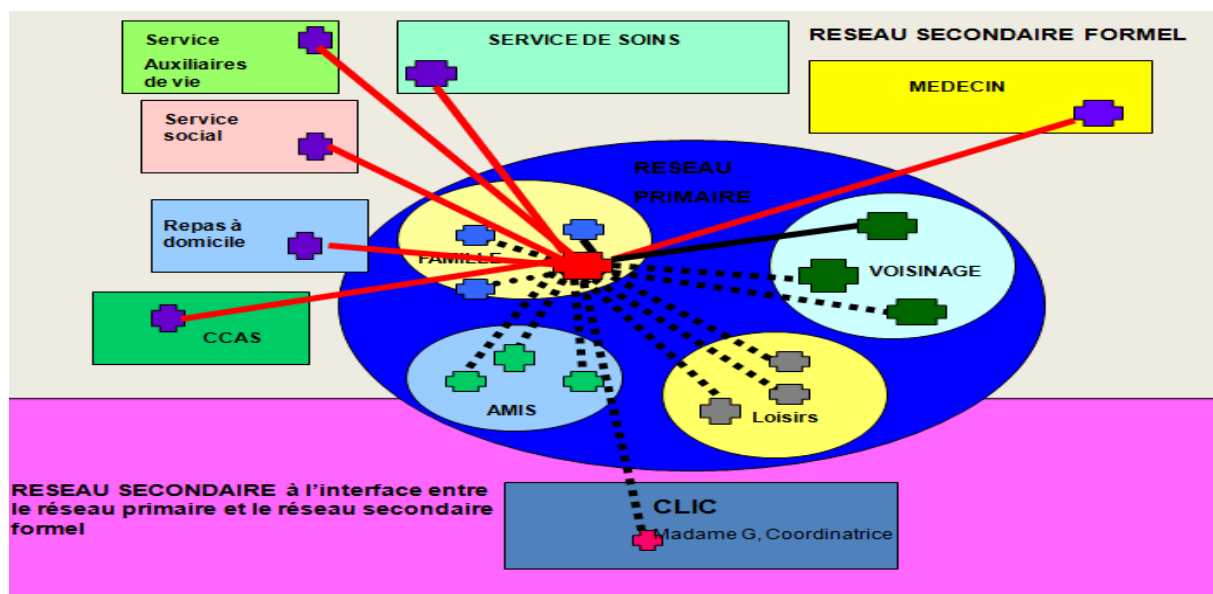
De 2004 à 2008, le Conseil Général du Nord a maillé le département de 30 Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC). Le CLIC est un label obtenu par un porteur (Association ou Centre Communal d'Action Sociale) ayant déposé une demande auprès de l'autorité susmentionnée et ayant reçu consécutivement la décision d'autorisation rendue par le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS). Ce Comité estime l'aptitude de l'organisme demandeur du label à porter un projet se montant à plus de 150.000 euros par an et employant au moins 3 personnels (Pilote /chef de projet, infirmier et Assistant Social). De même, il examine la capacité du porteur à synchroniser les acteurs et les actions autour de situations vécues par des personnes âgées en perte d'autonomie et en difficulté de maintien à domicile. De fait, il doit être fait la preuve que l'existence du CLIC émane de la volonté des organismes du maintien à domicile existants sur le territoire couvert. Ainsi, une concertation de ces organismes est menée par la structure souhaitant porter le CLIC avant la labellisation par le CROSMS.

En somme, un CLIC est un organisme fondé par le réseau local et constitué d'une équipe facilitant la synchronisation des acteurs et des actions autour de la personne âgée et de son réseau primaire. Sa démarche se veut ascendante et participative tant dans la coordination des acteurs qu'auprès de la personne âgée et son entourage.

Le centre local couvrant le territoire Valenciennes Métropole se nomme CLIC de Valenciennes Ouest. Il coordonne 400 situations par an de personnes âgées en difficulté de maintien à domicile. Le schéma suivant permet de figurer le réseau gérontologique du

Valenciennois, le rôle particulier du CLIC à l'interface avec le réseau primaire de la personne âgée.

Schéma n°1 figurant le réseau gérontologique Valenciennois ainsi que le réseau primaire, et le CLIC à l'interface de ces deux réseaux



Le territoire Valenciennes Métropole est doté de 8 services d'aide à domicile privés et public (SAD), 4 Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD), un service de Soins Infirmiers à Domicile (SIAD), une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), un Centre Hospitalier avec service gériatrique et un réseau de soin gériatrique. Un bon nombre d'associations et de CCAS œuvrent à la qualité de vie des personnes âgées par le biais d'actions diverses d'entraide, d'écoute et de loisirs. Ces structures salarient près de cinq cent professionnels dont un peu plus de quarante cadres.

Dans ce mémoire, ces professionnels seront nommés « *le réseau gérontologique du Valenciennois* ». Certes il existe bien des pratiques de travail en réseau ainsi que des conventions et des protocoles reliant certains d'entre eux à d'autres, néanmoins ce réseau n'a pas d'existence juridique.

1-2 Mobilisation du réseau gérontologique autour de l'appel à Projet de la Fondation de France sur le droit au choix et au risque de la personne âgée à domicile

La Fondation de France propose un appel à Projets nommé « Droit au choix et au Risque de la personne âgée ». L'appel à projets s'est ouvert en janvier 2012 pour un dépôt de projet avant le 31 août 2012. Celui-ci vise à encourager une meilleure concertation, en particulier avec les familles, autour des situations jugées à risque et à permettre une plus grande liberté de parole et de choix des personnes âgées.

Le CLIC de Valenciennes Ouest s'est fait aider par l'Association « Partage et Recherche en Education pour la santé des Personnes âgées » (PRESPAge). Ces deux associations ont mobilisé en 2012 les représentants et cadres des organismes du réseau gérontologique du valenciennois autour de l'appel à projets proposé par la Fondation de France. Pour ce faire, des courriels d'invitation à la participation à deux groupes de travail, l'un se déroulant en mai, l'autre en juin ont été envoyés à chaque organisme. Des relances téléphoniques ont été faites, et il a fallu se rendre au sein de réunions d'équipes pour expliciter la démarche aux salariés et les aider à désigner l'un d'entre eux qui participerait aux deux temps de travail collaboratifs au nom de ses collègues.

Cette mobilisation fut ainsi la première étape méthodologique avant le dépôt d'un projet de formation à la Fondation de France. Cette démarche - certes chronophage - nous a permis d'obtenir un argumentaire solide portant à la fois sur un constat des difficultés rencontrées et sur les besoins de ces professionnels pour agir. Dix-sept structures ont été représentées lors de ces deux rencontres.

1-3 Recueil des besoins de formation des participants à la réponse à l'appel à projets de la Fondation de France

De manière plus descriptive, la première rencontre portait sur la manière dont est traitée la question du droit au choix de la personne âgée dans la prise en charge. Nous avons utilisé pour cela une méthode d'animation holistique¹ permettant aux participants de répondre à deux questions :

¹ Cf 3.1 page 1, développant la grille de STILES

- Quels sont les situations que vous rencontrez, et qui vous semblent poser un problème?
- Dans ces situations, en quoi la prise en charge des personnes âgées vous semble contraignante en termes de respect des droits au choix?

En réponse à ces questions, les professionnels décrivent des situations où :

- 1) La personne âgée n'émet pas ou peu de demande d'aide,
- 2) Le refus de soins de la personne âgée.
- 3) L'inadéquation entre les choix de la personne et le plan d'aide mis en place.
- 4) La limitation des sorties souhaitées par la personne
- 5) L'usage nocif de l'alcool
- 6) La souffrance psychique,
- 7) L'absence de famille
- 8) La famille exerçant de la pression, voire de l'agressivité sur les professionnels
- 9) Le fait de travailler souvent bien au-delà des limites du maintien à domicile.
- 10) Le positionnement professionnel des intervenants au domicile.

La seconde réunion de travail collaboratif traitait des besoins pour agir. Après avoir réamorcé les échanges sur le droit au choix de la personne âgée et des discussions qui ont nourri la réflexion lors de la première réunion, nous avons utilisé la même méthode holistique par sous-groupes de travail permettant de répondre collectivement aux questions suivantes :

- De quoi avez-vous besoin pour agir ?
- Que souhaitez-vous améliorer et comment pensez-vous que cela soit possible ?

En réponse à la première question, les professionnels authentifient avoir besoin de :

- Connaître les différentes formes de maltraitance et les risques juridiques encourus,
- Appréhender les droits de la personne en corrélation avec les sujets de « la non assistance à personne en danger »,
- Cerner plus concrètement les tenants et aboutissants de la réforme de la tutelle des majeurs,

- Avoir de repères sur le vieillissement cognitif, notamment pour distinguer le « normal » du « pathologique »
- Connaître les aspects émotionnels et psychologiques en jeu dans la perte de l'autonomie de la personne âgée,
- Améliorer leur communication avec la personne âgée, notamment celle touchée par des troubles cognitifs, mais aussi de savoir partager des connaissances à ce sujet dans leur fonction d'encadrement

En réponse à la seconde question « que souhaitez-vous améliorer ? », la réponse émise est un objectif : *« savoir identifier les conditions qui nous (professionnels / institution) permettent d'œuvrer de concert avec la personne âgée et ses aidants naturels, tout en améliorant les conditions de la vie à la fin de la vie de la personne ».*

Afin de prolonger la réflexion autour de cet objectif, la question « comment pensez-vous que cela soit possible ? » a permis d'approfondir les besoins de formation. Ainsi, d'autres demandes émergent :

- Maîtriser des techniques de communication permettant à la personne de se positionner dans ses souhaits et ses besoins de soins,
- Communiquer de manière plus précise et plus étayée sur les droits des personnes tant avec les auxiliaires qu'avec les familles,
- Définir ce que traduit l'action d'améliorer les conditions de la vie, de savoir pour quelles raisons il faut le faire, avec quoi, et au nom de quoi,
- Savoir accompagner la personne âgée dans ce qui lui paraît être le plus en accord avec ses aspirations

Ce travail de recherche des besoins de formation des participants est essentiel. Il a permis d'argumenter le projet envoyé à la Fondation de France dans le but qu'il soit financé.

Cependant, la formation ne se bâtira pas sur ces besoins exprimés ici mais sur un travail méthodologique qui débutera après que la Fondation de France nous ait donné une réponse favorable au financement de la formation-action. Il s'agira alors de faire un travail sur la problématisation des récits d'expérience comme il est décrit ici dans la partie 3, puis de définir ensuite les contenus ainsi que les modalités pédagogiques.

