

INSTITUT DE FORMATION
EN
ERGOTHÉRAPIE

Personne âgée à domicile :
Ergothérapie et prévention de la dépression

MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE
UE 6.5 S6

Laure BERTHELIER

Mai 2021

« La vieillesse est un trésor de l'humanité.

Elle se manifeste par une abondance de joie et de bonté pour la jeunesse qui l'entoure. »

Jah Olela Wembo

REMERCIEMENTS

*Sous la direction de Mme Anthéa FABBRI, ergothérapeute à l'EHPAD Jean Guillot de Stenay
et Maître de mémoire »*

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maître de mémoire, Mme Anthéa Fabbri qui m'a guidée tout au long de l'écriture de ce mémoire, qui a su m'écouter et se rendre disponible pour répondre avec bienveillance à toutes mes interrogations et doutes.

Je remercie Mme Florine LEVIONNOIS, référente pédagogique, pour sa patience et ses conseils avisés toujours pertinents et sans faille.

Je remercie tous les membres de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, pour leur implication dans le suivi de cette formation pendant ces trois années.

Je remercie également toutes les personnes qui ont apporté leur retour d'expérience en ergothérapie, notamment les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire mais aussi mes différents tuteurs de stage et personnes ressources avec lesquels j'ai pu avoir de longues discussions sur l'ergothérapie.

Je remercie mes amies de l'IFE qui ont été d'un très grand soutien, autant dans l'élaboration de ce travail que sur ces trois années de formation. Un énorme merci à Lucie et à Hélène qui ont été formidables, qui ont toujours été là pour me rassurer et m'apporter de l'aide quand j'en ai eu la nécessité.

Et enfin un grand merci à ma famille, mes enfants, mon compagnon et mes amis de toujours, pour tous leurs encouragements tout au long de cette reconversion professionnelle. Merci pour toute leur gentillesse et les services rendus me permettant d'avancer vers ce nouvel horizon.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Bilan de l'existant	2
1.1. État des lieux des savoirs scientifiques : une revue de la littérature.....	2
1.2. Les personnes âgées : population à risque de troubles dépressifs	3
1.2.1. Définition du vieillissement.....	3
1.2.2. La fragilité	4
1.2.3. La dépression chez la personne âgée	5
1.2.4. Les facteurs de risque amenant à la dépression	6
1.2.5. L'isolement	7
1.3. Le maintien à domicile	8
1.3.1. Le rôle du domicile	9
1.3.2. Les dispositifs d'interventions professionnelles à domicile	9
1.3.3. Préventions	10
1.4. Ergothérapie et personne âgée à domicile	12
1.4.1. L'ergothérapeute.....	12
1.4.2. La place de l'ergothérapeute auprès de la personne âgée.....	13
1.5. Cadre théorique en lien avec les éléments de la pratique professionnelle.....	14
1.5.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (Model Of Human Occupation, 2008)	14
1.5.2. Le modèle "Vivez bien votre vie" (Do Live Well)	19
1.5.3. La Motivation et la théorie de l'autodétermination	24
SYNTHESE DU BILAN DE L'EXISTANT ET THEORIQUE	29
2. Méthodologie	30
2.1. Choix de la méthode	30
2.2. Choix de la population.....	32
2.3. Élaboration de l'outil de recherche.....	33
2.4. Préparation et réalisation des entretiens (protocole de passation)	35
3. Analyse et Discussion.....	38
3.1. Résultats bruts et analyse.....	38

3.2.	Mise en perspective des résultats en lien avec le bilan de l'existant	49
3.3.	Réponse à la question de recherche	54
3.4.	Critique et biais de la méthode	55
3.5.	Perspectives d'ouverture / hypothèses de travail ultérieur	56
3.6.	Apports personnels et professionnels	57
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne âgée sur dix souffrirait d'une symptomatologie dépressive (dépression infra-clinique), ce qui aurait des répercussions majeures sur la qualité de vie de la personne, et serait un facteur de risque de maladie dépressive (2018, p. 66).

Au cours d'expériences personnelles ou professionnelles, j'ai pu rencontrer des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs. Celles-ci affichaient généralement une humeur triste, ayant un discours auto-dévalorisant, sans espoir et parfois même accompagné d'idées suicidaires. Touchée par ces témoignages, j'ai eu envie de m'intéresser à leur situation, comprendre comment la dépression avait pu s'immiscer dans leur parcours de vie.

Après une enquête exploratoire menée auprès de professionnels (entre autres : ergothérapeutes, psychologue, infirmière, assistante sociale) via mes relations et réseaux sociaux, j'ai fait le constat suivant : la dépression chez la personne âgée est un problème de vaste envergure souvent écarté des priorités de santé.

Par conséquent, je me suis interrogée sur l'apport de l'ergothérapie dans ce domaine, et plus précisément sur l'action de l'ergothérapeute auprès de ces personnes âgées touchées par ces troubles invalidants. Ainsi, j'ai souhaité approfondir mes connaissances en réalisant un mémoire d'initiation à la recherche (unité d'enseignement 5.4 S6) dans le cadre de ma formation en ergothérapie. Ce travail avait comme question de départ :

Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépression chez la personne âgée à domicile ?

Afin de pouvoir préciser cette question, il était nécessaire de compléter mes savoirs sur ce sujet à l'aide d'une revue de la littérature scientifique. Celle-ci m'a amené à élaborer un bilan de l'existant apportant une vue d'ensemble sur le sujet et incluant un cadre théorique. Ce travail de recherche documentaire a permis l'ajustement de ma question de départ en question de recherche :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'isolement social de la personne âgée fragile à domicile, dans la prévention tertiaire de la dépression ?

À partir de cette question, une étude sera réalisée. Après une présentation de la méthodologie, les résultats seront exposés puis analysés, et mis en lien avec le bilan de l'existant. Cette démarche apportera les éléments nécessaires pour répondre à la question de recherche.

1. Bilan de l'existant

1.1. État des lieux des savoirs scientifiques : une revue de la littérature

Un état des lieux des savoirs scientifiques permettra d'avoir une vision d'ensemble sur le sujet et de mieux cerner l'intérêt qu'il peut susciter dans la littérature. L'étude de différents articles scientifiques a abouti à une synthèse que je souhaite partager.

Les avancées de la médecine et l'amélioration de la qualité de vie participent au retardement du processus du vieillissement, augmentant la proportion des séniors (plus de 65 ans) dans le champ démographique. Mais ce prolongement de la longévité s'accompagne aussi de troubles liés au vieillissement pouvant affecter la santé mentale, ne serait-ce que par la présence de symptômes dépressifs. Il est dit dans la littérature que la dépression est un des maux les plus répandus chez les personnes âgées. Fréquemment dans le vieillissement normal, les pertes de mémoire et les signes de dépression seront associés. Des études révèlent que les symptômes dépressifs apparaissant tardivement peuvent être considérés comme un facteur de risque de trouble neurocognitif majeur (Goveas et al., 2011).

La dépression fait également partie des principaux facteurs impactant la performance occupationnelle de la personne âgée. Elle est souvent accentuée par une diminution ou une perte des capacités fonctionnelles, par des troubles organiques d'origine neurologique et/ou vasculaire. Or, la réalisation des activités demande, pour être menée à bien, l'intégrité des fonctions. La situation d'une personne âgée en souffrance devient complexe pour son entourage et devient synonyme de coûts financiers afin de compenser le handicap. Toute incapacité peut engendrer une dépendance, celle-ci devenant à son tour un facteur de dépression (Boga et Saltan, 2019).

Les symptômes dépressifs augmentent avec l'âge et ont une influence sur l'humeur, la qualité de vie et le bien-être. Ils réduisent l'efficacité des traitements, augmentent l'appel au suicide, le coût des soins, le risque de mortalité et du handicap. Des études montrent que les personnes âgées touchées par ces symptômes ont une faible activité de loisirs, de nombreux freins inhibiteurs de mobilité et un stress important (Lee et al., 2012).

D'après Isaac et al., le niveau d'activité sociale (dépendant du statut socio-économique de la personne âgée, de son rôle et sa place parmi ses pairs, de ses conditions de vie, et de sa santé) joue un rôle dans la survenue de symptômes et peut en être la cause (2009). Ces personnes fragilisées sont en proie au sentiment d'inutilité ou d'absence d'avenir. Les événements de la vie

comme le décès d'un proche ou l'éloignement familial renforcent leur isolement et rompent le lien social que ces personnes ont connu auparavant.

Les articles scientifiques consultés ne soulèvent qu'en partie les problématiques de cette population fragilisée. De plus, depuis que ce travail d'initiation a débuté, en 2020, les événements liés au contexte sanitaire et à la pandémie de la COVID-19 ont sensiblement modifié les habitudes de vie de la population en général dans de nombreux pays, favorisant un peu plus les difficultés rencontrées par les personnes âgées. Je souhaiterais parler maintenant de ces personnes à travers quelques notions en lien avec mon sujet.

1.2. Les personnes âgées : population à risque de troubles dépressifs

1.2.1. Définition du vieillissement

En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé proposait une projection de la démographie à l'échelle mondiale étalée de 2015 à 2050, affichant que la proportion des personnes de 60 ans et plus allait quasiment doubler, passant de 12% à 22%. « D'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015. » (OMS, 2018). Le vieillissement de la population fait partie des enjeux de santé publique actuelle, il est intéressant de comprendre comment il peut être défini.

Le terme « vieillissement » désigne l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Résultat de l'association des facteurs génétiques et environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie, c'est un processus lent et progressif, qu'il faut distinguer des manifestations de maladies. (Aillet & Dhérin, 2017). « Ainsi, le vieillissement est un processus constant débutant à la naissance dont l'investigation requiert l'étude des pertes et des gains de l'individu tout au long de sa vie. » (Kalfat, H., Sauzéon, H., 2009, p.1).

Trois modes de vieillissement sont répertoriés :

- Le vieillissement réussi (successfull aging) avec une absence ou une atteinte minimale des fonctions physiologiques et une absence de pathologie.
- Le vieillissement habituel ou usuel (usual aging), avec des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge de certaines fonctions, mais sans pathologie bien définie.

- Le vieillissement avec pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps (pathological aging), responsables le plus souvent d'un état de dépendance majeure. (Trivalle, 2000)

Le regard apporté au vieillissement et à la personne âgée est souvent empreint de préjugés et de stéréotypes et participe alors à une dévalorisation de cette population. M. Marchand (2008), psychologue et chercheuse en psychologie sociale explique que la représentation du vieillard relève principalement de la privation des moyens de maîtrise sur l'environnement, il se voit abandonné par la vie, mais également socialement, il suppose des dégradations physiques (fragilité physique, mauvaise santé, diminution des capacités cognitives et de la libido, incapacité d'apprendre de nouveaux éléments), et réactive chez l'individu l'angoisse face à sa propre mort (p. 23).

L'OMS met en évidence que la vieillesse se caractérise également par l'apparition de plusieurs états de santé complexes ne survenant généralement que tard dans la vie et ne constituant pas des catégories de maladie distinctes. Ces états sont couramment appelés « syndromes gériatriques », parmi lesquels figurent la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, les délires et les escarres, et découlent souvent de plusieurs facteurs sous-jacents (2008).

Dans ce sujet d'étude, je m'intéresse particulièrement à une population de personnes âgées en état de fragilité. Selon C. Trivalle (2000), le concept de fragilité correspondrait à un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Nous allons maintenant tenter de définir ce qu'est le concept de fragilité, comment il peut être interprété et évalué chez la personne âgée.

1.2.2. La fragilité

Touchant plus fréquemment les femmes et les personnes avec un statut socioéconomique inférieur et d'une prévalence estimée à 17% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (OMS, 2018, p. 72), la notion de fragilité est un concept gériatrique développé dans les années 1980 en Amérique du Nord (États-Unis et Canada) (Trivalle, 2000). Cette fragilité connaît des définitions variables et évolutives. Dans la littérature, nous la retrouvons notamment, elle peut être imaginée comme un état d'équilibre précaire entre des facteurs médicaux et des facteurs sociaux. Nous parlons alors de syndrome médical résultant de diverses modifications physiologiques liées à l'âge sans rapport avec des pathologies spécifiques (Trivalle, 2000).

Dans son Rapport mondial sur le vieillissement et la santé (2018), l'OMS choisit de parler d'une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, entraînant une diminution des réserves de capacités intrinsèques, amenant une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmentant le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé (p. 72).

F. Nouvel (2015) ajoute au concept de fragilité une notion de temporalité. En effet, pour lui et dans une « vision dynamique des choses », la fragilité représente une « période » de la vie d'une personne âgée où celle-ci est vulnérable (raisons évoquées précédemment), et parle des difficultés de cette personne « à faire face à la survenue d'un événement que l'on appelle facteur précipitant » (p. 6). Le processus de fragilisation serait latent, révélé et amplifié à l'occasion d'événements stressants parfois mineurs (déménagement, maladie, décès conjoint, etc.) (Michel, 2012, p. 176).

De manière générale, les différentes définitions proposées dans la littérature ont en commun la description d'un état d'instabilité exposant à un risque majeur de décompensation associée souvent à des phénomènes de cascades, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès (Nouvel & Jouaffre, 2009, p. 33).

Et même si le rapport de l'OMS explique que « l'évolution de la fragilité varie considérablement d'un individu à l'autre et semble réversible, seule une faible proportion des personnes fragiles récupèrent spontanément leurs forces » (p. 72).

Afin de mesurer la fragilité chez les personnes âgées, différents instruments d'évaluation ont été proposés. Les premiers reposent essentiellement sur une approche biomédicale, ne s'intéressant alors qu'aux capacités physiques, par exemple : celui de Vellas (1997) ou celui de Fried (2001). Depuis, d'autres systèmes de mesure plus adaptés suggèrent une approche multidimensionnelle et globale comme celui de Rockwood (2005), ou celui de Studenski (2004) recherchant les indicateurs de fragilité intrinsèque (force ; équilibre ; nutrition, endurance ; neuro-motricité ; mobilité) et les indicateurs globaux de fragilité (apparence ; recours au système de santé ; complexité médicale ; santé perçue ; activités vie quotidienne ; état émotionnel : dépression et anxiété ; statut social) (Michel, 2012, p. 177). Les dimensions psychologiques et sociales sont intégrées dans le concept de fragilité, les troubles dépressifs peuvent faire partie des indicateurs globaux et être pris en compte dans ces évaluations.

Nous allons justement identifier dans la partie suivante ce qu'est la dépression chez la personne âgée.

1.2.3. La dépression chez la personne âgée

« La dépression de la personne âgée constitue un problème majeur de santé publique dont l'importance croît parallèlement au vieillissement démographique de la population. La présence

d'antécédents dépressifs personnels ou familiaux constitue un terrain vulnérable à l'apparition ou à la rechute d'une symptomatologie dépressive. » (Pinquier et al., 2003, pp. 837-838)

Pour donner une définition, nous pouvons dire que la dépression se caractérise par une tristesse ou une perte d'intérêt et de plaisir, associées à des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, des problèmes de concentration ou encore des idées suicidaires. Ces symptômes sont intenses, durables et entraînent un retentissement important sur les activités et le fonctionnement des individus. (Léon et al., Santé publique, 2018).

En 2018, l'OMS inclut la dépression dans la liste des problèmes de santé courants chez les personnes âgées (parmi le déficit auditif, la cataracte et défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la broncho pneumopathie chronique obstructive, le diabète et le trouble neurocognitif majeur), et précise que les troubles dépressifs affectent environ 2 à 3% des personnes âgées vivant dans la communauté. En effet, il est aussi dit dans le Rapport de l'OMS qu'une personne âgée sur dix souffrirait d'une symptomatologie dépressive nommée dépression infra-clinique, ce qui aurait un impact majeur sur la qualité de vie de la personne et serait un facteur de risque de maladie dépressive (p.66).

Afin de dépister la dépression et/ou évaluer le risque dépressif chez la personne âgée, les professionnels (médecins, psychiatres) peuvent utiliser une échelle d'évaluation appelée la GDS (Geriatric Depression Scale) composée de 30 items.

Existe aussi une version plus rapide, la mini GDS, avec 4 questions concernant l'état de la personne les jours précédant la passation : Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Si le test est positif, le médecin doit confirmer le diagnostic et proposer une prise en charge et un suivi thérapeutique adaptés. Selon les spécificités liées à l'âge, un traitement médicamenteux (ex : antidépresseurs) et une prise en charge psychologique sont la plupart du temps prescrits.

Dans une optique de prévention de la dépression, il est important de s'intéresser alors aux facteurs de risque souvent communs à ces personnes vulnérables. Quels sont ces éléments ?

1.2.4. Les facteurs de risque amenant à la dépression

Les symptômes dépressifs pourraient être déclenchés par la présence de facteurs de nature endogène ou de type exogène. Pinquier et al (2003) précisent que ce n'est pas l'âge qui est un facteur de risque de dépression mais plutôt certains paramètres qui accompagnent le vieillissement, comme par exemple, des caractéristiques sociodémographiques (p. 838). C'est ce que nous retrouvons dans la rubrique consacrée au sujet de la dépression sur le portail internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Celui-ci créé en 2015 et inscrit dans la loi n° 2015-1776 du 28

décembre 2015 (relative à l'adaptation de la société au vieillissement), a pour objectif d'informer et d'orienter les personnes âgées en perte d'autonomie, et leurs proches. D'après ce site d'information, les principaux facteurs de risque sont :

- avoir des antécédents de dépression,
- être une femme,
- être atteint de pathologies chroniques notamment cardiovasculaires et neurologiques,
- avoir vécu des événements de vie stressants, notamment un deuil,
- avoir un faible statut socioéconomique,
- être isolé(e).

De plus, il existe une corrélation entre l'anxiété et la dépression, les chiffres de l'OMS (2018) le démontrent : 13 % des personnes âgées souffrant d'un trouble anxieux présentent également une dépression, et 36 % des personnes âgées souffrant de dépression ont un trouble anxieux associé (p.66).

Les personnes ne bénéficiant pas d'un environnement social présent et soutenant, et vivant dans un contexte d'isolement social sont des personnes plus sujettes à la survenue de troubles dépressifs. Comme je le signalais au début de mon mémoire, le contexte actuel lié à la pandémie de la COVID -19 a perturbé de nombreuses habitudes de vie, et a provoqué ou accentué l'isolement de personnes âgées. Je souhaite développer dans la partie suivante ce facteur de risque de la dépression qu'est l'isolement.

1.2.5. L'isolement

Le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) définit l'isolement social comme la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Il constitue un véritable enjeu sociétal car il représente un déterminant de santé, accélère les pertes d'autonomie, provoque dépressions et suicides et entraîne de nombreux dysfonctionnements dans nos modes de prise en charge (2016). Le CESE ajoute en 2017 qu'il y a une forte corrélation entre l'isolement relationnel et le renoncement aux soins. Ainsi, l'isolement social est un facteur aggravant dans des situations de fragilité et de vulnérabilité psychologique chez les personnes âgées. Il est une cause majeure de non-recours aux droits et un enjeu majeur pour la cohésion sociale car il renforce les mécanismes d'exclusion (p. 6).

L'association Petits Frères des Pauvres (PFP) qui lutte contre l'isolement des aînés apporte sur son site internet (<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/>) des précisions sur le terme

d'isolement. L'isolement peut être relationnel, lorsqu'il s'agit d'une fragilisation ou d'une rupture du lien social, des relations affectives, amicales. C'est un isolement accentué par la fracture numérique (31 % des plus de 60 ans n'utilisent jamais Internet) (2017).

Pour la Fondation de France, cinq grands réseaux de sociabilité sont considérés : la famille (en dehors des personnes qui vivent sous le même toit), les amis, les voisins (échanges allant au-delà de la pure politesse, ex : se saluer), les personnes au sein des associations éventuellement fréquentées (2020, p.8).

L'isolement social entraîne une perte d'identité et d'égalité dans la société. « Celui qui reste seul se sent banni. Déprime, perte de l'estime de soi, honte... autant de sentiments que doivent affronter ces personnes. » (Petits Frères des Pauvres, 2017)

En septembre 2017, une étude a été menée par Petits Frères des Pauvres avec l'institut CSA sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées de plus de 60 ans. Celle-ci a révélé que parmi elles, 900 000 personnes étaient isolées dont 300 000 en situation de mort sociale (isolement extrême).

Un nouveau rapport « Isolement des personnes âgées, les effets du confinement » basé sur une étude réalisée pendant le premier confinement en France au printemps 2020, apporte d'autres chiffres préoccupants :

- 720 000 personnes âgées n'ont eu aucun contact avec leur famille pendant cette période,
- 650 000 personnes âgées n'ont eu personne à qui se confier.
- La solitude a été lourdement ressentie par 32% des Français de 60 ans et plus, renforçant cet isolement (2021, p.12).

Les personnes âgées peuvent rencontrer une autre problématique, l'isolement environnemental. Ce qui signifie être isolé(e) par manque d'accessibilité à l'espace public, par l'insuffisance des offres de transport, par l'inadaptation des voiries, ou bien par l'éloignement des commerces et services de proximité, etc. (PFP, 2017). Le contexte environnemental est à prendre en considération, si la personne âgée vit dans une zone rurale ou urbaine, si elle est dépendante au niveau des transports, etc. Elle peut connaître l'appréhension de sortir, par exemple, par peur de chuter ou de savoir utiliser un réseau de transport paraissant complexe. Des raisons inhérentes à la personne, qu'elles soient dues à des troubles moteurs, psychiques, cognitifs, font que celle-ci va s'isoler et rester au domicile, son refuge et abri. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse aux personnes âgées étant toujours au domicile, nous allons aborder maintenant le sujet concernant le maintien de la personne chez elle.

1.3. Le maintien à domicile

1.3.1. Le rôle du domicile

« En décidant où elles souhaitent vivre, les personnes âgées considèrent souvent leur logement ou leur communauté actuels comme comportant les avantages de conserver un sentiment de lien social, de sécurité et de familiarité, et comme étant associés à leur sentiment d'identité et d'autonomie. » (OMS, 2016, p.42)

J. -P. Vignat explique que les fonctions et les rôles du domicile (personnel ou substitutif) sont multiples tant pour l'individu que pour sa constellation relationnelle. Il estime que ce n'est pas seulement un espace de vie occupé physiquement, mais également un territoire investi psychiquement, dépositaire de l'histoire individuelle et familiale, et une aire intégrée corporellement, extension du schéma corporel (1991, p. 5). « Il assure le rôle d'une enveloppe extérieure palliant les défaillances de son moi-peau, si bien qu'il n'est pas abusif de parler de sa perte comme d'un authentique deuil. » (Charazac, 2015, p. 399).

Maintenir la personne âgée à domicile lui permet notamment d'entretenir ses capacités restantes, en lui offrant un environnement stable limitant le retentissement de ses déficits sur les activités de la vie quotidienne, lui permettant de garder un environnement social (Charazac, 2015, p. 403). Participant à la vie de la personne âgée et des aidants, des professionnels du secteur de la santé et du social, entre autres, peuvent agir au sein du domicile.

1.3.2. Les dispositifs d'interventions professionnelles à domicile

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement priorise l'accompagnement à domicile afin de garantir les meilleures conditions possibles pour la personne. Cette loi renforce par ses mesures concrètes, les droits et libertés des personnes âgées, ainsi que l'aide amenée pour la préservation de leur autonomie et un soutien aux proches-aidants. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile évolue avec la loi. Cette allocation a pour objectif d'aider à financer le maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (ex : frais d'aide à domicile, aides techniques, hébergement temporaire, accueil de jour). Si les conditions sont remplies, la personne peut bénéficier de l'APA quels que soient ses revenus, mais le montant d'aide attribué dépend de ceux-ci (au-delà d'un seuil, une participation progressive est demandée à la personne). À partir du moment où la demande d'APA est effectuée, une équipe médico-sociale du conseil départemental doit se rendre au domicile de la personne afin d'évaluer son niveau de perte d'autonomie, et la classer dans le groupe iso-ressources (GIR). Si la personne est éligible à l'APA, un plan d'aide adapté à la situation sera proposé, par exemple : un nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le portage de repas, etc. (portail internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, 2020)

De bonnes coordination et communication entre les différents professionnels permettent d'amener une prise en charge sans manquement à l'égard de l'intéressé(e) mais aussi par rapport aux aidants. Afin de faciliter le maintien à domicile d'une personne âgée et de soulager les aidants, différents corps de métier ou organismes sont susceptibles d'intervenir. Pour pouvoir s'informer et être bien orientées, les personnes peuvent s'adresser entre autres aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les services sociaux des caisses de retraite. Ainsi les personnes âgées peuvent bénéficier de divers services comme le portage de repas, des heures d'aide-ménagère, l'aide d'un(e) auxiliaire de vie sociale, etc.

D'autres acteurs peuvent entrer en compte, notamment pour l'aménagement du logement de la personne (adaptation et aides techniques) comme le CICAT (Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques). Les soins à domicile peuvent être assurés par des professions libérales (médecin, infirmier D.E., kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou en équipe dans des organisations comme les ESPRAD (Équipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation à Domicile), SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile), ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer), SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile), Équipe mobile gériatrique, en passant par les services de la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie).

Ces organisations, si elles sont bien menées, permettent à la personne de rester au centre de son parcours de soin et de vie. Mais à quel niveau de prévention peut-on agir afin d'accompagner une personne âgée avant qu'elle ne soit touchée par la dépression ?

1.3.3. Préventions

1.3.3.1. Prévention primaire

La prévention primaire correspond à « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. Elle peut comprendre des vaccinations et des actions de promotion de la santé pour permettre aux personnes âgées de choisir des comportements favorables à leur santé » (Bréchat et al., 2008, p.477).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un guide sur la promotion, la consultation et la prescription d'activité physique et sportive chez l'adulte, ainsi que pour les personnes âgées. Il est écrit dans ce guide que les personnes âgées fragiles ont une incapacité modérée et des performances fonctionnelles diminuées. Ces états de fragilité sont potentiellement réversibles par la prise en charge de leurs déterminants, dont fait partie l'inactivité physique (HAS, 2019, p. 2). Des facteurs physiques (comme l'inactivité physique ou la dénutrition) ou psychologiques (comme

la dépression) sont des causes de fragilité repérables par des professionnels de santé et accessibles à des actions préventives ou correctrices. Ainsi pour la personne âgée, adopter un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire est une bonne stratégie pour lutter contre la fragilité, ce qui relève de la prévention primaire (2019, p.3).

Les programmes Vivifrail et LIFE (Life style Integrated Functional Exercise) pour la prévention de la fragilité et des chutes chez les sujets âgés de 70 ans et plus, proposent un ensemble d'activités physiques adaptées prenant en compte l'état de fragilité, la capacité à la marche et le risque élevé ou non de chutes de la personne (HAS, 2019, p. 6).

1.3.3.2. Prévention secondaire

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2001).

Chez la personne âgée on doit tenir compte de la spécificité liée à l'espérance de vie limitée, aux comorbidités et aux spécificités du métabolisme. (Lepoutre et al., 2011, p.1).

Pour illustrer la définition, nous pouvons ici prendre en exemple le dépistage de la dépression chez la personne âgée, notamment par l'utilisation de la GDS (Geriatric Depression Scale) ou de la mini-GDS, échelles d'évaluation vues précédemment. Il s'agit aussi de prendre en charge la personne avec des traitements précoces (médicamenteux et suivi psychologique adapté).

1.3.3.3. Prévention tertiaire

Selon l'OMS, la prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique (Ministère des Solidarités et de la Santé). Elle concerne particulièrement une population individualisée actuellement sous le terme de « personnes âgées fragiles ». Il s'agit de prévention des conséquences et des complications des phénomènes de vieillissement et de perte

d'autonomie. (Lepoutre et al., 2011, p. 2). À titre d'exemple, je citerai l'intervention thérapeutique des professionnels de santé auprès de la personne âgée en état de fragilité, c'est-à-dire après avoir instauré une alliance thérapeutique avec elle, en prenant en compte l'entourage s'il y en a un, et en travaillant de manière interprofessionnelle avec tous les intervenants concernés.

