
**Institut de Formation en
Ergothérapie de Laval**

Promotion : **2013 - 2016**

**Prévenir la dépendance : un enjeu en
ergothérapie**

UE 6.5 S6 Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Mélanie GRAVOUEILLE

Maitre de mémoire : **Karine RIGUET**

Je tiens à remercier...

Madame Karine RIGUET, ma Maître de mémoire pour ses conseils durant la rédaction de ce travail.

Les professionnelles qui ont consacré du temps pour participer à cette recherche.

Madame Géraldine PORIEL, Madame Laurence FOIUCHET-INCAUX et Monsieur Laurent DAZIN, formateurs à l'IFE de Laval, pour nous avoir guidés durant ces trois années de formation.

Ma famille et mon compagnon, pour leur soutien inconditionnel et leur aide précieuse.

Un grand merci.

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte	2
2 Apports théoriques	8
2.1 Le vieillissement	8
2.1.1 A partir de quel âge est-on considéré comme âgé ?.....	8
2.1.2 Le processus du vieillissement physiologique.....	10
2.1.3 Le processus du vieillissement psychologique	12
2.1.4 L'amalgame entre vieillissement et dépendance	13
2.2 La dépendance.....	13
2.2.1 Définition.....	13
2.2.2 La grille AGGIR.....	15
2.2.3 Évaluation Gérontologique Standardisée.....	17
2.3 La fragilité	19
2.4 La prévention en ergothérapie.....	21
2.4.1 La prévention	21
2.4.2 L'ergothérapie	22
2.5 Problématique et hypothèses	23
3 Méthodologie de la recherche	25
3.1 Choix de la population	25
3.2 Choix de l'outil de recherche	25
3.3 Démarche de recrutement.....	26
3.4 Construction de l'entretien.....	27
3.5 Déroulement des entretiens	28
4 Résultats	29

4.1	Présentation des personnes interrogées	29
4.2	Analyse des résultats	29
4.2.1	Le rôle de l'ergothérapeute dans le diagnostic	29
4.2.2	Le rôle de l'infirmière dans le diagnostic	31
4.2.3	Le rôle du médecin dans le diagnostic.....	31
4.2.4	Les principaux risques d'entrée dans la dépendance constatés	32
4.2.5	Le manque de lien social est-il en lien avec le risque d'entrée dans la dépendance ?.....	33
4.2.6	Les actions mises en place à l'issue du diagnostic	34
4.2.7	Le rôle complémentaire de l'ergothérapeute et de l'équipe interdisciplinaire.....	35
5	Discussion	37
5.1	Conclusion de l'enquête	37
5.2	Vérification des hypothèses.....	39
5.3	Les limites de la recherche	43
5.4	Réflexion sur la démarche de recherche	44
	Conclusion	46
	Bibliographie.....	
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADL : Activity of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BME : Bilan Modulaire d'Ergothérapie

BREF : Batterie Rapide d'Evaluation Frontale

CIH-2 : Classification Internationale du Handicap

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EMA : Equipe Mobile Alzheimer

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

FTSS : Five Times Sit to Stand

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HdJ : Hôpital de Jour

IADL : Instrumental Activity of Daily Living

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie

MNA : Mini Nutritional Assessment

MMSE : Mini Mental State Examination

MQE : Mesure de la Qualité de l'Environnement

PPH : Processus de Production du Handicap

SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

En France, le vieillissement de la population est au cœur des préoccupations actuelles. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux ont fait croître le nombre de personnes âgées. Toutefois, cela n'est pas synonyme d'un vieillissement en bonne santé.

Ainsi, la prévention de la dépendance est un enjeu important pour l'avenir. Elle permettrait d'offrir aux personnes âgées une meilleure qualité de vie, et une diminution des hospitalisations et institutionnalisations, pour respecter au mieux leur projet de vie.

Pour cela, il est tout d'abord nécessaire de repérer les fragilités puis de mettre en place les actions permettant de prévenir la dépendance.

Le défi de notre société est donc de permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible en bonne santé, actifs, avec une qualité de vie optimale et des relations sociales.

C'est dans ce contexte, que nous nous intéresserons au rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée diagnostiquée fragile en Hôpital de Jour. Plus particulièrement, nous nous interrogerons sur l'importance des habitudes de vie et du lien social de la personne âgée au cours de son accompagnement. Puis, nous réfléchirons sur la complémentarité de l'ergothérapeute et de l'équipe interdisciplinaire à ce sujet.

Dans un premier temps, la réflexion qui a conduit à la problématique sera exposée. Ensuite, les apports théoriques permettront d'éclairer et de définir le cadre de la question de recherche, en développant notamment le concept de vieillissement, de dépendance et de fragilité.

Dans la seconde partie, nous aborderons le cadre méthodologique de la recherche et l'analyse des résultats recueillis auprès de professionnels, afin de répondre à la question de recherche.

Enfin, nous discuterons les résultats de la recherche ainsi que la démarche adoptée.

1 Contexte

Lors de mon parcours de formation, j'ai accompagné des personnes âgées dans différents contextes. En effet, j'ai réalisé des stages en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en service de Gériatrie dans un Centre Hospitalier, ainsi qu'en Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), dans lequel la population âgée était majoritaire.

J'ai été confrontée à diverses situations qui m'ont interrogée par rapport à l'accompagnement de cette population vieillissante en perte d'indépendance. J'ai pu rencontrer des personnes âgées hospitalisées pour des pathologies chroniques ou des poly-pathologies, dont le projet était pour la plupart le retour à domicile. J'ai ainsi été amenée à découvrir différentes pratiques de l'ergothérapie.

Lors de la première rencontre avec la personne, nous commençons systématiquement par un entretien, appelé « entretien d'entrée ». Des ergothérapeutes lisaient le dossier du patient et échangeaient avec l'équipe avant cette rencontre, et d'autres préféraient le faire après pour ne pas arriver avec des préjugés et établir des interprétations avant même le premier échange.

Toutefois, le premier entretien était similaire sur les différents lieux de stage : connaissance de la personne, histoire de la maladie, habitudes de vie, environnement et projet. Il se base sur le Processus de Production du Handicap¹ introduit par Patrick Fougeyrollas.