2- Cadre conceptuel

2.1 Protection de la personne âgée et maltraitance, entre ambiguïté et association

L'évolution des mœurs et de la législation a considérablement renforcé le droit des personnes âgées à choisir leur mode de vie et à prendre part aux décisions qui les concernent. Pourtant, de nombreux aidants – professionnels et familles – témoignent de la difficulté à respecter ce droit au quotidien, à domicile comme en établissement. La tendance actuelle consiste à prendre en charge, et parfois à surprotéger les personnes âgées pour éviter les risques, au détriment de leur autonomie et de leur qualité de vie.

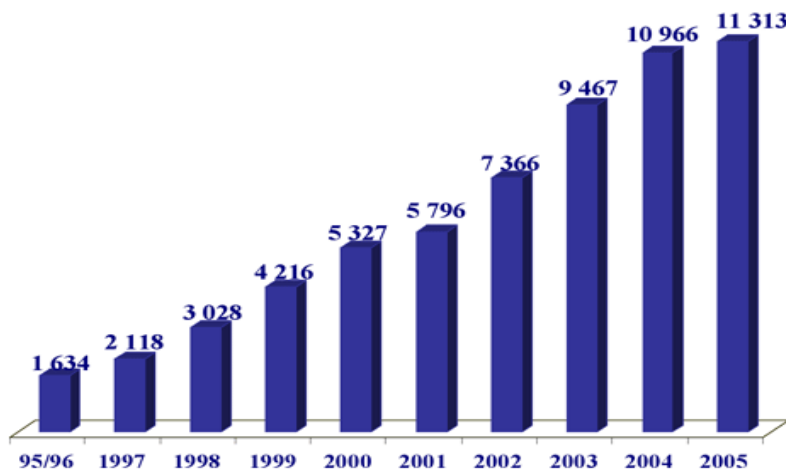
Effectivement, les professionnels visés par la formation-action témoignent que les besoins de la personne âgée paraissent parfois très amples en comparaison à l'aide qu'elle accepte de recevoir pour effectuer des actes de la vie quotidienne. Pour le professionnel, le fait d'accepter le souhait de la personne âgée de ne pas être aidée à la hauteur de ses besoins - alors que la situation à domicile présente d'évidents dangers – le place dans une situation déontologiquement et éthiquement interrogative, en étau entre le degré vraisemblable de compréhension de la personne âgée sur sa situation et le fait que son activité professionnelle soit liée au maintien de la qualité de vie de cette personne et somme toute à la sécurité de la personne.

Notre société s'est effectivement dotée d'une législation et de services protégeant les plus faibles d'entre-nous. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale démontre bien cette volonté de protection, notamment au travers de l'orientation numéro 1 une nommée « *Affirmer et promouvoir les Droits des Bénéficiaires et de leur entourage* ». Cette orientation précise certaines modalités de ces droits, à savoir « le respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée et de sa sécurité ». Les professionnels visés par la formation-action témoignent d'une certaine confusion liée à cette orientation, qui peut alors les amener, au nom de « *l'affirmation des droits* » du bénéficiaire, à accepter par exemple qu'une personne âgée ne souhaite plus recevoir d'aide à la toilette, se plaçant par la même à l'encontre du « *respect de la dignité* » de cette personne et peut-être même pouvant attenter à « *sa sécurité* » si cette dernière tend à développer des pathologies dues à un manque d'hygiène corporelle. Une faute de négligence pourrait alors être dénoncée, c'est-à-dire une forme de maltraitance.

La lutte contre la maltraitance de la personne âgée est l'une des motivations de la Fondation de France lorsqu'elle évoque le sujet de la « surprotection » de la personne. Bien que cette surprotection ne soit pas uniquement liée à la maltraitance, elle permet néanmoins de souligner l'émergence de services et d'associations de défense des droits des personnes âgées, dont la tête de file en France est le réseau Allô Maltraitance Personne Agée ou Handicapée (ALMA), connu pour son numéro de téléphone vert. De fait, le nombre d'appels reçu par ALMA est en constante augmentation passant de 1634 appels en 1995 à 11.313 dix plus tard. Ces chiffres sont à mettre en corrélation avec l'augmentation du nombre de centres d'écoute d'ALMA permettant au citoyen lambda mais aussi aux professionnels de dénoncer des maltraitances, de s'informer et de se former sur la gestion des situations en question.

Schéma n°2

*Évolution du nombre d'appels reçus par le réseau ALMA
signalements de maltraitance
fonctionnement, coordination et formation*



Cet exemple démontre l'évolution de la prise en considération des droits de la personne âgée ou handicapée. Les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux sont aujourd'hui vigilants et pleinement acteurs de la gestion des situations de maltraitance. Mais il s'agit bien ici de défendre les droits de la personne contre un danger : celui de la maltraitance, et non promouvoir son autonomie et ses choix de vie même s'ils peuvent paraître « périlleux ».

2-2 Vieillesse, engagement et désengagement social

Pour le nouveau dictionnaire d'action sociale « *la vieillesse est identifiée comme la dernière étape du cycle de la vie, elle est tributaire des idéologies qui la modèlent, sa définition est autant culturelle qu'idéologique* »². La vieillesse peut être définie comme un état relatif et largement imprégné de considérations imaginaires et culturelles en fonction des époques et des modes de vie³. Il s'agit de la troisième et dernière étape de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte. Ainsi en sociologie de la famille, le groupe vieillissant, après la retraite du père, est le dernier cycle de la vie familiale. La vieillesse peut se caractériser en fonction de trois étapes distinctes : la mise à la retraite, la perte d'autonomie, la dépendance pouvant entraîner le départ du domicile vers une institution.

Certains sociologues différencient deux formes de vieillesse : la vieillesse autonome et la vieillesse dépendante. La **vieillesse autonome** renvoie aux personnes capables de tenir encore un rôle social si elles le désirent, voire dans certain cas un rôle économique actif⁴. Bien que la notion d'âge soit ici secondaire, il est communément admis que cette vieillesse autonome concerne la tranche d'âge des soixante à soixante-quinze ans. La **vieillesse dépendante** est, quant à elle, caractérisée par « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière.* »⁵ Elle est plutôt mise en lien avec la tranche d'âge des 80 ans et plus.

Parallèlement à ces deux caractéristiques du vieillissement, deux modèles de bases existent en gérontologie : la théorie de l'activité ou de l'**engagement social** (Robert HAVIGHURST & Ruth ALBRECHT, 1953) d'une part, et la théorie du **désengagement social** (Elaine CUMMING & William HENRY, 1961) d'autre part. Ces deux modèles, d'inspiration fonctionnaliste, permettent de comprendre que des individus qui auront eu dans leurs trajectoires de vie un haut niveau d'activités et d'interactions sociales maintiendront dans leur vieillesse une bonne intégration dans la société, et ce, à la condition qu'ils développent une attitude visant à compenser la perte de certains rôles et fonctions par l'investissement dans de

² Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Bayard, Paris, 2006.

³ CARADEC V., « Sociologie de la vieillesse et du vieillissement », ed. Armand colin, Paris, 2001.

⁴ CARADEC V., « Sociologie de la vieillesse et du vieillissement », ed. Armand colin, Paris, 2001

⁵ loi 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie

nouveaux rôles sociaux plus adaptés ou par le développement d'activités existantes. On pourrait alors qualifier cela de « **vieillissement réussi** ».

Par extension, il serait alors aisé d'écrire ici que la vieillesse entraînerait la baisse des liens sociaux de manière précoce chez les personnes âgées autonomes qui ne s'investissent pas ou peu dans de nouveaux rôles sociaux où chez les personnes diminuées par un vieillissement pathologique... A l'instar de CUMMING et HENRY, nous pourrions alors constater une diminution du nombre de rôles sociaux chez ceux-là, s'accompagnant d'une baisse des interactions, de limitations géographiques, de désinvestissement social, de renoncement personnel... Néanmoins, CUMMING et HENRY qualifient le désengagement social comme un modèle *fonctionnaliste*, qui suppose donc que toute pratique ait pour fonction de répondre aux besoins des individus (Bronislaw MALINOWSKY, 1933). Le désengagement social serait alors, tout comme le modèle de l'engagement social, une condition du vieillissement réussi parce qu'il est observable et intégré culturellement, voire « normal » pour utiliser un adjectif à la mode.

Pour illustrer cet aspect fonctionnaliste du modèle du désengagement social, on peut se pencher sur les relations intergénérationnelles existantes au sein d'une famille où la personne âgée se désengage et où les générations plus jeunes la désengagent des rôles sociaux ; par exemple une personne âgée appréhenderait la surveillance quotidienne de son arrière petit-fils né de quelques mois. Parallèlement, une maman serait moins réticente à confier la surveillance de son bébé à sa propre mère, qui a plus d'aptitudes réactionnelles, qu'à sa grand-mère, voire qu'à son arrière grand-mère. Le désengagement est ainsi **réiproque** entre les générations et il est **fonctionnel** parce qu'il répond réellement à un problème et à un besoin. Le vieillissement amenant progressivement ou brutalement de la perte d'autonomie, le désengagement s'avère être **irréversible**. Il est observable dans toutes les sociétés, le désengagement est donc **universel**.

Le désengagement social est un *cycle de vie*. Il y aurait ainsi un temps pour la petite enfance, l'enfance, la préadolescence, l'adolescence, la post adolescence, adulescence, adulte, maturescence - jeune vieux - vieux vieux - très vieux, etc.

L'échelle des âges est traversée par les *trajectoires de vie*, autant de domaines marqués par des événements comme la conjugalité, la famille, le réseau social et sociabilité, les ressources, le travail, la culture, la vie spirituelle et symbolique...

Cette notion des cycles de vie apparaît avec la théorie des *cycles de vie et trajectoires de vie ou des mondes sociaux* (David UNRUH, 1983) avec le constat que l'espérance de vie croît fortement dans les pays post-industrialisés et que les individus d'une même famille représentent non plus trois mais désormais quatre générations, et ce de manière suffisamment importante pour que l'on utilise au début des années 90 le terme de *géricroissance*.

Ainsi, la vieillesse, qui était globalement et simplement la suite du cycle de l'adulte actif (c'est-à-dire au travail), devient un temps suffisamment long pour être découpé en cycle de vie. De fait le désengagement social est cycle de vie, il succéderait à un cycle d'engagement social.

2-3 Problématique / question de recherche

Une ambiguïté réside à la croisée des textes législatifs protégeant la personne, des obligations des professionnels à aider et à défendre la personne âgée ou handicapée et du souhait de cette dernière de finir sa vie comme elle le souhaiterait, si tant est que le professionnel ou qu'un aidant proche ait pu ou su aborder ce sujet délicat avec elle.