Dans l'article « Fragilité et dépendance », F. Nouvel et V. Jouaffre notent que « la prévention peut s'envisager à différents stades du processus de fragilité » (2009, p. 34). L'intervention ergothérapique pour prévenir la dépression chez la personne âgée fragilisée me paraît opportune à différents niveaux de prévention. Néanmoins, mon choix s'est porté sur la prévention tertiaire, celui-ci visant notamment à éviter les conséquences d'un état dépressif, l'installation d'incapacités liées à celui-ci et permettre la réadaptation de la personne âgée afin qu'elle puisse retrouver une qualité de vie satisfaisante. Au travers de ce mémoire, je m'interroge sur ce qui peut être proposé à cette population en termes d'intervention ergothérapique. C'est pour cela que nous allons maintenant faire un état des lieux de la pratique en ergothérapie.

1.4. Ergothérapie et personne âgée à domicile

1.4.1. L'ergothérapeute

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, du Ministère de la santé et des sports (Annexe I), donne la définition suivante :

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie. Il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

Les activités de l'ergothérapeute sont les suivantes :

- 1) Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique.
- 2) Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
- 3) Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
- 4) Conseil, éducation, prévention et expertise vis-à-vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
- 5) Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
- 6) Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
- 7) Gestion des ressources.
- 8) Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
- 9) Formation et information des professionnels et des futurs professionnels. (p. 171)

Les compétences requises afin d'exercer cette profession, confèrent à l'ergothérapeute un champ des possibilités très large, permettant de travailler auprès de tout type de public, dont celui des personnes âgées.

1.4.2. La place de l'ergothérapeute auprès de la personne âgée

Bourrellis et Bazerolles expliquent que, de par leurs compétences, les ergothérapeutes peuvent diriger leurs actions dans différentes directions, notamment les filières gérontologique et

gériatrique que ce soit auprès de la personne vieillissante ou auprès de ses aidants professionnels ou familiaux. Leurs interventions vont jusqu'à l'accompagnement de fin de vie du vieillard, en passant par toutes les étapes au domicile, en structure d'hébergement ou en structure de soins (2009, p. 59).

Dans l'exercice de ses fonctions, l'ergothérapeute est amené à rencontrer la personne concernée, à réaliser des entretiens et évaluations auprès d'elle et de ses proches en vue de recueillir des informations et de poser un diagnostic ergothérapeutique. Il propose, s'il y a lieu d'être, un plan d'intervention, en termes de soins à apporter et/ou d'activités dans le cadre d'une rééducation, d'une réinsertion et d'une réhabilitation sociale. Il peut préconiser des aides techniques ou appareillages pour la personne (ex : déambulateur pour faciliter ses déplacements) ou pour l'adaptation de son environnement (ex : mise en place de barres d'appui dans la salle de bain). Il peut informer, conseiller et prévenir la personne et son entourage en apportant son expertise. Il peut être amené à organiser et coordonner les soins en équipe pluriprofessionnelle. Qu'il exerce en statut libéral ou au sein d'une équipe, l'ergothérapeute est en contact avec d'autres professionnels de santé. Bourrelis et Bazerolles précisent que l'ergothérapeute œuvrant auprès d'un sujet âgé n'agit pas seul : « Peut-être plus que d'autres disciplines, la gériatrie nécessite une approche globale et interprofessionnelle [Gonthier, 2004]. On peut citer les médecins, infirmières, aides-soignantes, assistantes sociales, psychologues, autres rééducateurs [...]. » (2009, p.58)

De manière générale, la prévention des chutes est une des priorités d'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes âgées. En effet, l'OMS explique que le risque de décès ou de traumatismes graves dus à une chute est plus élevé et augmente avec l'âge. Il est précisé que ce niveau de risque est peut-être en partie attribuable aux modifications physiques, sensorielles et cognitives associées au vieillissement, conjuguées à des environnements qui ne sont pas adaptés à une population vieillissante (2021). Il serait également pertinent d'inclure dans le travail de l'ergothérapeute, l'évaluation de l'état psychique de la personne âgée. L'ergothérapie se basant sur la Science de l'Occupation porte son regard vers des concepts focalisant sur l'interaction personne/occupation/environnement. Nous allons maintenant aborder certains de ces éléments théoriques en lien avec mon sujet.

1.5. Cadre théorique en lien avec les éléments de la pratique professionnelle

1.5.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (Model Of Human Occupation, 2008)

Le MOH, parce qu'il est humaniste, centré sur la personne et sur son occupation, basé sur des données probantes, est approprié aux bonnes conditions pour accompagner ma démarche dans ce travail d'initiation à la recherche. L'approche holistique du MOH permet d'amener tous les

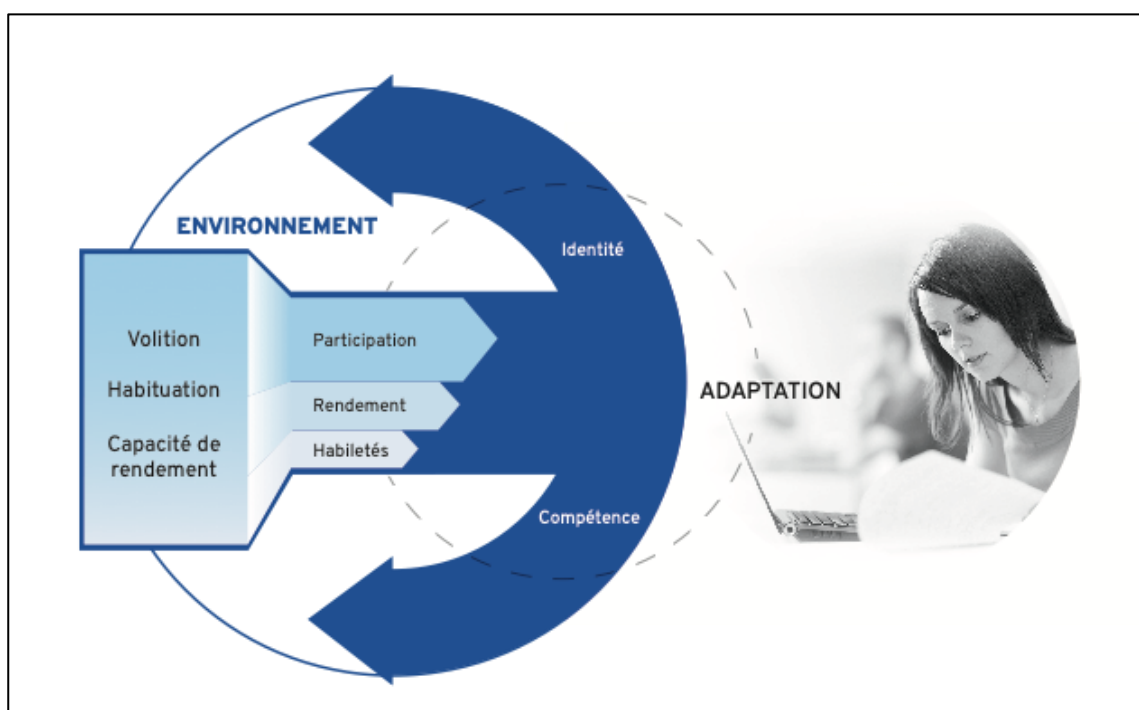
éléments aidant à une prise en charge ergothérapeutique personnalisée mais également de mettre en avant la dynamique d'évolution de la personne dans son ensemble.

1.5.1.1. Définition du modèle

Développé par le Dr. Gary Kielhofner à partir de 1975 aux États-Unis, le MOH est un modèle conceptuel ergothérapeutique interrogeant le rapport de la personne à l'occupation humaine (Mignet, 2015). L'occupation humaine est définie par G. Kielhofner (2008) comme « une large gamme d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (p. 5). Le modèle postule que c'est en agissant que les personnes façonnent, construisent ce qu'elles sont. (Mignet, 2015, p. 98). Le MOH met en lumière la nature occupationnelle de l'être humain « qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société » (Bélanger et al., 2006, p. 8). Celle-ci peut s'exprimer par : la motivation à participer aux activités, l'organisation des activités sous forme de routine, l'environnement et l'espace-temps dans lequel elles se déroulent, le rendement souhaité (Bélanger et al., 2006, p. 8). Pour Kielhofner, la finalité du MOH est d'inviter les ergothérapeutes à ramener les propriétés thérapeutiques de l'activité au centre de leurs interventions afin d'améliorer le processus d'adaptation des patients et de leur permettre une meilleure qualité de vie (Koch, 2016, p. 118).

Figure 1 : Modèle de l'occupation humaine.

Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and application, (5^e éd.). Wolters and Kluwer.



1.5.1.2. Éléments du modèle

Le MOH conceptualise l'être humain dans ses occupations et dans un contexte environnemental. Il montre toute la dynamique créée par l'interaction des différents éléments entre eux. Ceux-ci sont regroupés en systèmes tels que l'être, l'agir, l'environnement, et le devenir. En se basant sur le schéma du modèle, nous allons voir en détail ce que chaque système comporte comme éléments.

○ Les éléments de l'être

• La volition

Pour Kielhofner, la volition correspond à la motivation de la personne à agir sur l'environnement (2008). G. Mignet (2015) explique que c'est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité (avant, pendant et après celle-ci). La volition reflète l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels. Cette organisation est générée et soutenue par la répétition d'expériences positives et négatives, et est liée à la culture de la personne, à son histoire (p. 99). La volition provient des interactions continues entre toutes les composantes du modèle, et l'environnement dans lequel se situe la personne (Bélanger et al., 2006, p. 9). Elle comprend trois composantes :

- les valeurs, ce qui relève des convictions personnelles et du sens de ses obligations, ce que la personne estime important et significatif ;
- les centres d'intérêts, ce qui est agréable et satisfaisant à réaliser ;
- la causalité personnelle ou les déterminants personnels, ce que la personne pense et connaît d'elle-même au sujet de son efficacité (utilisation de ses aptitudes personnelles pour atteindre un objectif) et de ses capacités (ses aptitudes intellectuelles, physiques, sociales) à réaliser une activité. (Mignet, 2015, p. 100)

• L'habituatation

Pour Forsyth et Kielhofner (2003) l'habituatation s'intéresse à l'organisation de nos actions sous la forme de comportements semi-automatiques. L'habituatation se construit par la répétition de ces comportements, devenant des routines familières, selon les différentes caractéristiques de l'environnement. Ces routines sont des stratégies d'adaptation qui nous permettent d'économiser notre énergie en nous évitant une surcharge mentale, et de réaliser consciemment d'autres actions (Bélanger et al., 2006, p. 9). L'habituatation comprend :

- les habitudes : dispositions acquises à répondre automatiquement et à agir de façon constante lors d'une situation connue ou dans un environnement familier ;

- les rôles : incorporation d'un statut social et/ou personnel, et d'un ensemble d'attitudes et de comportements en lien avec ce statut. (Mignet et al., 2017, p. 75)

- La capacité de performance (ou de rendement)

Elle correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps (Mignet et al., 2017, p. 75). Les composantes objectives peuvent être cognitives, motrices, psychiques, sensorielles, et peuvent être révélées lors d'évaluations spécifiques (issues d'autres modèles conceptuels comme un modèle biomédical). L'expérience subjective du corps est la perception qu'a la personne vis à vis de ses aptitudes et déficiences au travers de ses expériences de vie.

- Les éléments de l'agir

- La participation occupationnelle

Cette dimension se réfère au fait d'agir au sens le plus large (au sens de l'occupation). Elle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques (Mignet et al., 2017, p. 75).

Cet engagement occupationnel sous-entend que nous donnons à nos actions une signification personnelle et sociale. Kielhofner (2004) ajoute que l'implication dans ces actions doit être désirée ou nécessaire pour le bien-être de la personne. Il rappelle également la participation qui inclut la dimension objective de la personne, et de même son expérience subjective (Bélangier et al., 2006, p. 10).

- La performance occupationnelle (ou rendement occupationnel)

Ce deuxième niveau de l'agir fait référence à la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation (Mignet et al., 2017, p. 75). Autrement dit, ces tâches ou formes occupationnelles sont des « séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises, culturellement reconnaissables et connues de tous les membres du groupe » (Bélangier et al., 2006, p. 11).

- Les habiletés

Mignet et al. expliquent qu'à l'inverse de la capacité de performance qui correspond aux aptitudes sous-jacentes, les habiletés font référence aux actions observables (en mise en situation par exemple) (Mignet et al., 2017, p. 76). Pendant la réalisation d'une tâche, nous pouvons distinguer différents types d'habiletés :

- habiletés motrices : permettent les mouvements, les déplacements (du corps, d'objets) ;
- habiletés opératoires : fonctions cognitives et exécutives permettant l'organisation et l'adaptation des actions ;
- habiletés de communication et d'interaction : permettent l'expression des besoins et intentions quant à autrui, et la faculté d'adapter ses comportements pendant des échanges. (Bélanger et al., 2006, p. 11)

- L'environnement

Le modèle prend en compte le contexte environnemental dans lequel la personne agit. L'environnement offre à la personne des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes, influençant sa participation (Mignet et al., 2017, p. 76). Nous parlons ici d'environnement physique et d'environnement social. Selon Forsyth et Kielhofner (2003), le premier représente ce qui est de l'ordre des objets et des espaces physiques, d'origine naturelle ou fabriqués par l'homme. Le second correspond à l'entourage humain et la sphère socioculturelle dans laquelle baigne la personne (Bélanger et al., 2006, p. 10).

- Les éléments du devenir

- L'adaptation occupationnelle

Nous pouvons définir l'adaptation occupationnelle comme « la résultante de la dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle (volition, habitude, capacité de rendement), les dimensions de l'agir (participation, rendement, habiletés) et l'environnement (physique et social) lorsqu'une personne participe à ses occupations », elle est caractérisée « par la construction, dans le temps, d'une identité positive et la réalisation de ses compétences dans son propre environnement » (Bélanger et al., 2006, p. 11).

- L'identité occupationnelle

Mignet et al. (2017) définissent l'identité occupationnelle comme un « amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir » (p. 76). Elle repose ainsi sur ce que la personne connaît d'elle-même, notamment ses intérêts, ses capacités et son efficacité, ses obligations, etc. Pour Kielhofner (2004), cette connaissance permet la construction d'un système de valeurs basé sur le futur désiré, et fait référence au sens donné aux routines, aux rôles, à la perception du soutien apporté par son propre environnement et aux attentes envers ce dernier. « Cette identité procure à la fois un sens pour se définir et un guide sur lequel la personne peut appuyer ses actions en cours (Kielhofner, 2004). » (Bélanger et al., 2006, p. 11)

- La compétence occupationnelle

La compétence occupationnelle est la capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle (Mignet et al., 2017, p. 76). Pour Kielhofner, elle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie pour prendre ses responsabilités et atteindre des standards personnels (rendement), tout en respectant les obligations sociales de ses rôles (Bélangier et al., 2006, p. 11).

1.5.1.3. Liens avec mon travail de recherche

Il me paraît primordial dans une démarche de prévention d'avoir une meilleure connaissance de la personne, et la trame du MOH permet d'apporter cette vision globale. La dimension de l'être révèle les éléments importants au travers de sa volition, son habitude et ses capacités de performance qui influencent son engagement dans une activité. À l'inverse, ils peuvent justifier un désengagement si celle-ci ne correspond pas aux valeurs, aux centres d'intérêt ou à d'autres déterminants personnels. Par exemple, pour une personne âgée qui ne se sent pas en capacité de réaliser une activité physique car elle se sait rapidement fatigable, nous retrouvons cette information dans la « capacité de performance ou de rendement ».

La dimension de l'agir pourra, par exemple, mettre en lumière la participation régulière de la personne à une activité de loisirs, ou bien ses habiletés de communication et d'interaction en s'intégrant à un groupe lors d'une activité collective. Concernant les environnements de la personne, nous nous intéresserons au contexte socioculturel et humain ainsi qu'à son environnement physique. La personne a-t-elle un entourage familial ou amical, bénéficie-t-elle d'aides humaines pour l'accompagner dans sa vie quotidienne (auxiliaire de vie, aide-ménagère, IDE, etc.) ? Comment sont son domicile ou son lieu de vie (EHPAD, foyer, etc.), sa commune et les lieux publics, les transports pour faciliter ses déplacements ? Toutes ces informations permettront le « devenir » c'est-à-dire ce qui peut être proposé à la personne en termes d'occupations adaptées, ciblées et personnalisées, induisant identité et compétence occupationnelles (ses rôles, ses intérêts, ce qu'elle souhaite devenir).

1.5.2. Le modèle Vivez bien votre vie (Do Live Well)

Vivez bien votre vie est un concept de promotion de la santé. Le sous-titre accompagnant l'intitulé de ce cadre conceptuel, « Ce que vous faites quotidiennement compte (What you do every day matters) », justifie en partie son choix dans mon mémoire. Vivez bien votre vie est un modèle holistique, mettant la personne au centre de la prise en charge et permettant de (re)trouver l'engagement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne.

1.5.2.1. Définition du modèle

Élaboré et publié en 2014-15 par des ergothérapeutes canadiennes telles que N. Larivière, S. Moll, R. Gewurtz, L. Letts, T. Krupa, M. Levasseur, le modèle « Vivez Bien Votre Vie » (Do Live Well) est basé sur la Science de l'Occupation. « Ce cadre est fondé sur des données probantes mettant en lumière les liens qui existent entre ce que les gens font tous les jours et leur santé et bien-être » (Moll et al, 2014). L'objectif de ce modèle est d'encourager à réfléchir sur notre manière d'utiliser le temps au quotidien, et de faire la promotion d'un mode de vie sain (<http://dolivewell.ca>). Il permet également de voir les répercussions s'opérant chez la personne durant des périodes de transition ou de perturbation.

Figure 2 : Schéma du modèle Vivez bien votre vie



1.5.2.2. Éléments du modèle

Moll et al. expliquent que ce cadre est composé de huit dimensions différentes de l'expérience et de cinq dimensions principales liées à l'utilisation du temps, toutes ayant un impact sur la santé et le bien-être. Les facteurs personnels et sociaux qui façonnent la participation à des activités ont aussi un impact sur les liens avec la santé et le bien-être (Moll et al., 2014).

- Les dimensions de l'expérience

- Activer votre corps, votre esprit et vos sens

Cette dimension concerne les activités stimulant les capacités physiques, cognitives et sensorielles. Le site internet du modèle valorise l'engagement dans ces activités qui aide à réduire les risques de mort prématurée et de maladies, en améliorant la forme physique, la force et la santé mentale.

- Créer des liens avec les autres

Engagement dans des activités « favorisant des relations soutenantes et gratifiantes permettant de se sentir intégré socialement. Le fait d'avoir un réseau social contribue à une meilleure santé mentale, favorise un sentiment de bonheur et améliore la santé en général » (dolivewell.ca, 2015).

- Contribuer à la communauté et à la société

Réalisation d'actions liées à l'implication, la contribution à la société ou à la communauté, de manière volontaire, bénévole ou rémunérée.

- Prendre soin de soi

S'entretenir, « prendre soin de sa santé physique, émotionnelle et spirituelle en étant à l'écoute des motivations, valeurs et croyances qui sont importantes pour soi » (dolivewell.ca, 2015).

- Construire votre sécurité et votre prospérité

Cette dimension fait référence aux activités permettant d'assurer une sécurité financière et sociale.

- Développer et exprimer votre identité personnelle

Développement personnel, prise en compte de ses intérêts, de ses préférences, de ses valeurs ainsi que de ses forces personnelles.

- Développer vos capacités et votre potentiel

Développement de ses compétences, de ses savoirs et habiletés. Les créatrices du modèle expliquent l'effet positif sur les performances individuelles, sociales et académiques, ainsi que sur la confiance en soi.

- Expérimenter le plaisir et la joie

Cette dimension comprend les activités agréables procurant du plaisir, du bien-être, de la satisfaction. Ces dernières ont des effets bénéfiques notamment sur la santé (physique, mentale et psychique) et améliorent la perception de ses habiletés.

- Autres dimensions

- Impact(s) sur la santé et le bien-être

Prise en compte de toutes les conséquences liées aux activités de la personne. Selon la nature des activités, ces impacts peuvent être positifs ou négatifs, touchant la santé physique, mentale et influençant le bien-être social, émotionnel et spirituel. Il est à préciser que si participer à certaines activités dans le quotidien peut amener de la satisfaction et contribuer à une vie épanouie, d'autres, à contrario, peuvent nuire à la personne. « Des activités comme l'exercice physique ou le bénévolat, par exemple, peuvent devenir malsaines pour la santé si elles ne sont pas réalisées avec modération ou si l'activité est imposée ou qu'elle ne fait pas sens pour la personne. » (dolivewell.ca, 2015)

- Utilisation du temps et horaire de vie

Les créatrices du modèle mettent en avant l'existence de cinq éléments clés liés à l'utilisation du temps et l'horaire de vie : l'engagement, le sens personnel, le choix et le contrôle, l'équilibre, et les routines. « Chacun de ces éléments s'étend sur un continuum sur lesquels le bon dosage peut avoir des bienfaits sur la santé et le bien-être. Par contre, chaque extrémité du continuum est liée à un risque potentiel pour la santé. » (dolivewell.ca, 2015)

- L'engagement comprend « l'initiation et le maintien de la participation dans les activités quotidiennes ». Il peut être optimal ou non selon l'intérêt de l'activité pour la personne, si celle-ci est significative et/ou signifiante pour elle.
- Le sens personnel, notion subjective liée aux valeurs, aux croyances, aux expériences de vie. Les activités faisant sens à la personne peuvent être source de satisfaction, de plaisir.

A l'inverse, les activités n'étant pas significatives ne sollicitent pas l'intérêt et peuvent même paraître comme une corvée.

- L'équilibre est vu ici comme « la perception d'avoir la bonne quantité et le bon degré de variation dans ses activités ».
- Le choix et le contrôle, correspondent au sentiment de contrôle de la personne sur son temps, et de son horaire de vie, ainsi que sur ses activités.
- Les routines comprennent notamment les habitudes et les rituels de la personne, c'est à dire des activités prévues dans son emploi du temps.

- Facteurs personnels et sociaux

« Les facteurs personnels comprennent les caractéristiques propres à chaque personne comme l'âge, le sexe, le statut social, l'ethnie, la culture et la condition de santé. Ils peuvent influencer ce qu'une personne veut faire, ce qu'elle est capable de faire et ce qui est attendu d'elle [...]. Les facteurs sociaux comprennent l'environnement physique, institutionnel, socioculturel ainsi que politique et sociétal d'une personne. » (dolivewell.ca, 2015)

1.5.2.3. Liens avec mon travail de recherche

Ce modèle permet aux individus de prendre de la distance avec leurs expériences liées aux occupations. Selon leur histoire de vie, selon le genre et l'âge, l'éducation, la culture, les valeurs, et tout ce qui leur est propre et les caractérise, les personnes âgées n'ont pas toujours appris à distinguer les types d'activité par domaine d'occupation (soins personnels, productivité, loisirs, repos). De par leurs obligations (rôles sociaux), elles ont pu mettre de côté, au cours de leur vie, les activités de loisirs pour donner la priorité à d'autres activités semblant plus « importantes » sur le moment. Les dimensions de l'expérience proposées montrent les différentes manières de « vivre » l'activité en l'analysant, et en appréhendant la vision ou la perception qu'en a la personne. Par exemple, celle-ci se sent-elle stimulée en participant à une activité cérébrale proposée par une association dédiée aux seniors ? Que fait-elle pour prendre soin d'elle-même sur les plans physique, mental et spirituel ? Comment exprime-t-elle ses intérêts, ses valeurs, ses talents, sa personnalité au travers de ses activités quotidiennes ? Quelles activités lui procurent du plaisir, du bien-être, de la joie ? Le modèle permet aussi de faire le bilan des bénéfices/risques de l'activité sur l'équilibre de vie de la personne, par exemple : le temps qu'elle y consacre la satisfait-elle ou non ?

Les informations recueillies à l'aide du modèle permettent de mieux comprendre ce qui est important pour la personne, et par conséquent permettent de l'accompagner dans la mise en place d'activités adaptées selon ses envies et ses besoins dans son quotidien.

1.5.3. La Motivation et la théorie de l'autodétermination

Nous avons vu dans le Modèle de l'Occupation Humaine que la volition fait partie des éléments qui composent l'Être avec l'habitude et la capacité de performance. La volition, comme il a été déjà précisé ci-dessus, peut être vue comme « une forme de motivation qui explique pourquoi l'individu maintient dans la durée son action pour atteindre un ou plusieurs objectifs » (Fenouillet, 2010). Il me paraissait alors opportun d'approfondir mes connaissances sur le vaste thème de la motivation, qui est un critère important de l'engagement de la personne.

S. Meyer (2013) explique que les théories de la motivation employées par les ergothérapeutes sont principalement issues de la psychologie et appliquées à des situations de thérapie. Elle estime que pour les ergothérapeutes, il est intéressant de savoir ce que la motivation produit et comment agir sur elle (pp. 146-147).

Fabien Fenouillet (2010), spécialiste des théories de la motivation, définit la motivation telle une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action. Cet auteur explique que la motivation est essentiellement un terme générique, car selon le contexte, des notions comme « but, besoin, émotion, intérêt, désir, envie, etc. » préciseront la nature de la force motivationnelle. Étant donné le nombre important de théories existantes (plus d'une centaine), l'auteur propose même de classer celles-ci dans son « Modèle intégratif de la motivation », dans l'objectif d'y apporter de la clarté. Il indique entre autres que certaines théories s'appuient sur un concept unique, d'autres peuvent en articuler plusieurs (Fenouillet, 2010). Certains auteurs traitent d'une manière large les concepts, ce qui est le cas de E. Deci et R. Ryan (2002). Mon choix se porte sur les travaux de ces derniers car ils permettent de comprendre globalement le processus motivationnel.

Je propose ainsi de faire un focus sur leur approche de la motivation et notamment sur ce qu'ils nomment La Théorie de l'Autodétermination.

1.5.3.1. Définition de la théorie

Alain Guerrien, Professeur en Psychologie Cognitive de l'Éducation (Université de Lille), ayant par exemple effectué des travaux sur les théories de la motivation, indique que la littérature sur la motivation est indissociable de la notion de besoin (Guerrien, 2017-2018).

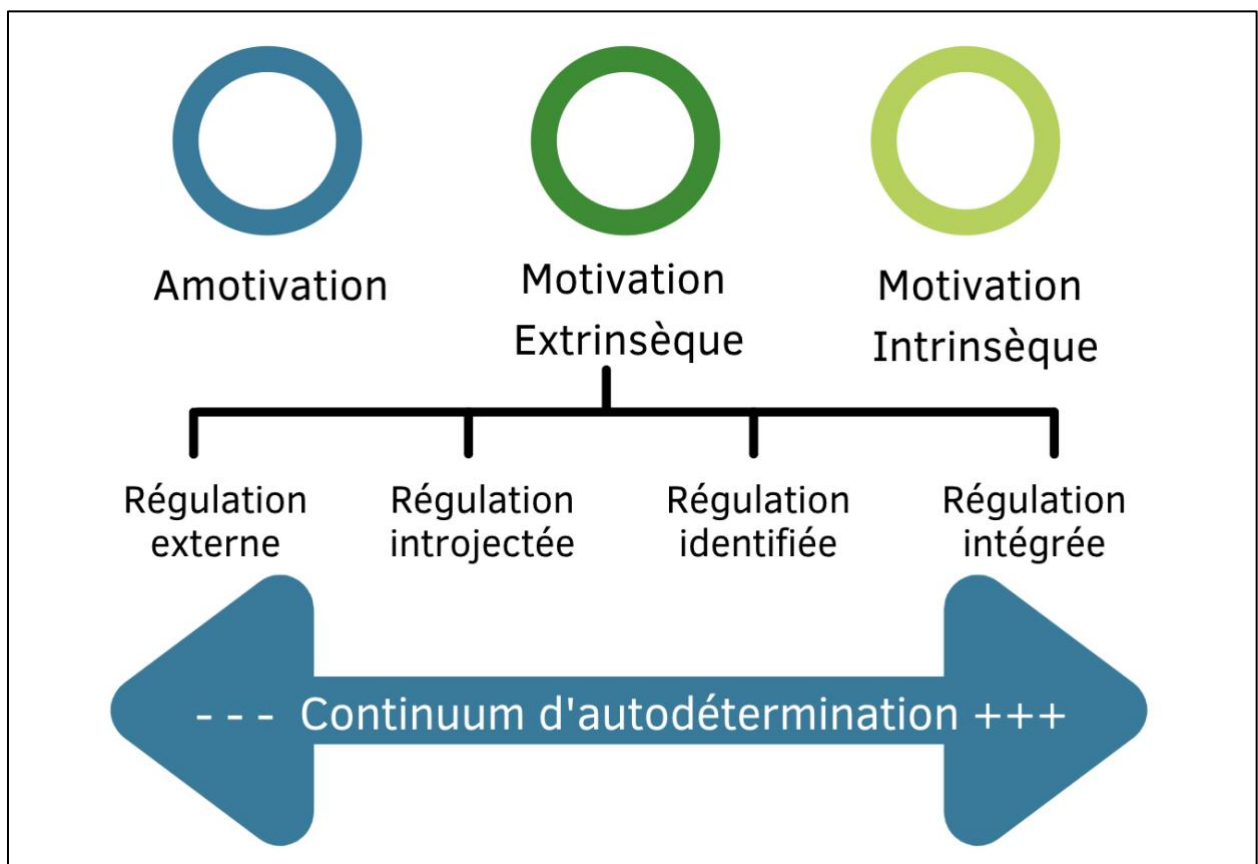
F. Fenouillet explique que pour Deci et Ryan, il existe trois besoins psychologiques basiques qui, dans le cadre d'un environnement favorable à leur épanouissement, permettent à l'individu d'atteindre un optimal à la fois en termes d'expérience comportementale, de développement personnel et d'expérience dans des situations spécifiques (Fenouillet, 2010).