Cet entretien a pour but d'établir un diagnostic ergothérapeutique, qui expose les restrictions de participation ou les limitations d'activité ainsi que les attentes de la personne. Il permet d'élaborer le projet d'intervention avec des objectifs et des moyens ciblés, discutés avec le patient.

De manière générale, j'ai pu observer que les objectifs étaient centrés principalement sur l'aspect rééducatif-réadaptatif. C'est à dire que l'ergothérapeute accompagne la personne dans la recouvrance de ses capacités antérieures ou pour l'aider à s'adapter aux limitations d'activités qu'elle rencontre. Ces objectifs s'organisent à travers des activités analytiques, afin que l'individu récupère une fonction, et à travers une évaluation du logement. Cette dernière s'effectue par le biais d'une visite à domicile, afin de déterminer s'il est compatible avec les capacités fonctionnelles de la personne, si l'environnement est sécurisant. Si ce n'est pas le cas, l'ergothérapeute peut préconiser des adaptations du

¹ Annexe 1

logement ou des aides techniques afin d'optimiser l'indépendance du patient et son maintien au domicile en sécurité

Les habitudes de vie sont prises en compte lors de l'entretien d'entrée sans pour autant les utiliser comme support lors des séances qui suivent. En effet, nous nous focalisons principalement sur les actes de la vie quotidienne répondant aux besoins primaires, c'est à dire aux soins personnels. La personne devait pouvoir se préparer à manger, se laver et se déplacer, si cela n'était pas en concordance avec ses capacités, l'ergothérapeute faisait le lien avec l'assistante sociale afin qu'elle réévalue la plan d'aide à domicile. Avec l'accord du patient et de la famille, elle débutait les inscriptions en EHPAD.

Or si nous nous intéressons à la définition des habitudes de vie, selon Patrick Fougeyrollas : « *Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* »² Pourtant, les rôles sociaux n'étaient que très peu abordés lors du suivi en ergothérapie.

En effet, les ergothérapeutes s'intéressent peu aux liens sociaux qu'entretient la personne, ils sont évoqués seulement afin de savoir s'ils peuvent être considérés comme étant une ressource. Dans cette éventualité, l'équipe soignante peut être amenée à rencontrer l'entourage pour qu'il puisse être aidant et facilitateur.

Les professionnels ne s'interrogent pas sur la satisfaction du patient par rapport à ses relations, s'il se sent isolé. Ainsi, ces observations m'ont conduit à m'interroger sur l'isolement social des personnes âgées résidant seules à domicile en perte d'indépendance et sur leur participation sociale.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans sa globalité. Le propre de l'ergothérapie se joue dans l'interaction : personne - occupation - environnement. Or, la sphère sociale fait à la fois partie de l'environnement de la personne mais détermine également ses occupations et donc à une influence sur l'état de santé de la personne. En considérant la santé, avec la définition de l'OMS : « *bien-être complet, physique, mental et social* »³.

Ma question de départ est donc : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute peut-il participer à la prévention de la dépendance à travers les habitudes de vie de la personne âgée ?**

² Disponible sur : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie>

³ OMS, Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, 1946

Lors de mes recherches, j'ai pu constater que la population des personnes âgées est en constante augmentation. En effet, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et les personnes nées lors du baby boom, c'est-à-dire entre 1945 et 1975, commencent à faire partie de la population vieillissante, ils ont aujourd'hui pour les premiers 75 ans. De plus, selon l'INSEE : « *En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005* »⁴. Ainsi les situations de dépendance sont en augmentation, ce qui entraîne un plus grand nombre d'hospitalisations et d'institutionnalisations. « *En 2008, avec près de 5,6 millions de séjours, les personnes âgées de 65 ans ou plus ont été à l'origine de 35% des séjours hospitaliers.* »⁵ Cela entraîne un coût pour la société : « *Le secteur public couvre environ 70% du coût de la perte d'autonomie, soit un montant de dépense publique de près de 24 milliards d'euros en 2010 (1,3% du PIB), ce qui situe la France au 7^{ème} rang des pays de l'Union Européennes.* »⁶

Pour ces différentes raisons, cette population est au cœur des préoccupations. En effet, elle fait l'objet de nombreuses politiques notamment concernant le maintien à domicile dans l'optique d'améliorer la qualité de vie et de diminuer ce nombre d'hospitalisation.

Les personnes âgées sont de plus en plus attachées à rester vivre chez elles. Selon une étude de la DREES datant de Mai 2006⁷, 8 Français sur 10 exprimaient le souhait de rester vivre à domicile le plus longtemps possible.

Dans ce cadre, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui est entrée en vigueur en Janvier 2016, a pour objectif de permettre une plus grande autonomie des personnes âgées. Ainsi, l'un des items est de revaloriser l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour permettre à cette population de rester vivre à domicile. Cette allocation permet de couvrir une partie des dépenses concernant le plan d'aide défini par l'équipe médico-sociale. Celui-ci fait référence à l'accompagnement et aux aides nécessaires pour la réalisation des actes de la vie quotidiennes permettant le maintien sur le lieu de vie. Elle est destinée aux personnes de plus de 60 ans résidant à domicile, en foyer logement ou dans une structure accueillant moins de 25 personnes. Le niveau de dépendance du bénéficiaire doit correspondre aux échelons 1 à 4 de la grille AGGIR.

De plus, l'une des priorités est également de lutter contre les situations de dépendance.

⁴ Disponible sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0550>

⁵ Disponible sur Internet: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er783.pdf>

⁶ DAVIN B. PARAPONARIS A. *Vieillessement de la population et dépendance*. Questions de Santé Publique. Institut de Recherche en Santé Publique. Décembre 2012, n°19, pages 1-4. p.2

⁷ Disponible sur Internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er491.pdf>

Le Plan National « Bien Vieillir » s'adresse aux personnes de 55 à 75 ans, il énonce des recommandations afin de vieillir dans les meilleures conditions. Les objectifs sont de prévenir les complications dues aux maladies chroniques, promouvoir la santé, l'adaptation de l'environnement et le renforcement des liens sociaux. Il s'inscrit au niveau européen, il fait écho au plan « Healthy Ageing » de l'Union Européenne⁸.