Cette ambiguïté est renforcée par les doutes au sujet des capacités cognitives de la personne âgée corrélées à un certain degré de dénégation potentielle du à la gravité de la situation vécue par cette dernière. Se pose de fait un questionnement au sujet des capacités de la personne à prendre des décisions pour elle-même. L'action d'amener la personne au dépistage d'une pathologie de type Alzheimer ou de la placer sous protection juridique revêt elle aussi une certaine violence. Ce contexte met en interrogation la prescription de l'aide à apporter à la personne, entre le « trop » et le « trop peu ». La dose faisant le poison, le professionnel chercherait une forme de justesse en oscillant alors entre la surprotection et l'absence de protection, qui pourrait être traduit par un *la privation de la liberté* d'autrui et la *négligence*.

La personne âgée en perte d'autonomie présente un certain nombre de fragilités. Elles peuvent être physiques, psychiques et sociales. La définition du concept de fragilité ne fait pas l'objet de consensus. Elle est physiologique et cognitive (INOUYE, 2007), une forme de

vulnérabilité aux défis de l'environnement (FRETWELL 1994). Elle est définie comme le résultat d'une perte de résilience qui altère les capacités de l'individu à préserver un certain équilibre avec son environnement (POWEL, 1997). Dans tous les cas, si la fragilité de la personne âgée n'est pas compensée, elle mènera à l'invalidité et à la dépendance.

De fait, la protection de cette personne nous apparaît à la fois comme un devoir et une réponse qu'on lui apporterait, et qui devrait logiquement la reconforter. Les familles et les professionnels de l'aide et du soin à domicile n'ignorent pas ces fragilités, la preuve étant qu'ils les anticipent souvent en proposant les aides associées par exemple au risque de chute, aux problèmes de gestion financière, à la dénutrition, ou à des dépistage divers. Le fait est que s'il fallait attendre de la personne âgée qu'elle fasse une demande spontanée à ces sujets-là, nous constaterions que peu de prévention serait menée.

Par anticipation à la fragilité, l'engagement social de la personne âgée serait une véritable prévention des risques *physique, psychique et sociaux*, mais les conditions du développement de cette capacité proactive font apparaître notamment des formes d'inégalités sociales de santé. De plus, la théorie des cycles de vie (LALIVE D'EPINAY, 1983) signale qu'il y a des temps pour grandir, murir et vieillir. Il y a donc dans la vieillesse un temps pour s'engager socialement, et un moment où l'on débutera le cycle du désengagement social.

CUMMING et HENRY, auteurs du modèle du *désengagement social de la personne âgée*, dont la conception du fonctionnalisme peut être qualifiée de « Malinowskienne » - parce qu'elle apparaît globale et universelle - dévoilent cependant que c'est bien par le désengagement social qu'émerge « la souffrance psychique des aînés » notamment parce que leur conception invite à superposer la théorie du fonctionnalisme du modèle du désengagement avec la banalisation de la dépression et de la souffrance psychique des personnes âgées. Dans notre société, la dépossession des rôles sociaux associée au grand âge serait alors le résultat d'un *jeu* intergénérationnel où l'ensemble des protagonistes participerait au désengagement de la personne, dont la personne âgée elle-même. L'association que l'on peut supposer faire entre le phénomène du désengagement et la souffrance psychique est la *banalisation*. En somme, il apparaît normal qu'une personne âgée ait moins d'activités et qu'elle en souffre.

En effet, il est constaté une sous-détection de la souffrance psychique des aînés, et seulement 25% des personnes âgées en crise suicidaire seraient détectées en tant que telles

(PRITCHARD et BALDWIN, 2000). Les facteurs associés à cette banalisation, d'une part, et à la sous détection, d'autre part, sont la comorbidité, l'effet pathoplastique de l'âge, l'hypocondrie et la pertinence des critères de DSM IV, qui, même s'il existe désormais la DSM V ne modifie pas immédiatement les pratiques professionnelles. Enfin, PRITCHARD et DALWIN insistent sur la plainte de la personne âgée qui se ferait plus rare, le vieillissement cognitif favorisant la diminution des plaintes et la qualité des arguments qui y sont associés. A contrario de ce constat, nombreux sont les professionnels à témoigner de la difficulté à écouter et aider les personnes âgées présentant une *certaine* logorrhée.

En résumé, la problématique de cette formation-action se situe dans l'espace temps d'une personne âgée dont les effets du vieillissement physiologiques et cognitifs engendrent un phénomène de fragilisation et de désengagement social amenant son réseau primaire et secondaire à élaborer des stratégies de compensation activant son processus de perte d'autonomie et augmentant potentiellement son degré de souffrance psychique.

Ma question de recherche est donc la suivante :

En quoi une formation-action peut-elle faire évoluer les pratiques professionnelles vers une plus ample considération du droit au choix de la personne âgée en perte d'autonomie, et limiter ainsi les affections inhérentes au désengagement social, et plus particulièrement sa souffrance psychique ?

En terme de renoncement, ce travail n'a pas pour objet d'éviter le désengagement social, ni même de promouvoir l'engagement social de la personne âgée. De même, il n'a pas pour but de prévenir la fragilité de la personne âgée.

Au contraire, il s'agit de considérer le désengagement comme le cycle de vie et un composant du vieillissement normal, et d'amener les professionnels à chercher des pistes de réflexion et des idées de pratiques permettant de maintenir les capacités décisionnelles de la personne et de limiter les effets de la souffrance psychique des aînés.

3- Méthodologie de la formation-action

3.1 Fondements et principes d'une formation-action à visée communautaire

Toute démarche méthodologie étant un chemin pour atteindre le but que l'on s'est fixé, il est utile de repartir de la définition du programme.

La question de recherche est : **Quels sont les savoirs et les pratiques à dispenser en formation continue pour promouvoir le droit au choix de la personne en perte d'autonomie, et limiter les affections inhérentes au désengagement social ?**

La formation-action se construit en quatre étapes :

- La première étape est celle des **récits d'expérience des participants**. Elle est constituée des deux premières réunions pendant lesquelles des interactions ont eu lieu entre les professionnels et élus, et qui ont donné lieu à la constitution d'un corpus.
- La deuxième étape est l'**identification par les participants des problématiques majeures**. Cette étape est un travail reliant l'ensemble des questions entre elles.
- L'étape suivante consiste à **définir les modalités pédagogiques**. Ainsi les participants sont acteurs des méthodes d'apprentissage qu'ils souhaitent utiliser en fonction des thèmes qu'ils souhaitent voir aborder. Ils sont aussi acteurs de la taxinomie des objectifs pédagogiques.
- L'avant dernière étape vise à **réduire la subjectivité des mécanismes perceptuels**. Il s'agit de faire des croisements entre les *récits d'expérience* et les apports théorique de la formation, et ce, dans le but de décrire les pratiques rénovées.
- Enfin, la quatrième étape consiste à travailler ensemble **à la mesure de la plus-value de la formation-action**. Les outils de mesure sont créés en groupe de travail, tout comme les modalités de passation.

Le récit d'expérience

Sur la base de questions de groupes de discussion, les participants expriment les situations vécues, les émotions ressenties, les réponses faites aux usagers, les résultats de leurs actions, ce qu'ils pensent avoir réussi ou manqué, et pourquoi...

Dans la formation-action menée ici, cette étape a eu lieu lors des deux premières rencontres de mai et juin 2012.

Les animateurs se sont aidés de la grille de STILES⁶ pour animer les sous-groupes. Huit modes communicationnels différents permettent d'aboutir à la verbalisation de récits et au montage d'un corpus :

- L'instruction : il s'agit d'énoncer les questions permettant la mise en dialogue du groupe.
- Le dévoilement et l'auto-dévoilement : révèlent les faits, les pensées, les perceptions des participants.
- L'accueil : l'équivalent d'une attitude empathique de l'animateur.
- L'interprétation : l'équivalent d'une reformulation de ce que l'animateur a compris ; mode communicationnel qu'il peut partager avec les autres membres du groupe.
- La question : simple demande d'information de la part de l'animateur, d'autres participants peuvent être partie prenante de ce mode communicationnel
- Le conseil : lorsque l'intervenant et / ou des participants guide(nt) ou suggère(nt) une orientation ou une action possible.
- La confirmation : lorsque l'animateur et / ou des participants approuve(nt) une idée ou un acte émis.
- Le reflet : lorsque l'animateur et le groupe repèrent dans les points clefs de l'intervention du locuteur.

La grille de STILES permet à l'intervenant de revêtir trois rôles, et ce dès la première rencontre ; ceci lui permettra d'ailleurs de conserver cette spécificité tout au long de la formation-action. D'une part il a un **rôle d'animateur**. Il veille à la création d'une dynamique de groupe favorable à la cohésion du groupe. De plus il s'appuie sur les expériences des autres membres du groupe pour permettre le cheminement personnel de chacun. D'autre part, il a un **rôle d'intervenant-expert** en éducation : il explicite les modalités andragogiques qu'il

⁶ STILES WB (1992), Describing Talk, a taxonomy of verbal response modes, Newbury Park, California, Sages Publication.

a choisi pour animer le groupe, et il effectue une passation des process nécessaires à l'utilisation de l'outil après son utilisation avec le groupe. Enfin, l'intervenant est un chercheur. Il est en démarche d'enquête. Il réalise un corpus et crée un cadre conceptuel sur lequel il co-bâtira la formation avec le groupe.

L'identification des problématiques majeures

Cette étape permet de constituer des nœuds : un nœud étant défini comme un point de convergence entre un sujet et un autre. Il s'agit ensuite de percevoir l'ensemble des points de convergence et les termes les plus usités, constituant ainsi les concepts à éclairer.

Des récits d'expériences ont permis d'identifier 10 sujets problématiques (ou items), à savoir :

- La personne âgée n'émet pas ou peu de demande d'aide,
- Le refus de soins de la personne âgée.
- L'inadéquation entre les choix de la personne et le plan d'aide mis en place.
- La limitation des sorties souhaitées par la personne
- L'usage nocif de l'alcool
- La souffrance psychique,
- L'absence de famille
- La famille exerçant de la pression, voire de l'agressivité sur les professionnels
- Le fait de travailler souvent bien au-delà des limites du maintien à domicile.
- Le positionnement professionnel des intervenants au domicile.

Les participants ont croisé les 10 items, et, par le biais de discussions et de prises de décisions, ils ont extrait les points de convergence et défini les concepts centraux à développer. Ces discussions ont permis de déterminer que :

- La souffrance psychique est liée à l'ensemble des 9 autres items,
- L'inadéquation entre le choix de la personne et le plan d'aide mis en place est en lien avec les items n°2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10,
- La perte de la motricité et des capacités mnésiques est en lien avec l'ensemble des items,
- De même, la baisse (quantitative et qualitative) des liens de la personne avec sa sphère sociale est en lien avec l'ensemble des items.