Les trois besoins sont :

- le besoin d'autodétermination (avoir le contrôle de ses comportements)
- le besoin de compétence (se sentir efficace dans ses activités)
- le besoin d'appartenance sociale (se sentir relié aux personnes qui sont importantes pour soi).

Le degré de satisfaction de ces trois besoins contribue à déterminer l'émergence de différents types de motivation. Ces différentes motivations sont positionnées sur un axe d'autodétermination (Guerrien, 2017-2018).

Figure 3 : Schéma de la Théorie de l'Autodétermination



1.5.3.2. Les éléments de la théorie

L'axe désigné par Guerrien est aussi appelé « continuum de l'autodétermination », on y retrouvera trois composantes : l'amotivation, la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque.

○ L'amotivation

L'amotivation représente « l'absence d'une forme motivationnelle » (sans régulation). Autrement dit, « lorsque l'individu est amotivé, soit il n'agit pas, soit il agit passivement » (Fenouillet, 2010).

Deci et Ryan donnent trois raisons à cette amotivation :

La première est l'impossibilité perçue d'atteindre le résultat souhaité car l'individu a appris à se résigner face à certaines situations [...].

La seconde est la perception par l'individu d'un manque de compétence pour émettre le comportement souhaité, comme le stipule Bandura (2003) dans le cadre du sentiment d'efficacité personnelle.

Enfin, la troisième est le fait que l'activité ou le résultat n'ont aucune valeur aux yeux de l'individu. (Fenouillet, 2010)

○ La motivation extrinsèque

Elle se décline en quatre « régulations » selon un niveau d'autodétermination :

- 1^{er} niveau : la régulation externe

Elle représente la motivation extrinsèque la moins autodéterminée. Dans ce cas, l'individu agit soit pour satisfaire une demande externe ou une pression sociale, ou éviter quelque chose de désagréable telle qu'une punition.

- 2^{ème} niveau : la régulation introjectée

Cette régulation n'est pas très éloignée de la précédente dans la mesure où ce sont les mêmes pressions externes qui motivent l'individu. Cependant, si dans ce cas elles paraissent gérées de manière plus autodéterminée par ce dernier, il ne va pas jusqu'à les considérer comme faisant

partie de lui-même (du « self »). Le comportement est motivé par des incitations et des pressions internes tels que le sentiment de culpabilité, des menaces adressées à l'estime de soi ou au contraire par des compliments qui vont valoriser son ego.

- 3^{ème} niveau : La régulation identifiée

Elle est une motivation qui se démarque très clairement des deux formes précédentes. Le comportement n'est plus, cette fois, guidé ou déclenché par une pression extérieure au self mais relève du self lui-même. En ce sens, pour Deci & Ryan (2002), cette motivation extrinsèque est clairement autodéterminée (déterminée par le self, les auteurs parlent de « self-determination »). Le comportement est déclenché car l'individu estime qu'il correspond à quelque chose d'important et de valable pour lui. L'action est donc perçue par l'individu comme venant de lui. Elle est déterminée par lui, elle est donc autodéterminée.

- 4^{ème} niveau : la régulation intégrée

Cette motivation extrinsèque fait référence à toutes ces valeurs, buts et besoins, qui ensemble, définissent la nature même du self. À ce niveau, les différentes identifications sont intégrées en un tout cohérent qui permet à l'individu de développer le « sens de soi » c'est-à-dire qu'elles sont au cœur de ce qui le définit comme individu. Ce dernier s'engage donc spontanément dans des activités qui sont liées à la réalisation de soi.

- La motivation intrinsèque

Deci et Ryan expliquent que la motivation intrinsèque est la disposition naturelle et innée de s'impliquer (s'engager) dans ce qui intéresse, de développer ses aptitudes, et ce faisant, de chercher à relever des défis optimaux. Une telle motivation émerge spontanément de prédispositions internes et peut motiver un comportement même sans nécessiter de récompenses extrinsèques ou de contrôles de l'entourage (de l'environnement). La motivation intrinsèque est également un important facteur de motivation pour l'apprentissage, l'adaptation et la croissance des compétences qui caractérisent le développement humain (Deci & Ryan, 1985, p. 43).

F. Fenouillet indique que : Pour Deci & Ryan (2002), les comportements intrinsèquement motivés sont ceux qui sont motivés par la satisfaction du comportement en lui-même plus que par les contingences ou les renforcements qui sont opérationnellement séparables de l'activité du sujet [...] Les comportements intrinsèquement motivés sont déclenchés de façon

totalement libre et autodéterminée, par intérêt et pour le plaisir de pratiquer l'activité en elle-même. La motivation intrinsèque s'appuie sur différentes formes de plaisirs qui ont toutes en commun d'être pleinement autodéterminées. (Fenouillet, 2010)

1.5.3.3. Liens avec mon travail de recherche

J'ai sélectionné la Théorie de l'Autodétermination parmi les nombreuses théories de la motivation pour son approche globale. En effet, elle met en avant le fait que l'individu agit selon différents facteurs internes ou externes. Bien entendu, d'autres théories pourraient compléter celle-ci, ou exploiter d'autres voies comme notamment la théorie motivationnelle de Nuttin (1991) intégrant les notions de buts et de moyens, mais l'idée principale est de comprendre de façon simple et efficace le processus motivationnel.

Par rapport à mon sujet d'étude, les éléments du concept peuvent se transposer en divers points. En effet, une personne âgée peut être amotivée si elle se sent en incapacité de réussir certaines occupations à l'extérieur, si elle se sent en situation d'échec plusieurs fois d'affilée, prenons l'exemple des déplacements dans les transports en commun. Parfois ceux-ci peuvent demander une organisation au niveau des horaires (parfois peu nombreux, surtout en milieu rural) ou ne correspondent pas exactement à l'itinéraire souhaité (arrêts ou stations éloignés), ou bien si la personne ne se sent pas en sécurité ou si elle se perd dans les trajets, etc. Si cela paraît trop contraignant, elle hésitera à les utiliser, voire se résignera à ne pas les solliciter.

La personne âgée peut faire preuve d'amotivation si elle se sent incompétente dans la réalisation d'activité, par exemple si elle présente des difficultés à utiliser des outils de bricolage depuis l'apparition de troubles moteurs au niveau de la préhension. Elle peut aussi se désintéresser totalement d'une activité si cette dernière n'est pas signifiante et significative à ses yeux, par exemple : participer à un atelier d'écriture qui ne l'intéresse pas.

Des principes motivationnels sont déjà utilisés notamment en prévention pour inciter les personnes à pratiquer des activités physiques (comme la marche, la gymnastique douce, etc.) ou bien à changer ses habitudes alimentaires, à arrêter ou réduire sa consommation d'alcool, de tabac (Boyer, 2015, p. 92). J'ai pu me rendre compte au travers des articles écrits sur le sujet que la Théorie de l'Autodétermination a été utilisée de nombreuses fois dans des domaines tels que la pédagogie ou le management entrepreneurial. L'intérêt au niveau de mon sujet est essentiellement de comprendre les différents niveaux de motivation chez l'individu. Il s'agit de voir si en accompagnant une personne âgée et en agissant sur l'interaction personne/occupation/environnement, l'ergothérapeute peut aider la personne âgée à (re)trouver la volition pour ses activités de la vie quotidienne.

SYNTHESE DU BILAN DE L'EXISTANT ET THEORIQUE

La réalisation de ce bilan a permis de confirmer mon choix de sujet. La dépression chez la personne âgée est souvent écartée de la conscience collective au profit d'autres priorités de santé. Même si les événements actuels liés à la pandémie ont pu faire ressortir l'extrême solitude et l'inquiétude des personnes âgées vivant à domicile et en institution, ils ont aussi contribué pour beaucoup à alourdir leur situation sociale, voire renforcer leur isolement.

Au travers des écrits (articles scientifiques, site internet d'information sur la santé, etc.), nous pouvons lire qu'il n'est pas évident de prévoir la survenue des troubles dépressifs. Les symptômes comme le désintérêt, la tristesse sont parfois mis sur le compte de la vieillesse, comme si cela faisait partie de la normalité. La dépression peut se confondre avec d'autres maladies, et/ou revêt des « formes masquées ». De plus, si la personne âgée touchée n'est pas suivie suffisamment par des professionnels du secteur médical ou social, ou si elle est mal informée et qu'elle n'effectue pas de demande pour être accompagnée, les conséquences peuvent être graves, impactant la qualité de vie, provoquant la perte d'autonomie, et le risque suicidaire. Je m'interroge alors sur la pertinence de l'accompagnement de cette population de personne en ergothérapie.

Cette première partie m'a permis de modifier ma question de départ « Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépression chez la personne âgée à domicile ? » en question de recherche. Celle-ci est la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'isolement social de la personne âgée fragile à domicile dans la prévention tertiaire de la dépression ?

La suite de ce travail sera donc l'élaboration de mon étude, une partie consacrée à la méthodologie, puis l'analyse et la discussion.

2. Méthodologie

« La méthodologie désigne l'ensemble du plan d'action utilisé pour répondre à la question de recherche » (Tétreault et Guillez, 2014, p. 56). Autrement dit, il sera question ici d'apporter une structure à la démarche d'étude. Seront abordés le choix de la méthode et de l'outil utilisé, le choix de la population, de l'élaboration de l'outil de recherche et puis la préparation et la réalisation des entretiens.

2.1. Choix de la méthode

Afin de réaliser cette étude, il est nécessaire de déterminer un type de recherche. Deux types de recherche sont proposés : la recherche quantitative et la recherche qualitative de type clinique.

Tétreault et Guillez (2014) expliquent que le but de la recherche quantitative est de « mesurer un objet de la façon la plus objective possible ». Pour cela, elle nécessite d'utiliser des outils statistiques « afin de décrire, d'expliquer ou de prédire un phénomène. La mesure de la cause à effet, l'émission d'hypothèses et leur confirmation ou non ainsi que des techniques structurées d'observation (enquête, sondage, expérimentation) sont des éléments qui caractérisent la méthode quantitative » (p. 61).

En ce qui concerne la recherche qualitative, les mêmes auteurs écrivent que celle-ci est basée « sur la vision des individus du monde dans lequel ils évoluent ou encore des événements qu'ils vivent ». Contrairement au type de recherche précédent usant de procédés statistiques, l'analyse se fera alors « à travers le discours, les actions, les documents ou autre trace de l'activité humaine ». Ainsi pour Tétreault et Guillez, le chercheur qualitatif peut être vu comme un observateur et en même temps, analyste. « Il part du principe que la connaissance est de nature interprétative, donc liée fortement au contexte social » (2014, p. 60).

Dans le cadre de ce travail de mémoire, le choix s'est porté sur l'utilisation d'une étude appliquée à un type de recherche qualitative. Celle-ci favorise une analyse inductive et permet d'étayer des connaissances sur un sujet peu exploité. Lors de la réalisation du bilan de l'existant, la question de départ a été modifiée et précisée en question de recherche. La vision d'ensemble amenée par les nombreux documents exploités avait déjà donné une tonalité à l'étude à venir.

Pour mener une recherche qualitative, nous pouvons avoir recours à diverses méthodes de recueil de données telles que l'entretien individuel ou en groupe, le focus group, le récit de vie, le mémoire de travail, la recherche documentaire, ou l'observation.

La question de recherche de cette étude s'intéresse à la manière, ou le moyen d'action par lequel l'ergothérapeute pourrait intervenir auprès de la personne âgée en état de fragilité dans le cadre d'un isolement social afin de prévenir de la dépression. Par conséquent, il semble approprié de réaliser des entretiens de façon individuelle. Effectivement ce choix de méthode permet de recevoir des témoignages de personnes sur des expériences vécues et de recueillir des informations émanant de leurs connaissances, savoir-faire et savoir-être. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. » (Tétreault, 2014, p. 215). L'entretien individuel a l'avantage d'être peu contraignant au niveau de sa planification et de sa réalisation, contrairement aux entretiens collectifs ou focus group sollicitant une autre organisation. De plus, même si l'entretien se passe à distance, il propose un cadre plus « intime » favorisant le lien de confiance, permettant à la personne interviewée de s'exprimer librement, sans être interrompue ou distraite par d'autres personnes. En définitive, « l'entretien ressemble à une conversation où l'interviewer manifeste dès le départ son besoin d'informations et son intérêt d'écouter l'autre » (Tétreault, 2014, p. 216).

L'entretien possède certaines caractéristiques détaillées par la même auteure :

- L'entretien doit permettre à la personne de contribuer à l'avancement des connaissances sur un sujet précis. Il conviendra de préciser l'utilisation potentielle (ex : publication) des éléments issus de cette conversation enregistrée. Il est nécessaire de vérifier la compréhension de la personne à propos de la démarche de recherche et la possibilité pour elle d'ajouter, d'ajuster ou de retirer des éléments. Le délai de conservation des données recueillies devra être également mentionné.
- L'entretien doit être interactif tout en étant intrusif, mais non menaçant ou déstabilisant, doit être souple, permettant l'exploration d'éléments autres et l'approfondissement de la réflexion.
- L'entretien doit avoir une apparence spontanée et naturelle même s'il suit la trame du guide d'entretien (questions établies en amont par l'interviewer).
- L'entretien peut être scindé en trois phases (Siedman, 2006). La première phase amène la personne à la description de son expérience et à faire le tour de la thématique de recherche. La deuxième phase l'amène à détailler et préciser ses idées. Et la troisième phase l'amène à exprimer sa compréhension des événements, il s'agit ici de favoriser des interrelations entre l'intellectuel (la raison) et l'émotionnel (le ressenti).

- L'entretien peut révéler les émotions, les sentiments, les sensibilités de la personne par l'évocation de ses expériences et de ses souvenirs. L'interviewer doit savoir s'adapter et agir face à la situation, et aux réactions de la personne. (Tétreault, 2014, pp. 217-218).

La méthode de recherche étant choisie, il faut décider alors de la population à interroger afin de mener à bien l'étude.

2.2. Choix de la population

Pour rester le plus près du sujet, il a fallu faire un choix entre diverses populations : soit les bénéficiaires, c'est-à-dire une population de personnes âgées (et leurs aidants s'il y en a), soit des professionnels, en priorité des ergothérapeutes, mais aussi d'autres personnes issues d'autres corps de métier.

Pour répondre à la question de recherche portant sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès de la personne âgée, la pertinence était de centrer les entretiens sur une population d'ergothérapeutes. En effet, l'idée était de recueillir leur vision, leurs objectifs, leurs ressentis face à l'accompagnement de la personne âgée. De plus, « la plupart des intervenants ont acquis, lors de leur formation initiale, des notions sur l'entrevue et sur la relation d'aide » (Tétreault, 2014, p. 215), ce qui apportera un complément au recueil de données. Un nombre minimal de trois à quatre entretiens est nécessaire pour obtenir une diversité dans les réponses. Il faut également déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion à cette population afin d'obtenir les données les plus pertinentes :

Critères d'inclusion :

- être ergothérapeute diplômé(e) d'État
- exercer depuis au moins six mois
- intervenir auprès des personnes âgées vivant à domicile
- être francophone

Critères d'exclusion :

- ergothérapeute ne travaillant pas dans le domaine de la gériatrie
- ergothérapeute ne faisant qu'une visite à domicile pour le retour à domicile en l'absence de la personne âgée

Le choix d'élargir les critères d'inclusion aux ergothérapeutes exerçant depuis au moins 6 mois était volontaire. En effet, malgré l'obtention récente du diplôme, leurs expériences professionnelles peuvent déjà être porteuses de pistes intéressantes. Cela permet également d'amener un regard nouveau induit par la connaissance de la Science de l'Occupation (ainsi que les outils s'y référant), enseignée lors du cursus de formation. Après réflexion, il fut décidé également de ne pas fermer les critères aux personnes travaillant dans les institutions (ex : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), l'isolement social pouvant aussi concerner les résidents, soumis aux conditions imposées par la crise sanitaire.

Maintenant que les critères de sélection sont fixés pour définir la population à interroger, il s'agit de s'intéresser à la création de l'outil de recherche.

2.3. Élaboration de l'outil de recherche

Afin d'orienter les entretiens à venir, l'outil de recherche sera fondé sur une base théorique, vue précédemment dans le bilan de l'existant. Dans un premier temps, l'utilisation de la théorie par des matrices sera expliquée, puis ensuite dans un deuxième temps, l'élaboration des questions sera également abordée.

2.3.1. Matrices théoriques

Véritable aide visuelle, la matrice théorique est un tableau reprenant et organisant les éléments d'un modèle, ou d'un concept ou d'une théorie. Le classement des éléments dans un tableau à double entrée permet à la fois de les analyser méthodiquement, et de les rendre spécifiques à un domaine de recherche. Chaque élément théorique (variable théorique) est composé de critères, d'indicateurs et d'indices. Parmi les différentes colonnes du tableau, celle des indices fait le lien entre la théorie et la pratique. Les indices notés correspondent à une application des éléments issus du cadre théorique au domaine concernant notre sujet. Par conséquent, la matrice va servir également à élaborer les questions de l'outil de recherche, et permettra ensuite l'analyse des réponses obtenues lors des entretiens.

Pour cette étude, le cadre théorique fut réalisé lors de la première partie du mémoire, il est composé de deux modèles conceptuels et d'une théorie. Puis une matrice fut créée pour chacun d'entre eux. Ainsi les variables théoriques sont :

- le Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner (Annexe II)
- le modèle Vivez bien votre vie de N. Larivière, S. Moll, R. Gewurtz, L. Letts, T. Krupa, M. Levasseur (Annexe II)
- la Théorie de l'Autodétermination de E. Deci et R. Ryan (Annexe II)

À partir de ces matrices, les questions peuvent être élaborées. Nous allons voir dans la partie suivante ce qui est le plus approprié en prenant compte du type d'entretien choisi.

2.3.2. Élaboration des questions

Selon S. Tétreault, l'entretien peut varier d'une forme libre jusqu'à une forme ayant des questions très structurées (2014, p. 215). En règle générale, et selon ce que nous voulons obtenir comme réponses ou informations, l'entretien peut prendre une forme structurée (type directif), semi-structurée (type semi-directif) ou libre (type non directif). L'entretien doit être suffisamment souple et flexible afin de s'adapter au cheminement de pensée de la personne interrogée. L'idéal ici serait qu'au travers de ces entretiens, les personnes soient orientées vers des thèmes prédéfinis mais qu'elles puissent approfondir ou amener des éléments offrant alors de nouvelles perspectives. Ainsi, les entretiens doivent être de type semi-structuré, comprenant alors des questions ouvertes semi-directives. Celles-ci sont les suivantes :

Question 1 : En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?

Cette question interroge la personne à travers ses expériences professionnelles vécues, sur les facteurs - exogènes ou endogènes - obstacles restreignant, empêchant les occupations de la personne prise en charge. Les connaissances de l'ergothérapeute sur le thème de l'équilibre de vie et de l'interaction personne/occupation/environnement sont sollicitées. L'idée est d'avoir, par ce retour d'expérience, des éléments-clés supplémentaires et voir ce qui est constaté le plus souvent sur « le terrain ».

Question 2 : Selon vous, chez la personne âgée, quels sont les signes psychiques rencontrés pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?

Cette question interroge l'ergothérapeute sur l'observation fine de la personne. Est demandé ce qui est repérable en termes de signes ou d'indices, amenant à percevoir une insatisfaction de la personne quant à sa qualité de vie. La thématique concerne essentiellement la personne, notamment dans sa manière d'être (état émotionnel et sentiments) et de se comporter.

Question 3 : À votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?

Cette question interroge l'ergothérapeute sur les facteurs de motivation (intrinsèques ou extrinsèques) ayant un impact positif, soit par retour d'expérience, ou suggestions d'actions (sur l'environnement, sur les occupations, etc.).

Question 4 : D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ? En termes de moyens, de ressources humaines ?

À travers cette question, des connaissances et/ou des avis quant à l'accompagnement de la personne âgée sont requises, afin que celle-ci puisse s'investir dans ses activités. Ce que la personne interrogée a tenté d'essayer comme moyens, ou si elle connaît d'autres intervenants qui seraient susceptibles de motiver l'engagement.

Question 5 : En quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?

La personne est interrogée sur le rôle de l'ergothérapeute au niveau de l'environnement social et relationnel de la personne âgée, autrement dit ce que sont ses plans d'action.

Ainsi, les thématiques des questions sont :

- l'équilibre de vie
- l'engagement
- l'environnement social

Afin de tester la qualité et la solvabilité de ces questions, plusieurs personnes (entourage) ont répondu à ces questions. Ces tests ont pu permettre de voir si ces dernières sont facilement compréhensibles et ce qu'elles amènent comme type de réponses. Elles ont été modifiées ou ajustées lorsque cela était nécessaire. Elles pourront être intégrées à un guide d'entretien.

2.4. Préparation et réalisation des entretiens (protocole de passation)

2.4.1. Préparation des entretiens

L'élaboration d'un guide d'entretien est indispensable à cette étape. Celui-ci contient des questions prédéterminées dans un ordre logique, assurant une continuité dans la collecte des informations (Tétreault, 2014, p. 224). Le guide d'entretien se présentera de la façon suivante :

- Introduction de l'étude et du thème
- Considérations éthiques
- Questions en lien avec le sujet
- Conclusion de l'entretien

Souhaitant réaliser les entretiens, la phase de recherche de personnes répondant aux critères de sélection pouvait commencer. Un réseau de connaissances et de professionnels suivant les indications données par un formateur de l'Institut de Formation en Ergothérapie, a servi de trame au choix des personnes à contacter. Différents professionnels furent appelés, ceux-ci travaillant en lien avec le domaine de la gériatrie, au sein de structures, d'organismes, et/ou en qualité de travailleur indépendant. Pour chaque contact téléphonique passé, il a fallu vérifier si les critères fixés étaient respectés. Quatre rendez-vous ont été posés, le premier serait en présentiel et les trois autres par téléphone selon les possibilités et envies des personnes. Tétreault souligne que d'après l'étude de Sturges et Hanrahan (2004) comparant les méthodes d'entretien en « face à face » et d'entretien téléphonique, les résultats obtenus étaient similaires, sans altérer la qualité des résultats.

Il fut précisé à chaque participant que l'entretien serait enregistré à l'aide d'un dictaphone afin de faciliter la retranscription et permettre ainsi son analyse dans cette étude. Ainsi, leur accord a été demandé. Une lettre d'information (Annexe III) et un formulaire de consentement (Annexe IV) ont été envoyés par mail, le formulaire devant être retourné signé.

2.4.2. Réalisation des entretiens

La période à laquelle se sont passés les entretiens se situe du 8 avril au 28 avril. Nous allons maintenant retracer le déroulement type de ces entretiens.

Pour chacun et afin d'éviter les oublis, le guide d'entretien réalisé auparavant est utilisé. L'entretien commence par une introduction ou présentation de l'étude. Suit un rappel du thème sans donner la question de recherche pour éviter d'influencer la personne dans ses réponses. Il est précisé que l'entretien peut prendre environ 30 minutes. Il est essentiel aussi de vérifier que la personne est toujours d'accord pour y participer. Pour la mettre à l'aise, il lui est indiqué qu'elle n'hésite pas à répondre de manière spontanée et authentique, sachant que toutes les réponses obtenues peuvent être des pistes intéressantes et pertinentes dans l'étude.

Ensuite dans un deuxième temps, est réexpliqué dans les grandes lignes ce qui a été dit dans le formulaire de consentement (considérations éthiques), en particulier ce qui concerne l'enregistrement des données, leur utilisation dans le mémoire, leur confidentialité et l'anonymat

de la personne. Il est demandé à la personne s'il subsiste des interrogations quant à cet entretien, auquel cas, des réponses peuvent être apportées.

Enfin après la mise en fonction du matériel d'enregistrement (dictaphone), les questions sont posées les unes suivant les autres, en respectant les temps de parole et de pause, ceux-ci étant généralement synonymes de moments de réflexion. Il est à préciser que chaque question peut être répétée à la demande de la personne, ou s'il y a des hésitations. Des questions de relance peuvent être posées pour réorienter ou tout simplement utiliser des termes plus « parlants ». Celles-ci varient selon les propos de la personne, elles sont adaptées et propres à chaque entretien. Il est aussi demandé, avant de passer à la question suivante, si la personne pense à d'autres éléments ou exemples.

À la fin de l'entretien, elle est sollicitée à nouveau afin de savoir si elle veut ajouter d'autres idées qu'elle aurait pu omettre à un moment. Une conclusion clôt l'entretien et l'enregistrement est arrêté.

La personne est remerciée pour sa participation. Il lui est demandé si elle-même a des questions à poser. Si elle le souhaite et si elle est intéressée, le mémoire achevé pourra lui être accessible.

Les quatre entretiens conduits sont les suivants :

- Le premier entretien s'est passé avec une ergothérapeute (E1) diplômée en juillet 2017. Elle travaille au sein d'une clinique proposant des soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation complète et hospitalisation de jour. Elle est également amenée dans ses fonctions à réaliser des visites à domicile.
- Le deuxième entretien s'est réalisé avec une ergothérapeute (E2) diplômée en juillet 2020. Elle travaille à la fois en hospitalisation de jour d'une clinique proposant des soins de suite et de réadaptation, et en clinique de rééducation neurologique.
- Le troisième entretien s'est tenu avec une ergothérapeute (E3) diplômée depuis 20 ans et plus. Elle travaille au sein de l'ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer) d'un SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile).
- Le dernier et quatrième entretien s'est réalisé avec une ergothérapeute (E4) diplômée en juillet 2020. Elle travaille pour différents EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et intervient également au domicile de personnes âgées en tant que travailleuse indépendante.

Ces entretiens ont été ensuite retranscrits (Annexes V à VIII) pour permettre de réaliser une analyse. Nous verrons celle-ci dans la partie suivante du mémoire.

3. Analyse et Discussion

Étape essentielle à la démarche de recherche, l'analyse de ces entretiens permet de faire ressortir les idées pertinentes des personnes interrogées sur ce sujet. Les résultats bruts seront traités dans un premier temps et suivis de leur analyse. Ensuite nous verrons le lien avec les thématiques abordées dans le bilan de l'existant afin de proposer une ou des réponses à la question de recherche et de pouvoir en discuter.

3.1. Résultats bruts et analyse

3.1.1. Analyse qualitative

Pour pouvoir analyser de manière efficace les propos de chacune des participantes, et afin de s'en « imprégner », il était nécessaire de lire plusieurs fois les retranscriptions. Par la suite, un traitement des données put être réalisé en identifiant, en sélectionnant les idées principales et significatives. Celles-ci relevées, ont ensuite été extraites des textes, classées et rangées dans des tableaux d'analyse de contenu. Chaque tableau correspond ainsi à une question, avec les éléments de réponse triés par personne. Pour une meilleure lisibilité, les résultats apparaissent sous forme de synthèse ou analyse transversale après chaque tableau.