Au niveau national, les politiques publiques tendent à optimiser la qualité de vie des personnes vieillissantes. Toutefois, à la lecture de ses plans, nous pouvons constater que les actions sont principalement axées sur l'accompagnement de la dépendance afin de permettre un maintien à domicile. Le lien social est évoqué comme étant une condition d'une bonne qualité de vie, mais peu de solutions sont apportées ou mises en place. De plus, on cherche des solutions pour limiter les conséquences de cette dépendance, toutefois il serait aussi intéressant de mettre en place des actions pour la prévenir. Le plan national d'Action de prévention de la perte d'Autonomie propose différents axes de travail.

Comme constaté dans ces politiques, la dépendance est objectivement l'axe ciblé. De même, lors de mes stages j'ai pu constater que l'ergothérapeute accompagne la personne pour qu'elle puisse répondre à ses besoins primaires. Selon l'échelle de Maslow, ils correspondent aux besoins physiologiques et sécuritaires. Si nous reprenons cette même échelle, les besoins d'appartenance et de relations, d'être reconnu et de réalisation de soi ne sont pas prioritaires. Ainsi, nous pouvons l'observer dans les politiques publiques et dans les accompagnements que ces derniers ne font qu'être évoqués et que peu d'actions sont proposées ou mises en place pour tenter d'y répondre.

Pourtant, selon l'INSEE, avec l'avancée en âge les relations s'amenuisent du fait de l'arrêt d'une activité professionnelle, l'altération de l'état de santé et de l'apparition d'incapacités plus marquées. Les handicaps et la dépendance font que les personnes âgées cessent leurs activités significatives, c'est-à-dire qui ont du sens pour elles, ainsi elles entrent dans un cercle de déconditionnement à l'origine d'un possible isolement. « *De toutes les générations, celle des 75 ans et plus est celle qui a été la plus impactée par la montée des solitudes en France* ». « *Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, tous les réseaux de sociabilité s'affaiblissent* »⁹ (réseau familial, amical, voisinage). Ces constats sont issus du rapport de la Fondation de France sur les Solitudes publié en Juillet 2014.

⁸ Disponible sur Internet :

http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/UE_Vieillir_en_bonne_sante.pdf

⁹ Disponible sur Internet :

https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/dp_solitudes_2014_def_fiches_exemples.pdf

De plus, dans notre société en vieillissant les personnes âgées sont stigmatisées, catégorisées. Ainsi, Michel PERSONNE explique dans son ouvrage « *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* »¹⁰, que sur l'observation de certains signes par exemple, des rides, des cheveux blancs nous affilions une personne à la catégorie « personne âgée ». Ainsi nous sommes emprunts de préjugés : problèmes mnésiques, d'audition... Or cela peut entacher la reconnaissance que nous leur portons. Ils peuvent alors être perçus comme dépendants et être infantilisés dans l'objectif de les protéger. Peut être parce que la vieillesse est perçue négativement et qu'elle est parfois synonyme d'inactivité, de faiblesse et de perte d'autonomie. Leur rôle dans la société est alors minimisé voire oublié, ils ne sont plus reconnus socialement.

Selon une étude de l'Université de Brigham Young¹¹ de 2010, les relations sociales sont un facteur permettant d'augmenter l'espérance de vie. L'isolement social accélère l'entrée dans la dépendance, et la perte d'autonomie. Les personnes âgées isolées sont plus vulnérables, comme nous l'a prouvé la canicule de 2003.

Par conséquent, le rôle de l'ergothérapeute me semble être d'accompagner la personne à travers l'approche biomédicale qu'on lui connaît, c'est à dire en rééduquant les fonctions déficitaires. Mais, l'ergothérapie tend aujourd'hui à accompagner la personne dans sa globalité donc au niveau social. Jean Claude LIEVIN écrit : « *Le paradigme actuel, ou « paradigme émergent », exploite la nature occupationnelle de l'être humain : l'homme est avant tout un être social qui aspire à une certaine qualité de vie et à sa participation sociale. D'essence individualiste, il revendique sa prise en compte et sa place dans la Cité. L'Environnement (matériel et humain) pouvant être un support, ou à contrario une entrave dans la réalisation de son épanouissement personnel, doit être pris en compte. L'ergothérapie s'est orientée vers un accompagnement bio-psycho-social individualisé.* »¹² Il est dans nos missions d'intervenir sur l'environnement social de la personne, sa place dans celui-ci. Effectivement, les relations sociales participent à une bonne qualité de vie, qui est l'objectif de nos accompagnements.

Ainsi, il me semble important de lutter contre l'entrée dans la dépendance afin de permettre aux personnes âgées une qualité de vie optimale et durable à domicile.

¹⁰ PERSONNE Michel, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, 2011

¹¹ Disponible sur Internet :

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>

¹² LIEVIN Jean-Claude. *L'ergothérapie en action sociale*. p 13

J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux personnes âgées diagnostiquées fragiles qui sont plus vulnérables à une entrée dans la dépendance et pour lesquelles il me semble urgent de faire de la prévention. Effectivement, la dépendance est l'une des causes des hospitalisations et des institutionnalisations, donc de désocialisation. Ma problématique est donc la suivante :

En quoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée diagnostiquée fragile ?

2 Apports théoriques

2.1 Le vieillissement

2.1.1 A partir de quel âge est-on considéré comme âgé ?

L'âge de 60 ans est souvent référence de l'entrée dans la vieillesse puisqu'il s'agissait il y a encore quelques années de l'âge de la retraite. Cette définition de la vieillesse est orientée sociologique. L'amalgame entre la vieillesse et l'arrêt d'une activité professionnelle est fait. Pour l'attribution d'allocations et d'aides aux personnes âgées par le Service Public, le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 60 ans pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Toutefois pour les autres aides, telles que l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées, ou d'une aide ménagère, le bénéficiaire doit avoir au moins 65 ans, il peut en bénéficier à partir de 60 ans mais sous certaines conditions¹³.