Ensuite, il s'agit de déterminer ensemble les thématiques de la formation-action. Ceci nécessite à nouveau un travail de discussion entre les participants. Pour ce faire, les participants ont travaillé en sous-groupes de 5 personnes. La question suivante a permis de déterminer le travail à réaliser :

Au regard des items extraits des récits et des points de convergence que vous en avez déduits, quelles doivent être les thématiques à développer par la formation-action ?

Cinq thématiques ont été retenues :

- Le(s) vieillissement(s)
- Logique sociale versus logique de la personne
- La fragilité, la vulnérabilité, le risque
- Le désengagement social, le retrait
- La souffrance psychique

La définition des modalités pédagogiques

Chacune des cinq thématiques retenues fait l'objet d'un développement de questions, donnant naissance à un ensemble de connaissances nécessaires à développer lors de la formation-action. Les cinq thématiques donnent lieu à la création de cinq groupes de travail. En voici le résultat :

Thématiques /Expertises	Développement de question	Domaine
Le vieillissement	Qu'est-ce que le vieillissement cognitif ?	Psychologie cognitive
	Quels sont les aspects juridiques liés au vieillissement ?	Droit
	Vieillesse et communication, quelle spécificité ?	Psychologie clinique, autre ?
	Vieillesse et discrimination, mythe ou réalité ?	Sociologie, anthropologie
logique institutionnelle / logique de la personne	Les systèmes sont-ils maltraitants ?	Sociologie
	Comment développer de la bienveillance dans les actions / interactions / aides	Ethique
	Comment améliorer la posture d'accompagnement	Ethique
	Comment agir face la maltraitance	Droit
La fragilité, la vulnérabilité, le risque	Quid des droits de la personne en situation de vulnérabilité ?	Droit
	Comment repérer les différentes formes de maltraitance et de malveillance	Ethique, anthropologie, autre ?
	Comment amener un cheminement chez la personne et la famille lui / leur permettant d'être en situation de demande d'aide concrète?	Psychologie, Ethique, autre ?
Le désengagement social, le retrait	Quel est le processus du désengagement social ?	Sociologie, anthropologie
	Quels sont les actions à mener pour éviter le désengagement ou pour réengager socialement la personne ?	Anthropologie, psychologie
La souffrance psychique	Comment repérer et accompagner la souffrance psychique de la personne âgée	Psychiatrie, psychologie
	Quid du soin de la personne en souffrance psychique	Médecine de ville, réseau de soin gériatrique

Ce premier tableau amène à s'intéresser à ce que le groupe souhaite demander concrètement à des experts thématiques qui interviendront dans la formation-action et de définir les modalités de passation des savoirs et des pratiques, comme l'explique ce deuxième tableau :

Expert thématique	Sujets à développer	Modalités de passation
Psychologie cognitive	Définition du vieillissement cognitif ? Fonctionnement de la mémoire / des différentes mémoires ? L'altération de la mémoire ? Troubles de la mémoire et qualité de vie, liens et leviers de développement	Passation de savoirs par questions / réponses Intervention par power-point Présentation de films témoins
Sociologie /anthropologie	Engagement et désengagement social, processus Famille et vieillissement Vieillesse et stigmatisation / discrimination, La maltraitance institutionnelle ?	Intervention, conférence Récits d'études menées Questions / réponses
Psychologie clinique	La posture d'accompagnement de la personne âgée, notamment celle touchée par des troubles cognitifs Parler / travailler avec des personnes réfractaire /, en colère Communiquer avec une personne en souffrance psychique	Intervention, passation de connaissance Groupe de travail et d'expérimentation sur des cas pratiques
Psychiatre	Souffrance psychique et vieillissement Procédures d'orientation, soins, travail en réseau	Question / réponse Description de fonctionnement local
Juriste / juge aux affaires familiales	Réforme de la tutelle des majeurs Droit de la personne âgée Non assistance à personne en danger, cadre,	Intervention Questions / réponses

	risques professionnels Maltraitance et droit : cadre de référence	
Médecin de ville, réseau gériatrique	Quid du fonctionnement du réseau gériatrique La médecine de ville face à la souffrance psychique : quel travail en réseau pour quelles actions ?	Intervention Questions / réponses

La réduction de la subjectivité des mécanismes perceptuels

Comme il l'est décrit dans l'étape précédente, plusieurs experts interviendront les uns après les autres. Tout cela semble intéressant, mais rien ne nous assure que les savoirs dispensés par ceux-ci développent une forme d'intelligence ou un certain degré du sens de l'altérité chez les participants. Ainsi, il paraît tout à fait possible que certains d'entre eux ne fassent aucun lien entre les pratiques professionnelles usitées aujourd'hui – pratiques ne tenant pas compte du cycle de vie de la personne et de ses besoins psychiques – et les besoins inhérents au cycle de vie traversé par les personnes âgées.

Il paraît alors **important de comprendre et d'analyser les pratiques professionnelles à rénover et de savoir expliquer sur quels concepts ou théories cela repose, et ce pour une compréhension optimale des personnes âgées et de soi-même.**

Lorsque les modalités ont été déterminées par les participants à la formation-action, je suis allé à la recherche des intervenants / experts de manière à constituer une équipe autour de moi, et, surtout d'adapter et ajuster les interventions aux besoins exprimés par les participants.

Un rôle particulier a été donné à la psychologue clinicienne, car il m'est apparu nécessaire de lui accorder une journée complète en binôme avec moi sur cette étape, et ce, en plus de son expertise prévue sur *la posture professionnelle et la communication à la personne*.

Nous avons bâti cette étape sur la base du modèle nommé la *Fenêtre de Johari* (Joseph LUFTet Harry INGHAM 1969), dont l'objet est d'élargir la conscience de soi, de renforcer sa capacité de perception, de générer plus de choix dans ses modes de communication.

La fenêtre de JOHARI est ainsi composée de quatre zones :

Zone d'ouverture : Il s'agit du "Connu de soi-même, connu des autres". Cette zone est constituée de l'information que tout individu partage ouvertement autour de lui. En somme, il s'agit des informations « montrées » et « montrables » au monde. Dans la formation-action, il s'agit notamment des *récits de vie*, des informations telles que les opinions émises au travers les différentes rencontres, l'état des connaissances...

Zone cachée : Il s'agit du « connu de soi, caché aux autres ». Professionnellement par exemple, cela peut concerner des compétences que l'individu n'arrive pas à développer et qu'il feint, ou des expériences qu'il ne souhaite pas partager.

L'angle mort : "Inconnu de vous-même, connu des d'autres". Cette zone est constituée des informations que les autres perçoivent de l'individu, et que celui-ci ignore de lui-même. Certains positionnements peuvent révéler parfois un manque d'expérience dans un domaine, ou manque de connaissance, une dénégation..

Zone Inconnue : "Inconnu de soi, inconnu des autres". C'est majoritairement dans cette zone que les participants à la formation-action *déconstruiront* des pratiques professionnelles et *bâtiront* un certain nombre de croisements de concepts et de théories leur permettant d'enrichir considérablement leur *zone d'ouverture*.

Dans cette étape, le travail réalisé consiste à croiser les différents concepts reçus par les intervenants et à les mettre en lien avec les pratiques à rénover. Ainsi, en termes de résultats, nous avons obtenu des explications sur ce que les participants comptent rénover (ou sont occupés à rénover) dans leur pratiques, ainsi que les liens qu'ils font entre les concepts et ces nouvelles pratiques.

Le résultat de ce travail est décrit dans la partie « 4 discussion » de ce mémoire. Il a permis de mettre en démarche la création d'un référentiel de compétence décrit dans la partie « 5 ».

La mesure de la plus value de la formation-action

Tout comme le sont les trois premières étapes de la méthodologie de la création de la formation-action, cette quatrième étape est-elle aussi pro-active. Cependant, elle nécessite de lui consacrer deux demi-journées, et tous les participants ne disposent de ce temps. De fait, ceux ayant la possibilité de participer à ces 2 demi-journées ont proposé d'y travailler au nom

de tous, ce qui a été accepté à l'unanimité. Six participants ont donc œuvré à la création des outils de mesure de la formation action.

Dix-neuf questions sont posées aux participants. Elles sont ici regroupées en tableau. Evidemment, elles ont fait l'objet de la création d'un document adéquat (et agréable à l'utilisation) en direction des participants.

Thématique	Questions ou attitudes posées	Modalités de réponses
	1) Quel est le nombre d'utilisateurs accompagnés (approximativement) par votre service chaque année ? 2) Quel est le nombre d'utilisateurs accompagnés par vous-même par an ?	Réponses chiffrées
L'autonomie	3) Quelle est votre représentation de l'autonomie ?	Réponse libre par trois termes ou phrases
Psychologie de la personne âgée	4) J'estime mes connaissances au sujet de la psychologie de la personne âgée à :	Sur une échelle graduée de 0 (aucune connaissance) à 10 (expertise)
	5) Vous sentez-vous en capacité d'expliquer à un collègue les particularités de la psychologie de la personne âgée ?	Sur une échelle graduée de 0 (aucune capacité) à 10 (grande capacité)
	6) Pour vous, quels sont les termes principaux associés à la psychologie de la personne âgée	Réponse libre par trois termes ou phrases
Rapport de connaissance sur la législation liée à l'aide apportée à la personne âgée en perte d'autonomie	7) J'évalue mes connaissances sur la législation liée à la personne âgée en perte d'autonomie à :	Sur une échelle graduée de 0 (aucune connaissance) à 10 (expertise)
	8) L'application des Droits de la Personne âgée vous met-elle en difficulté dans votre pratique professionnelle ?	Sur une échelle graduée de 0 (jamais) à 10 (systématiquement)

	9) Pour vous quels sont les termes principaux associés aux Droits de la personne âgée?	Réponse libre par trois termes ou phrases
Les situations de maltraitance	10) Qu'est-ce que pour vous la maltraitance ?	Réponse libre par trois termes ou phrases
	11) Par an, à combien estimez-vous le nombre de situations de maltraitance connues par votre service ? 11.1) Que vous identifiez : 11.2) Pour lesquelles vous demandez de l'aide à un partenaire : 11.3) Pour lesquelles vous effectuez des démarches auprès de services compétents :	Réponse chiffrée à chaque sous question
	12) J'évalue mon rapport de connaissance sur le sujet de maltraitance à : ...	Sur une échelle graduée de 0 (aucune connaissance) à 10 (expertise)
	13) Ressentez-vous des difficultés à intervenir sur les situations de maltraitance ?	Sur une échelle graduée de 0 (aucune difficulté) à 10 (grandes difficultés)
La bientraitance	14) Qu'est-ce que pour vous la bientraitance ?	Réponse libre par trois termes ou phrases
La souffrance psychique	15) J'évalue mes connaissances sur la souffrance psychique de la personne âgée à :	Sur une échelle graduée de 0 (aucune connaissance) à 10 (expertise)

	16) J'évalue mes capacités d'intervention auprès d'une personne en souffrance psychique à :	Sur une échelle graduée de 0 (aucune capacité) à 10 (grande capacité)
	17) Qu'est-ce que pour vous la souffrance psychique ?	Réponse libre par trois termes ou phrases
Vieillessement social	18) Quels sont les termes principaux à associer au vieillissement social ?	Réponse libre par trois termes ou phrases
	19) J'évalue mes connaissances sur le vieillissement social à :	Sur une échelle graduée de 0 (aucune connaissance) à 10 (expertise)

Cette évaluation en aval des expertises est à nouveau compléter par les participants après le passage des experts, ce qui permettra la comparaison en aval et en amont.