3.1.2. Question 1

En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?	
E1	« des choses qu'ils ne font plus, des fois ils n'ont plus le désir de faire des choses » ; « ne peuvent plus faire des choses, [...] n'ont plus d'intérêt, [...] n'ont plus la personne avec qui ils le faisaient. » ; « ils ont peur de le faire parce que c'est une activité qui doit se faire en extérieur et [...] en ce moment y a le Covid mais avant c'était les mêmes problématiques. » ; « ils n'ont plus vraiment d'occupations en fait. » ; « juste un peu leur ménage ou [...] plus rien pour ceux qui ont des aides à domicile. [...] pour certains, leurs occupations se limitent juste à leurs enfants » ; « ont du mal à se remettre à faire des choses » ; « certains ont les portages de repas ou alors une auxiliaire de vie qui leur prépare des choses »

E2	« la perte des activités due au manque des capacités. » ; « comme la cuisine, ou de loisirs, comme l'écriture ou autres, des activités en tout cas qui sont importantes pour la personne, et qu'elle ne peut plus faire à la suite. » ; « la perte des contacts sociaux et en ce contexte [...] il y a beaucoup de personnes âgées que ça a touché parce qu'elles sont restées confinées chez elles, sans voir grand monde et de pouvoir parler. » ; « s'il y a une maladie qui intervient évidemment, que ça soit Alzheimer ou autres, Parkinson, des maladies gériatriques types. » ; « le moral joue pas mal aussi [...] l'aspect mental est aussi important dans l'équilibre occupationnel. »
E3	« les troubles physiologiques, les troubles fonctionnels, [...] les troubles cognitifs, les troubles psycho-comportementaux. » ; « Après, il y a les manques d'accès » ; « ça peut être la relation avec l'environnement parce que tout ce qui est environnemental que ce soit l'environnement architectural ou l'environnement humain, peut l'induire également. »
E4	« le manque d'activité sociale, le manque d'activité physique, le manque d'occupations. » ; « ça peut être dans toutes les sphères : sociale, physique, environnementale. » ; « à domicile [...], dans les lieux de vie, le fait qu'ils n'ont plus trop d'autonomie [...] quand ils sont fragiles, ils ne sont pas forcément dépendants » ; « c'est souvent soit un syndrome de glissement, soit une chute, soit une hospitalisation, quelque chose qui a complètement perturbé le rythme quotidien, enfin les habitudes de vie de la personne âgée. » ; « Quelque chose qui est venu là par incident, accident » ; « la personne âgée se retrouve dans des états [...] où elle a dû s'organiser pour des hospitalisations à domicile [...], ça entraîne forcément des changements d'habitudes de vie et d'occupations. »

Analyse transversale de la question : En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?

Pour les participantes, les ergothérapeutes nommées ici E1, E2, E3 et E4, le déséquilibre occupationnel chez la personne âgée est induit par différents éléments de l'interaction Personne/Occupation/Environnement. E3 relève entre autres, les troubles physiologiques, les troubles fonctionnels, les troubles cognitifs, les troubles psycho-comportementaux de certaines personnes suivies par elle. La diminution ou perte des capacités fonctionnelles participe à ce déséquilibre en fragilisant la personne, E4 mentionne l'importance de la perte d'autonomie. E1 et E2 expliquent que les personnes ne réalisent plus leurs activités, même si celles-ci sont importantes pour elles parce qu'elles ne peuvent plus les faire. Les causes peuvent être diverses comme par exemple la survenue ou l'évolution d'une pathologie (E2), ou encore un incident ou accident, une chute (E3). La perte d'une personne de son entourage peut avoir des retentissements sur sa vie. E1 dit que les personnes ne font plus leurs activités parce qu'elles n'ont plus la personne avec qui

elles les faisaient. Elles n'ont plus le désir et/ou l'intérêt de les réaliser (E1). Les habitudes de vie et les occupations de la personne confrontée à ces perturbations, ont pu subir des modifications, entraînant la personne dans une autre organisation (E4). Celle-ci peut se retrouver assistée par différents intervenants ou services à domicile (auxiliaire de vie, service de portage de repas, aide-ménagère, etc.), ainsi réalisant peu ou plus ses activités de la vie quotidienne (E1). Dans une autre configuration, la personne peut se retrouver face à la solitude par la perte de ses contacts sociaux (E2) ou par mauvaise accessibilité des lieux de proximité (E3), pouvant engendrer de l'appréhension à réaliser des activités extérieures (E1). Les participantes ont aussi mentionné le contexte sanitaire actuel, contraignant la personne âgée à rester chez elle (E1, E2). Par conséquent, toutes ces raisons ont amené la plupart des personnes âgées à diminuer ou abandonner leurs activités.

3.1.3. Question 2

Selon vous, chez la personne âgée, quels sont les signes psychiques rencontrés pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?	
E1	« Ils vont être dans la plainte » ; « perte d'intérêt soit pour l'activité qu'on va faire, soit quand on va leur parler. » ; « ils disent qu'ils sont tristes, qu'ils attendent la fin, qu'ils ont déjà tout vécu. » ; « impression d'être un poids sur leur famille, de ne plus servir à rien, [...] ont peur de déranger leur famille. » ; « ceux qui disent : "mes enfants je ne les vois pas assez, j'aimerais les voir assez, moi j'ai rien, je suis tout seul". » ; « Ce sont des gens qui sont très tristes. » ; « Ils me disent : "voilà, plus rien, maintenant j'attends la mort !". »
E2	« le repli sur soi, [...] le fait de ne pas être concentré, avoir des pertes d'attention aussi. » ; « la dépression bien sûr, parce que c'est une maladie mentale qui est retrouvée souvent chez les personnes âgées » ; « quand la personne est dans la négativité, quand elle va parler beaucoup au passé. » ; « parler que du passé, qu'elle ne va plus être dans le présent » ; « les pleurs, ça peut être de la tristesse. » ; « La personne s'enferme, elle-même [...], elle va moins faire d'activités parce qu'elle va se replier sur elle-même [...], et donc perdre cognitivement et physiquement. » ; « elle parle moins. » ; « le manque d'activités va faire que la personne [...] ne va plus trouver de rôle et de sens à sa vie »

E3	« il y a le côté de la dépression, ça s'est clair. » ; « l'apathie est un signe important qui n'est pas forcément pris en compte par l'entourage parce que c'est quand même un signe [...] moins dérangent qu'une désinhibition, qu'une agitation, qu'une agressivité, qu'une irritabilité » ; « troubles du sommeil » ; « Les troubles de l'alimentation, [...] ça a un impact, c'est plutôt un signe, nous on le voit par la perte de poids d'abord, soit qu'on évoque avec les aidants. » ; « Le désintérêt, [...] enfin ça va induire l'apathie. » ; « Voilà, la priorité c'est tous les signes dépressifs, les pleurs, le désintérêt » ; « l'opposition, ça [...] on rencontre régulièrement. [...] Qui est parfois liée à l'anosognosie » ; « l'absence d'annonce du diagnostic [...], la personne se confronte à des échecs, qui est forcément une insatisfaction mais sans comprendre pourquoi. » ; « la personne se retrouve avec une fatigue importante avec une incapacité à réaliser les activités qu'elle souhaite. »
E4	« Quand les personnes âgées ont des pathologies, elles sont plus fragiles » ; « une petite déprime, le fait que la personne n'ait plus de contact avec sa famille ou qu'il y a eu des soucis familiaux » ; « actuellement, c'est trop compliqué pour eux. [...] ils sentent qu'ils ne peuvent pas gérer... » ; « c'est l'isolement, la dépression. » ; « quand ils ont ces troubles cognitifs légers, mais qu'ils se rendent compte qu'ils régressent, et qu'ils sont de moins en moins autonomes, [...] eux se sentent démunis [...] ça les déprime encore plus, et du coup syndrome de glissement »

Analyse transversale de la question : Selon vous, chez la personne âgée, quels sont les signes psychiques rencontrés pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?

Les signes psychiques rencontrés par les ergothérapeutes E1, E2, E3 et E4 sont divers selon les situations. Pour E1 et E2, ce sont plutôt des signes traduisant la plainte, la tristesse. Parfois les personnes âgées sont dans le repli, communiquent moins. E3 parle de l'état apathique de certaines de ces personnes, et de troubles dépressifs. E2 explique que beaucoup sont touchées par la dépression, « maladie mentale retrouvée souvent chez les personnes âgées ». Elles aimeraient être entourées mais souvent n'osent pas déranger leurs proches, elles ont l'impression « d'être un poids pour leur famille » (E1), se sentant inutiles. Les personnes âgées prises en charge peuvent manifester leur désintérêt que ce soit au niveau relationnel ou au niveau des activités (E2), elles montrent des troubles attentionnels, n'arrivant pas à se concentrer. E2 explique que le manque d'activités engendre une perte de sens à leur vie et ainsi elles ne trouvent plus leur rôle dans la société. Elles restent dans un temps passé et pensent « avoir tout vécu » (E1). E3 ajoute également qu'elle retrouve chez certaines personnes des troubles du sommeil et de l'alimentation, ayant des répercussions sur leur quotidien. Les personnes suivies par E3 peuvent montrer aussi des signes d'opposition, ou d'insatisfaction « mais sans vraiment savoir pourquoi » si la personne est affectée par une pathologie dont elle n'a pas la connaissance ou conscience (absence d'annonce de diagnostic ou anosognosie de la personne). E4 dit que si les personnes présentent des troubles

cognitifs légers, et ont conscience de leur régression et de leur perte d'autonomie, cela engendre des états dépressifs.

3.1.4. Question 3

À votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?	
E1	<p>« Créer du lien, ça c'est important. » ; « proches des voisins [...] ou [...] la famille » ; « les rapports avec les gens. » ; « Ou alors des passions. » ; « avoir des activités soit qu'ils faisaient ou des associations. » ; « leur montrer que c'est important aussi, que eux reprennent contact et qu'ils fassent l'effort de s'intéresser à des choses, parce que pour leur famille, les enfants ou autres, ça peut être triste de voir que sa grand-mère se laisse totalement aller et soit tout le temps dans la plainte. » ; « On leur dit que c'est important qu'ils n'hésitent pas à parler à leur famille à faire des choses avec eux » ; « essayer de ranimer dans la personne quelque chose qui pourrait l'intéresser, de trouver, voilà, une activité qui lui plaisait avant. Il faut essayer de les remotiver. » ; « qu'avec le covid on voit [...] des gens qui doivent attendre le coup de fil de quelqu'un, qui attendent toute la journée à ne plus rien faire. Ils ne sortent plus faire leurs courses parce qu'ils ont peur des contaminations » ; « aller faire les courses parce que chez les personnes âgées c'est souvent quelque chose qu'ils adoraient faire et ça il y en a plein qui le font plus. » ; « les courses c'est l'auxiliaire de vie, la cuisine elle en fait très peu ou c'est les auxiliaires de vie aussi »</p>
E2	<p>« le fait d'être en groupe, je vois les personnes qui arrivent à l'hôpital de jour, sont toujours contentes d'être là, [...] elles apprécient être avec les autres personnes. Et maintenant, elles commencent à se connaître, donc il y a des relations qui se sont créées finalement. » ; « donner des activités qui ont du sens pour elle, qui l'intéressent, les activités qui la valorisent et qu'elle réussit aussi » ; « valoriser la personne et de rester dans le positif. » ; « cette personne-là, elle va participer parce qu'elle va être dans un effet de groupe. » ; « L'environnement social est très important » ; « mettre en place une activité qui valorisait ses capacités restantes. [...] la lecture et la parole, la discussion, enfin raconter [...]. Ça c'était un facteur de motivation, et du coup elle est restée. » ; « leur demander en fin de séance s'ils ont apprécié la séance. » ; « activités autour de la cuisine, [...] un bon facteur de motivation. » « Ça rappelle des souvenirs, [...] c'est valorisant, et c'est motivant » ; « mis en place un atelier créatif, [...] de la peinture [...] vu le flow dans le comportement. »</p>
E3	<p>« les activités signifiantes et significatives, mais surtout les activités signifiantes » ; « les encouragements de l'entourage qui peuvent être une motivation pour la personne. Et surtout éviter toutes mises en échec » ; « Le sens est très important. » ; « faire plaisir à leur entourage, avant [...] leurs propres besoins. » ; « parce que le conjoint, soit le lui demande, soit le souhaite, soit la personne sait que le conjoint va être contenté parce que ça a été fait, ça peut arriver que ce soit un facteur de motivation. »</p>

E4	« Les facteurs sociaux [...] s'ils ont des proches, des amis, etc. » ; « Des facteurs environnementaux aussi, ça dépend de leur situation géographique, s'ils sont proches du centre-ville, s'ils ont des amis juste à côté, si leur famille est proche, [...] s'il y a une association [...] pour les séniors. » ; « habitudes de vie, par exemple s'ils se rendent à la messe, ils vont voir du monde [...] ça va être mieux. » ; « il faut qu'ils soient actifs, il ne faut pas qu'ils soient passifs de leur vie, enfin, [...] pas autonomes » ; « qu'ils aient un minimum d'autonomie pour participer à des activités, [...] à la vie de famille, [...] faire des repas familiaux, ça peut être des facteurs environnementaux, sociaux, personnels, [...] mélangés »
----	---

Analyse transversale de la question : À votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?

Les facteurs de motivation pouvant être utilisés sont pour les quatre ergothérapeutes en majorité de l'ordre du relationnel. En effet E1 parle de la nécessité de créer du lien, que ce soit avec le voisinage, la famille, ou bien par le biais des associations. E2 donne les aspects bénéfiques des activités de groupe, souvent appréciées par les personnes. E4 parle de l'importance de la proximité de l'environnement social permettant de se voir, se rencontrer. E3 explique également que les encouragements de l'entourage peuvent être une motivation. Souvent les personnes âgées veulent faire plaisir avant de s'occuper de leurs propres besoins, elles réaliseront l'activité si le (ou la) conjoint(e) lui demande, pour le (ou la) contenter (E3). E1 dit qu'il faut motiver la personne à reprendre contact avec la famille afin de faire des activités ensemble. Un autre facteur de motivation serait de susciter l'intérêt de la personne pour certaines occupations, peut-être « une activité qui lui plaisait avant », des passions (E1). E3 insiste sur le fait que les activités pour la personne doivent être signifiantes, significatives, et permettre de valoriser ses capacités restantes et « rester dans le positif » (E2). Il faut surtout éviter la mise en échec (E3). Pour bien cibler l'activité, E2 évalue la satisfaction des personnes en fin de séance. E1 parle d'encourager les personnes âgées à reprendre des activités comme faire les courses elles-mêmes, E2 parle d'atelier de cuisine thérapeutique, activité qui favorise la mémoire des sens, « un bon facteur de motivation » pour beaucoup de ces personnes à qui ça rappelle des souvenirs. E4 ajoute que les personnes doivent être actives et autonomes afin de participer à des activités.

3.1.5. Question 4

D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ? En termes de moyens, de ressources humaines ?	
E1	« Déjà, ça dépend de l'activité que veut faire la personne. » ; « on lui avait dit "Mais pourquoi, justement, vous ne prenez pas quelqu'un qui vous y amènerait". » ; « il y en a plein [...] qui n'y pensent pas parce qu'en plus c'est un monsieur qui économiquement pourrait, mais qui ne se permettent pas [...], de pouvoir refaire des choses qu'il faisait avant. » ; « il y a pas mal d'auxiliaires de vie qui, malheureusement, sont utilisés que pour le ménage, alors qu'on leur dit qu'ils sont là pour eux » ; « en dehors du cercle d'amis ou de famille, ils n'ont plus rien. » ; « le problème avec les clubs de 3ème âge, c'est les transports. Ils ont du mal, des fois pour les transports ou autres. Mais c'est vrai [...] que les auxiliaires de vie, ça pourrait être pas mal. Et après, il faut voir avec des associations aussi. Ou avec leur famille. »
E2	« une infirmière coordinatrice va commencer les discussions, elle va savoir si tout le monde va bien, si leur état physique est bien aussi. » ; « l'enseignant, en activité physique adaptée, [...] va faire des activités sportives, [...] il connaît leurs capacités, [...] les personnes vont s'engager parce qu'elles réussissent à avoir des capacités physiques. » ; « axer notre prise en charge sur ce qu'elles aiment faire, et sur la mémoire, [...] les personnes âgées ont tellement entendue parler du fait qu'elles vont perdre leur mémoire en vieillissant [...] ça les fait s'engager dans l'activité. » ; « mis en place de la méditation avec une psychiatre. » ; « ça pourrait être aussi une psychologue aussi » ; « ça pourrait être une assistante sociale pour gérer les problèmes, [...] ressources financières. » ; « l'APA, [...] va faire des randonnées aussi. [...] ça reste aussi une activité de groupe où on peut être tout seul et/ou discuter. »
E3	« Les moyens c'est vraiment de faire avec la personne, plutôt que de faire à sa place. » ; « c'est vraiment éviter la mise en échec. [...] trouver des activités valorisantes. » ; « mise en place d'intervenants professionnels pour seconder les aidants [...] souvent très fatigués. » ; « ça dépend vraiment des besoins, [...] intervenants libéraux : infirmières, kiné, orthophoniste, [...] aides à domicile, qui vont pouvoir justement faire avec la personne si elle vit seule ou si l'aidant peut passer un peu de temps, ou faire ces activités significatives, soit qu'on aura travaillé avec elle soit qu'elle est encore en capacité de maintenir les capacités qu'il faut continuer à solliciter. » ; « des relais, [...] activités extérieures qui amènent du lien social » ; « on a connaissance d'associations éventuelles d'aidants mais pas de bénévoles qui viennent à domicile. » ; « il y a parfois des services d'aide à domicile qui essaient de mettre en place des activités de groupe pour leurs bénéficiaires. » ; « on oriente parfois des personnes vers des associations de marche, [...] club de lecture » ; « des associations du troisième âge, souvent ça se fait en dehors du domicile. »
E4	« Avec les activités, des associations, de moyens humains [...], tournés vers la famille, les amis, les voisins, rencontrer du monde. [...] même dans toutes les étapes de la vie » ; « il n'y a plus le professionnel vu qu'ils sont à la retraite, [...] ils n'ont que l'environnemental personnel [...] les associations c'est un peu le professionnel, [...] comme du bénévolat en fait pour les personnes âgées. » ; « aux EHPAD, il y a des bénévoles. [...] médiation animale, ou des bénévoles pour la messe, [...] des réunions

intergénérationnelles, [...] avec les écoles, avec des enfants, ou [...] nouveau-nés, c'est une association avec des parents [...] qui viennent et [...] créent ce moment propice à la rencontre et à l'échange et donc à casser l'isolement des personnes âgées » ; « auxiliaires de vie, les aides ménagères qui viennent et cassent l'isolement, puisqu'au final elles passent dans la journée. » ; « du bénévolat, il accompagnait directement au domicile des personnes âgées pour ramener des courses, des provisions de fruits légumes. » ; « il y a les intervenant sociaux, par exemple l'assistante sociale. »
--

Analyse transversale de la question : D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ? En termes de moyens, de ressources humaines ?

E1 explique qu'il faut d'abord cibler les activités, « ça dépend de l'activité que veut faire la personne ». E2 souligne que si celles-ci sont significatives et appréciées par la personne cela facilitera son engagement ou investissement. Parfois la personne âgée ne va pas solliciter de l'aide (famille, amis) pour les transports afin de se rendre à une activité, E1 dit que ce n'est pas toujours pour une raison financière. Les personnes âgées n'ont pas forcément les informations concernant les possibilités d'action, ce qui peut être proposé ou ce qu'elles peuvent demander. E1 et E3 expliquent que si la personne âgée bénéficie des services d'aides à domicile comme un(e) auxiliaire de vie, elle peut ainsi se faire accompagner dans ses activités significatives. E3 ajoute que les moyens « c'est vraiment de faire avec la personne plutôt que de faire à sa place », afin de « maintenir les capacités qu'il faut continuer à solliciter ». Selon les besoins, des intervenants libéraux tels que : infirmier(es), kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. peuvent agir auprès de la personne ou pour soulager les aidants souvent fatigués (E3). Des services à domicile peuvent parfois mettre en place des activités de groupe pour leurs bénéficiaires (E3). Les personnes âgées peuvent être orientées vers différents types d'association, mais toujours en dehors du domicile. E4 explique que la personne âgée ne naviguant plus dans la sphère professionnelle, doit se tourner vers son environnement personnel, son environnement social. Pour E4 « les associations c'est un peu le professionnel ». Alors que si la personne vit dans un milieu institutionnalisé, elle aura accès à des propositions d'activités adaptées visant à rompre l'isolement des résidents.

3.1.6. Question 5

En quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?	
E1	« en tant qu'ergo déjà, comme on est [...] centré sur l'activité, on peut déjà voir avec eux. » ; « par notre réseau. » ; « Il y a telle association qui fait ça, à tel endroit vous pouvez faire ça. Tel professionnel pourrait vous apporter ça. » ; « par le fait qu'on connaisse plusieurs professions et plusieurs corps de métiers, on peut leur dire qu'il existe des choses alors qu'eux ne le savent pas forcément. » ; « On lui avait expliqué comment, par exemple, appeler ses enfants. » ; « on peut leur conseiller des professionnels, des associations. » ; « faire du lien, peut-être. Souvent, ils sont vus par des infirmiers et peut être qu'on peut même faire remonter l'information "telle personne, il faudrait un passage plus accru, vérifier ça". »
E2	« mon rôle dans l'hôpital de jour va être de distribuer un peu la parole. » ; « Le tout ça va être de couper les personnes extraverties qui parlent trop, et de donner la parole aux personnes introverties pour qu'elles participent à l'activité sociale. » ; « par rapport à des ateliers, de la cuisine thérapeutique. La nourriture c'est vraiment quelque chose qui rassemble, [...]. Donc, cuisiner ensemble, c'est un facteur social important. » ; « faut pas forcer les gens, [...] leur donner du sens, [...] un sujet qu'elles aiment bien ou faire une activité qu'elles aiment bien. » ; « ça peut arriver qu'elles se confient [...] on joue ce rôle de transmission, pour leur permettre de rebondir, [...], si c'est un problème dépressif, on va les tourner vers une psychologue ou quelqu'un qui est plus en capacité d'agir. » ; « si on a détecté quelque chose ou on sent que la personne n'est plus apte à être au domicile, on va faire intervenir le PAERPA qui eux, vont faire une évaluation à domicile, [...], soit mettre en place la mise en structure, en EHPAD [...]. Que la personne au moins ait un suivi à domicile au niveau de l'évaluation. »
E3	« accompagner la personne dans des activités significantes, ça permet en fait de la valoriser, parfois de lui donner confiance dans ses capacités et ce qui lui permet en fait de s'ouvrir vers l'extérieur. » ; « Et ensuite de travailler sur le lien social. [...] d'abord de permettre à la personne de retrouver cette confiance en elle-même, ou en tout cas de la maintenir si possible, pour pouvoir aller vers l'extérieur. » ; « par tous moyens possibles et validés par la personne. » ; « travaille sur son autonomie, tout en travaillant sur le côté social et les capacités à pouvoir s'exprimer, à pouvoir effectuer ses activités significantes pour elle, [...] dans son environnement hors domicile. » ; « on lui donne des repères et ensuite répéter les choses pour que ces repères soient intégrés, et qu'elle puisse ensuite les appliquer facilement. »
E4	« on peut évaluer globalement la personne, déjà dans tous ses aspects : environnemental, social, avec des aides techniques, avec [...] ce qu'il a besoin vraiment et [...] ce qu'il faudrait qu'il ait besoin » ; « l'ergo il a un rôle vivant en fait, il évalue pour mettre en place, [...] il évalue le côté psychique par exemple, [...] s'il y a une dépression, on va faire le lien avec la psychologue, s'il a quelque chose de physique on va faire le lien avec le kiné, s'il a besoin d'aides techniques [...] c'est nous, s'il faut des aides à domicile

après hospitalisation [...] on va essayer de mettre en place l'auxiliaire de vie, le médecin, l'infirmière à domicile » ; « au-delà de l'évaluation initiale, [...] il y a le suivi. Si la personne est en EHPAD, [...] on va forcément suivre ses activités » ; « on suit les capacités de la personne pour l'accompagner au mieux dans cette vie »
--

Analyse transversale de la question : En quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?

L'ergothérapeute pour E4 tient « un rôle vivant », il va pouvoir évaluer la personne dans sa globalité à travers sa situation et dans son contexte (les aspects environnementaux, sociaux, etc.). Par l'instauration d'une relation thérapeutique, la personne peut se confier au professionnel qui, pour E2, a un « rôle de transmission pour rebondir » en orientant la personne vers d'autres intervenants. E2 et E4 expliquent que si l'ergothérapeute détecte des troubles cognitifs, psychiques, moteurs, etc., il fera alors le lien avec les professionnels via des organismes notamment, afin qu'il y ait des évaluations et un suivi à domicile. E1 souligne qu'il peut « faire remonter l'information » et faire vérifier si la personne nécessite « un passage plus accru » des intervenants chez elle, ou mettre en place « la mise en structure », sachant que dans les EHPAD entres autres le suivi sera assuré (E4). Le travail de l'ergothérapeute est centré sur l'occupation, ainsi il veille à l'autonomie de la personne, en adaptant s'il le faut par l'apport d'aides techniques (E4), mais aussi s'intéressant au côté social (E3). En effet le professionnel peut proposer un travail sur « les capacités à pouvoir s'exprimer, à pouvoir effectuer ses activités significantes » (E3). En proposant des activités significantes dans lesquelles la personne n'est pas mise en échec, l'ergothérapeute peut valoriser la personne. E3 explique que cela lui permet de « retrouver cette confiance en elle-même », ou en tout cas de la maintenir si possible » afin de « s'ouvrir vers l'extérieur ». L'ergothérapeute apporte des repères à la personne, l'aide à les intégrer et les appliquer (E3). E1 explique que l'ergothérapeute peut accompagner la personne en lui expliquant et montrant comment utiliser les moyens de communication actuels afin qu'elle puisse être en contact avec son entourage. E2 signifie aussi que l'ergothérapeute peut proposer des activités significantes et significatives réunissant des intérêts communs (en hospitalisation de jour), notamment autour du thème de la cuisine. E2 tient un rôle de régulateur lors de séances collectives, en veillant à équilibrer les temps de parole où les personnes plutôt introverties pourront s'exprimer et participer à l'activité sociale.

3.2. Mise en perspective des résultats en lien avec le bilan de l'existant

Selon leur pertinence, des éléments ont été relevés des différents entretiens. Ceux-ci répondent à plusieurs thématiques évoquées pendant l'élaboration des questions : l'équilibre de vie, l'engagement, et l'environnement social. Dans cette partie seront mis en relation les éléments résultants des entretiens, et le bilan de l'existant dont le cadre théorique.

3.2.1. L'équilibre de vie

L'équilibre de vie est une notion utilisée lors des entretiens. La définir est alors nécessaire afin de connaître les moyens d'obtenir une vie saine et satisfaisante. Le choix s'est porté sur une définition de K. Matuska, professeur en ergothérapie, ayant travaillé sur le concept de l'équilibre de vie. Celui-ci est en accord avec le modèle *Vivez bien votre vie*, utilisé dans le bilan théorique de ce mémoire.