D'ailleurs, selon l'OMS, le critère permettant d'identifier une personne comme âgée est celui de l'âge de 65 ans. Dans son rapport Vieillesse et Santé, lorsqu'il est évoqué la proportion de la population âgée, il est écrit « *les 60 ans et plus* ». ¹⁴

Or, dans le milieu médical, plus particulièrement en gériatrie, nous entendons souvent parler des personnes de 75 ans ou plus. Les services de gériatrie accueillent, effectivement, les personnes à partir de 75 ans.

L'amalgame entre personne âgée et dépendance est souvent effectué. Pourtant, « *L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. On voit donc que le seuil de 60 ans, retenu dans la définition de la dépendance, est assez conventionnel et ne correspond pas à un âge à partir duquel la dépendance deviendrait particulièrement forte.* » ¹⁵

L'âge moyen des personnes âgées lors de l'entrée en institution est de 84 ans en 2011 selon la DREES. ¹⁶

Ainsi la perception de la vieillesse est propre à chacun, elle dépend de nombreux facteurs : notre âge, nos rapports aux personnes âgées...

¹³ Disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

¹⁴ Disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

¹⁵ DUEE Michel et REBILLARD Cyril. *Contexte économique et démographique – Démographie de la dépendance des personnes âgées*. Actualité et Dossier en Santé Publique, Septembre 2006, n°56, pages 20-24. p.21

¹⁶ Disponible sur Internet: <http://www.silvereco.fr/drees-plus-de-693-000-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees/3132550>

Nous pouvons constater qu'à la télévision, la population âgée est sous représentée par rapport à la réalité. De plus, quand elle est présente à l'écran, c'est majoritairement une image dévalorisante qui est diffusée. Par exemple, les publicités vendent des produits anti-rides pour conserver une apparence jeune. La personne âgée apparaît dans les publicités pour les pompes funèbres, ou les assurances, ce qui renvoie à l'image de la mort. A contrario, l'image qui peut être renvoyée dans les films est celle de personnes sages, qui avec l'âge acquiert de plus en plus d'expérience donc de sagesse, elles ont la bonne parole.

Les personnes âgées sont catégorisées selon deux expressions : « le troisième âge » et le « quatrième âge »¹⁷. Nous pouvons ainsi noter que nous percevons la vie comme une succession d'étapes. Le « troisième âge » débute au moment de la retraite, autour de 60-65 ans, il correspond aux « jeunes personnes âgées ». La notion de « quatrième âge » est apparue dans les années 1980 dans les sociétés occidentales, les études démographiques ont montré que l'espérance de vie augmentait. Ainsi, à partir de l'âge de 80 ans, on peut parler de « quatrième âge », ce sont les « vieilles personnes âgées ». On l'évoque également lorsque le déclin lié au vieillissement commence à se faire sentir. En effet, aujourd'hui avec les progrès de la médecine, les personnes âgées sont en meilleure santé et indépendants plus longtemps, ils ressentent les effets du vieillissement plus tardivement qu'auparavant. Cette perception variable se reflète également dans les termes employés pour désigner ces personnes. On entend : « les vieux », « les retraités », « les aînés », « les seniors », « le troisième et quatrième âge ». Nous pouvons ainsi juger de l'importance des mots, ils reflètent une opinion. Ici, ces termes sont à connotations péjoratives.

L'âgisme c'est à dire le racisme anti-vieux serait plus répandu que le sexisme et le racisme selon l'OMS. Ce terme est apparu, aux Etats Unis en 1969, avec le Dr Robert Butler, gérontologue. Il le définit comme : « *un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge* »¹⁸. Lors de sa création, il faisait référence principalement aux personnes âgées, mais il s'est étendu à toutes les catégories d'âge.

Notre société occidentale a une vision plutôt négative du vieillissement. Celui-ci est souvent synonyme d'incapacités, de déchéance. Les représentations les plus communes sont la non-productivité, le repli sur soi, l'incapacité à s'adapter, les troubles mnésiques. La vieillesse

¹⁷ Disponible sur Internet : <http://science.blog.lemonde.fr/2013/12/11/le-quatrieme-age-ou-la-derniere-etape-de-la-vie/>

¹⁸ Disponible sur Internet : <http://www.agisme.ca/260/Qu-est-ce-que-l-agisme-.gerontologie>

prépare à la mort, il est dit qu'elle est « l'anti chambre de la mort »¹⁹. Pourtant comme le dit Simone de Beauvoir : « *Vivre, c'est vieillir rien de plus* ».

Dans des sociétés autres que la notre, telles qu'en Afrique, la perception du vieillissement est totalement différente. Les personnes âgées sont perçues comme des « sages », ce sont eux qui ont l'expérience ainsi c'est vers eux que les « jeunes » s'orientent pour des conseils. D'ailleurs, un proverbe l'exprime, « En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle ». Les enfants s'occupent naturellement de leurs parents devenus âgés et parfois « incapables » et dépendants, en les accueillant à leur domicile et en veillant sur eux. Comme leurs parents ont pu le faire pour eux durant leur enfance. Peut-être que cela est également dû au fait que les personnes âgées ne perçoivent pas de retraite, donc elles ne peuvent donc pas avoir accès à une place dans un établissement médico-social. De plus, « *Dans l'ensemble, en Afrique, la proportion de personnes âgées est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain, [...] les personnes âgées connaissent des difficultés d'accès aux soins inhérentes aux carences des infrastructures sanitaires en milieu rural* »²⁰. Moins d'établissements sont présents sur le territoire pour les accueillir.

Dans notre société occidentale, la majorité des personnes âgées dépendantes est placée en institution, au sein desquelles des professionnels soignants sont présents pour les prendre soins d'eux.

2.1.2 Le processus du vieillissement physiologique

Le vieillissement est un processus complexe, mais avant tout normal. L'ensemble de la population y est confrontée, ce processus débute dès la fécondation, il est continu, lent et progressif. Le vieillissement se caractérise par l'affaiblissement, la détérioration des organes et des tissus. Il est soumis à des facteurs génétiques en lien avec des facteurs environnementaux, c'est à dire le mode de vie adoptée par la personne. Ainsi, ses conséquences varient d'un individu à l'autre, puisque les facteurs sont individuels, propre à chacun selon leurs habitudes et leurs prédispositions génétiques. Une personne de 75 ans peut être dépendante et fragile tandis qu'un individu du même âge, peut être touché de manière minime, sans troubles particuliers.

« Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de

¹⁹ LEFRANCOIS Richard. *Les nouvelles frontières de l'âge*. p223

²⁰ ANTOINE Philippe. *Les relations intergénérationnelles en Afrique*. p10

maladie et, enfin, le décès. »²¹ L'ensemble de l'organisme est touché par le vieillissement. Cette dégradation des fonctions de l'organisme entraîne son affaiblissement, il a plus de difficultés à s'adapter et à gérer les situations anxiogènes.

Le vieillissement a des conséquences à tous les niveaux, c'est-à-dire sur le système métabolique, nerveux, cardio-vasculaire, locomoteur, urinaire entre autres. On observe une perte de neurone, ceux-ci sont à l'origine de nos actions, ils les commandent, ce qui explique le ralentissement dont sont sujets les personnes plus âgées.

Deux types de vieillissement se distinguent. Il existe le vieillissement normal ou sénescence, celui auquel toute personne est sujette, sans l'apparition de maladies. L'apparition de rides est de l'ordre du vieillissement normal, comme la presbytie, les troubles cognitifs, la diminution de la masse musculaire et de l'endurance entraînant la diminution de la mobilité. Tous ces phénomènes sont de l'ordre du normal, c'est-à-dire touchent, affectent tous les individus à des degrés et à un temps d'apparition variables selon chacun.

Par opposition, il existe le vieillissement pathologique. La distinction entre les deux n'est pas simple. Le vieillissement pathologique n'affecte pas tous les individus, mais le risque augmente avec l'âge et il y a la présence de maladies. Il est influencé par les aléas de la vie. Différentes atteintes font parties du vieillissement pathologique par exemple : cataracte, ostéoporose, arthrite, incontinence, Alzheimer, chutes répétées²².

Ainsi, certaines maladies sont plus présentes avec le grand âge, leur fréquence augmente mais ces pathologies ne sont pas systématiques.

Dans les services de gériatrie, on parle souvent de syndromes gériatriques. Une personne avec un tel syndrome est donc considérée comme ayant un vieillissement pathologique. Un syndrome est « *l'ensemble des signes et des symptômes qui caractérisent un état pathologique donné et permettant, par leur groupement, d'orienter le diagnostic.* »²³

Les caractéristiques plus spécifiques pour parler de syndrome gériatrique sont : la fréquence qui augmente avec l'âge, les causes qui sont multiples, la conséquence fréquente d'entrée dans la dépendance et la nécessité d'une prise en soin multifactorielle c'est à dire holistique du patient. Les principaux syndromes gériatriques sont les chutes répétées, la confusion, la dénutrition, la dépression, la perte d'autonomie, les escarres et l'incontinence.²⁴ Nous pouvons noter que ces syndromes sont variés, ils touchent différentes sphères de l'organisme.

²¹ Disponible sur Internet : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/

²² Disponible sur Internet : http://www.moncsss.com/pages/Reva/Lecon2/page_20.htm

²³ Larousse. *Encyclopédique universel*. 15^{ème} volume. Espagne : Larousse-Bordas, 2001 5940p.

²⁴ Disponible sur Internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/pathologie1-2011/sdgeriatriquesJBelmin2011.pdf>

Le risque d'apparition d'un syndrome gériatrique est variable d'un individu à un autre. Différents facteurs étiologiques entrent en jeu. Par exemple, on peut retrouver des troubles cognitifs, un isolement, des carences, une altération des systèmes sensoriels...

Il faut garder à l'esprit que vieillir n'est pas pathologique en soi, il ne s'agit pas d'une maladie.

2.1.3 Le processus du vieillissement psychologique

La vieillesse a également un retentissement sur le plan psychologique. Elle s'observe tout d'abord par des signes physiques donc extérieurs que chacun peut percevoir. Ainsi la personne vieillissante est confrontée aux regards des autres, en plus d'être confrontée à son image changeante dans le miroir. L'apparence physique change, la personne commence à perdre en endurance, la masse musculaire diminue et les douleurs se font parfois plus présentes. Ainsi, la personne prend conscience que son organisme subit les effets du vieillissement et s'affaiblit, la peur de la mort se fait plus prégnante. Ce retentissement peut avoir pour conséquences, des angoisses par rapport à cette évolution, une dépression, une image dévalorisée de soi, de son rôle. Cela peut être exacerbé par ce que peuvent renvoyer les proches de la personne ou ses connaissances, mais aussi l'apparition d'une maladie. L'esprit peut être en décalage avec cette image que renvoie notre corps, ce qui rend cette prise de conscience d'autant plus brusque et difficile.

Il est possible que le sujet tende à s'isoler, en raison d'une perte de l'estime de soi, puis des difficultés à se déplacer. Or un réseau relationnel est primordial pour continuer à se mobiliser physiquement et intellectuellement afin de maintenir ou de retrouver une image positive de soi. Le lien social « *désigne l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant partie d'un même groupe social et/ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents.* »²⁵ Chacun forge son identité sur son rapport aux autres, l'Homme a besoin de se sentir intégré et de reconnaissance, c'est un besoin vital.

L'entrée dans la dépendance est une nouvelle étape à franchir. La personne doit accepter que ses capacités ont diminuées, qu'elle n'est plus capable de réaliser les activités de la vie quotidienne, et ses activités signifiantes avec autant de performance. La personne n'est plus indépendante, elle a besoin d'une tierce personne pour l'aider à accomplir certaines de ses activités. Ce tiers peut être un proche un membre de sa famille, un voisin, ou un professionnel.

²⁵ Disponible sur Internet : www.ac-grenoble.fr/lycee/vincent.indy/IMG/doc_LIEN_SOCIAL-2.doc

2.1.4 L'amalgame entre vieillissement et dépendance

Le vieillissement est souvent associé à la dépendance dans les représentations sociales. Or ces deux concepts ne sont pas forcément liés. Le risque de basculer dans une situation de dépendance augmente avec l'âge mais il n'est pas inéluctable.