Les questions 1 et 2 sont en lien avec les questions 11 (11.1, 11.2 et 11.3). Il faut ainsi avoir une idée du nombre d'usagers suivis pour déterminer le taux de personne maltraitées faisant notamment l'objet de démarches vers les autorités compétentes.

La démarche globale fera l'objet d'un groupe focalisé deux à trois mois après la fin de la formation-action, dont la grille est réalisée uniquement par l'intervenant. Cette démarche vise à connaître, avec le recul, la satisfaction d'avoir participé à la formation-action, à connaître l'évolution perçue des pratiques professionnelles, et de connaître les besoins récurrent et les idées / souhaits d'actions complémentaires.

Cependant, au sein de ce mémoire, il ne sera pas fait état de l'évaluation, car elle sera réalisée en septembre, lorsque l'écriture du mémoire sera achevée.

Calendrier des rencontres

Présentation de la démarche	En rendez-vous individuel	Mars et avril 2012
Récits de vie	Groupe de travail	Mai 2012
Expression des besoins de formation	Groupe de travail	Juin 2012
Identification des problématiques majeures	Groupe de travail	Novembre 2012
Définition des modalités pédagogiques	Groupe de travail	Décembre 2012
Création de la grille d'évaluation	Groupe de travail	Janvier 2013
Quatre journées de formation : développement des expertises	Formation	Mars à juin 2013
Réduction de la subjectivité des mécanismes perceptuels	Formation	Juin 2013
Travail sur le référentiel de compétence	Rencontre	Juin 2013
Evaluation de la démarche globale de formation-action	Rencontre	Septembre 2013

Comme vous le remarquerez, la démarche complète s'étend sur un an et demi. Il faut souligner que six mois s'écouleront entre la deuxième réunion et la troisième. Cela est dû à l'attente de l'accord de financement par la Fondation de France ; le projet ayant été déposé en août 2012.

3.2 Promotion de la santé et approche de la qualité de vie

La Promotion de la santé s'occupe de l'ensemble des déterminants (de santé) modifiables et intervient en faveur de l'amélioration de ces facteurs. La Promotion de la santé a pour but

l'amélioration d'un style de vie favorisant la santé, ainsi que celle des conditions de vie relatives à la santé.

La qualité de vie se qualifie autour de la sensation de bien-être, de la satisfaction de vie, et d'une certaine perception de sa « propre » santé. L'émergence de la qualité de vie chez un individu ou un groupe est multifactorielle et multidimensionnelle. ; il pourrait, par exemple, en résulter un engagement social dans la vieillesse, sur le long cours, solide, favorisant la santé physique et psychique de la personne. Il pourrait en être tout le contraire chez un autre individu, ou dans certains groupes sociaux, notamment en situation de fragilité et / ou de précarité.

Ainsi, en 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de la vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ».

REJESKY et MIHALKO, en 2001, structurent le concept de qualité de vie autour de quatre dimensions :

- **L'état physique**, c'est-à-dire les capacités physiques et l'autonomie, le degré de dépendance...
- **Les sensations somatiques** : mal être physique, symptômes et manifestations de douleurs, conséquences des traumatismes ou des actes thérapeutiques...
- **L'état psychologique** : santé psychique, émotivité, anxiété, dépression...
- **Le statut social** : qualité des relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, sensation d'utilité et de sécurité...

Ainsi, la qualité de vie ne se mesure pas uniquement à partir de critères liés à la santé, notamment si cette dernière se définit par la présence ou l'absence de pathologie(s). L'importance des facteurs psycho-sociaux et environnementaux souligne l'intérêt de considérer la qualité de vie dans une approche prenant en compte des déterminants de la santé, tel le besoin de reconnaissance (le besoin d'être estimé et aimé par son entourage) -

notamment le besoin de reconnaissance sociale, conférant par exemple une égalité de traitement quelque soit le sexe, l'âge, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le handicap, ou même encore la pathologie d'un individu.

De fait, les déterminants de la santé sont les facteurs qui influent sur cette dernière. Ces facteurs sont nombreux et interagissent. D'autres facteurs viennent compléter ce qui est décrit dans le paragraphe précédent :

- le soutien social et les réseaux sociaux
- le travail et les conditions de travail
- le revenu et le statut social
- l'environnement psychique
- la disponibilité et la qualité des services de santé
- le développement et la formation durant l'enfance
- le comportement en matière de santé et le style de vie
- les compétences pour gérer la vie et affronter la diversité.

Qualité, santé globale, déterminants de la santé... les frontières conceptuelles entretiennent un ensemble de « flottements ». Leurs propriétés se révèlent par leur capacité à être à la fois à la croisée des sciences mais aussi à la croisée des pratiques professionnelles. Il semble important dans une action de Promotion de la santé, à l'instar de la formation-action menée ici, que son cadre de référence soit nommé :

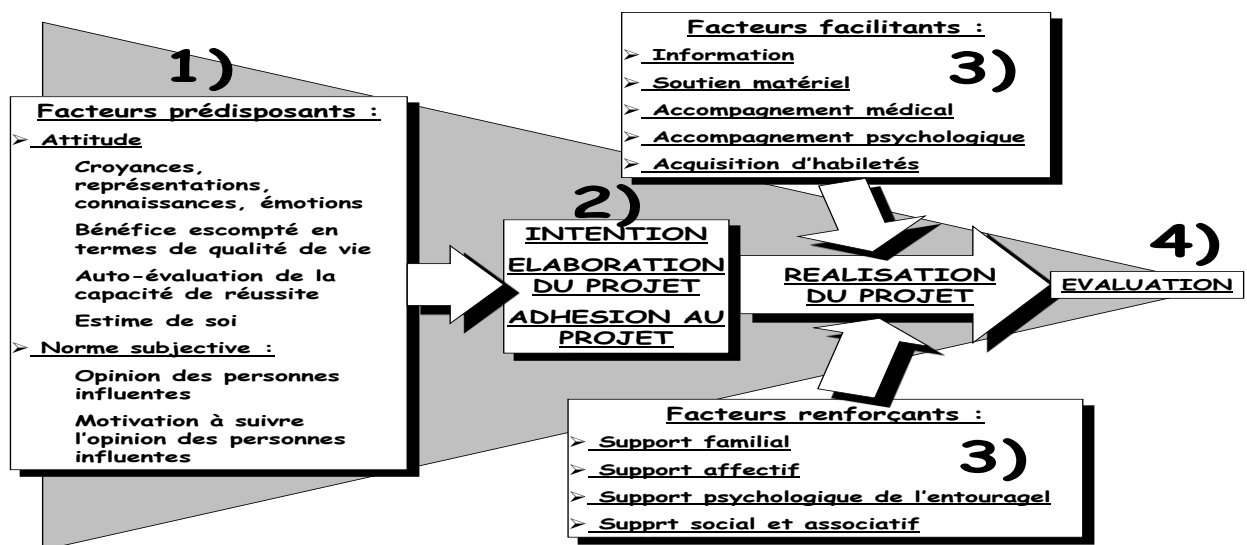
La formation-action menée avec le réseau gérontologique du valenciennois est une action de Promotion de la Santé. Elle vise à perfectionner la qualité des interventions menées par les professionnels et les élus du réseau, et a pour but l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en situation de fragilité.

3.3 – A la recherche des facteurs facilitant et renforçant la qualité de vie et la santé

Rechercher des facteurs facilitant et renforçant la qualité de vie de la personne âgée en situation de fragilité invite à penser l'action au-delà des attitudes, des représentations et des normes subjectives souvent utilisées dans les travaux de psychologie sociale développant, à l'instar des travaux de FISHBEIN, une action centrée sur l'individu et ses intentions comportementales.

Certes, il est intéressant et vivement conseillé de rechercher l'état de pensée de la personne âgée qui constitue, dans les travaux de GREEN, les facteurs prédisposants (connaissances, attitudes, perceptions, valeurs...) ainsi que les normes subjectives (l'opinion des autres, le besoin de se conformer à l'avis et aux modes de pensée des autres...). Néanmoins, il semble indiqué d'y adjoindre des facteurs environnementaux. GREEN propose d'amener des facteurs facilitants (aptitudes personnelles ou communautaires) et renforçants (feedback ou rétroaction).

Ainsi, il convient de rechercher la composition du tissu matériel environnemental de la personne âgée, comme le schéma ci-dessous le démontre.



Le modèle de GREEN permet une planification opérationnelle des activités selon des résultats attendus par l'individu ou un groupe d'individus / une communauté. Il s'agit d'un outil de "planification stratégique" qui permet une analyse de situation complète. Les composantes du modèle peuvent être traduites en stratégies d'intervention et permettent la réalisation des évaluations intermédiaires.

L'un des intérêts du modèle est sa simplicité et sa capacité d'adaptation à des actions aussi diverses que l'éducation pour la santé du patient, que la prévention routière, ou la santé communautaire... Il est utilisable dans un contexte d'action, de recherche, d'analyse de situation...

Ainsi, cette approche permet une planification systémique permettant à l'individu, au groupe ou à la communauté de faire émerger ses propres stratégies d'atteinte de la qualité de vie et de santé globale.

La formation-action dont le but est l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée peut être évaluée globalement par le biais du modèle de GREEN. De fait, la grille du groupe focalisé, qui est la dernière étape de la formation-action, est bâtie en partie sur ce modèle.

Le « groupe focalisé », et la création de la grille d'entretien

Le « groupe focalisé » est une méthode qualitative de recueil d'informations. Concrètement, il s'agit d'un groupe de discussion semi-structuré, modéré par un animateur neutre, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de thèmes définis à l'avance.

Cette technique d'entretien collectif repose sur la dynamique de groupe, sans rechercher un consensus ou faire valoir un point de vue. Il ne s'agit pas d'imposer un questionnaire précis aux individus réunis. Les groupes focalisés donnent ainsi l'occasion aux individus d'exprimer leur représentation de la réalité sociale, cette perception se construisant au moment du discours, c'est-à-dire en réponse aux interactions propres à chaque discussion.