Selon Matuska (2010), l'équilibre de vie est un processus dynamique et interdépendant qui correspond : (1) à la congruence (c'est-à-dire à l'adéquation) entre le temps que consacre un individu à la réalisation des activités et le temps qu'il souhaite y consacrer ; (2) au choix et à la gestion d'un ensemble d'activités qui contribuent au maintien de la santé physique, mentale et sociale ; (3) à la satisfaction concernant le temps passé à réaliser des activités routinières, jugées importantes et signifiantes par l'individu ; (4) à la durabilité de la configuration d'activités sur le long terme. (Ung et al., 2018)

Au cours des entretiens, le manque d'activités des personnes âgées était régulièrement mentionné, mettant en exergue les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne. Souvent selon l'histoire de vie et les expériences de la personne, les activités ne suscitent plus le même intérêt, les mêmes envies qu'auparavant. Le modèle *Vivez bien votre vie* peut contribuer à redonner du sens à ses occupations, à faire le lien avec sa santé et son bien-être. Dans le cadre de cette étude, il sera utilisé pour appréhender quelles dimensions amènent à un déséquilibre de vie chez ces personnes. Ainsi si nous nous intéressons au critère « dimensions de l'expérience », sont constatés parfois : l'installation d'une sédentarité, d'une dépendance dans les soins personnels, d'un état apathique et dépressif, et un désintérêt à l'égard de nouveaux apprentissages. Ces éléments mettent en avant une répercussion sur la santé physique, mentale, le bien-être social et émotionnel. Or, le modèle recommande pour un équilibre de vie : d'activer son corps, son esprit et ses sens, de

prendre soin de soi, de développer ses capacités et son potentiel, et/ou encore d'expérimenter le plaisir et la joie. Quant au critère « utilisation de temps et horaire de vie », ces personnes ne trouvent plus de sens à leurs activités de la vie quotidienne, et n'ont pas de juste équilibre entre leurs occupations (repos, soins personnels). L'assistance de tierces personnes mise en place lors d'une situation de dépendance amène une limite de choix et de contrôle sur l'emploi du temps des personnes âgées (horaires déterminés des intervenants). De surcroît, le contexte sanitaire actuel lié à la pandémie de la Covid -19 les contraint à rester plus souvent au domicile. Ces éléments font écho aux indicateurs « le sens personnel », « l'équilibre » et « le choix et le contrôle » présents dans le modèle.

Le déséquilibre de vie peut aussi être abordé selon un autre point de vue. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) apporte des éléments en lien avec les propos recueillis des ergothérapeutes interrogées. Au niveau de l'environnement physique, un des critères du modèle, le manque d'accessibilité géographique pour la personne âgée est un sujet important. En effet, l'éloignement des lieux où peuvent aller les personnes est un facteur de désengagement au niveau des occupations, que ce soit pour se rendre dans des commerces, ou dans des structures recevant du public (administratifs, santé, autres services), ou des lieux de loisirs et de rencontre. Selon leur milieu de vie (urbain, rural), les personnes peuvent nécessiter l'utilisation de transports en commun, pour cela elles doivent être en capacité de pouvoir les emprunter.

Quant aux critères de l'agir, les personnes âgées peuvent montrer une performance occupationnelle amoindrie. Effectivement, leurs habiletés (motrices, opératoires, de communication et d'interaction) peuvent être affectées par des causes diverses liées à leur santé et leur vécu. D'une part, ces causes peuvent être d'ordre physiologique dues au vieillissement, et/ou pathologique. D'autre part, elles peuvent être associées aux conséquences d'un accident ou incident, voire du décès d'un proche, comme celui du conjoint évoqué lors des entretiens. Ainsi les activités requérant certains efforts de concentration, d'attention peuvent paraître trop contraignantes. Les activités sportives demandant de la force ou encore de l'endurance, peuvent être abandonnées. Par conséquent, ces personnes n'effectuent pas ou plus certaines de leurs occupations car elles ne sont plus en capacités (physiques, cognitives ou psychiques) de les réaliser. En effet les atteintes physiologiques, fonctionnelles, cognitives participent à l'état de fragilité de la personne. L'impact de ces atteintes se ressent sur sa qualité de vie, perturbant parfois, par exemple, le sommeil, l'alimentation, et également la santé mentale de la personne. Les signes psychiques identifiés chez certaines de ces personnes relèvent entre autres, de la plainte, de la tristesse, de l'apathie, du repli sur soi, du désintérêt, traduisant un état dépressif. Ce dernier est également observé chez les personnes affectées par une pathologie. Effectivement, celles-ci

peuvent se rendre compte d'une dégradation de leur état général amenant alors des troubles dépressifs qui devront être prévenus afin d'éviter d'aller jusqu'à la maladie dépressive.

Enfin ces signes psychiques influencent l'équilibre de vie des personnes âgées impactant l'engagement dans leurs activités de la vie quotidienne.

3.2.2. L'engagement

Les éléments induisant le déséquilibre de vie auront des répercussions sur l'engagement de la personne âgée dans ses activités. En effet, celle-ci se retrouve face à des difficultés lors de la réalisation de tâches, ne s'en sentant pas capable ou étant régulièrement confrontée au sentiment d'échec. En ayant connaissance de ses limites d'action, la personne se dévalorise et perd confiance en elle. Ce ressenti l'amène à une réduction voire un arrêt total de ses occupations, et par conséquent de sa performance occupationnelle. Ces propos peuvent être associés au modèle MOH à travers les notions de « capacité de performance (ou de rendement) » et de « participation occupationnelle ».

D'autre part, les activités de la personne âgée ne sont plus en adéquation avec les centres d'intérêt de celle-ci. Ne se sentant plus efficace, elle n'y trouve plus de plaisir, de bien-être à réaliser la tâche. Les activités ne sont plus significatives. Nous observons alors, selon les termes du modèle MOH, une diminution de la volition de la personne. En effet, cette baisse de motivation est caractéristique de la symptomatologie de la dépression comme il a été évoqué lors du bilan de l'existant. De plus, il s'avère que les troubles attentionnels sont caractéristiques de la dépression et empêchent les activités. Cette notion est confirmée par les informations recueillies lors des entretiens.

En outre, certaines personnes âgées pensent avoir déjà « tout vécu » et/ou ne se sentent plus compétentes. Par conséquent, elles sont dans le refus ou même dans l'opposition de toute proposition d'activité, ce qui fait référence au critère de l'amotivation de la théorie de l'autodétermination. Effectivement, ces personnes se dévalorisent fortement. Elles sont résignées et passives dans leur quotidien, allant même au refus de toutes propositions, n'ayant plus envie de s'investir dans des activités. D'autre part, certaines personnes se replient sur elles par peur de déranger les autres, que ce soit la famille et/ou la société. Ainsi, elles n'osent pas solliciter aussi bien leur entourage que les organismes d'accompagnement, ayant l'impression d'être un poids au quotidien. C'est pourquoi, ces personnes ressentent une insatisfaction de leur qualité de vie.

En revanche, lors des entretiens, plusieurs facteurs de motivation ont été mentionnés, afin d'amener la personne à s'investir dans la réalisation d'activités. Le premier facteur abordé à l'unanimité est la proposition d'activités significatives et significatives pour la personne. En général, les plus nombreuses sont des activités-passions, appréciées auparavant par la personne. Selon le

niveau d'importance accordée par la personne, l'activité va pouvoir conférer un rôle, ou encore une identité occupationnelle, conformément au modèle MOH. Cette dernière induit également les intérêts de la personne, sa place sociale et donc ce qu'elle souhaite devenir, à travers la réalisation d'activités.

De surcroît, cela réfère à la composante de la motivation intrinsèque de la Théorie de l'Autodétermination, dans laquelle la personne âgée engage ses intérêts en utilisant ses capacités et en y prenant du plaisir. Le modèle Vivez bien votre vie, propose dans une des dimensions de l'expérience appelée « développer et exprimer votre identité personnelle », l'identification et le développement des intérêts personnels, des préférences, des valeurs et des forces personnelles. Tous ces éléments vont ainsi générer l'envie de réitérer l'expérience, dans un objectif d'épanouissement de la personne âgée.

Le sentiment de réussite est aussi un facteur de motivation amenant l'individu à s'engager dans l'activité. Lors des entretiens, il a été rapporté que ces activités doivent être valorisantes, amenant à des pensées positives pour la personne. D'ailleurs, les ergothérapeutes insistent sur le fait d'éviter au maximum l'échec. Par conséquent, la personne âgée se retrouve dans un processus encourageant et stimulant, dans un but de maintenir l'investissement dans les activités, et de donner envie d'y revenir par la suite, comme dit précédemment.

Enfin, il s'avère que certaines personnes sont motivées à réaliser des activités, non pas pour leurs propres besoins et intérêts, mais pour faire plaisir à l'entourage. En effet, une des ergothérapeutes expose le fait que la personne âgée va réaliser son occupation, soit parce que le conjoint le lui demande, soit parce qu'elle sait que cela va le contenter. Cet élément fait référence à la motivation extrinsèque, qui est une composante de la Théorie de l'Autodétermination. Parmi les quatre indicateurs de la motivation extrinsèque, la régulation externe correspond à une action effectuée par l'individu, afin de satisfaire une demande externe ou encore de répondre à une pression sociale, en vue d'éviter des situations désagréables comme la sanction, ou encore des reproches. Ainsi, il semble que l'environnement social ait aussi une influence sur l'engagement de la personne âgée dans ses occupations.

3.2.3. L'environnement social

Le bilan de l'existant et les entretiens font état d'un isolement relationnel chez les personnes âgées. La communication avec l'extérieur permettrait de rompre l'isolement. Les personnes âgées ne savent pas forcément utiliser les moyens actuels de communication (internet, téléphone, ordinateur etc.). L'apprentissage du fonctionnement des aides technologiques favorise la conservation d'un lien social. L'utilisation de mises en situation est fortement recommandée ainsi que la vérification de l'intégration des informations auprès de la personne. L'emploi d'outils

communicationnels assure l'inclusion de la personne dans la société en lui amenant des repères. Les entretiens attestent de la nécessité de retrouver et/ou de maintenir le lien avec l'entourage de la personne (famille, amis, etc.). Une des ergothérapeutes relève que la personne doit « faire l'effort » de s'intéresser à des activités pour rassurer la famille (régulation externe dans la Théorie de l'Autodétermination). Elle ne doit pas hésiter à solliciter les membres de sa famille lorsqu'elle souhaite réaliser une activité particulière en leur compagnie. L'entourage social de la personne doit être sensibilisé à l'importance d'attribuer un rôle, aussi petit soit-il, à la personne pour combattre le sentiment d'inutilité. Ils doivent aussi avoir connaissance des démarches administratives mobilisables pour mettre en place des moyens et des services, notamment humains (demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile), et ainsi éviter que la personne soit isolée.

D'autre part, des entretiens ressort le fait qu'il y ait un manque d'information sur le rôle des auxiliaires de vie sociale. De nombreuses personnes âgées n'osent pas ou ne savent pas qu'elles peuvent faire des activités (loisirs) avec cet(te) intervenant(e). De plus, une des ergothérapeutes interrogées explique l'importance pour les personnes âgées de continuer à faire les activités de la vie quotidienne (soins personnels) avec les auxiliaires de vie sociale afin qu'elle conserve son autonomie.

L'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux contribue au maintien des capacités de la personne. Ces derniers évaluent l'autonomie, les besoins et demandes de la personne afin d'élaborer un plan d'intervention. Selon les résultats, la personne peut être maintenue au domicile ou institutionnalisée. Les intervenants doivent travailler en collaboration interprofessionnelle afin d'optimiser la prise en charge de la personne et d'éviter son isolement. Ils sont aussi en mesure d'orienter vers d'autres professionnels si nécessaire.

Les hôpitaux de jour peuvent proposer des activités collectives telles que des groupes de parole favorisant l'expression des personnes âgées, ou des ateliers thérapeutiques comme « cuisiner ensemble ». Ainsi, les personnes se retrouvent autour d'un centre d'intérêt commun. Les thèmes sont choisis de manière pertinente afin d'encourager la volition des personnes.

Certains organismes (service à la personne, mairie, mutuelle etc.) peuvent proposer aux aînés des activités de groupe. Ainsi, cela permet des rencontres avec des pairs et favorise les relations soutenantes et gratifiantes. Nous retrouvons ces notions dans une des dimensions de l'expérience du modèle Vivez bien votre vie, qui est intitulée « créer des liens avec les autres ».

En effet, les bénéfices des prises en charge de groupe sont observés. Cela sollicite toutes les habiletés (de communication, d'interaction, opératoires et motrices) retrouvées dans le critère « agir » du modèle MOH. Le milieu associatif est très riche dans les propositions d'activités collectives aux diverses thématiques dont le maintien des capacités physiques (ex : groupe de

marche, gym douce). Être bénévole dans une association est l'occasion de tenir un rôle, ce qui fait référence à l'indicateur « contribuer à la communauté et à la société » dans les dimensions de l'expérience du modèle Vivez bien votre vie. En effet, le passage à la retraite est souvent déstabilisant pour la personne par la disparition de la sphère professionnelle. Ainsi, l'activité associative remplace l'activité professionnelle, ce qui contribue à rééquilibrer les différents domaines d'occupation en maintenant le domaine de la productivité.

3.3. Réponse à la question de recherche

Les éléments recueillis au travers de cette étude permettent d'apporter des réponses à la question de recherche qui est la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'isolement social de la personne âgée fragile à domicile dans la prévention tertiaire de la dépression ?

Lorsqu'il intervient à domicile, l'ergothérapeute cherche à établir une relation de confiance avec la personne âgée. Dès le début de la prise en charge, il conduit un entretien afin d'appréhender la situation de la personne. De par ses compétences, il peut procéder à une observation clinique et il doit pouvoir obtenir de plus amples informations sur la personne, concernant notamment ses centres d'intérêt, ses envies, ses besoins, etc. Le but est de trouver ce qui anime la personne, sa volition à réaliser des activités. Il est habilité à utiliser des outils d'évaluation les plus adéquats à cette investigation.

À partir des résultats obtenus, l'objectif est de réduire voire de supprimer les facteurs obstacles à son engagement dans la mesure du possible. Selon le type et les caractéristiques de l'activité, l'ergothérapeute est amené à l'adapter si nécessaire, ou à proposer des solutions pour que celle-ci puisse être menée à bien. Via son réseau, l'ergothérapeute peut guider également la personne âgée vers des organismes (milieu associatif, mairies, etc.) proposant des activités lui convenant et répondant à sa demande.

Dans une optique de favoriser le lien entre la personne et l'environnement social, l'ergothérapeute peut sensibiliser l'entourage de la personne (famille, amis) à garder un contact avec elle et selon la faisabilité, de lui attribuer des tâches ou des missions afin de maintenir son rôle social. De même, l'ergothérapeute peut encourager la personne à adhérer et à s'engager auprès d'associations, ce qui lui permettrait d'avoir un sentiment d'appartenance à la communauté et à la société. La personne âgée, en partageant des activités valorisantes avec des pairs, fera appel à ses habiletés de communication et d'interaction.

L'ergothérapeute peut orienter la personne et son entourage familial vers des assistants de service social afin de se renseigner pour des aides possibles (ex : Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile). Il peut également sensibiliser la personne âgée, les proches aidants, et les intervenants à domicile (ex : auxiliaire de vie sociale) sur l'importance de maintenir au maximum les capacités restantes de la personne. Par conséquent, les intervenants doivent veiller à la participation active de celle-ci dans la réalisation de ses occupations.

Au sein d'une équipe, ou en indépendant, l'ergothérapeute est amené à collaborer avec d'autres professionnels, en participant à la coordination des soins. Il transmet l'information aux autres intervenants concernés, à savoir notamment lorsque la personne âgée est dans une situation nécessitant des passages plus fréquents. Ce suivi plus optimal permettrait d'éviter l'isolement de la personne âgée et les répercussions délétères, comme la survenue ou la rechute de la dépression. Tous ces éléments prouvent la plus-value de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne âgée et surtout au niveau de la prévention du risque de dépression.

3.4. Critique et biais de la méthode

Ce travail est un mémoire d'initiation à la recherche, par conséquent il est important que la méthodologie choisie et mise en place soit respectée de manière rigoureuse tout au long de l'étude. Cependant, même si un guide d'entretien a été réalisé afin de permettre le bon déroulement des entretiens individuels, il peut exister quelques biais à la méthode. Lors de l'élaboration des cinq questions dédiées, il paraissait important de cibler des thématiques pouvant aider à répondre à la question de recherche. De ce fait, bien que ces questions soient foncièrement différentes, un fil conducteur les reliait entre elles. Comme il l'a déjà été signalé dans la méthodologie, celles-ci ont été testées plusieurs fois auprès de diverses personnes afin de déterminer si elles étaient adéquates et répondaient à mon objectif. Cependant au cours de certains entretiens, des réponses données étaient parfois en décalage. En effet, il arrivait que la personne interrogée, en énonçant ses propos, « déborde » sur la question suivante, introduisant malgré elle cette dernière. Mais les réponses apportées restaient dans tous les cas en rapport avec le sujet, ouvrant parfois de nouvelles pistes d'information. De surcroît, lorsque la question suivante était abordée, la personne interrogée cherchait à développer ou argumenter d'autres éléments. Ce qui, en définitive, apportait à l'entretien, des réponses fournies et parfois comportant des données non évoquées auparavant.

Une autre limite à la méthode réside dans le fait d'avoir élargi mes critères de sélection aux ergothérapeutes diplômés de plus de six mois. Sur les quatre personnes interrogées, deux ont eu leur diplôme d'État en juillet 2020. Depuis, ces personnes ont travaillé dans des structures différentes, et l'une d'entre elles exerce également en tant qu'indépendant. Comme je le disais précédemment dans la partie consacrée au choix de la population interrogée, je trouvais qu'il était

intéressant de recueillir leurs avis et leurs idées, sachant que ces personnes pouvaient amener un autre regard, induit par la connaissance de la Science de l'Occupation enseignée pendant le cursus de formation en ergothérapie. Les outils ergothérapeutiques émanant de cette dernière, tels que les échelles d'évaluation issues de modèles conceptuels, ou encore le diagnostic ergothérapeutique, leur sont familiers et peuvent les aider dans leurs prises en charge. D'ailleurs, lors de ces entretiens, ces ergothérapeutes débutants ont pu illustrer leurs propos par des expériences diverses et pertinentes à relever.

3.5. Perspectives d'ouverture / hypothèses de travail ultérieur

Cette étude pourrait se poursuivre sur d'autres perspectives, notamment en réalisant un focus group. Celui-ci rassemblerait des participants de différents corps de métier et également une personne représentant la population des personnes âgées. Il permettrait par les interactions sociales créées de faire émerger des idées, et/ou de soulever des problématiques autour du même thème. Cette rencontre faite en présentiel ou en visioconférence, regrouperait les personnes suivantes : un(e) ergothérapeute, un(e) infirmier(e), un(e) psychologue, un(e) assistant(e) de vie sociale et une personne âgée. Des questions seraient également posées pour orienter la discussion. L'objectif de ce focus group serait de réfléchir aux moyens de repérer la survenue des troubles dépressifs chez une personne âgée fragile et isolée passant parfois au travers des « mailles » du système de santé, et d'un diagnostic médical. Alors, il serait intéressant de savoir par exemple : quel pourrait être le plan d'intervention idéal, à quel moment agir, ou bien, qui pourrait agir efficacement. Lors d'un focus group, les réponses des participants pourront se confronter, s'accorder ou permettre l'élaboration de nouvelles idées voire de projets. C'est pourquoi ce « brainstorming » m'apparaît comme pertinent à mettre en place.

Une étude évaluant l'impact de la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 chez les personnes âgées isolées, pourrait représenter une autre perspective dans la continuité de ce mémoire d'initiation à la recherche. En effet, lorsque j'ai choisi mon sujet d'étude, nous étions au début de la pandémie, ne sachant pas quelle serait l'évolution de cette crise. Tout au long de l'élaboration de ce mémoire, je me suis interrogée sur les répercussions de ce contexte sur cette population de personnes âgées mais n'ai pas eu l'occasion de les approfondir. J'ai pu observer et constater sur un de mes lieux de stage en clinique psychiatrique (novembre/décembre 2020), le désarroi de certains patients atteints de troubles dépressifs face à la situation sanitaire. Ceux-ci ayant pour la plupart un suivi avec un médecin psychiatre, étaient donc pris en charge. Hospitalisés, ils pouvaient bénéficier, pendant cette deuxième période de confinement, d'un soutien et de traitements médicamenteux et non-médicamenteux. Ils avaient accès à des séances

d'ergothérapie, de musicothérapie, d'activités physiques et sportives ainsi que des activités occupationnelles. Il serait alors pertinent de s'intéresser aux effets psychiques occasionnés par la crise sanitaire sur l'équilibre occupationnel des personnes âgées. Et ainsi comprendre quels seraient les moyens d'action de l'ergothérapeute auprès de celles-ci. En définitive, il s'agirait d'orienter mon sujet d'étude vers ce contexte, et l'enrichir de nouvelles connaissances d'un point de vue psychologique et en rapport avec la recherche scientifique qui a pu être réalisée depuis le début de la pandémie.

3.6. Apports personnels et professionnels

L'élaboration de ce mémoire m'a permis de m'initier à la réalisation d'une étude. Ainsi j'ai pu acquérir par cette démarche de recherche, un sens de la méthode et une rigueur, ceux-ci étant nécessaires au bon déroulement de l'étude. J'ai pu utiliser et développer certaines de mes compétences, notamment mes capacités d'analyse et de réflexion.

J'ai pu enrichir mes connaissances par l'apport d'articles scientifiques dans le cadre de l'élaboration d'une revue de la littérature, mais également tout au long du mémoire. Ce travail m'a permis d'apprendre à chercher des sources documentaires et savoir les utiliser à bon escient, selon leur pertinence et ainsi étayer mon sujet.

J'ai également beaucoup appris en réalisant un cadre théorique et utilisant les éléments qui le composent au travers des matrices. Le fait d'avoir appliqué ces dernières au travers de la discussion a montré une ligne de conduite à suivre dans ma future pratique professionnelle. En effet l'utilisation des modèles conceptuels était encore assez abstraite pour moi, même si j'ai pu, lors de stages effectués, me servir des instruments d'évaluation issus de certains modèles ergothérapeutiques (ex : MOH, Vivez bien votre vie ou encore MCRO).

Par ailleurs, conduire des entretiens individuels auprès d'intervenantes professionnelles a été aussi très formateur. J'ai pu montrer quelles étaient mes capacités à m'adapter et à orienter la personne interrogée afin d'obtenir les données de la recherche. Les témoignages de ces personnes m'ont ouvert des pistes intéressantes pour l'étude, mais également pour mes futurs plans d'intervention auprès des personnes âgées.

Ce mémoire d'initiation à la recherche permettra d'apporter des réponses à cette problématique et guidera les ergothérapeutes qui s'interrogent sur leurs possibilités d'action face à cette population.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche avait pour vocation de trouver de quelle manière l'ergothérapeute peut intervenir sur l'isolement social de la personne âgée fragile à domicile, dans la prévention tertiaire de la dépression. Lors de cette démarche de recherche documentaire, des données informatives ont pu être recueillies et exposées dans le bilan de l'existant. J'ai pu apprendre notamment que la dépression n'est pas toujours diagnostiquée et passe parfois inaperçue chez la personne âgée. En effet, les symptômes tels que la tristesse, le repli sur soi, les troubles attentionnels, la dévalorisation de soi, etc., n'inquiètent pas de façon spontanée car semblent liés à l'âge (portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, 2021), malgré des moyens existants de l'évaluer (ex : échelle de mesure GDS). Par ailleurs, la fragilité de la personne participe à la survenue ou au maintien de la dépression. L'isolement est aussi un des principaux facteurs de risque de la dépression. En 2017, 900 000 personnes isolées ont été recensées dont 300 000 en situation d'isolement extrême.

Lors de cette étude, les quatre entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes ont permis de montrer, par leur expérience, l'importance d'agir afin de prévenir le risque de dépression chez la personne âgée. L'ergothérapeute évalue les centres d'intérêt, envies et besoins de la personne afin qu'elle reste active. L'objectif est de recréer un équilibre de vie satisfaisant dans ses occupations en réduisant ou supprimant les facteurs obstacles à la réalisation de celles-ci. Il agit en favorisant le lien entre la personne âgée et son environnement social pour éviter ou rompre l'isolement. Il peut orienter la personne âgée et sa famille vers des organismes, proposant des activités (ex : associations), pour maintenir son rôle dans la société. Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, l'ergothérapeute peut proposer des activités de groupe afin de favoriser les interactions sociales. De plus, il veille à sensibiliser l'entourage ainsi que les intervenants à domicile sur l'importance de maintenir les capacités en favorisant la participation active de la personne dans ses occupations.

Afin d'approfondir cette étude, il serait intéressant de réaliser un focus group dans le but de mener une réflexion sur l'élaboration de plans d'intervention auprès de cette population de personnes âgées fragiles et isolées. Celui-ci pourrait se composer entre autres d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un infirmier, d'un assistant de vie sociale et d'une personne âgée.

D'autre part, en parallèle avec l'actualité, il pourrait être pertinent de réaliser une étude sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées isolées dont la qualité de vie a été impactée par la crise sanitaire liée à la Covid-19.

BIBLIOGRAPHIE

- Aillet, M., & Dhérin, E. (2017). *Thèmes sanitaires et sociaux* (2^{ème} éd.). Paris : Vuibert.
- Association Petits Frères de Pauvres. (2019, 18 janvier). Contre la « mort sociale » de 300 000 personnes âgées. <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-de-positions/contre-la-mort-sociale-de-300-000-personnes-agees>
- Association Petits Frères des Pauvres. (2021, avril). *Rapport Petits Frères des Pauvres – Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire* (N° 5). https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/1726/download/2021_rapportPFP_HD-min.pdf?v=1&inline=1
- Bizier, V., Émard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Lauzon, G., & Provencher, H. (2006). Volition et motivation en santé mentale. *Le partenaire*. <http://spers.ca/wp-content/uploads/2013/08/Volition-et-motivation-en-sant%C3%A9-mental-exemple-dapplication.pdf>
- Boga, S., & Saltan, A. (2019). Identifying the relationship among sleep, mental status, daily living activities, depression and pain in older adults: a comparative study in Yalova, Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, (0), 1. <https://doi.org/10.5455/jpma.301384>
- Bourrellis, C., Bazerolles, M.C. (2009). La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins. Dans E. Trouvé (Edt), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp.39-62). Marseille : Solal
- Bréchat, P.H., Vogel, T., Bérard, A., Lonsdorfer, J., Kaltenbach, G., Berthel, M. (2008). Quelles actions de prevention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? *Santé Publique*, n°20, p.477. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/journal-sante-publique-2008-5-page-475.htm>
- CESE. (2017, juillet). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf
- Charazac, P. (2015). *Aide-mémoire. Psychogériatrie* (2ème édition). Paris : Editions Dunod.

- Deci E., Ryan R. (1985) Cognitive Evaluation Theory. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Perspectives in Social Psychology*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7_3
- Fondation de France. (2020, décembre). *10 ans d'observation de l'isolement relationnel : un phénomène en forte progression. Les solitudes en France*. https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/credoc_edition_2020_du_barometre_des_solitudes_vf_004.pdf
- Goveas, J., Xie, C., Wu, Z., Douglas Ward, B., Li, W., Franczak, M. B., ... Li, S.-J. (2011). Neural correlates of the interactive relationship between memory deficits and depressive symptoms in nondemented elderly: Resting fMRI study. *Behavioural Brain Research*, 219(2), 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.01.008>
- Guerrien, A. (2017-2018). La motivation. Studocu. Consulté à l'adresse <https://www.studocu.com/fr/document/universite-de-lille/psychologie-generale-et-differentielle-2/notes-de-cours/1-la-motivation-guerrien/2123172/view>
- HAS. (2019, juillet). *Prescription d'activité physique et sportive : Les personnes âgées*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_248_ref_aps_pa_vf.pdf
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie* (2^{ème} édition). Paris : De Boeck-Solal.
- Isaac, V., Stewart, R., Artero, S., Ancelin, M.-L., & Ritchie, K. (2009). Social Activity and Improvement in Depressive Symptoms in Older People: A Prospective Community Cohort Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 688-696. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181a88441>
- Jacquet, S. (2012, 9 décembre). Des théories au système global de la motivation (ou vers un véritable système de la motivation) - Centre de Ressources en Économie-Gestion. <https://creg.ac-versailles.fr/des-theories-au-systeme-global-de-la-motivation-ou-vers-un-veritable-systeme-de>

- Kalfat, H., & Sauzéon, H. (2009). Le processus de vieillissement et la vieillesse. *L'ergothérapie auprès des personnes âgées*. Paris : Solal. Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/227598570_Le_processus_de_vieillissement_et_la_vieillesse
- Kim, M. J., Tsutsumimoto, K., Doi, T., Nakakubo, S., Kurita, S., Makizako, H., & Shimada, H. (2020). Relationships between cognitive leisure activities and cognitive function in older adults with depressive symptoms: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(2), e032679. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032679>
- Lee, C.-T., Yeh, C.-J., Lee, M.-C., Lin, H.-S., Chen, V. C.-H., Hsieh, M.-H., ... Lai, T.-J. (2012). Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), e221-e229. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.014>
- Lepoutre, B., Vallée, J.P., Jelly, J. (2011). Prévention chez la personne âgée. Que disent les « recommandations » en cours ? *Médecine*. Consulté à l'adresse http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3529_Prevention_et_PA_Lepoutre.pdf
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 22. <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0022>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.
- Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*, n° 62(1), 174-181. <https://doi.org/10.3917/rs.062.0174>
- Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine. Dans M.C. Morel-Bracq, & al. (Edts), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp.97-107). Paris : De Boeck-Solal.
- Miller, K. J., Mesagno, C., McLaren, S., Grace, F., Yates, M., & Gomez, R. (2019). Exercise, Mood, Self-Efficacy, and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in Older Adults: Direct and Interaction Effects. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02145>

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2001, mai). *La prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., & Levasseur, M. (2014). "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>
- Nouvel, F. (2015). Fragilité et ergothérapie. *ErgOTHérapies*, n°58, p.5.
- Nouvel, F., Jouaffre, V. (2009). Fragilité et dépendance. Dans E. Trouvé (Edt), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp.33-37). Marseille : Solal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- Pinquier, C., Weimann, N., Pellerin, J. (2003). Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, n°28 (1), pp.837-838. Consulté à l'adresse <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0213Aadepression2003pellerinRDG.pdf>
- Guillez, P., Tétréault, S., Izard, M. H., & Morel, M. C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925>
- Ung, Y., Tétréault, S., Briffault, X., & Morgiève, M. (2018). Exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 82-94. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.125>
- Vignat, J.-P. (1991). Préface. Dans *Le domicile : espace de vie, de confort et de soin* (p. 5). Paris : Masson.