De plus, la dépendance et la perte d'autonomie sont souvent utilisées comme synonyme, pourtant on peut faire une distinction entre la notion de dépendance et d'autonomie.

Nous considérerons dans cet écrit, la dépendance comme « *l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.* »²⁶ Elle est la conséquence de l'altération des capacités de l'individu et elle traduit une situation de handicap.

Selon la CIH-2, « *le handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation.* »²⁷

Avant de définir, la perte d'autonomie, il convient d'expliquer le terme « autonomie ». « *L'autonomie est définie par la capacité de se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir, agir, accepter ou refuser.* »²⁸ En prenant appui sur cette définition, la perte d'autonomie serait l'incapacité à décider pour soi, à se fixer ses propres lois.

Donc il est important de ne pas confondre ces deux notions qui apparaissent clairement distinctes. Une personne peut être dans l'incapacité d'accomplir ses actes de la vie quotidienne et pour cela avoir besoin d'une aide. Toutefois, cela ne doit pas l'empêcher de pouvoir décider pour elle.

2.2 La dépendance

2.2.1 Définition

En gériatrie, la notion de dépendance est importante, elle fait l'objet d'un nombre important d'évaluations afin de mettre en place les aides les plus adaptées.

Pourtant, elle ne fait pas le consensus entre les experts. Il existe deux définitions, la vision médicale qui exprime l'idée que « *la personne a besoin d'aide pour les actes essentiels de la*

²⁶ Collège National des Enseignants en Gériatrie. *Chapitre 8 : Autonomie et dépendance*. In : Corpus de gériatrie. Montmorency : 2m2 Edition et Communication, Avril 2000. p. 91-100

²⁷ Disponible sur Internet : <http://dcalin.fr/fichiers/cif.pdf>

²⁸ Ibidem

vie »²⁹, elle donne une vision négative de la dépendance. Elle reflète les incapacités de la personne et un état de soumission, la personne dépendante dépend de l'autre pour survivre. La définition sociologique énoncée par Albert MEMMI en 1979 : « *la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relèvent de la satisfaction d'un besoin.* »³⁰

La définition médicale est celle qui est adoptée en majorité et ce par l'ensemble de la société, que ce soit dans les textes de lois ou dans l'esprit des gens.

Le choix de la définition est primordial, il suggère les réponses apportées. Si l'on choisit la première définition, l'approche adoptée sera davantage bio-médicale, puisque la réponse cherchera à être curative. Ainsi, avec cette approche, c'est seulement les facteurs personnels de la personne qui sont pris en compte, son état physique, psychique et cognitif. Tandis qu'en prenant la définition sociologique, on adopte une approche plus axée bio-psycho-sociale avec une réponse préventive. En effet, on ne considère pas seulement le déficit, mais également les incapacités auxquelles il conduit. Celles ci sont les conséquences de facteurs personnels (âge, prédispositions génétiques...) et environnementaux (logement, réseau social, accessibilité...). La dépendance se traduit donc par une limitation d'activité et une restriction de participation.

Avec l'approche bio-psycho-sociale que nous retiendrons, on s'intéresse à la personne, à ses facteurs personnels mais aussi à ses habitudes de vie et à son environnement, à toute la dimension sociale. Tous ces facteurs sont pris en compte, pour lui proposer un accompagnement le plus global et le plus adapté possible, puisque ces facteurs sont en interaction permanente et influencent les capacités de la personne.

Les experts sont donc en désaccord en ce qui concerne le nombre de personnes dépendantes, et sur les évaluations pertinentes et objectives puisqu'il n'y a pas de définition consensuelle. Il n'existe d'ailleurs pas d'évaluation permettant de définir précisément les aides nécessaires au niveau de dépendance de la personne puisque tous les aspects environnementaux ne sont pas pris en compte.

Divers outils existent pour évaluer cette dépendance, au sein desquels nous pouvons constater un impact important sur la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'évaluation la plus utilisée, puisqu'elle a été établie par la Sécurité Sociale afin de déterminer le degré de dépendance en vue de l'attribution d'aides est la grille AGGIR. Elle permet d'évaluer la

²⁹ Disponible sur Internet : http://www.cesr-auvergne.fr/publi/D%C3%A9pendance_personne_ag%C3%A9e_2010.pdf

³⁰ Ibidem

notion d'incapacité mais elle ne s'élargit pas à l'environnement de la personne et à ses habitudes de vie.

2.2.2 La grille AGGIR

Elle a été élaborée suite à la loi de 1997, qui avait pour objectif la gestion des ressources. Ainsi, elle visait à attribuer la prestation spécifique dépendance prévue par le décret d'avril 1997³¹, aux personnes de plus de 60 ans pour financer les dépenses liées à leur dépendance. Cette prestation a été remplacée en 2002 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui permet de la même manière de prendre en charge les dépenses liées à la dépendance. Elle est destinée aux personnes de 60 ans ou plus, ayant des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne. Pour ouvrir son droit à l'APA, il faut faire évaluer son degré de dépendance, donc par la grille AGGIR.

La grille AGGIR³² qui signifie Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources mesure le degré de dépendance à travers 10 variables discriminantes.

Les 10 variables sont :

- Cohérence : avoir un discours et un comportement logique et sensé.
- Orientation : se repérer dans l'espace et dans le temps.
- Toilette : être capable de se laver le haut et le bas.
- Habillage : être capable de s'habiller et de se déshabiller avec l'ensemble des vêtements (haut et bas).
- Alimentation : se servir et manger.
- Transferts : être capable de s'asseoir, de se lever et de se coucher.
- Élimination : gestion de l'élimination et de l'hygiène urinaire et anale.
- Déplacements intérieurs : au sein du domicile (avec ou sans aides techniques)
- Déplacements extérieurs: en dehors du domicile et sans moyens de transport
- Communication à distance : être capable d'utiliser le téléphone, la téléalarme

Ces items permettent de définir le groupe GIR de la personne concernée. Il en existe 6.