Le « groupe focalisé » est une méthode d'analyse *interprétative* : il montre comment les gens perçoivent la réalité sociale, comment et pourquoi ils adoptent certains comportements. Cette méthode permet ainsi de saisir toute la complexité psychosociale d'une problématique.

Le « groupe focalisé » est aussi une démarche *inductive* : tout en mettant en évidence des représentations sociales, des attitudes et des comportements, elle met en œuvre un concept primordial en santé communautaire : la participation.

Les questions du groupe focalisé portent sur :

- Les expériences, les activités, les comportements

- Les opinions, les valeurs
- Les objectifs, les intentions
- Les sensations
- Les connaissances, les informations de fait
- La satisfaction au sujet des interventions

En termes de réalisation, une limite de 15 participants (l'idéal étant de 12 participants) est préconisée. Il se trouve que le groupe est constitué de 17 participants, et qu'il apparaît difficile de le scinder en deux sous-groupes, notamment pour des raisons organisationnelles.

Il est à noter que les intentions de la démarche sont présentées en amont du groupe focalisé aux participants. Le questionnaire n'est cependant pas dévoilé aux participants.

Grille d'entretien

<i>Objectifs</i>	<i>Questions</i>	<i>Questions de relance</i>
Connaître la satisfaction de la démarche de formation-action	Nous nous sommes vu régulièrement pendant plus d'un an et demi, quels sont vos sentiments au sujet de ces rencontres ?	Est-ce que c'était trop court, ou trop long, pourquoi ? Quelle était l'ambiance ? Y avez-vous trouvé un / des intérêt(s) ? Le(s)quel(s) ?
Connaître la satisfaction des cinq journées de formation	Quelles sont vos satisfactions au sujet des cinq journées de formation? Quels sont les faits les plus marquants ? Qu'avez-vous pensé de la cinquième journée sur la réduction des mécanismes perceptuels ?	Avez-vous l'impression que cela vous soit utile ? Est-ce que toutes les interventions vous ont paru nécessaires ? Pourquoi ? Est-ce que les interventions étaient à la hauteur de vos attentes ? Pourquoi
Connaître la solidité des acquis au sujet de la qualité de vie dans la vieillesse	Qu'est-ce que pour vous la qualité de vie ? notamment dans la vieillesse ? Quels sont vos rôles et fonctions permettant à la personne âgée de conserver, voire de développer une certaine qualité de vie ?	Est-ce qu'il existe des facteurs facilitant ou renforçant cette qualité de vie ? Avez-vous des exemples à citer ?
Connaître l'impact sur les logiques institutionnelles	Pensez-vous que cette action a ou aura un impact dans votre organisation de travail ? Est-ce qu'elle a ou aura un impact sur votre institution ?	Une telle action multipliée par un grand nombre peut-elle participer à faire considérer davantage le droit au choix de la personne âgée ?
Connaître l'impact sur le travail en réseau	Avez-vous la sensation de mieux vous connaître ? En quoi cela a ou aura un impact dans votre travail en réseau ? Quelle en sera la plus-value pour la personne et ses proches ?	Avez-vous l'impression que cette formation-action a facilité le travail en réseau ? Comment et pourquoi ?

4- Discussion

Avoir un regard critique sur soi / Développer une plus grande compréhension du paradigme de la personne âgée

Les participants se sont longuement attardés sur la notion de *cycles de vie* expliquée par la Sociologue et le *vieillissement cognitif* explicité par la Psychologue cognitive. Les participants ont pu ainsi croiser un concept sociologique avec des théories et en ont déduit que leurs interventions n'avaient globalement pas pour cadre de référence le cycle de vie traversé par la personne âgée mais celui traversé par les aidants naturels et par eux-mêmes, comme en témoigne l'un d'eux : *« finalement, ce sont souvent les membres de la famille de la personne âgée qui effectuent l'acte de nous demander une aide pour la personne, et c'est la famille qui argumente le besoin au moins dans un premier temps. Même si je me rends auprès de la personne – souvent en présence d'un de ses enfants d'ailleurs – il est évident que l'on recadre la personne dans des besoins d'hygiène de soi et de son logement, et ce, en référence aux besoins liés à la culture de notre cycle de vie ».*

Un autre témoignage va dans ce sens : *« Avec la psy lors des jeux de rôle, nous avons bien vu que nous mettons en place des stratégies de communication pour que la personne âgée accepte des aides... et plutôt vite d'ailleurs. Personnellement, je n'ai jamais menacé une personne âgée pour qu'elle accepte une aide. Evidemment. Mais, avec une certaine complaisance, il m'arrivait d'imposer mes préceptes d'hygiène comme si ils étaient une norme partagée par toute la société. Si bien que s'y opposer revient à avouer que l'on n'a pas d'hygiène. Par conséquent, cela m'assurait que la personne âgée accepte plus facilement. Si nous avons tous fait ça, hein, ce n'est pas par malhonnêteté, c'est parce que nous pensions concrètement que c'était là le point central de qualité vie de la personne, et que la personne ne captait plus le lien entre hygiène et qualité de vie ».* Ce témoignage souligne bien à quel point le cadre de référence des professionnels s'impose à celui des usagers. D'ailleurs, cela était soutenu par la supposition du déclin cognitif de la personne qui « ne captait plus » ; ce qui, par disjonction, insinue qu'il fut un temps où la personne « captait » ce lien, ce dont le professionnel n'a aucune preuve.

Ainsi, l'étude des besoins de la personne par le professionnel se structure sur la base culturelle des références de la génération actrice de l'aide qui sera proposée et donnée. A cela, il est ajouté que « *cognitivement* », la personne âgée a besoin de temps pour comprendre et pour

décider des aides dont elle a besoin : *« Je comprends bien maintenant qu'il n'est pas aisé pour une personne de comprendre les aides qu'on lui propose. Nous allons trop vite pour elle. On est totalement abstrait. Face à un problème, nous mettons systématiquement en face une solution, sans que la personne ait pu cheminer. Par exemple, si une personne âgée nous semble marcher avec certaines difficultés, on lui propose une téléalarme. Je comprends aujourd'hui que la personne ne fait pas un lien direct entre une téléalarme et une chute qui pourrait arriver. Pour elle, si cela se trouve, la téléalarme ne l'empêchera pas de tomber et elle se demande bien à quoi cela va lui servir et combien cet appareil inutile va lui coûter. On tiendra alors un discours sur les conséquences de la chute en prenant l'exemple qu'elle ne pourra pas ramper jusqu'au téléphone et qu'elle risquera par conséquent de refroidir son corps sur le carrelage. On est super violent en réalité dans notre vision du risque et de ses conséquences. »* Ce témoignage montre que le participant était, avant la formation-action, pressé d'aboutir à son objectif de sécurité de la personne, au risque d'imposer des images particulièrement négatives.

L'intervention de la psychologue a permis de comprendre qu'il est nécessaire d'organiser les interactions avec la personne âgée en fonction de ses connaissances et de ses représentations. Ainsi, le mot « téléalarme » peut représenter un objet absolument abstrait pour la personne âgée. Avec de telles explications données sur ses fonctions préventives des risques inhérents à la chute, il se peut que la personne relie rationnellement la téléalarme à un risque léthal, ou au risque de handicap, ou même encore à douleur qu'elle craint. Bien que cet exemple puisse paraître d'un flagrant « déterminisme », nous pourrions imaginer que si elle accepte le bracelet de la téléalarme, il est possible qu'il soit porteur d'images absolument négatives. Cela pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi *« la majorité des personnes qui en ont un l'abandonne dans un tiroir ou le laisse prendre la poussière sur une commode »* ; pour reprendre les propos d'une participante.

Avoir un regard critique sur les prestations / amener la personne à cheminer sur ses besoins

« Pour autant, changer les choses paraît tout de même difficile » témoigne l'un des participants, car *« nos associations et services, ainsi que les financeurs de l'aide sont structurés autour d'actions dites « d'aide à la personne » définies sur des soins de confort, d'hygiène, de propreté du logement... et les financeurs ne participent pas au financement de*

balades en forêts ou au temps passé à évoquer les bons souvenirs ou à cheminer de longues heures sur les conditions de vie souhaitée par la personne ». En effet, il n'y a pas que le cycle de vie des aidants naturels et professionnels qui entre en compte dans la structuration de l'aide. Il existe un balisage provenant de la structuration de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A), qui se base elle-même sur les besoins identifiés par l'utilisation de la grille ISO RESSOURCE nommée « grille AGGIR » (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Ainsi, ce n'est pas la verbalisation des attentes de la personne âgée qui est recherchée et prise en compte, mais bien les moyens de pallier aux causes de la perte de certains aspects de l'autonomie de la personne.

La grille AGGIR est une production de la Santé publique et plus particulièrement des méthodologies *descendantes* consistant à analyser les problèmes des populations, à prendre des décisions, à passer à l'action et à l'évaluer. Cette méthodologie consiste à agir *pour* les populations, et non avec les populations : *« il est important que nous soyons tous attentifs au « pour » et à « l'avec », car la démarche est fondamentalement différente. Œuvrer avec la personne âgée suppose que je sois clair sur le contrat moral qui nous relie, elle et moi. Je ne suis pas là pour lui imposer des choses mais pour l'aider à cheminer dans ses choix. Et si elle me dit qu'elle ne souhaite pas être soutenue davantage, je me devrais d'avoir une conversation avec elle au sujet de ses besoins notamment de sécurité et des conditions de vie qui pourrait l'amener à des désagréments certains. Quelque part, c'est un peu comme l'auto-école. Je suis le moniteur garant de la sécurité, et je peux appuyer sur la pédale de freins si on va dans le fossé. Néanmoins, ce n'est pas moi qui conduis. Et, pour le coup, je ne choisis pas la route. »*

Ainsi, les participants témoignent avoir intégré ce que revêt le mot *accompagnement*. Ils disent bien que la conception des systèmes d'aide est le résultat absolument utile d'analyses sociales, mais qu'il faut les « *remanier* » pour que la personne ne les subisse pas : *« L'A.P.A, Allocation Personnalisée d'Autonomie n'a, en soi, rien de personnalisé. D'innombrables professionnels travaillent à chaîne avec cette prestation, dans un but absolument hygiéniste. Alors que c'est à chacun de nous de se positionner de manière à s'approcher le plus près possible des souhaits de la personne âgée. Si, en fauteuil roulant, elle souhaite se rendre une fois par semaine au PMU et qu'elle a besoin de son auxiliaire pour l'y conduire, il faudra prendre le temps sur un autre poste, comme celui de la préparation du repas, quitte à manger un plat préparé ou une conserve de temps en temps au lieu du « fait maison » par l'auxiliaire. Ce travail de cheminement est à ma charge, et il doit être le résultat d'un questionnement. Je*

ne lui dirais jamais « vous avez le choix entre ceci ou cela ». Par contre, j'utiliserai désormais l'entretien motivationnel pour qu'elle chemine entre son besoin de sortir et celui de consommer des plats préparés par son auxiliaire. »

Dans ce dernier témoignage, il est question d'un exemple assez « sympathique », dirons-nous. L'apprentissage de l'entretien motivationnel s'est fait notamment sur des cas pratiques traitant du sujet de la consommation d'alcool, ou du risque de l'escalier chez un sujet âgé refusant d'emménager sa chambre au rez-de-chaussée.