SITOGRAPHIE

Do Live Well. (2015). *Description du modèle*. Consulté le 12 octobre 2020, à l'adresse <https://dolivewell.ca/fr/what-is-dlw/>

Introduction à MOHO. (2021). Web MOHO. Consulté le 4 octobre 2020, à l'adresse <https://www.moho.uic.edu/resources/about.aspx>

Les 101 théories de la motivation. (2010). Les motivations. <http://www.lesmotivations.net/spip.php?article10>

Prévention. (2006, 31 août). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

Site du Bulletin épidémiologique hebdomadaire : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

Vieillir en bonne santé : stratégie et plan d'action de l'OMS. (2015). OMS. <https://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>

Vieillesse et santé. (2018, 5 février). OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Extrait de l'annexe I : référentiel d'activités. Diplôme d'État d'ergothérapie. Arrêté du 5 juillet 2010.....	I
Annexe II : Matrices théoriques	III
Annexe III : Lettre d'information	VI
Annexe IV : Formulaire de consentement.....	VII
Annexe V : Retranscription entretien ergothérapeute 1	VIII
Annexe VI : Retranscription entretien ergothérapeute 2	XVII
Annexe VII : Retranscription entretien ergothérapeute 3.....	XXII
Annexe VIII : Retranscription entretien ergothérapeute 4	XXVII
Annexe IX : Tableau des mots les plus fréquemment utilisés dans les entretiens	XXXIV

ANNEXE I

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Référentiel d'activités

L'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « occupation » (1) : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. L'ergothérapie intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. Il s'attache à recevoir le consentement éclairé du bénéficiaire de son intervention.

L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapique.

L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elles développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie.

L'ergothérapeute utilise des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives... Tout au long de ces mises en situation, l'ergothérapeute évalue la personne en activité dans son environnement. Selon les nécessités, il apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap.

Pour faciliter l'engagement dans les activités et leur réalisation, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques. Dans un cadre exclusivement institutionnel, en l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage, l'ergothérapeute conçoit et réalise du petit appareillage provisoire, extemporané et adapté à la morphologie du patient sans utilisation de la technique du moulage : orthèses à visée fonctionnelle ou de positionnement et orthèses à visée d'aide technique.

L'ergothérapeute rend compte de son intervention et de ses résultats aux bénéficiaires et aux différents intervenants concernés et formule des préconisations.

L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence.

L'ergothérapeute exerce au sein des institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales mais aussi à l'extérieur des institutions dans les milieux de vie, dans le cadre d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées, de prestations libres et prescrites.

L'exercice est réglementé par l'article L. 4331-1 du code de la santé publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

(1) ENOTHE : European network occupational therapy in higher education.

Définition du métier, dans le respect de ce qui précède

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

Activités

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

Annexe II : Matrices théoriques

VARIABLES THÉORIQUES	CRITÈRES		INDICATEURS	INDICES	QUESTION
MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE Kielhofner, G. 2008	L'Être, la personne	Volition	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs - Centres d'intérêt - Causalité personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Convictions, éthique personnelle, importance des activités réalisées, attente de réussite, sens du devoir - Choix d'activités satisfaisantes, agréables, apportant du plaisir, du bien-être, valorisantes - Connaissance de ses aptitudes (auto-évaluation) et de son sentiment d'efficacité, de compétence 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Habitude	<ul style="list-style-type: none"> - Habitudes - Rôles liés à la société et à la culture 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses automatisées et constance de l'action selon la situation (connue, familière), routines, adaptabilité - Statut social et/ou personnel, responsabilités - Attitudes et comportements en lien avec ce statut de la personne, et attendus par la société 	
		Capacités de performance (ou de rendement)	<ul style="list-style-type: none"> - Composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) - Expérience subjective du corps 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités cognitives, motrices, sensorielles, psychiques - Impact du vécu de la personne, de son histoire de vie - Sentiments, estime de soi 	
	L'Agir	Participation occupationnelle	Engagement effectif dans les activités	<ul style="list-style-type: none"> - Présence dans les activités - Régularité, fréquence, intérêt pour l'activité 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Performance occupationnelle (ou rendement occupationnel)	Réalisation de l'ensemble des tâches soutenant la participation	<ul style="list-style-type: none"> - Productivité 	
		Habiletés	<ul style="list-style-type: none"> - motrices - opératoires - de communication - d'interaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'identité et des compétences occupationnelles - Posture et mobilité, coordination, force, effort, énergie - Habiletés non-verbales, conversation, utilisation de la voix, relations, intégration - Connaissance, organisation temporo-spatiale, résolution de problèmes 	
	Le Devenir	Identité occupationnelle	Amalgame subjectif de ce qu'est la personne et ce qu'elle souhaite devenir	Nouvelles occupations plus appropriées selon les obligations et responsabilités identitaires	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Compétence occupationnelle	Capacité à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations en lien avec l'identité occupationnelle et le contexte environnemental		
		Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Résultante de la dynamique établie entre les composantes de l'être, l'agir et l'environnement lors de la participation de la personne dans ses occupations - Permises par l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle - Choix des changements 		
	Environnement	Physique	Objets et espaces physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Domicile - Ville, quartier - Lieux publics - Transports - Exigences occupationnelles 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Social	Humain et socioculturel	<ul style="list-style-type: none"> - Famille, amis et connaissances, groupes sociaux - Services et soins à domicile 	

VARIABLES THÉORIQUES	CRITÈRES	INDICATEURS	INDICES	QUESTION
Vivez bien votre vie (Do Live Well) Moll, S., Gewurtz, R., Krupa, T., Levasseur, M., Larivière, N., Letts, L.	Dimensions de l'expérience	Activez votre corps, votre esprit et vos sens	Activités stimulantes de tout type qu'elles soient physiques, cérébrales, sensorielles (ex. se promener en forêt)	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Créer des liens avec les autres	Activités (collectives) favorisant des relations soutenantes et gratifiantes, rencontres avec des pairs (ex. activités de loisirs proposées par des associations)	
		Contribuer à la communauté et à la société	Action rémunérée ou non (bénévolat) auprès de la société (ex. participation à une association caritative)	
		Prendre soin de soi	Entretien de sa santé physique, émotionnelle, et spirituelle, en répondant à ses besoins selon ses motivations, valeurs, et croyances (ex. faire de la méditation de pleine conscience)	
		Construire votre sécurité et votre prospérité	Activités permettant une sécurité financière et sociale (ex. gérer ses finances, choisir un logement dans un quartier sécuritaire)	
		Développer et exprimer votre identité personnelle	Identification et développement de ses intérêts personnels, ses préférences, ses valeurs, ses forces personnelles (ex. intérêts pour l'art)	
		Développer vos capacités et votre potentiel	Développement des compétences, des connaissances, et des habiletés (ex. apprentissage d'une langue étrangère)	
		Expérimenter le plaisir et la joie	Participation à des activités plaisantes et procurant du bonheur, du bien-être (ex. partager un repas avec des amis, aller à la mer)	
	Impact sur la santé et le bien-être Effets observables sur :	Santé physique	Dépendant de l'activité : peut être bénéfique ou néfaste pour la personne. (ex. activité physique intense peut engendrer une dyspnée, essoufflement d'origine cardiaque)	Q1 ; Q2 ; Q4 ; Q5
		Santé mentale		
		Bien-être social		
		Bien-être émotionnel		
		Bien-être spirituel		
	Utilisation du temps et horaire de vie	L'engagement	- Initiation et maintien de la participation dans les activités de la vie quotidienne, défis dans les activités correspondant à ses capacités - Si pas d'engagement : sentiment d'ennui, d'être dépassé par les activités	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Le sens personnel	Subjectif > selon les valeurs et expériences personnelles, activités significatives même dans les AVQ (ex. cuisiner un repas = plaisir ou corvée)	
		L'équilibre	- Trouver le juste équilibre entre les activités (productives, de loisirs, et autres) de façon à répondre idéalement et de manière satisfaisante à ses besoins	
		Le choix et le contrôle	- Sentiment de contrôle de l'utilisation de son temps et horaire de vie, en déterminant soi-même ses activités (ex. temps dédié à la lecture)	
		Les routines	- Activités prévisibles de l'emploi du temps, comprenant les habitudes et rituels (ex. boire un café pendant la lecture de journaux)	
	Facteurs	Facteurs personnels	Âge, sexe, statut social, ethnie, culture, condition de santé	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Facteurs sociaux	Environnement : - physique (ex. domicile), - institutionnel (ex. accès facilité pour les transports en commun), - socioculturel (ex. stigmatisation ou discrimination fondée sur des critères personnels, âge, etnie, etc.), - politique et sociétal (ex. valeurs de la société, importance et priorisation accordées à certaines initiatives comme le financement de centres communautaires, d'activités de loisirs).	

VARIABLES THÉORIQUES	CRITÈRES	INDICATEURS	INDICES	QUESTION
Théorie de l'autodétermination Deci, E. et Ryan, R. 2002	Amotivation	Absence d'une forme motivationnelle (sans régulation)	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité perçue d'atteindre le résultat souhaité : résignation face à certaines situations - Perception par l'individu d'un manque de compétence pour émettre le comportement souhaité : sentiment d'incompétence - Activité ou résultat ne présentant aucune valeur pour l'individu : désintérêt, passivité 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4
	Motivation extrinsèque	Régulation externe	Action de l'individu : <ul style="list-style-type: none"> - pour satisfaire une demande externe ou une pression sociale (ex. faire une activité pour être bien vu par des personnes que l'on connaît) - pour éviter quelque chose de désagréable (ex. sanction) 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q4 ; Q5
		Régulation introjectée	Comportement motivé par des incitations et des pressions internes : <ul style="list-style-type: none"> - sentiment de culpabilité (ex. se sentir obligé de réaliser une action) - menaces adressées à l'estime de soi (ex. se sentir incapable de réaliser une tâche) ou au contraire par des compliments valorisant son ego (ex. être flatté sur son savoir-être) 	
		Régulation identifiée (self-determination)	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement déclenché par l'individu car correspondant à quelque chose d'important et de valable pour lui - Perception de l'action par l'individu comme venant de lui, action auto-déterminée ex. avoir conscience que pratiquer telle activité peut amener divers bénéfices (relevant de valeurs, maintenant un lien social, etc.)	
		Régulation intégrée	<ul style="list-style-type: none"> - Référence aux valeurs, buts et besoins (définissent la nature du "self") - Engagement spontané dans des activités liées à la réalisation de soi ex. adopter un style de vie éco-responsable	
Motivation intrinsèque	Propension innée et naturelle à engager ses intérêts et utiliser ses capacités, à rechercher et surmonter des défis optimaux	Comportements : <ul style="list-style-type: none"> - motivés par la satisfaction du comportement en lui-même - déclenchés de façon libre et autodéterminée, par intérêt et pour le plaisir de pratiquer l'activité en elle-même. 	Q1 ; Q2 ; Q3 ; Q5	

BERTHELIER Laure
Étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Montpellier
Téléphone : 06 89 89 44 26
Mail : laureberthelier@gmail.com

Lettre d'information

Thème : Personnes âgées et prévention de la dépression

Madame,

Dans le cadre de mes études au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche auquel je vous propose de participer. Cette lettre d'information vous explique en quoi consiste cette étude. Si des éléments restent ambigus, n'hésitez pas à revenir vers moi pour plus de détails.

L'objectif est de recueillir des données sur la pratique ergothérapique en lien avec la prévention de la dépression auprès de personnes âgées isolées et en état de fragilité.

Je suis intéressée par votre retour d'expérience sur les interventions conduites auprès de ces personnes. Votre contribution me permettra d'étayer et de poursuivre mon travail de recherche, la finalité étant d'offrir aux ergothérapeutes certaines pistes pour accompagner au mieux cette population fragile.

Je me permets ainsi de vous solliciter pour un entretien individuel d'une durée approximative de 30 minutes. Celui-ci sera enregistré avec votre accord (audio et/ou vidéo) afin de le retranscrire dans mon mémoire. Il n'y aura pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je vous invite à répondre de la manière la plus authentique possible.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet entretien sera traitée de façon confidentielle. À l'exception des personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical et professionnel, votre anonymat sera préservé.

Les données enregistrées à l'occasion de cette initiation à la recherche feront l'objet d'un traitement informatisé. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Conformément à l'article L 1122-1 de Code de la Santé Publique (loi de mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et bénévole. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également interrompre votre participation à n'importe quel moment, sans avoir à justifier votre décision.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, je vous invite à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Bien cordialement,

Laure BERTHELIER

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE
CADRE D'UN MÉMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE
- IFE DE MONTPELLIER -

Thème : Personnes âgées et prévention de la dépression

Je soussigné(e).....,

Accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Laure BERTHELIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Madame Anthéa FABBRI, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués dans la lettre d'information.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré (audio et/ou vidéo) et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire et bénévole.



Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après avoir pu poser mes questions s'il y a lieu, et avoir obtenu les réponses, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à.....,

Le.....

<i>Signature de l'étudiante</i>	<i>Signature du maître de mémoire</i>	<i>Signature du participant</i>
		

Retranscription Entretien 1

Laure : En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?

Ergo : C'est vrai que...nous les patients, on a deux types de patients : on a ceux qui sont en hospit complète et eux, quand ils sont hospitalisés ils ne font plus du tout d'activités et lors du bilan ergo on leur demande un peu ce qu'ils aimait faire ou autre...que maintenant je ne peux plus faire ça parce que je ne peux plus y aller, ou parce que je le faisais avec mon conjoint. Y a des choses qu'ils ne font plus, des fois ils n'ont plus le désir de faire des choses aussi.

Y a des personnes âgées qui m'ont dit j'adorais chanter, ou j'adorais faire ça, et là ils ne le font plus. C'est soit qu'ils ne peuvent plus faire des choses, soit qu'ils n'ont plus d'intérêt, soit souvent je trouve déséquilibre aussi c'est parce qu'ils n'ont plus la personne avec qui ils le faisaient. C'est ce qui ressort en hospit complète et en hospit ici, parce que du coup en hospitalisation de jour on a des gens qui eux, pour le coup sont au domicile. Donc a des gens qui font plus de chose que les gens qui sont hospitalisés. C'est un peu les mêmes choses qui ressortent.

C'est soit un manque d'intérêt, soit ils ne se sentent plus capable, soit ils ont peur de le faire parce que c'est une activité qui doit se faire en extérieur et que...bon là en ce moment y a le covid mais avant c'était les mêmes problématiques. C'est qu'ils ont peur, ils n'osent plus ou ne peuvent plus le faire. Ou un manque d'intérêt, parce que des fois on discute avec eux, on se rend compte qu'ils pourraient faire la chose et qu'ils ont un manque d'intérêt des fois. Et y en a certains, c'est vrai qu'ils n'ont plus vraiment d'occupations en fait. Alors que quand on discute avec eux, avant ils faisaient des choses. C'est vrai qu'actuellement y en a certains, certaines personnes âgées qui font juste un peu leur ménage ou même des fois plus rien pour ceux qui ont des aides à domicile. Des fois pour certains, leurs occupations se limitent juste à leurs enfants en fait des fois.

Laure : Est-ce ça, vous avez l'impression que c'est plus pour des personnes à domicile ? Est-ce que c'est plus prégnant quand ils sont à domicile par rapport à quand ils sont en hospit complète ?

Ergo : La différence, c'est que ceux au domicile on peut clairement leur demander ce qu'ils font au domicile alors que quand ils sont en structure on leur demande : "qu'est-ce que vous faisiez ?" et donc bah ils disent, avant je faisais ça avant...Alors que ce qui sont au domicile, on voit, vraiment quand ils viennent chez nous, juste avant ils étaient au domicile et l'après-midi ils y retournent et y en a qui nous disent : "beh moi si je ne viens pas ici je ne fais rien." C'est vrai qu'ils ont du mal à se remettre à faire des choses. C'est vrai qu'avec la covid tout ce qui est compliqué c'est que tout ce qui est troisième âge ou

autre est fermé. Donc ça c'est vrai que c'est une problématique autre mais ils ont du mal à trouver de l'intérêt à faire des choses parfois alors qu'ils disaient : "oh avant, je cousais !" Même y en a pleins qui avant peignaient, faisaient des choses. Ils se retrouvent à ne plus rien faire. Pour la plupart ils ont des auxiliaires de vie qui leur font le ménage. Y en a certains qui ne font plus rien, qui viennent juste nous voir pour faire des activités et c'est vrai que si demain nous on ferme c'est des personnes âgées qui ne feraient plus rien. Y en a pas mal quand même. Par rapport aux activités de la vie quotidienne. Même nous y en a pas mal qui s'habillent seul, qui se font la toilette seul...pour les repas... soit certains ont les portages de repas ou alors une auxiliaire de vie qui leur prépare des choses ou alors ils se font un petit peu à manger seul. Mais là dans le groupe on en a deux qui adorent cuisiner, donc pour eux c'est une activité et ça ils sont contents mais...les autres en général, c'est vraiment, ils achètent des plats en surgelé ou c'est vraiment.... Mais c'est vrai que les deux qui aiment cuisiner bah c'est des gens pour qui, du point de vue équilibre occupationnel ils sont bien, ils aiment faire pleins de choses. Alors que les autres, même pour manger, ils disent c'est manger pour manger. Le repas n'est pas du tout un plaisir ou autre pour certains. Et pour la plupart, ceux qu'on a ici, évidemment ils sont quand même en forme, pour l'habillage et la toilette ils le font seuls. Mais par contre en structure, on a beaucoup, beaucoup de personnes âgées, leur habillage et toilette est fait par des infirmières en libérales quand même.

***Laure* : Selon vous, chez la personne âgée quels sont les signes psychiques rencontrés, pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?**

Ergo : Déjà, quand ils vont être dans la plainte par exemple. Ils vont être dans la plainte...quand ils vont avoir aussi, alors je ne sais pas si c'est psychique, quand ils vont avoir une perte d'intérêt aussi. Par exemple, on en voit certains qui sont intéressés par tout et on en voit d'autres qui ont une perte d'intérêt soit pour l'activité qu'on va faire, soit quand on va leur parler. Ils nous disent : "plus rien ne m'intéresse" ou autre. Et y en a qui l'évoque : ils disent qu'ils sont tristes, qu'ils attendent la fin, qu'ils ont déjà tout vécu...Y en a beaucoup qui l'évoque ça, hein. Y en a certains qui évoquent aussi le fait qu'ils ont l'impression d'être un poids sur leur famille, de ne plus servir à rien, soit par la plainte en disant, oui vraiment...pas négativement...mais vraiment qu'ils ont peur de déranger leur famille.

Laure : Et des personnes, qui ne sont pas entourées comme ça par la famille ?

Ergo : Y en a beaucoup. Même ceux qui ont des familles très présentes, alors eux ça leur arrive des fois : "oh mais j'ai des supers enfants, ils s'inquiètent pour moi, moi je suis hospitalisé, je ne veux pas être un poids pour eux, moi j'ai eu ma vie". Soit y a ça, soit y a ceux qui disent : "mes enfants je ne les vois pas assez, j'aimerais les voir assez, moi j'ai rien, je suis tout seul." Y a un petit peu les deux je trouve.

Laure : Et du coup ce sont ces personnes-là, qui se sentent seules, est-ce que vous voyez une différence par rapport à savoir si c'est plus fort, est-ce que vous sentez qu'il y a une tristesse qui est plus profonde ?

Ergo : Ah oui, oui, oui ! Ce sont des gens qui sont très tristes. Rien qu'en en parlant on le voit déjà. Ils nous disent que leur vie a peu d'intérêt. Parce que nous, quand je leur fais des bilans pour la mémoire par exemple, on a un test qui s'appelle le mini GDS, où on a des questions justement pour évaluer un petit peu la dépression. Et y a des gens, même avant qu'on arrive à ce test, au début, moi quand je leur parle, en fait, je leur demande s'ils ont de la famille dans le coin...Je leur demande un peu de me parler d'eux. Et même pendant le test, ils vont me dire qu'ils sont très tristes, que leur vie n'a plus d'intérêt, quand je leur demande voilà, quels sont leurs centres d'intérêts.

Ils me disent : "voilà, plus rien, maintenant j'attends la mort !!". Ce sont des gens qui vont des fois parler de ça avant même que je n'arrive aux questions qui parle de ça. Que vraiment ils m'ont évoqué qu'ils n'avaient plus envie de rien faire, qu'ils se sentaient tristes, qu'ils se sentaient inutiles, que...Et on en a beaucoup hein, on a une patiente d'ailleurs nous-là qui est énormément dans la plainte. Au mini GDS elle avait 4/4, c'était vraiment...Et elle se sent toute seule et alors elle contente quand elle voit des gens mais elle se sent...C'est une dame qui a perdu son mari depuis quelques années et qui depuis est très très triste. Après on ne sait pas quand y avait son mari. C'est vrai qu'on est face à des personnes âgées qui sont parfois veuf pendant quelques mois, quelques années et on ne sait pas si par exemple il y avait autant de tristesse quand ils étaient en couple. Et ça c'est vraiment quelque chose chez la personne âgée qu'on a souvent, hein. Ils se retrouvent à avoir vécu toute leur vie avec une personne et du jour au lendemain...On en a certains qui sont veufs depuis quelques mois, quelques années et on ne sait pas si la personne était comme ça avant. Des gens qui sont dans la plainte et la tristesse, spontanément ils l'évoquent en fait.

Laure : **A votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?**

Ergo : Créer du lien, ça c'est important. Et quand ils sont tristes, ils disent souvent qu'ils sont seuls, qu'ils ne servent à rien aussi. C'est vrai que souvent, comme par hasard ! Ceux qui doivent garder leurs petits-enfants...bah ça va beaucoup mieux. Ils disent : "ah je vois mes grands enfants une fois par semaine", ou "j'ai vu ma fille", donc en général ça va toujours mieux le moral.

Des facteurs de l'extérieur, des fois des gens qui sont proches des voisins ou tous ceux qui ont un lien, en fait avec des gens, que ce soit la famille, le plus souvent c'est la famille, ou même des fois on a des gens qui n'ont pas de famille et qui n'avaient pas d'enfants mais qui avaient des liens très forts avec leurs voisins, et ça c'est vrai que c'est un facteur quand même important pour eux. Donc les rapports avec les gens. Ou alors des passions. Y en a certains qui peuvent avoir des activités soit qu'ils faisaient ou des associations...On a une dame par exemple, elle ne voit pas énormément sa famille, mais elle a été dans

des associations...C'était sur l'art ou autre...et elle a gardé des liens. Et du coup par l'association, ça lui fait quand même une activité. Alors que c'est une dame qui est pourtant assez triste quand même, mais par le biais de cette association ça la maintient quand même.

Laure : Est-ce qu'il y a une manière, on va dire de recréer cette motivation mais plutôt une motivation plus intrinsèque, plus un travail psychiquement sur la personne, remotiver quelqu'un un peu ?!

Ergo : Pour ceux qui ont une famille, par exemple, il faudrait leur montrer que c'est important aussi, qu'eux reprennent contact et qu'ils fassent l'effort de s'intéresser à des choses, parce que pour leur famille, les enfants ou autres, ça peut être triste de voir que sa grand-mère se laisse totalement aller et soit tout le temps dans la plainte. On leur dit que c'est important qu'ils n'hésitent pas à parler à leur famille à faire des choses avec eux et même eux, s'intéresser à des choses, parce que pour eux c'est important. Et qu'en fait s'ils s'intéressent à rien en fait ils sont dans un cercle vicieux où ils disent que tout est triste, qu'ils ne voient personne etc....et nous quand on les fait venir ici, c'est que du groupe, on leur dit que c'est important qu'ils aient aussi autre chose, qu'ils n'aient pas seulement ce qu'ils vivent ici.

Des passions, des créer des liens, on a même une patiente, on lui a dit : "mais continuez d'aller parler à votre famille..." on est confronté à des personnes âgées qui ont encore moins de rapport par rapport avec les autres à la différence. Et c'est des gens qui peut être à la base déjà avaient un environnement très pauvre et qui maintenant c'est un environnement social inexistant. On a des dames par exemple, qui avant, parlaient peut-être à deux voisines une fois tous les trois jours et qui voyait de temps en temps son fils et qui maintenant n'ose plus aller parler à ses voisines par rapport au covid et qui reste complètement repliée sur elle et qui est dans une plainte permanente.

Et on lui dit, et puis pareil, qu'est-ce qui vous intéresse : "plus rien", "elle nous dit que plus rien". Voilà essayer de ranimer dans la personne quelque chose qui pourrait l'intéresser de trouver, voilà, une activité qui lui plaisait avant. Il faut essayer de les remotiver. Et c'est vrai qu'avec le covid on voit encore plus ça des gens qui doivent attendre le coup de fil de quelqu'un, qui attendent toute la journée à ne plus rien faire. Ils ne sortent plus faire leurs courses parce qu'ils ont peur des contaminations et c'est vrai que c'est compliqué et nous des fois on leur dit mais qu'est-ce que vous aimiez avant, qu'est-ce que vous aimiez faire ? Ça vous pouvez quand même le faire regarder. On est même à leur expliquer qu'il vaut mieux qu'ils aillent faire leurs courses quitte à prendre un risque pour quand même aller faire les courses parce que chez les personnes âgées c'est souvent quelque chose qu'ils adoraient faire et ça il y en a pleins qui le font plus. Mais pour eux c'était une activité et c'est vrai que pas mal de dames notamment leurs activités c'était vraiment faire le ménage et faire les courses.

Ce sont des habitudes de vie, et pour la plupart ils ont une femme de ménage et il y a quelqu'un qui leur fait les courses avec le Covid donc en fait elles n'ont plus rien à faire. Il y en a certain qui avaient plus de passion en fait. Mais c'est vrai qu'on voit vraiment la différence entre ceux qui ont des passions ou forcément ils vivent ça beaucoup mieux puisqu'ils continuent leurs passions. Et ceux qui n'ont pas

de passion c'est plus compliqué. On essaie de leur dire « regarder ça vous pouvez quand même le faire, ça est ce que ça vous intéresserait ou autre » mais c'est vrai que c'est quand même difficile. Surtout chez les dames. On a eu pas mal de dames qui aimaient beaucoup s'occuper de leur mari ou alors s'occuper de la maison et physiquement elle peut encore s'habiller seul ou autre mais gérer vraiment la maison c'est plus compliqué. Elles me disent moi mon activité c'était ma maison, ma cuisine, mes courses. Du coup les courses c'est l'auxiliaire de vie, la cuisine elle en fait très très peu ou c'est les auxiliaires de vie aussi, par moments, et elle se retrouver du coup, les pauvres à ne rien faire de la journée.