³¹ Décret du 25 Avril 1997 relatif au rapport pris en application de l'avant dernier alinéa de l'article 33 de la loi no 84-53 du 26 Janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale. Journal officiel, du 6 mai 1997, n°105. p. 6834

³² Disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Groupe iso-ressource	Niveau de dépendance et aide nécessaire
GIR 1-2	Les personnes sont considérées comme présentant une dépendance sévère. Leurs capacités physiques et/ou mentales sont altérées à tel point qu'elles ont besoin d'une présence importante pour les accompagner dans tous les actes de la vie quotidienne.
GIR 3	Ce groupe regroupe les personnes ayant une dépendance moyenne. C'est-à-dire, qu'elles ont besoin d'une aide quotidienne pour pallier leurs difficultés motrices, mais elles conservent leurs capacités mentales, leur autonomie.
GIR 4	Ce groupe correspond à une dépendance modérée. Ces personnes nécessitent une aide pour les transferts, la toilette et l'habillement, elles sont indépendantes pour les autres actes de la vie courantes, notamment dans les déplacements.
GIR 5-6	Personnes peu voire pas dépendantes, elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle.

Tableau I : Les Groupes Iso Ressources

La grille AGGIR permet d'évaluer rapidement l'état de dépendance du patient. Le niveau de dépendance du bénéficiaire de l'APA doit correspondre aux échelons 1 à 4 de la grille AGGIR.

Les variables discriminantes sont complétées par 7 variables dites illustratives, qui ne sont pas prises en compte pour définir le GIR mais sur lesquelles les professionnels se basent pour établir un plan d'aide.

Les 7 variables illustratives :

- Gestion administrative et de son budget
- Cuisine : préparation des repas
- Ménage : nettoyage, rangement, linge
- Transport : quel type de transport est utilisé ?
- Achat : la personne effectue ses courses seule, accompagnée ou pas ? ces achats sont-ils adaptés ?
- Suivi du traitement : préparation et observance
- Activités de temps libre : est-elle engagée sur l'extérieur ? A-t-elle des loisirs ?

A la lecture de ces items, il est possible de déterminer quel type d'aides est nécessaire. Par exemple, une aide à domicile pour la préparation des repas et un accompagnement aux courses, et le passage d'une infirmière à domicile pour la préparation du traitement.

L'ensemble des variables de la grille AGGIR, sont cotées selon 3 possibilités.

A : la personne le fait seule spontanément, habituellement et correctement.

B : la personne le fait seule mais non spontanément, non habituellement ou non correctement.

C : la personne ne le fait pas, besoin d'une tierce personne.

Les items sont évalués de manière libre sur des observations de la part du médecin, sans prendre en compte les aides techniques utilisées par le patient, elles sont considérées comme intégrantes à la personne.

2.2.3 Évaluation Gérontologique Standardisée

Cette évaluation a pour objectif de « repérer les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux et environnementaux pouvant affecter la santé du sujet âgé »³³. Elle permet ainsi d'élaborer le projet de soin et de mettre en place un plan d'aide adapté. L'examen initial est conseillé dès l'âge de 75 ans, il est effectué par une équipe interdisciplinaire, ce qui permet une approche médico-psycho-sociale. Cette évaluation balaye effectivement plusieurs domaines.

Tableau II : Évaluation Gérontologique Standardisée

Objectifs	Evaluations	Remarques
Évaluer les actes de la vie quotidienne	<i>Activity of Daily Living</i> et <i>Instrumental Activity of Daily Living</i> ou la grille AGGIR.	Retentissement des incapacités relevées, sur l'indépendance au domicile. Permet d'identifier le besoin d'aides à domicile.
Évaluer les fonctions cognitives	<i>Mini Mental State Examination.</i> <i>BREF</i>	Conséquences sur l'autonomie : l'organisation et la gestion du domicile, en cas d'altération.
Évaluer l'humeur	<i>Geriatric Depression</i>	Fréquent chez la population âgée et

³³ Disponible sur Internet : <http://www.fregif.org/docs/particuliers/evaluation-gerontologique-12-583.pdf>

	<i>Scale.</i>	pouvant être à l'origine d'un isolement social, et d'une perte d'autonomie.
Évaluer les habiletés sensorielles (audition, vue)	Test de la vision proche, Parinaud et test Whisper.	Déficits à l'origine d'isolement, de chute, de perte d'autonomie.
Évaluer le risque de chute et l'équilibre	<i>Tinetti. Five Times Sit to Stand Test (FTSS)</i>	Conséquences importantes sur la perte d'indépendance. Pouvant être la cause d'institutionnalisation. Permet d'identifier le besoin en rééducation, et aménagement du domicile.
Évaluer l'état nutritionnel	<i>Mini Nutritional Assessment.</i>	Population à risque de perte de poids, peut être à l'origine de complications : Sarcopénie, chutes, perte d'indépendance...
Évaluer la douleur	<i>Échelle Visuelle Analogique</i>	Conséquences sur une altération de la mobilité physique, sur la perte d'indépendance. Favoriser par le vieillissement physiologique.
Évaluer l'environnement social	Entretien, <i>échelle de Zarit</i>	La présence d'un aidant peut être facilitateur pour un maintien au domicile. Vérifier niveau d'épuisement de l'aidant.

Au vu des items de l'évaluation et des bilans utilisés, les facteurs environnementaux et psychosociaux sont rapidement abordés. Ils ont effectivement un impact sur la santé de la personne âgée. Donc, ces derniers peuvent avoir pour conséquence un isolement social. Celui-ci pourrait être davantage interrogé, ainsi que la réalisation d'activités signifiantes. L'Évaluation Gérontologique Standardisée répond aux directives nationales du Plan d'Action de Prévention. Il est écrit : « *Pouvoir éviter l'installation brutale ou progressive d'incapacités chez une personne fragile ou une personne polypathologique représente, bien évidemment, une action pertinente et efficace, tant au niveau individuel par le maintien de sa qualité de vie [...]. Il est donc important d'agir le plus en amont possible en repérant les facteurs favorisant*

ces incapacités et les causes éventuelles qui vont en provoquer la survenue. »³⁴ D'ailleurs, le Docteur Fati Nourashemi du CHU de Toulouse écrit que l'un des principaux objectifs de cette évaluation est de « *dépister les personnes âgées fragiles* »³⁵. Donc l'EGS permet aussi de mesurer la fragilité.