Rechercher les attitudes et les normes subjectives de la personne / Développer un certain sens de l'altérité

Les participants ont apprécié une séquence où il leur été demandé de répondre en sous-groupes aux questions « *Pourquoi faites-vous votre travail ? Avec quoi faites-vous ce travail ? Quels sens donnez-vous à votre travail ?* ». Ils témoignent en effet que la diversité des réponses faites dans les sous-groupes et la difficulté de poser des réponses sur une feuille de paper-board afin d'exposer le résultat de réflexion ont constitué un travail à la fois perturbant et constructif. Perturbant dans le sens où il a révélé que « *nous agissions sans cadre de référence éthique, sans charte de bientraitance par exemple, sans outils de communication comme l'entretien motivationnel* ». Et constructif, car « *nous avons réalisé que nous avons nous aussi des besoins sur lesquels nous n'avons pas mis le doigt* ». L'expression « nous aussi » est à relier à la personne âgée. Il est fait référence ici à l'intervention de la psychologue clinicienne ayant bâti son intervention sur un modèle nommé la *Fenêtre de Johari* (Joseph LUFT et Harry INGHAM 1969), dont l'objet a été d'élargir la conscience de soi, de renforcer sa capacité de perception, de générer plus de choix dans ses modes de communication.

La téléalarme peut être un objet tout à fait utile et compréhensible s'il est permis à la personne de s'exprimer sur ce qu'elle sait de son équilibre, sur ce qu'elle a observé chez elle à ce sujet et sur son éventuel vécu de déséquilibre et de chute. Cela sera l'occasion de poser des questions ouvertes, puis, dans une phase de reflet il s'agira de reformuler et d'aider la personne à trouver ses propres solutions. Il s'agira aussi d'agir avec bienveillance, notamment en la valorisant pour les décisions qu'elle prend et les efforts qu'elle effectue pour trouver ses propres solutions. « *Avec cette technique, je n'ai pas du tout le même résultat qu'auparavant.*

La personne guide davantage mon travail avec elle. Par exemple, il nous arrive de discuter sur la honte qu'elle a de chuter, de sa crainte mélangée à la nécessité perçue d'en informer le médecin, de réaménager un peu les espaces de vie pour qu'ils présentent moins de risques de chute. Je travaille aussi beaucoup sur l'acceptation. D'une part, la personne chemine. D'autre part, j'admets, moi aussi qu'elle chutera un jour certainement... malgré tout ce travail... et que cela n'est pas ma faute, et qu'un jour, je chuterai moi aussi. Et dans le fond, je me le souhaite presque ».

Les professionnels témoignent que la recherche des facteurs prédisposants du modèle de GREEN les amène à ressentir plus de proximité avec les personnes âgées. Ils se sentent aussi plus investis dans leurs missions. Ils témoignent savoir mieux définir le cadre de leurs interventions aux personnes et à leur familles. Par ailleurs, ils ne constatent pas un affaiblissement du nombre d'aides mises en place *« finalement, les personnes cheminent seules et pas si lentement que cela sur ce qu'elles souhaitent ou non au quotidien ».*

Le développement d'un certain sens de l'altérité présente naturellement des limites : *« J'ai apprécié l'intervention du Sociologue sur le désengagement social, que je ne connaissais pas du tout. Je l'ai apprécié, mais pas sur le coup. C'est avec la psychologue clinicienne qui nous a parlé des émotions que j'ai compris que le désengagement est un cycle de vie à la fois émotionnel et symbolique. Et ça, aujourd'hui, je me rends compte que je ne l'avais pas du tout intégré dans ma pratique, parce que c'est très loin de ce que je vis personnellement. Et d'ailleurs, j'avoue que ce cycle de vie est irrationnel pour moi encore aujourd'hui. Je ne peux pas le comprendre entièrement. »* Cette participante, qui est la cadette du groupe a exprimé cela avec une certaine pudeur, et peut-être une certaine gêne à être sincère. Néanmoins, ce témoignage montre bien qu'elle dévoile sa zone cachée (fenêtre de JOHARI), et qu'elle perçoit l'altérité comme une reconnaissance de l'autre dans sa différence, même si cette différence lui apparaît encore comme abstraite à ce jour.

La sociologue avait exprimé elle-même cette difficulté qu'elle avait eu, jeune, alors qu'elle faisait un job d'été en maison de retraite, de travailler auprès de *« toutes ces très très vieilles personnes peu actives, ne dormant ni ne s'éveillant jamais vraiment, sans autre projet que de voir passer la journée pour entrevoir celle de demain... »* Evidemment, son regard a évolué depuis lors. En tout cas, la sincérité de ces deux témoignages est une preuve de l'esprit de confiance régnant dans le groupe.

Situer son action à la croisée des sciences humaines et sociales / Travailler avec l'entourage de la personne

Les participants témoignent être en capacité d'amener un regard croisé au sujet du vieillissement physique, social et psychologique. D'ailleurs, l'analyse des journées de formation révèle que les sensations de rapport de connaissance au sujet des aspects juridiques, psychologique, éthiques ont doublés, et que le vocabulaire décrivant l'autonomie est aujourd'hui, en comparaison à l'état des lieux avant la formation, essentiellement basé sur la capacité de la personne à exprimer ses besoins et à se faire respecter au sujet de ce qu'elle souhaite pour elle-même.

A la fois, une attention plus grande est donnée au fait que la personne âgée a besoin d'un temps plus important pour cheminer sur les aides qu'elle entrevoit pour elle-même, et qu'il sera nécessaire d'y employer le réseau primaire. En effet, le professionnel intervenant dans la mise en place des aides « *ne peut pas se permettre en terme de temps de multiplier à l'excès les visites chez la personne âgée pour l'aider à cheminer* », ce qui aurait, le cas échéant, un impact budgétaire ayant des conséquences sur le prix de revient des prestations vendues aux usagers. De fait, il est important « *de reconsidérer la place des aidants naturels. Cela traduit qu'il faudra les accompagner eux-aussi pour mener des actes qui soient éthiques, centrés sur la personne et la protection de l'autonomie* »

Les participants ont compris qu'il faut promouvoir des déterminants de la santé dans les familles. Il s'agit alors de développer les facteurs renforçants du modèle de GREEN : « *La personne âgée est évidemment un être social, et il ne lui suffit pas de jouir uniquement de bonnes conditions matérielles. Comme nous tous, elle éprouve le besoin d'être appréciée et estimée. Elle a besoin qu'on prenne des nouvelles d'elle... d'avoir une personnalité aux yeux des autres... de rire ou faire rire aussi.. et d'avoir quelques sujets de conversation intéressants. Sans cela, elle est plus sujet à la dépression, à l'anxiété, à un mésusage de l'alcool, à l'agressivité et à un sentiment d'impuissance, autant de facteurs qui sont nuisibles à sa santé physique. Et cela, il faut le faire comprendre aux familles* »

5- Construction d'un référentiel de compétences

Le référentiel de compétences en promotion de la santé des personnes âgées en perte d'autonomie est la toute dernière étape de la formation avant l'évaluation.

Pour faciliter sa construction, nous avons utilisé le manuel CompHP – Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe.

Notre référentiel de compétence est ainsi librement adapté de la version française abrégée (2011)⁷

Les deux documents sont téléchargeables dans leur version intégrale sur le site l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES) à l'adresse suivante : <http://www.iuhpe.org/index.html?page=614&lang=en> Rubrique Project Publications, Reports & newsletters. Sous-rubrique Handbooks.

Dès lors, un intervenant en promotion de la santé des personnes en perte d'autonomie est capable de :

1. Agir de façon professionnelle et éthique
2. Favoriser le changement
3. Plaider la cause de la santé
4. Travailler en partenariat
5. Evaluer les besoins et les compétences de la personne âgée en perte d'autonomie
6. Planifier ses interventions
7. Mettre en œuvre
8. Evaluer les interventions

⁷ Speller V., Parish R., Davison H., Zilnyk A. et les partenaires du projet CompHP (2012) : Le manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé. (Version abrégée), UIPES, Paris

1. Agir de façon professionnelle et éthique

La pratique en promotion de la santé se base sur un engagement pour la santé en tant que droit humain essentiel au développement humain. Elle fait preuve de respect pour les droits, la dignité, la confidentialité et la valeur des personnes, des groupes et des communautés; ainsi que pour l'égalité entre les hommes et les femmes, et la diversité en termes d'orientation sexuelle, d'âge, de religion, de handicap et de croyances culturelles. Elle aborde les inégalités de santé et l'injustice sociale, et fait une priorité des besoins de ceux qui souffrent de pauvreté et d'exclusion sociale. Elle agit sur les déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques de la santé et du bien-être. L'intervenant en promotion de la santé s'assure que son action soit bénéfique et ne nuise à personne. Il fait preuve d'honnêteté en ce qu'il peut et ne peut pas réaliser. Il agit de manière professionnelle et éthique dans tous les domaines de la pratique de promotion de la santé.