Laure : D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ? Alors là, on parle de moyens, de ressources humaines qui pourraient exister, des personnes qui peuvent intervenir.

Ergo : D'accord. Déjà, ça dépend de l'activité que veut faire la personne. Je prends tout bêtement un exemple. On a l'exemple d'un monsieur qui adorait le golf, par exemple, et on lui avait dit "Mais pourquoi, justement, vous ne prenez pas quelqu'un qui vous y amènerait" parce que lui il avait vraiment des activités bien précises. Il aimait le golf, le tennis. Et dans le cas de ce monsieur qui aimait bien fait faire des choses vraiment en extérieur de chez lui, on lui disait que c'était dommage. En fait, voilà qui ne prenne pas des cours particuliers ou des gens qui l'amènent pour continuer ses activités. Mais c'est vrai que dans ces cas-là, il y en a plein qui soit qui n'y pensent pas parce qu'en plus c'est un monsieur qui économiquement pourrait, mais qui ne se permet pas, en fait, de pouvoir refaire des choses qu'il faisait avant. Ce monsieur par exemple, une fois on avait une discussion, tout le monde parlait ce qu'il devait faire. Il disait avant j'adorais faire du golf alors que c'est quand même un sport qu'on peut avec les voitures ou autres, adapter. C'est un monsieur qui n'y retourne plus, parce qu'il n'ose plus.

Pareil on a eu des personnes qui adoraient marcher. On leur a dit "Mais vos auxiliaires de vie, vous pouvez sortir avec eux". Et c'est vrai qu'il y a pas mal pour les auxiliaires de vie, malheureusement, sont utilisées que pour le ménage, alors qu'on leur dit qu'ils sont là pour eux et c'est vrai qu'il y a certaines personnes, on leur a dit mais sortez dehors, il y a des gens ils adoraient marcher. On parlait d'activités tout à l'heure. Toutes les courses, par exemple, c'est vraiment une activité et souvent, ils ne pensent pas du tout je trouve, les auxiliaires de vie qu'il y ait Covid ou pas, ils continuent à aller travailler chez les gens et c'est vraiment, ils utilisent pas du tout les auxiliaires de vie pour faire des activités avec eux. C'est dommage, il y en a certains qui font, certains ils disent avec mon auxiliaire de vie on se régale. Des fois, on fait des jeux ou autres, et ça, c'est génial. Mais il y en a certains qui ne font jamais d'activités avec d'autres alors qu'elles aimeraient bien que ce soit les jeux de société ou autres, c'est pareil. Il y en a certaines qui aimaient bien jouer aux cartes. Avec le Covid, tout s'est arrêté.

Donc, c'est vrai que si on n'a pas en dehors un cercle d'amis ou de famille, ils n'ont plus rien. Parce que ce qui est clubs de 3ème âge est fermé. Mais ça en fait le problème avec les clubs de 3ème âge, c'est les transports. Ils ont du mal, des fois pour les transports ou autres. Mais c'est vrai que moi, je pense que les auxiliaires de vie, ça pourrait être pas mal. Et après, il faut voir avec des associations aussi.

Ou avec leur famille. On leur dit "Faites des choses avec vos familles, dites-leur que vous aimez ça ou autre". Mais c'est vrai qu'en général, ils sont partagés entre le fait de ne pas vouloir déranger et le fait de quand ils voient leurs familles, ils n'osent pas leur demander aussi. Ils sont tellement contents de les voir qu'ils n'osent pas leur dire mais moi, ça me ferait plaisir de faire ça, de faire ça. Oui, c'est vrai que là, quand je réfléchis dans les patients, qu'on a, il n'y en a pas beaucoup qui font des activités chez eux. Voilà, c'est ça qui est vraiment dommage. Alors qu'en fait, quand on parle avec eux, il y a plein de choses qu'ils aimaient. Mais chaque fois, ils disent "avant j'aimais ça, je vivais ça, avant j'aimais faire du chant, par exemple. Mais on leur dit vous savez, vous pouvez avoir de la musique, vous pouvez faire des choses et ils n'osent pas demander à leurs proches. Et c'est vrai que les auxiliaires de vie ou par des associations, ils pourraient faire tellement plein de choses. C'est pareil.

Laure : Oui par exemple la poste qui peut intervenir

Ergo : Oui, et ben ça, par exemple. C'est vrai que je ne pense pas qu'ils le fassent trop. Y en a même de parler avec quelqu'un ça leur ferait du bien. Effectivement si le postier restait 5 minutes tous les jours avec eux. Y en a certains qui nous disent "je suis content de venir parce qu'on peut parler avec vous" ou de faire avec. C'est pareil. C'est vrai qu'il y a des auxiliaires de vie qui sont super, qui vont faire le repas avec la personne. Il y en a d'autres c'est vrai que, ils se mettent à table, ils mangent tout seul alors qu'ils aimaient bien cuisiner et c'est vrai qu'on leur dit "mais cuisinez avec votre auxiliaire de vie, elle est là. Elle est là pour faire avec vous. Elle n'est pas là juste pour vous servir". Ça, c'est dommage aussi. Ils sont surtout un peu chez eux, mais infantilisé. Il y a certaines personnes qui leur font tous des fois. C'est dommage que la personne ne continue pas. Alors quand c'est des hommes, des fois, ils nous disent que dans tous les cas, ils n'ont jamais aimé cuisiner et qu'ils ne veulent pas du tout le faire. Mais quand c'est les dames qui disent oui, mais maintenant je ne sais plus vraiment faire, c'est des dames peut être qui seraient contentes peut être de faire avec des fois. Et du coup, les enfants le leur achètent plein de plats tout faits, mais on voit bien que pour elle, ce n'est pas vraiment satisfaisant de juste mettre à décongeler.

Laure : Alors justement, **en quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès des personnes âgées en cas d'isolement ?**

Ergo : Alors je pense qu'en tant qu'ergo déjà, comme on est quand même centré sur l'activité, on peut déjà voir avec eux. Qu'est-ce qu'ils aiment comme activité ? Qu'est-ce qu'ils pourraient faire ou non ? On peut voir pourquoi ils le font plus. Parce que des fois, c'est vrai que ça peut se jouer à pas grand-chose. Par exemple, quelqu'un qui adorait le jardin, avec une jardinière haute, il peut continuer à avoir une minuscule activité de jardinage ou des fois, il y a des petites adaptations possibles, donc ça avance. Quand il y a juste des adaptations, c'est le mieux. Et des fois, c'est vrai que par notre réseau, peut-être. On peut lui dire "regardez, là il y a..." bon, là, en période de Covid c'est vrai que tout est compliqué mais on peut lui dire "Il y a telle association qui fait ça, à tel endroit vous pouvez faire ça. Tel professionnel

pourrait vous apporter ça". Donc, c'est vrai que, peut-être justement, par le fait qu'on connaisse plusieurs professions et plusieurs corps de métiers, on peut leur dire qu'il existe des choses alors qu'eux ne le savent pas forcément.

On est un peu, pas coordinateur mais on connaît plein de choses en fait en tant qu'ergo. Et c'est vrai que des fois, c'est des personnes âgées qui sont très isolées et qui ne savent pas ce qui existe. Alors qu'en fait, c'est vrai qu'il peut exister des choses pour que, justement, il y ait des activités et du lien avec d'autres personnes.

Même avec Internet. Nous, on a pas mal de personnes âgées ici. On leur avait expliqué qu'avec Internet, par exemple, je reprends l'exemple tout à l'heure de la chanson. Il y a une personne âgée on lui a montré qu'avec Internet, elle pouvait réécouter toutes les chansons d'avant, qu'elle pouvait avoir accès. Et ben elle se régale. Du coup elle est chez elle. Elle dit qu'elle se régale, qu'elle remet des musiques. Il y a une autre personne âgée. On lui avait expliqué comment, par exemple, appeler ses enfants. C'est vrai que des fois, on a passé peut-être 2-3 heures, dans ces exemple-là. Et c'est des gens, qui après, chez eux, étaient contents parce qu'ils ont pu voir leurs petits enfants en vidéo. Donc là, je prends l'exemple de la technologie, mais en tant qu'ergo, c'est vrai qu'on touche un peu à tout. C'était complètement notre rôle ces personnes de leur montrer que voilà de chez eux même s'ils n'avaient pas le droit de bouger de chez eux, ils pouvaient quand même faire des choses avec les nouvelles technologies, parce que c'est pareil chez des gens souvent qui sont un petit peu isolés par rapport à ça. Et après, oui, on peut leur conseiller des professionnels, des associations...

Et après, il y a un certain nombre c'est par des adaptations qu'ils vont pouvoir peut-être refaire l'activité qu'ils voulaient. Après ça c'est au cas par cas. Ça dépend de l'activité qu'ils aimaient faire ou autre. Par exemple, quelqu'un qui aime vraiment la cuisine dès fois on peut lui donner des conseils, peut-être pour faire la cuisine ou même pour revoir avec eux.... Je prends l'exemple de la dame qui allait faire ses courses. Ça paraît tout bête de dire, mais oui, continuez à aller faire les courses c'est important pour vous. C'est important de parler avec elle. Quand on lui dit "Qu'est-ce que vous aimiez avant ?" quand on voyait que ça ressortait, on lui a dit "oui, il y a le virus. Mais vous, on pense que ce serait plus important pour vous d'aller faire vos courses, quitte à prendre le risque d'avoir des contaminations. Mais vraiment, c'est important pour vous et vous en parlez souvent justement que justement avant vous aimiez faire les courses, maintenant vous ne le faites plus". Et on voyait en discutant avec elle que ça ressortait énormément.

Donc pour nous, ça nous paraît bête puisque les courses que quand on a notre âge, ce n'est pas vraiment une activité, c'est quelque chose qu'on doit faire, mais pour eux, c'était vraiment une activité qu'ils aimaient faire. Et maintenant, elle y retourne et elle nous disait qu'elle était super contente. Alors que là, pour le coup, nous en tant qu'ergo on a juste discuté avec la personne et on a juste dit "peut-être vous pourriez refaire". C'est vrai que des fois, l'auxiliaire de vie ne se rend pas forcément compte, la personne non plus. Et là, juste, on en discute avec la personne, par exemple. Elle était contente quand même...

Au niveau des transports, il y en a certains, voilà qui disent aussi qu'effectivement, il y a des choses qu'ils ne font plus parce qu'ils ne conduisent plus ou qu'ils ont peur de prendre les transports en commun. On en a pas mal ici, qui habitent à Montpellier, qui ont peur par rapport à ça. C'est vrai que nous, en tant qu'ergo pour l'accessibilité du domicile. Ceux qui ont des appartements en général ils ont souvent des ascenseurs quand même. Mais c'est vrai que ça m'est déjà arrivé d'avoir des gens effectivement au troisième étage, par exemple, qui n'avaient que des escaliers qui restaient chez eux du coup. C'est vrai que l'accessibilité c'est important. C'est un facteur un petit peu d'isolement par moments où ça peut leur limiter leur activité. Mais il n'y a pas que ça souvent. Mais c'est vrai qu'effectivement, suivant où ils habitent. Ils disent "Moi, dans mon village, il n'y a rien. Et c'est vrai que je viens chez vous en hospitalisation de jour parce qu'un taxi qui vient devant chez moi, qui me prend, qui m'amène et qui me ramène". Donc, c'est vrai qu'effectivement, même si dans des villages ou des villes, il y a des associations qui existent, le problème du transport, c'est vrai que c'est très... C'est des gens qui, chez eux, par exemple, vont marcher juste avec une canne ou sans rien, mais qui auraient du mal à aller de chez eux, à une autre structure, même si ce n'est pas très loin. Soit en transport ou soit à pied. C'est là qu'ils auraient peur de tomber ou autres. Ça c'est vrai que ça revient le problème du transport.

Laure : Est-ce que vous pensez à d'autres choses dans le rôle de l'ergo à ce niveau-là ?

Ergo : Par activité. Tout à l'heure on parlait des activités de la vie quotidienne. Oui, effectivement, quand ils ont des problèmes pour s'habiller ou pour se laver nous tout ça, on peut... effectivement on peut leur donner des astuces d'aménagement ou sur comment utiliser les aides techniques.

Du coup, c'est qu'actuellement, nous on a beaucoup axé sur la technologie avec tous. Quand il y a eu le reconfinement au mois de novembre, tous on avait fait un point avec eux, justement, est ce qu'ils arrivaient bien à utiliser leur téléphone ? Comment ils pouvaient contacter leurs proches parce que ça c'est vrai que c'était beaucoup plus important qu'avant. Donc c'était quelque chose qui les intéressait. On a eu une patiente, par exemple, qui a voulu acheter un téléphone pour pouvoir les voir. Donc voilà, ça c'est vrai qu'on avait pas mal axé sur la technologie. On les avait aidés sur ça. (cherche). Redites-moi la question ?

Laure : En quoi l'ergothérapeute peut-il être vu comme un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?

Ergo : Et puis faire du lien, peut-être. Souvent, ils sont vus par des infirmiers et peut être qu'on peut même faire remonter ensemble l'information "telle personne, il faudrait un passage plus accru, vérifier ça". Et pour les personnes âgées, par exemple, qui ont des troubles cognitifs aussi, il peut y avoir des séances d'ergothérapie au domicile. Mais ça, c'est pareil, ça dépend des personnes âgées. Tout le monde n'y a pas le droit. Des fois au domicile c'est les orthophonistes qui le font. Ou une personne âgée, par exemple, qui aurait besoin de kiné aussi. Une personne âgée qui ne sortirait jamais jamais, et qui, si

elle a trois séances de kiné par semaine, le kiné peut l'amener marcher dehors, par exemple pour lui faire faire des escaliers ou aller marcher dans son jardin, faire sa séance dehors. Mais c'est vrai que souvent, par le conseil aussi des fois. Des fois, il y a des personnes à qui on a juste donné le conseil d'acheter une chose ou de faire quelque chose, et ça leur a des fois changé un petit peu. Pour le jardin, par exemple, cette dame on lui avait dit "mais si, mettez des plantes un petit peu en hauteur". Elle pouvait plus se baisser. Elle était contente, même si ce n'était pas vraiment du jardinage comme on l'entendait, elle était quand même contente. Je n'ai pas d'autres idées.

Laure : Non, non, non, vous avez déjà dit beaucoup de choses. Super, merci beaucoup.

Ergo : De rien.

Retranscription entretien 2

Laure : Donc, j'ai cinq questions à vous poser. La première c'est : **En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?**

Ergo : Heu... Je pense qu'il y a la perte des activités due au manque des capacités. Donc ça peut être la perte d'activités comme la cuisine, ou de loisirs, comme l'écriture ou autres, des activités en tout cas qui sont importantes pour la personne, et qu'elle ne peut plus faire à la suite. Heu... Ensuite, je pense qu'il y a la perte des contacts sociaux et en ce contexte, à mon avis, il y a beaucoup de personnes âgées à qui ça a touché parce qu'elles sont restées confinées chez elles, sans voir grand monde et de pouvoir parler quoi. Heu... Ensuite, s'il y a une maladie qui intervient évidemment, que ça soit Alzheimer avec la perte de mémoire ou autres Parkinson, des maladies gériatriques types. Je pense que le moral joue pas mal aussi. Donc l'aspect mental est aussi important dans l'équilibre occupationnel.

Laure : D'accord, ok. Justement, ma question numéro deux : **Selon vous, chez la personne âgée, quels sont les signes psychiques rencontrés, pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?**

Ergo : Bien, je pense le repli sur soi, heu... le fait de ne pas être concentré, avoir des pertes d'attention aussi. Heu... Bien avec le repli sur soi, je pense directement à la dépression bien sûr, parce que c'est une maladie mentale qui est retrouvée souvent chez les personnes âgées parce que comme je l'ai dit tout à l'heure, elles perdent leurs capacités, leurs liens sociaux, et c'est un risque à prendre en compte, et qui influe sur leur qualité de vie.

Laure : Et oui, et justement, les signes avant-coureurs de la dépression, est-ce que vous en voyez ?

Ergo : Oui, quand la personne est dans la négativité, quand elle va parler beaucoup au passé. Bon après, les personnes âgées parlent beaucoup au passé, mais quand elle va parler que du passé, qu'elle ne va plus être dans le présent, quand elle va heu... Après il y a aussi les pleurs,

ça peut être de la tristesse, Heu... Vraiment le repli sur soi aussi, je l'ai vu et je trouve que c'est... La personne s'enferme, elle-même et du coup, elle va moins faire d'activités parce qu'elle va se replier sur elle-même quoi, et donc perdre cognitivement et physiquement... Je pense qu'elle se renferme, enfin elle parle moins.

Quand la personne va perdre du sens à sa vie, donc le manque d'activités va faire que la personne elle ne va plus trouver de rôle et de sens à sa vie, et je pense qu'avec l'hôpital de jour, nous on essaie de donner ce rôle. Moi je commence toujours, quand j'accueille quelqu'un par lui demander ses activités, ce qu'elle aime faire, ce qu'elle fait en ce moment, et ce qu'elle faisait avant, pour pouvoir cibler ma prise en charge sur des activités signifiantes et significatives pour elle. Et donc la rendre actrice aussi de son... Pendant l'atelier de groupe elle sera plus actrice s'il y a quelque chose qui la concerne.

Laure : D'accord, ok, ça amène tout droit vers ma troisième question : **A votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?**

Ergo : Heu... Je pense que le fait d'être en groupe, je vois les personnes qui arrivent à l'hôpital de jour, sont toujours contentes d'être là, parce qu'elles apprécient être avec les autres personnes. Et maintenant, elles commencent à se connaître, donc il y a des relations qui se sont créées finalement. Et heu... Vous pouvez répéter s'il vous plait ?

Laure : Pas de souci. A votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?

Ergo : Oui, bien du coup, donner des activités qui ont du sens pour elle, qui l'intéressent, les activités qui la valorisent et qu'elle réussit aussi, parce que... J'ai une dame là en ce moment, qui va se replier sur elle-même quand elle est en échec. Donc je ne vais pas pointer l'échec, mais je vais passer à autre chose et trouver des choses sur lesquelles elle réussit, pour pouvoir continuer l'activité.

J'essaie toujours de valoriser la personne et de rester dans le positif. Par exemple, il y a des ateliers que je fais au tableau, et je sais que cette personne-là, elle va participer parce qu'elle va être dans un effet de groupe. Du coup, elle peut si elle veut ne pas participer, et quand elle sait une réponse, elle va participer, donc c'est valorisant pour elle parce qu'elle va réussir. Et ça ne sera pas que par des activités individuelles, mais aussi de groupe. L'environnement social est très important dans l'hôpital de jour.

Heu... Par rapport à cette dame, on a eu la problématique quand elle est arrivée, elle se repliait sur elle-même, donc du coup on a décidé de mettre en place une activité qui valorisait ses capacités restantes. Donc on a créé des livres Montessori. C'est des livres avec un sujet, et à la fin de chaque page, il y a une question pour créer la discussion. Donc ses capacités restantes, c'était la lecture et la parole, la discussion, enfin raconter donc voilà. Ça c'était un facteur de motivation, et du coup elle est restée. Après quand je vois qu'elle participe, je sens qu'elle a envie d'être là. Après, je vais souvent leur demander en fin de séance s'ils ont apprécié la séance, parce qu'ils ne vont pas le dire spontanément, pas tous en tout cas.

Après, je fais aussi beaucoup d'activités autour de la cuisine, et c'est quand même un bon facteur de motivation. Ça favorise la mémoire perceptive, qui est la mémoire des sens. Ça rappelle des souvenirs, et ça peut, c'est valorisant, et c'est motivant je pense. Je pense que le flow est favorisé par l'individuel. Et aussi on avait mis en place des ateliers thérapeutiques, mercredi après-midi, et moi j'avais mis en place un atelier créatif, où j'avais fait de la peinture et là j'avais vraiment vu le flow dans le comportement.

Laure : Ok, super. On arrive à la question quatre : **D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ?** Alors là, on parle de moyens, de ressources humaines qui pourraient exister, des personnes qui peuvent intervenir.

Ergo : Bien en hospitalisation de jour, c'est en termes de ressources humaines, tout ce qu'on a nous, c'est une infirmière coordinatrice qui va prendre les tensions, qui va mettre un peu en initiation l'après-midi, parce qu'elle va commencer les discussions, elle va savoir si tout le monde va bien, si leur état physique est bien aussi. Ensuite, il y a l'activité avec l'enseignant, en activité physique adaptée, APA, qui lui va faire des activités sportives. Donc ça c'est je pense, il va les motiver comme il peut, parce qu'il sait enchaîner les, comment dire, les activités, et il connaît leurs capacités, et du coup les personnes vont s'engager parce qu'elles réussissent à avoir des capacités physiques.

Et après, il y a l'ergo qui..., bien nous on va justement axer notre prise en charge sur ce qu'elles aiment faire, et sur la mémoire, et je pense que les personnes âgées ont tellement entendu parler du fait qu'elles vont perdre leur mémoire en vieillissant que faire des ateliers comme ça, ça les fait s'engager dans l'activité. Pour qu'elles se [incompréhension 16min25] quoi.

Laure : Eh oui forcément. Et d'après votre expérience, peut-être justement, en rencontrant ces personnes, est ce que vous avez déjà entendu parler d'intervenants qui viennent, qui peuvent venir chez elle, des intervenants autres ? Genre des lecteurs, des bénévoles ?

Ergo : Heu... Non. Je n'ai jamais entendu. Bon, en ce moment c'est un peu mort. Je pense que c'est pour ça que je n'ai jamais entendu. Mais je sais que j'ai des patientes qui ont des activités autres normalement, qui ont des groupes de marche par exemple, mais qu'elles ont créé elles-mêmes. Elles ont des associations, mais je ne saurais pas lesquelles parce que c'est pas... C'est pas d'actualité quoi.

Laure : D'accord ok, mais en tout cas au sein de l'hôpital de jour, voilà il y a le, comme vous disiez, l'APA, l'infirmière qui peuvent faire des choses. C'est vrai que vous pouvez, que vous travaillez en pluridisciplinarité du coup ? Ça vous arrive ?

Ergo : Oui bien sûr. On a mis en place de la méditation avec une psychiatre. Heu... D'autres intervenants, ça pourrait être aussi une psychologue aussi, et je pense que c'est hyper important, mais elle n'est pas intégrée à l'hôpital de jour gériatrique. Après, ça pourrait être une assistante sociale pour gérer les problèmes, style la personne a besoin de ressources financières, les papiers, voilà. Pour leur permettre de... de réaliser, oui malheureusement j'appelle ça des activités aussi mais ça fait partie du quotidien.

Mais j'avais fait un atelier peinture justement. Je les avais fait imaginer une image, un paysage où ils se sentaient bien et ils devaient reproduire ce paysage en peinture. J'étais hyper contente, parce que je ne savais pas du tout si ça allait marcher, moi qui avais trois mois d'expérience dans cette structure, mais je les ai vu bien s'impliquer dans leur activité. Euh... Bien G* l'APA, il va faire des randonnées aussi. Et ça, il y en a beaucoup qui aiment marcher. Et ça reste aussi une activité de groupe où on peut être tout seul et/ou discuter donc c'est bien.

Laure : Et oui. D'accord, bien écoute super, merci. Hum, alors ma dernière question : **En quoi l'ergothérapeute, peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ? Comment il peut intervenir au niveau social ?**

Ergo : Heu.. Moi je sais que je, des fois on parle de sujets d'actualité, et mon rôle dans l'hôpital de jour va être de distribuer un peu la parole, par ce qu'en gros, des fois, il y a tout le monde qui parle en même temps. Et il peut y avoir des personnalités qui sont un peu plus intro

heu. Introspective ? heu je sais plus le mot, intro.. Introverties. Il y a les deux, il y a des personnes extraverties et des personnes introverties. Le tout ça va être de couper les personnes extraverties qui parlent trop, et de donner la parole aux personnes introverties pour qu'elles participent à l'activité sociale. Après, ça on ne l'a pas fait, mais ça peut être aussi au niveau de, par rapport à des ateliers, de la cuisine thérapeutique. La nourriture c'est vraiment quelque chose qui rassemble, je pense. Donc, cuisiner ensemble, c'est un facteur social important.

...Je pense qu'il ne faut pas forcer les gens, donc des fois je leur propose de les laisser plutôt se reposer et rester dans le coin, ou sinon leur donner du sens, comme aller d'un sujet qu'elles aiment bien ou faire une activité qu'elles aiment bien.

Elles n'ont pas trop de gêne les personnes âgées à parler de leurs problèmes parce que elles en ont tellement que, et nous on est des personnels soignants, et je pense qu'ils en ont conscience aussi. Donc ça peut arriver qu'elles se confient et que vraiment on joue ce rôle de transmission, pour leur permettre de rebondir, parce que par exemple, si c'est un problème dépressif, on va les tourner vers une psychologue ou quelqu'un qui est plus en capacité d'agir.

Laure : Donc là vous réorientez ?

Ergo : Voilà, réorienter. Et aussi, si on voit qu'il y a au domicile, si on a détecté quelque chose, ou on sent que la personne n'est plus apte à être au domicile, on va faire intervenir le PAERPA qui eux, vont faire une évaluation à domicile, et ainsi va pareil, soit mettre en place la mise en structure en EHPAD, ou, enfin voilà. Que la personne au moins aie un suivi à domicile au niveau de l'évaluation.

Laure : Et ça par rapport à votre expérience, ça vous est arrivé de le faire souvent de détecter en fait une personne comme ça qui était voilà isolée, et faire appel au PAERPA ?

Ergo : Ça m'est arrivé une fois, et c'est l'infirmière coordinatrice qui va mettre, enfin qui va prendre les rênes après. Et ça sert à ça le travail en équipe pluridisciplinaire aussi, les décisions qu'on peut avoir sur les patients.

Laure : Et oui, d'accord ok. Merci pour toutes ces informations.

Ergo : Avec plaisir.

Retranscription Entretien 3

Laure : La première : **En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?**

Ergo : Ouf ce n'est pas une petite question ça. Est-ce que vous pouvez me la répéter ?

Laure : Pas de souci, alors, en se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?

Ergo : Ok, je prends des notes en même temps parce que vu la journée qui vient de passer. Ok, alors, les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée, heu... Alors, c'est extrêmement vaste, je ne m'attendais pas à ce genre de questions. Alors, par quoi je commence ? Voilà, il y a les troubles fonctionnels et physiologiques qui vont induire sur le déséquilibre occupationnel, il y a les troubles cognitifs, qui nous vont avoir un impact important dans le travail en ESA, il y a les troubles psycho-comportementaux également qui ont un impact important à l'ESA, voilà. Mais ces troubles-là sont induits par les pathologies qu'on peut rencontrer.

Voilà, donc les troubles physiologiques, les troubles fonctionnels, fonctionnels enfin vraiment en général, les troubles cognitifs, les troubles psycho-comportementaux. Après ça peut être la relation avec l'environnement parce que tout ce qui est environnemental que ce soit l'environnement architectural ou l'environnement humain, peut l'induire également. Pour moi c'est les grands éléments que je vois dans mon quotidien d'ergo en ESA.

Laure : D'accord. Alors, je vais vous donner ma deuxième question. **Selon vous, chez la personne âgée quels sont les signes psychiques rencontrés, pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?**

Ergo : Alors, les signes psychiques, bien je vais tout de suite citer le cœur de votre sujet, il y a le côté de la dépression, ça c'est clair. Dans les signes psychiques, alors bon moi je suis une vieille diplômée, et on n'utilisait pas du tout les mêmes termes que vous utilisez maintenant.

Donc j'espère tomber dans les mêmes, enfin vous allez me dire si vous entendez par signes psychiques, les troubles psycho-comportementaux vous les mettez dans les signes psychiques ?

Laure : Oui.

Ergo : Donc l'apathie, pour nous en ESA, l'apathie est un signe important qui n'est pas forcément pris en compte par l'entourage parce que c'est quand même un signe qui est moins dérangent qu'une désinhibition, qu'une agitation, qu'une agressivité, qu'une irritabilité, voilà, c'est beaucoup moins gênant entre guillemets pour l'entourage souvent familial, mais pour nous, c'est quelque chose qui est très important à prendre en compte.

Après, tout ce qui est troubles du sommeil, qui vont avoir un impact forcément sur les activités de la personne. Les troubles de l'alimentation, avec les, alors ce n'est pas forcément un signe qui fait partie des troubles psycho-comportementaux, mais ça a un impact, c'est plutôt un signe, nous on le voit par la perte de poids d'abord, soit qu'on évoque avec les aidants. Qu'est-ce que je peux vous citer d'autre comme signe psychique ? Le désintérêt, mais bon pour nous on le met dans l'apathie, enfin ça va induire l'apathie. Voilà la priorité c'est tous les signes dépressifs, les pleurs, le désintérêt, qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? C'est à peu près là ce qui me vient là en tête... Euh... dès les premiers entretiens, ça peut aller du tout au rien. Mais bon l'opposition, ça c'est un truc qu'on rencontre régulièrement, qui est parfois liée à l'anosognosie, ça fait partie des troubles que l'on peut rencontrer donc forcément, il faut faire avec. Bon ce n'est pas un signe psychique mais l'absence d'annonce du diagnostic nous fait nous confronter surtout au fait que la personne se confronte à des échecs, qui est forcément une insatisfaction mais sans comprendre pourquoi. Et du coup, c'est souvent des prises en soin qui sont plus compliquées à mettre en place quand il y a une absence de diagnostic annoncé alors que le diagnostic est posé.

Laure : D'accord, donc ça c'est vraiment propre à la maladie d'Alzheimer ?

Ergo : Bien la maladie de type Alzheimer et maladies apparentées. Effectivement, l'anosognosie fait partie des symptômes, mais le manque de diagnostic, il peut y avoir d'autres types de diagnostics que les troubles cognitifs qui sont à annoncer. Par exemple, le cancer qui n'est pas annoncé fait que la personne se retrouve avec une fatigue importante avec une incapacité à réaliser les activités qu'elle souhaite. Et qui ne comprend pas, mais souvent c'est lié au fait qu'il y ait des troubles cognitifs. Puisque c'est purement notre métier, voilà là en temps qu'ergo on y va !

Après voilà, moi je vous parle de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais il y a aussi au niveau des aidants. Eux par contre peuvent présenter des troubles psychiques, qu'on n'évalue pas spécifiquement puisque nos prescriptions nous tournent vers la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, mais n'empêche qu'on accompagne également les aidants et eux également peuvent présenter des troubles psychiques, avec des signes anxiodépressifs, avec des refus, des oppositions, des incompréhensions de la situation à laquelle ils sont confrontés en prenant en charge leur proche tout simplement.

Laure : Bien sûr. Ok d'accord. Bon bien c'est noté ! C'est gentil super merci. Alors, ma question trois : **A votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?**

Ergo : Les facteurs de motivation, nous on s'appuie sur les activités significantes et significatives, mais surtout les activités significantes, qui ont du sens pour la personne. Ça c'est vraiment le facteur motivant. Il y a les encouragements de l'entourage qui peuvent être une motivation pour la personne. Et surtout éviter toute mise en échec, alors ce n'est pas très scientifique comme terme mais c'est ce qu'on remarque vraiment. Hum... Les facteurs de motivation, oui c'est vraiment s'attacher aux activités significantes de la personne, vraiment c'est le premier, la première chose, enfin pour moi c'est la plus importante. On aura beau déterminer des besoins, si ça ne colle pas avec ce que la personne envisage pour elle-même, ça ne marche pas. En facteurs de motivation, ça peut être aussi faire plaisir à l'entourage, certains vont finalement vouloir faire plaisir à leur entourage, avant de se... finalement prendre compte de leurs propres besoins. Mais ce n'est pas la majorité des personnes... C'est parce que le conjoint, soit le lui demande, soit le souhaite, soit la personne sait que le conjoint va être content parce que ça a été fait, ça peut arriver que ce soit un facteur de motivation.

Laure : Merci beaucoup. On va passer à la quatrième question. **D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ?** Alors là, on parle de moyens, de ressources humaines qui pourraient exister, des personnes qui peuvent intervenir.

Ergo : Alors les moyens, donc nous, enfin toujours moi je vous parle par rapport à l'ESA. Les moyens c'est vraiment de faire avec la personne, plutôt que de faire à la place. C'est d'éviter les mises en échec comme je l'ai dit tout à l'heure juste avant, mais ça fait vraiment parti des moyens, c'est vraiment éviter la mise en échec. C'est de trouver des activités valorisantes. Et après, en moyens humains, bien nous on les accompagne pour la mise en place d'intervenants

professionnels pour seconder les aidants puisque les aidants sont souvent très fatigués. Donc ces mises en place, alors ça dépend vraiment des besoins, donc ça peut être mise en place d'intervenants libéraux : infirmières, kiné, orthophonistes quand on en trouve, ça peut être mise en place d'aides à domicile, qui vont pouvoir justement faire avec la personne si elle vit seule ou si l'aidant peut passer un peu de temps, ou faire ces activités significatives, soit qu'on aura travaillé avec elle soit qu'elle est encore en capacité de maintenir les capacités qu'il faut continuer à solliciter. Et puis, c'est après mettre en place des relais, enfin activités extérieures qui amènent du lien social. Ça en ce moment on est très limité par rapport notamment aux accueils de jour ou aux associations, en ce moment c'est très compliqué. Et tout ça participe aussi à l'accompagnement de l'aidant, et à une amélioration de la qualité de vie.

Laure : Oui c'est sûr. Et ça vous est arrivé de voir d'autres personnes ? On va dire des bénévoles, ou autres associations qui viendraient au domicile ? Je ne sais pas si vous en avez connaissance ?

Ergo : Des bénévoles qui viennent à domicile, non, j'en n'en ai pas vu. Il y a des bénévoles qui peuvent être dans des associations comme France Alzheimer notamment mais bon pas venir à domicile. Souvent ce sont des salariés de services d'aides à domicile par exemple. J'ai entendu parler d'une association qui fait de la musicothérapie avec les aidants. Mais c'est toujours un cadre, enfin ils ont quand même des rémunérations de la part de l'Etat, enfin ce n'est pas du bénévolat. Nous sur notre secteur, on n'a pas connaissance, enfin on a connaissance d'associations éventuelles d'aidants mais pas de bénévoles qui viennent à domicile.

Je sais qu'il y a parfois des services d'aide à domicile qui essaient de mettre en place des activités de groupe pour leurs bénéficiaires. Alors c'est toujours soumis au fait que le bénéficiaire soit finalement rémunérateur par rapport aux aides à domicile, mais il y a au moins ces sorties en association. Non après c'est vraiment des associations, enfin nous on oriente parfois des personnes vers des associations de marche, il y a un club de lecture, on prenait en compte le fait que cette dame avait Alzheimer donc c'est compliqué. Mais voilà, après il y a des associations du troisième âge, souvent ça se fait en dehors du domicile. Après il y a des plateformes de répit, mais c'est pareil, c'est plutôt dans le cadre professionnel.

Laure : Oui, oui, oui, tout à fait. Alors, ma dernière question : **En quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?** Comment peut-il intervenir au niveau social ?

Ergo : Le rôle de l'ergo comme levier social, bien c'est vraiment d'accompagner la personne, donc des activités significantes, ça permet en fait de la valoriser, parfois de lui donner confiance dans ses capacités et ce qui lui permet en fait de s'ouvrir vers l'extérieur. Et ensuite de travailler sur le lien social. Ça va dans ce sens-là, c'est d'abord de permettre à la personne de retrouver cette confiance en elle-même, ou en tout cas de la maintenir si possible, pour pouvoir aller vers l'extérieur. Et après d'aller vers l'extérieur, par tous moyens possibles et validés par la personne. Voilà mais après je suis actuellement une dame a qui son but est de pouvoir reprendre, de faire deux ou trois courses par elle-même. Donc ça travaille sur son autonomie, tout en travaillant sur le côté social et les capacités à pouvoir s'exprimer, à pouvoir effectuer ses activités significantes pour elle, voilà dans son environnement hors domicile, qu'on lui donne des repères et ensuite répéter les choses pour que ces repères soient intégrés, et qu'elle puisse ensuite les appliquer facilement.

Laure : D'accord ok. Bon bien super, vous pensez à une dernière chose peut être ?

Ergo : Non, si j'ai des choses qui me reviennent, je me permettrais de vous les envoyer par mail, mais je pense qu'en quelques mots voilà ce n'est pas toujours évident de résumer mais je pense que c'est à peu près, j'espère en tout cas le reflet de ce qu'on fait au quotidien.

Laure : D'accord, bien écoutez super, merci beaucoup.

Ergo : Avec plaisir.

Retranscription entretien 4

Laure : Première question : **En se basant sur votre expérience, quels sont pour vous les éléments qui induisent un déséquilibre occupationnel chez la personne âgée ?**

Ergo : Bien le manque d'activité sociale, le manque d'activité physique, le manque d'occupations. Ça fait que ça créé un déséquilibre. Et ce déséquilibre du coup ça peut être dans toutes les sphères : sociale, physique, environnementale. Vous savez à domicile du coup, dans les lieux de vie, le fait qu'ils n'ont plus trop d'autonomie du coup quand ils sont fragiles, ils ne sont pas forcément dépendants, mais il y a forcément soit de la famille qui entre en jeu pour les aider, soit des soignants. Donc l'entourage du coup, ça peut créer un soutien, enfin du coup ils sont obligés de s'appuyer dessus pour palier se déséquilibre on va dire, cette fragilité qu'ils peuvent avoir. Et après je ne sais pas trop quoi répondre d'autre.

Laure : C'est si vous voyez autre chose, qu'est ce qui aurait pu entraîner, qu'est ce qui pourrait entraîner le déséquilibre ?

Ergo : Bien chez la personne âgée, c'est souvent soit un syndrome de glissement, soit une chute, soit une hospitalisation, quelque chose qui a complètement perturbé le rythme quotidien, enfin les habitudes de vie de la personne âgée. Quelque chose qui est venu là par incident, accident, je ne sais pas... Quelque chose qui a perturbé tout ça et qui a fait que du coup la personne âgée se retrouve dans des états de glissement de soin où elle a dû s'organiser pour des hospitalisations à domicile ou tout ça. Et du coup, ça entraîne forcément des changements d'habitudes de vie et d'occupation. Voilà, je pense que j'ai répondu à la question.

Laure : Oui, oui. Vous me donnez des éléments donc c'est très bien. Alors, ma deuxième question : **Selon vous, chez la personne âgée quels sont les signes psychiques rencontrés, pouvant induire une qualité de vie moins ou peu satisfaisante ?**

Ergo : Eh bien les troubles cognitifs, les troubles cognitifs chez la personne âgée, ça part de démences Alzheimer, mixte etc. Toutes les démences, et ça forcément ce n'est pas satisfaisant du coup parce que la personne quand elle est, enfin c'est les pathologies de la personne âgée.

Quand les personnes âgées ont des pathologies, elles sont plus fragiles, et donc elles ont besoin de plus de soins, et donc plus de déséquilibre. Et du coup, ce n'est pas satisfaisant dans les habitudes de vie de la personne, puisque du coup on est obligé de réadapter et d'accompagner ces personnes parce qu'elles ne sont plus indépendantes.

Après euh...La dépression par exemple ! La dépression, enfin une petite déprime, le fait que la personne n'est plus de contact avec sa famille ou qu'il y a eu des soucis familiaux, ça je l'ai beaucoup vu. Beaucoup vous savez ont des problèmes de famille, qui engendrent du coup cet isolement au final, qui se retrouvent isolés, soit dans leur petit village, soit avec les voisins, ils ne voient pas grand monde au final. Même les voisins, aujourd'hui, de nos jours, avec là ce qu'il se passe, la crise sanitaire, bien ils ne voient plus personne quoi. Et ça, les signes psychiques, et bien ce n'est pas du tout satisfaisant, parce que quand ils sont en déprime, quand ils sont isolés. C'est pas du tout bien pour eux. D'ailleurs, il y en a certains qui demandent à être en EHPAD, parce qu'ils ne sont plus contents d'être à domicile, parce que du coup actuellement, c'est trop compliqué pour eux. Ça peut être un hébergement temporaire du moins, ou des hospitalisations de jour.

Laure : Bien, vous pensez à autre chose que vous auriez pu voir ?

Ergo : Des signes psychiques qui ne sont pas satisfaisant chez la personne âgée, à part la déprime, les pathologies, la fragilité, qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre comme signes psychiques ? Non je ne vois pas d'autres trucs là sur le moment... Alors sans pathologie ou avec pathologie du coup parce que avec pathologie, vous avez tous les signes psy.

Laure : Et oui, alors sans pathologie ?

Ergo : L'émotion ? Bien c'est l'isolement, la dépression. Le fait qu'il y ait des problèmes de famille ça peut isoler un peu plus la personne et être un peu plus renfermée, et malheureusement, du coup, quand les personnes sont isolées comme ça, il arrive souvent des problèmes. Et ça peut engendrer peut-être du coup, si ces signes psychiques sont non-satisfaisants, c'est que du coup elle peut, ça peut amener un syndrome de glissement je pense.

Et du coup il y a certains, si on parle de troubles cognitifs légers, il y en a beaucoup qui sont encore à domicile et qui ont justement des hospitalisations de jour, ou qui ont un accompagnement par leur famille, leur entourage. Mais du coup ce n'est pas satisfaisant pour la personne, parce que la personne elle se sent, elle se sent..., même si c'est des troubles cognitifs légers, des fois elles ont des moments de lucidité encore, et ça c'est avant d'être en EHPAD ou

quoi, c'est le moment où on bascule en fait, et bien du coup, quand ils ont ces troubles cognitifs légers, mais qu'ils se rendent compte qu'ils régressent, et qu'ils sont de plus en plus moins autonomes, bien là c'est vraiment pas très satisfaisant du tout, en fait parce que eux se sentent démunies et du coup ça les déprime encore plus, et du coup syndrome de glissement, et après je ne vous le refais pas. Mais du coup ça c'est le trouble cognitif léger, c'est vraiment la période où ils se rendent compte que ça ne va pas. Ça c'est très déprimant pour eux et c'est très perturbant, et du coup non-satisfaisant.

Laure : Oui c'est ça. Alors, je vous donne ma troisième question : **A votre avis, quels facteurs de motivation peuvent être utilisés pour aider la personne à ne pas s'isoler ?**

Ergo : Des facteurs sociaux déjà. Les facteurs sociaux genre s'ils ont des proches, des amis, etc... Des facteurs environnementaux aussi, ça dépend de leur situation géographique, s'ils sont proches du centre-ville, s'ils ont des amis juste à côté, si leur famille est proche, si... Je ne sais pas, s'il y a une association du coin qui fait des activités pour les séniors. Hum, dans les facteurs il y a quoi ? Il y a les facteurs environnementaux, personnels, il y a les facteurs personnels, bien du coup ça c'est la famille, les amis, ça je l'ai déjà dit, les facteurs sociaux. Les facteurs des habitudes de vie, par exemple s'ils se rendent à la messe, ils vont voir du monde, du coup bien ça va être mieux. Je ne sais pas, je prends des exemples que je connais, après je ne sais pas.

Les facteurs de motivation, il faut que quelque chose les intéresse donc du coup il faut qu'ils aient des occupations entre guillemets que, bien pour ne pas avoir ce déséquilibre du coup, pour ne pas avoir ce moment où ils se sentent démunis, il faut qu'ils soient actifs, il ne faut pas qu'ils soient passifs de leur vie, enfin, passif c'est-à-dire qu'ils ne sont pas autonomes j'entends. Il faut qu'ils soient actifs, et du coup qu'ils aient un minimum d'autonomie pour participer à des activités, participer à la vie de famille, par exemple faire des repas familiaux, ça ça peut être des facteurs environnementaux, sociaux, personnels, enfin tout mélangé qui font que du coup voilà. Voilà, je ne sais pas quoi vous dire d'autre comme facteurs de motivation. Mais du coup ces personnes... Si, s'il y a des associations de séniors, ou vous savez des associations où ils font des activités genre le loto, genre à la mairie, ou il y a des petites choses comme ça des fois. Ou des clubs de lecture, je sais qu'il y en a des fois.

Laure : Bien justement, c'est un peu ma quatrième question : **D'après vous, comment peut-on aider une personne âgée à s'engager dans des activités ?** Alors là, on parle de moyens, de ressources humaines qui pourraient exister, des personnes qui peuvent intervenir.

Ergo : Avec les activités, des associations, de moyens humains bien du coup, tournés vers la famille, les amis les voisins, rencontrer du monde. Enfin, en fait même dans toutes les étapes de la vie, rencontrer du monde, sinon on se sent démuné et seul, surtout actuellement avec cette crise sanitaire qui est très très embêtante. Mais donc du coup, oui, les associations, les, les, en fait c'est les contextes environnementaux et sociaux, je ne sais pas si vous voyez mais en gros dans la vie même nous, on a le contexte professionnel, on a le contexte personnel, et on le contexte habituel on va dire, on peut aller faire nos courses voilà. Mais chez la personne âgée, il n'y a plus le professionnel vu qu'ils sont à la retraite, du coup ils n'ont que l'environnemental personnel ou amical, ou enfin l'amical ça rentre dans le personnel mais dans les associations c'est un peu le professionnel, c'est un peu comme du bénévolat en fait pour les personnes âgées. Mais du coup, dans les moyens humains et matériels, les ressources, bien du coup les associations. Après je ne sais pas, quelle autre ressource, je ne vois pas trop trop.

Laure : Avez-vous déjà rencontré des intervenants justement, donc des associations ou autres, et des gens qui viennent à la maison ?

Ergo : Ah oui ! Oui alors il y en a aux EHPAD, il y a des bénévoles. Il y a les bénévoles des associations du chien, la médiation animale, ou des bénévoles pour la messe, des bénévoles pour comment ça s'appelle, pour les enfants, en fait il y a des réunions intergénérationnelles, en fait à l'EHPAD ils ont créé une activité, bon là c'est mis en suspend avec le contexte, mais il y avait une activité où en fait il y a les bénévoles qui viennent avec les écoles, avec des enfants, ou alors avec des petits nouveau-nés, c'est une association avec des parents souvent qui viennent et qui du coup créent ce moment propice à la rencontre et à l'échange et donc à casser l'isolement des personnes âgées en EHPAD. Parce que il y a toutes les générations qui se mélangent dans cette activité.

Laure : Eh oui et est-ce que vous avez connaissance d'autres asso, d'autres intervenants comme ça, mais qui viendraient, qui se déplaceraient carrément au domicile de la personne, pas en EHPAD ?

Ergo : A domicile ? Pas trop trop, à part sur l'hospitalisation à domicile, là où les intervenants qui viennent, les animateurs à domicile ça n'existe pas, à part les auxiliaires de vie. S'il y a le côté tout ça auxiliaires de vie, les aides ménagères qui viennent et cassent l'isolement, puisqu'au final elles passent dans la journée. Mais hormis les pratiques et soins techniques, je

ne vois pas trop ces personnes-là au domicile directement. J'en connais qu'une mais qui s'est faite justement via le covid. C'était aussi un aspect pratique, c'était mon père il faisait du bénévolat, il accompagnait directement au domicile des personnes âgées pour ramener des courses, des provisions de fruits légumes. En fait il faisait le tour des maisons des personnes âgées, et en fait, il livrait les courses commandées etc. Mais du coup ça rompait l'isolement mais c'était aussi une association qui proposait ça en bénévolat. C'était justement pour vous savez, l'année dernière où il y a eu le premier confinement, où les personnes ne pouvaient pas trop sortir et que du coup il y avait l'été entre temps, et donc du coup pendant l'été, les personnes non-plus ne sortaient pas parce qu'elles étaient fragiles, due à la canicule. Du coup mon père avait fait ça dans une asso de mon village. Où il distribue les provisions chez les personnes âgées. Après je ne sais pas trop trop.

Mais après, il y a des réseaux on va dire, qui essaient de se mettre en place à domicile mais c'est très compliqué à mettre en place. Donc qu'il y ait des intervenants à domicile, en fait c'est souvent les intervenants de santé qui viennent, après il y a très peu, bon après il y a les intervenants sociaux, par exemple l'assistante sociale. Mais hormis l'assistante sociale, l'auxiliaire de vie, la ménagère, tout ça, je ne vois pas trop trop, ça c'est plus... On ne le voit pas s'il y a un vieillissement normal à fragile mais qui est à domicile, on ne le voit pas.

Laure : Oui, est ce que vous pensez à autre chose ?

Ergo : En moyen humain et matériel ? Pour l'instant je ne vois pas, mais si je vois autre chose, je vous le dirais.

Laure : Ok super, merci. Et ma dernière question : **En quoi l'ergothérapeute peut-il être un levier social auprès de personnes âgées en cas d'isolement ?** Comment peut-il intervenir au niveau social ?

Ergo : Socialement ? Bien nous on peut intervenir dans beaucoup de choses parce que du coup on peut évaluer l'état on va dire de la personne, enfin on peut évaluer globalement la personne, déjà dans tous ses aspects : environnemental, social, avec des aides techniques, avec qu'est-ce qu'il a besoin vraiment et qu'est-ce qu'il faudrait qu'il ait besoin, ou qu'est-ce qu'il faudrait qu'il fasse pour justement passer ce déséquilibre. Donc en fait l'ergo il a un rôle vivant en fait, il évalue pour mettre en place, c'est-à-dire que il évalue le côté psychique par exemple, bien s'il y a un dépression, on va faire le lien avec la psychologue, s'il a quelque chose de physique on va faire le lien avec le kiné, si il a besoin d'aides techniques bien c'est nous, si il

faut des aides à domicile après hospitalisation bien on va essayer de mettre en place l'auxiliaire de vie, le médecin, l'infirmière à domicile, enfin c'est nous qui mettons tout en place en fait. Donc c'est nous qui préconisons, et même au-delà de l'évaluation initiale, bien il y a le suivi. Si la personne est en EHPAD, bien on va forcément suivre ses activités dans l'EHPAD, surtout que dans les EHPAD, on fait de la gym douce, on fait de la cuisine thérapeutique, on fait plein de choses donc on essaie justement que la personne âgée se sente chez elle et qu'elle fasse plein d'activités. Et en suivant ses capacités puisque souvent en EHPAD c'est ça hein c'est on suit les capacités de la personne pour l'accompagner au mieux dans cette vie, ce lieu de vie avec les soins qu'elle a besoin.

Laure : Et oui, c'est sûr. Après, c'est vrai que je reviens au domicile quand vous évaluez, c'est pareil, si vous êtes là chez la personne âgée, c'est qu'on en a fait la demande pour que vous soyez là à la base.

Ergo : Oui c'est ça. Bien oui parce que du coup nous on est prescrit par le médecin. C'est forcément que la personne âgée a dû voir le médecin avant, que oui tout à fait. Oui c'est dans la demande. Alors, le médecin il fait soit une ordonnance de rééducation, par exemple pour le post-AVC comme je connais, soit il demande une évaluation des capacités physiques de la personne ou alors de l'environnement, on peut faire des aménagements à domicile, vous le savez quand même ? Genre les aménagements qu'on peut mettre en place à domicile, par exemple les baignoires, tout ça, les douches à l'italienne, enlever les tapis, mettre des barres d'appui etc. Donc tout ça, ça on peut le faire, alors même que je pense que si la personne âgée avant de ce que fait l'ergothérapeute, mais ça veut dire qu'il devrait se renseigner, et que forcément il devra passer par un médecin, qui va forcément lui conseiller l'ergo, parce que l'aménagement à domicile, on n'est même pas obligé de venir par le médecin, si la personne elle connaît et elle sait ce que c'est, elle peut nous appeler directement. En fait, on est en service et du coup, elle va appeler le prestataire de service qui est nous. Et du coup, nous on va aller au domicile pour voir et évaluer effectivement et on va lui faire passer sous, alors je crois que les personnes âgées ce n'est pas la MDPH, ils ont l'APA, l'allocation personne nanana, sauf que s'ils sont à la MDPH avant qu'ils soient personnes âgées, des fois ils ont des allocations, alors je ne sais pas lesquelles, je ne saurais plus te dire, la PCH je crois, la prestation de compensation du handicap, et qui du coup selon l'évaluation etc, enfin je ne sais plus comment ça marche, enfin chez les personnes âgées, je sais que pour les enfants, mais je ne sais pas pour les personnes âgées, je vous avoue là, au niveau administratif je ne sais pas trop comment ça fonctionne. Mais du coup je sais qu'ils peuvent demander l'aménagement du domicile comme ça. Après, c'est soit de la

rééducation, soit l'évaluation, soit des soins, soit des suivis, mais les suivis ça peut être de la marche, de l'autonomie, l'autonomie ça peut être les lacets, ça peut être le réhabillage, la douche, la toilette, etc. Ça peut toucher à tout, on peut tout évaluer.

Donc en fait, l'ergo il a vraiment toute sa place là-dedans. Franchement, c'est un vrai sujet là-dessus, il y a tellement de trucs à faire. Et en fait même si effectivement, il n'y a pas beaucoup d'intervenants qui vont à domicile via les associations directement, c'est en train de se mettre en place, et j'espère que dans les années à venir, il y aura plus d'ergo dans ces associations, pour développer ça à domicile parce que ce serait hyper important et hyper enrichissant.

Laure : Oui d'accord. Merci beaucoup.

Ergo : Je vous en prie.

Annexe IX : Tableau des mots les plus fréquemment utilisés dans les entretiens

Mot	Longueur	Nombre	Mots similaires
personne	8	114	personne, personnes
faire	5	89	faire
activités	9	77	activité, activités
domicile	8	43	domicile
associations	12	30	association, associations
âgées	5	26	âgées
famille	7	25	famille, familles
troubles	8	24	trouble, troubles
social	6	23	social, sociale, socialement, sociaux
facteurs	8	22	facteur, facteurs
aides	5	20	aidant, aidants, aider, aides, aidés
auxiliaires	11	18	auxiliaire, auxiliaires
courses	7	17	courses
signes	6	17	signe, signes
capacités	9	14	capacité, capacités
contents	8	14	content, contente, contentes, contents
demander	8	14	demande, demander
ergothérapeute	14	14	ergothérapeute
évaluation	10	14	évaluation, évalue, évaluer
cuisine	7	14	cuisine, cuisiner, cuisinez
psychiques	10	14	psychique, psychiques
enfants	7	13	enfants
hospitalisation	15	12	hospitalisation, hospitalisations, hospitalisé, hospitalisés
isolement	9	12	isolement, isoler, isolées, isolés
marcher	7	12	marche, marcher
motivation	10	12	motivant, motivation, motiver

RÉSUMÉ

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2018), une personne âgée sur dix souffrirait d'une symptomatologie dépressive, ce qui aurait des répercussions majeures sur la qualité de vie de la personne, et serait un facteur de risque de maladie dépressive.

Cette étude permet d'apporter une réflexion sur la manière dont l'ergothérapeute peut intervenir au niveau de la prévention tertiaire de la dépression, en agissant sur l'isolement social de la personne âgée fragile vivant à domicile.

Une méthode de recherche qualitative est menée auprès d'une population d'ergothérapeutes. Ainsi, quatre entretiens individuels sont conduits et permettent de témoigner de l'importance du rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées concernées. Par son approche centrée sur la personne dans son environnement et ses occupations, l'ergothérapeute peut évaluer, sensibiliser, conseiller, orienter, adapter et proposer des moyens afin de rendre la personne âgée active et satisfaite de sa performance occupationnelle.

Mots clés : Personne âgée – Prévention – Isolement social – Ergothérapie - Dépression

ABSTRACT

According to the World Health Organisation (2018), one out of ten elderly people would suffer from a depressive symptomatology, which would have major impacts on the quality of a person and would be a risk factor of depressive disease.

The aim of the study is to provide a reflection on how occupational therapist can intervene to the tertiary prevention level of depression, by having an effect on social isolation of the frail elderly, living at home.

A qualitative research method is conducted to occupational therapists. Four interviews are realized, and the role of occupational therapist is essential by the elderly.

With a person-centered approach, including environment and occupations, the occupational therapist can evaluate, raise awareness, advise, guide, adapt and propose actions, in order to make the elderly active, and satisfied with their occupational performance.

Keywords : Elderly – Prevention – Social isolation – Occupational Therapy - Depression