- Connaître et aborder les questions éthiques sur base des concepts, des principes et des valeurs de la promotion de la santé
- Agir en tenant compte des représentations mentales des personnes auxquelles il s'adresse
- Faciliter la capacité des personnes auxquelles il s'adresse et ce pour permettre une prise de décision éclairée
- Promouvoir l'égalité et la diversité des valeurs
- Valoriser les personnes âgées en tant qu'individus acteurs de leur santé et notamment de leur santé mentale
- Reconnaître l'importance du maintien de la confidentialité
- Intervenir en cohérence avec des données probantes, la législation, les politiques, les cadres de référence et les systèmes de gouvernance relative aux personnes en perte d'autonomie
- Interroger, développer et améliorer en permanence sa pratique et celle des autres en matière de protection de l'autonomie de la personne âgée

2. Favoriser le changement

Permettre aux individus, aux groupes, aux collectivités et aux organisations en charge de seniors de développer leurs capacités d'actions en promotion de la santé qui améliorent leur santé et réduisent les inégalités en santé

- Travailler en partenariat avec les différents secteurs pour influencer le développement de politiques publiques favorables à la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie, et réduire les inégalités de santé des seniors
- Maîtriser une connaissance la plus large possible des déterminants de la santé des personnes âgées et des inégalités en santé
- Utiliser des approches de promotion de la santé qui soutiennent la capacité d'agir (*empowerment*), la participation, le travail en partenariat et l'équité pour créer des environnements et des lieux de vie favorables à la santé des personnes en perte d'autonomie
- Renforcer la participation citoyenne et le sentiment d'appropriation par des approches et des techniques de développement communautaire
- Faciliter le développement de compétences personnelles qui maintiennent et améliorent la santé
- Travailler en collaboration avec «*les parties prenantes clés*», les décideurs, les élus, les responsables, les personnes ressources et les leaders d'opinion pour réorienter les services de santé aux besoins des seniors et les autres services afin de promouvoir la santé, la santé mentale et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie

3. Plaider la cause de la santé

Défendre la santé globale et plus particulièrement la santé mentale, avec et au nom des individus, des collectivités et des organisations pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie

- Utiliser les stratégies et les techniques de plaidoyer en accord avec les principes de la promotion de la santé

- Maîtriser les questions de santé, de santé mentale et de bien-être relatives à une population de personnes âgées particulière ou à un groupe en particulier de personnes en perte d'autonomie
- S'engager avec les *parties prenantes clés*, les décideurs, les responsables, les personnes ressources et les leaders d'opinions, et les influencer afin de développer et de maintenir l'action en promotion de la santé auprès des personnes âgées
- Si l'occasion se présente, sensibiliser et influencer l'opinion publique aux questions de santé, de santé mentale, de qualité de vie de la personne âgée en perte d'autonomie

4- Travailler en partenariat

Travailler en collaboration avec différents secteurs, disciplines et partenaires afin d'améliorer l'impact et la pérennité des actions facilitant et renforçant la santé, la santé mentale et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie

- Engager les partenaires de différents secteurs à contribuer activement aux actions
- Faciliter un travail en partenariat qui reflète les valeurs et les principes de la promotion de la santé
- Développer des partenariats efficaces par un travail en collaboration, en servant d'intermédiaire entre les intérêts des différents secteurs en présence, à commencer par la personne et ses aidants naturels

5- Evaluer les besoins et les compétences de la personne âgée en perte d'autonomie

Mener l'évaluation des besoins et des compétences de la personne en perte d'autonomie, considérer qu'elle a des potentiels pour gérer sa santé globale, sa santé mentale et définir ce qu'elle souhaite pour sa propre qualité de vie

- Utiliser des méthodes de communication pour permettre les prises de décision

- Utiliser des méthodes de recueil variées, notamment des grilles d'autonomie
- Identifier les déterminants de la santé qui ont un impact sur la santé, la santé mentale et la qualité de vie de la personne âgée
- Identifier les besoins en matière de santé, les atouts et les ressources pertinents pour maintenir l'autonomie observée de la personne
- Utiliser des approches d'évaluation culturellement et éthiquement appropriées

6- Planifier ses interventions – modèle de GREEN

Tendre au développement des facteurs favorisant et renforçant la santé, la santé mentale et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie

- Mobiliser, soutenir et engager la participation des parties prenantes dans la planification de l'action
- Élaborer un plan d'actions réalisables qui tienne compte des contraintes en matière de ressources qui se réfère aux souhaits, aux besoins et aux compétences de la personne âgée
- Fixer et communiquer des objectifs appropriés, réalistes et mesurables pour les différents secteurs, dont la personne âgée et ses aidants naturels

7- Mettre en œuvre

Mettre en œuvre des aides et prestations culturellement adaptées et éthiques dont la personne âgée en perte d'autonomie perçoit l'efficacité

- Utiliser des processus éthiques, participatifs, responsabilisant et culturellement appropriés pour mettre en œuvre le plan d'aide
- Utiliser des moyens d'échange interpersonnel, comme la reformulation, le reflet et la valorisation de la personne âgée et ses aidants naturels

- Gérer les ressources nécessaires pour une mise en œuvre efficace de l'action planifiée
- Faciliter la pérennité du programme et le sentiment d'appropriation de la personne âgée et de ses aidants naturels par le biais d'un travail de consultation et de collaboration continu
- Contrôler la qualité du processus de mise en œuvre en lien avec les objectifs fixés entre les différents secteurs dont celui de la personne âgée et de ses aidants naturels

8- Evaluer les interventions

Utiliser des méthodes d'évaluation appropriées pour mesurer l'impact et l'efficacité des actions menées

- Intégrer l'évaluation dans la planification et la mise en œuvre du plan d'aide
- Utiliser les résultats de l'évaluation pour redéfinir et améliorer le plan d'aide

CONCLUSION

Les participants témoignent que la démarche globale de la formation-action était pour chacun d'eux une expérience nouvelle. Il ne leur a jamais été donné l'occasion d'être à la fois acteur et sujet d'une action. Cette expérience a été pour eux l'occasion d'expérimenter les fondements méthodologique de la promotion de la santé.

Par ailleurs, la démarche de formation-action a eu également des effets sur les intervenants, qui témoignent de la sensation d'avoir contribué à une réalisation inédite et particulièrement positive, auprès de personnes ouvertes exposant avec aisance leurs expériences et leurs difficultés.

L'évaluation de la formation est en cours d'analyse à l'heure où s'achève la rédaction de ce mémoire. Ceci ne permet pas de répondre pleinement à la question de recherche : *En quoi une formation-action peut-elle faire évoluer les pratiques professionnelles vers une plus ample considération du droit au choix de la personne âgée en perte d'autonomie, et limiter ainsi les affections inhérentes au désengagement social, et plus particulièrement sa souffrance psychique ?*

Néanmoins, il a été fait état de compétences acquises par les participants au cours de la formation-action, notamment lors de la phase nommée *réduction de la subjectivité des mécanismes perceptuels*, donnant lieu à la rédaction de la *discussion*. Ces compétences permettent de valider que les participants ont intégré des concepts issus des sciences sociales et humaines, tel *le désengagement social et les cycles de vie* et qu'ils sont en capacité d'utiliser des techniques de communication comme *l'entretien motivationnel*, et ce sans perdre de vue la santé, le bien être mental et le maintien d'une certaine qualité de vie de la personne âgée en perte d'autonomie.

Il s'agit de capacités nouvelles leur permettant d'avoir désormais une nouvelle lecture du paradigme de la personne âgée dont se dégagent déjà des pratiques rénovées, mais aussi d'avoir intégré la méthode qui permet de croiser des concepts. Ceci est tout à fait en lien avec les compétences professionnelles de promotion de la santé qui constituent « *une combinaison*

des connaissances, des aptitudes, des capacités et des valeurs essentielles qui sont nécessaires à la pratique de la promotion de la santé »⁸

Même s'il n'a pas été fait d'évaluation de la démarche à proprement dit, les participants témoignent que le temps qu'a nécessité la démarche de co-construction de la formation est incontournable, et que les contenus co-construits n'auraient peut-être pas été recevables s'ils avaient été construits à l'extérieur du groupe, puis proposés ou imposés au groupe.

Quelles suites à cette formation-action ?

Les participants ont évoqué le besoin de réaliser un kit d'intervention leur permettant d'aborder certains sujets avec les professionnels qu'ils cadrent. Ce kit sera réalisé cet automne.

La formation-action ayant remporté un certain succès, d'autres professionnels du secteur souhaitent participer à une prochaine édition. Nous déposerons donc un projet de financement en mars 2014.

Des participants à la formation-action recherchent en ce moment même des financements pour créer une co-formation visant le croisement des pratiques des professionnels et des aidants naturels. Il s'agira alors d'amener les deux publics à se former ensemble.

⁸ Dempsey, C., Battel-Kirk B., Barry M.M et les partenaires du projet CompHP (2011): Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé. (Version abrégée), UIPES, Paris

BIBLIOGRAPHIE

Bertrand Pulman, *Anthropologie et psychanalyse : Malinowski contre Freud*, PUF, 2002.

Dempsey, C., Battel-Kirk B., Barry M.M et les partenaires du projet CompHP (2011): Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé. (Version abrégée), UIPES, Paris

E. Cumming et Henry W., *Vieillir: le processus de désengagement* . Basic Books, New York, 1961.

Green, LW, Kreuter, MW, Deeds, SG, Partridge, KB (1980) *Santé planification de l'éducation: une approche diagnostique* - Mountain View, Californie: Mayfield.

Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (Ed.) (2008). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Austrian Red Cross, Vienna

Luft, J.; Ingham, H. (1955).La fenêtre de Johari, un modèle de conscience interpersonnelle. Actes du laboratoire de formation occidentale dans le développement du groupe – Los Angeles UCLA

Organisation Mondiale de la Santé (2002) : Cadre d'orientation : Vieillir en santé. 2ème Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, Madrid

Speller V., Parish R., Davison H., Zilnyk A. et les partenaires du projet CompHP (2012) : Le manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé. (Version abrégée), UIPES,

Stiles WB (1992), Describing Talk, a taxonomy of verbal response modes, Newbury Park, California, Sages Publications

Carradec V, De Singly V (1995) *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, éditions Armand Colin.

Pour la première fois dans l'histoire de l'Humanité, nous constatons le développement d'une *géricroissance*. Il s'agit là du constat que des générations entières parviennent à atteindre un âge avancé de la vie. Ce phénomène a eu pour conséquence la réorganisation de nombreux services d'aide et de soins destinés aux personnes en perte d'autonomie, ainsi que leurs systèmes de formation.

Nombreuses sont les formations menées en gériatrie. Elles portent cependant rarement sur le positionnement professionnel et encore plus rarement sur la promotion de la santé, notamment de la santé mentale de la personne âgée en perte d'autonomie. A donc été menée une formation-action visant l'investissement le plus complet des professionnels et élus y participant, et ce, dans l'objectif que ceux-ci ressentent les effets bénéfiques de la méthodologie participative.

La méthodologie en question prévoit différentes phases allant du récit des expériences des participants à la co-crédation des contenus et des modalités pédagogiques, ainsi que des modalités et des outils d'évaluation. Ils sont aussi les acteurs de l'identification des problématiques majeures rencontrées dans leurs professions, tout comme les co-auteurs de l'analyse des compétences qu'ils ont rénovées au sein du processus de la formation-action.

Ce travail fait le point aussi sur les concepts gérontologiques, notamment celui du désengagement social. Ce dernier est un incontournable permettant de comprendre les raisons de la souffrance psychique des aînés, souvent banalisée. Par la compréhension de ce concept, il est ainsi possible de croiser des techniques de communication adaptées et des réponses éthiques aux besoins et attentes des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les participants témoignent aujourd'hui ressentir plus de proximité avec les personnes âgées qu'ils accompagnent. Ils se sentent également plus investis dans leurs missions et tendent davantage à la valorisation de leurs métiers auprès de leur entourage.

Mots-clés : promotion de la santé des aînés ; formation-action ; co-construction des savoirs ; désengagement social ; modèle de GREEN

Janvier 2013