2.3 La fragilité

La fragilité des personnes âgées est « *un état de vulnérabilité accrue aux facteurs de stress, provoqué par la détérioration de plusieurs systèmes physiologiques* »³⁶. La fragilité sous entend donc déjà une perte ou une diminution d'une habileté, d'un système. La fragilité et l'incapacité sont donc liées. Si la personne est fragile, elle est davantage exposée à des risques d'incapacités et de dépendance. La fragilité est le stade précoce de la dépendance. « *La prévalence de la fragilité mesurée selon le modèle de Fried a été estimée à 15% de la population française au delà de 65 ans, et celle de la préfragilité à 44%.* »³⁷ On distingue les personnes âgées en trois groupes : les personnes robustes, fragiles et dépendantes.

De nombreux outils de dépistage existent mais aucun ne fait consensus. Dans la littérature, le phénotype de Fried est présenté comme le plus abouti. Il repose sur 5 critères³⁸: la perte de poids volontaire, l'épuisement, une marche ralentie, une baisse de la force musculaire et la sédentarité. La fragilité est avérée à partir de 3 symptômes positifs. L'individu est pré-fragile si il y a la présence de seulement 1 ou 2 symptômes. Ce dépistage se focalise uniquement sur les signes cliniques, il néglige les facteurs psycho sociaux notamment. De plus, il ne peut pas être réalisé par le médecin généraliste, qui ne dispose pas toujours des outils nécessaires, le dynamomètre par exemple pour mesurer la force musculaire.

Le volet A de la Grille SEGA³⁹ (Short Emergency Geriatric Assesment) ou Grille Individuelle du Niveau d'Evaluation de la Fragilité, validée en 2013, peut être complétée par toute

³⁴ Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

³⁵ Disponible sur Internet : <http://www.fregif.org/docs/particuliers/evaluation-gerontologique-12-583.pdf>

³⁶ BELAND F. et MICHEL H. *La fragilité des personnes âgées*. p. 105

³⁷ LETRILLIART Laurent, OUSTRIC Stéphane. *La fragilité en médecine générale*. In : IAGG et SFGG. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles – Livre Blanc. Suresnes : SFGG, Mars 2015, p.89-91.

³⁸ Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf

³⁹ Annexe 2

personne en contact avec la personne âgée comme un proche. Mais elle est également utilisée aux urgences, afin de décider d'une possible hospitalisation. Elle permet de déterminer, à travers douze questions simples, quel est le niveau de fragilité de la personne : peu fragile, fragile, ou très fragile.

La HAS a récemment approuvé l'outil Gérontopôle Frailty Screening Tool⁴⁰, il est basé sur le phénotype de Fried. Contrairement à celui-ci, il peut être utilisé par les médecins généralistes. Ainsi, ces derniers capables de repérer la fragilité peuvent orienter les personnes fragiles vers une structure adaptée avec une équipe interdisciplinaire de professionnels médico-sociaux pour en évaluer l'importance de manière holistique.

Effectivement, après avoir repéré une situation de fragilité, il convient de l'évaluer à travers différentes composantes : physiques, cognitives, psychologiques et sociales. En effet, selon le plan de prévention de la perte d'autonomie, l'expression de la fragilité est « *modulée par les co-morbidités ainsi que par des facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux* »⁴¹. Une fois encore, aucune évaluation n'a été identifiée à l'échelle nationale pour approfondir le diagnostic.

Selon la HAS, la fragilité est un processus réversible c'est-à-dire qu'un accompagnement adapté à la personne âgée en situation de fragilité permettrait de retarder les conséquences de cette fragilité. Ainsi, il est nécessaire d'effectuer un dépistage précoce afin de poser au plus tôt le diagnostic de fragilité, de mettre en place un dispositif de prévention en concevant un plan personnalisé de soins et de prévention. Cela permet en aval de prévenir la dépendance de la personne âgée.

« *Pour être efficace, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale - médicale (les aspects médicaux, tout en étant importants, sont trop souvent les seuls à être considérés), psychologique, sociale, mais aussi environnementale - en s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs.* »⁴² Par conséquent, il est important pour l'équipe interdisciplinaire de prendre en compte les « *activités qui entretiennent des relations sociales structurée et renforcent l'estime de soi [puisqu'elles] vont contribuer au bien-être physique, social et psychique et sont déterminants pour préserver l'autonomie au cours de l'avancée en âge.* »⁴³

⁴⁰ Annexe 3

⁴¹ Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

⁴² Ibid. p32

⁴³ Ibid. p31

2.4 La prévention en ergothérapie

2.4.1 La prévention

Selon l'OMS, « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.* »⁴⁴ Elle se distingue en 3 types.

- La prévention primaire s'effectue avant l'apparition de la maladie, elle vise à éviter l'apparition de nouveaux cas.
- La prévention secondaire intervient au début de la maladie, dans le but de retarder ou de limiter ses effets.
- La prévention tertiaire a pour but de diminuer les incapacités, lorsque la maladie est déjà installée.

En 1982, RS GORDON fait une distinction différente de la prévention, en fonction de la population concernée, et non en fonction de la période de la prévention.

- La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population sans aucune distinction.
- La prévention sélective est à l'attention d'un groupe spécifique de personnes pouvant être exposé.
- La prévention ciblée est destinée aux personnes exposées.

La prévention nécessite l'implication du patient, il est acteur, c'est lui qui doit définir ses priorités. Prévenir, c'est anticiper l'avenir.

Dans la loi du 4 Mars 2002, une politique de prévention est adoptée à l'article 79, il est écrit : « *la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population* »⁴⁵. Aujourd'hui, la promotion de la santé est donc une affaire de santé publique.

Nous considérerons, durant cet écrit, la prévention comme la prévention ciblée c'est à dire destinée aux personnes âgées diagnostiquées fragiles et non la prévention universelle destinée à l'ensemble de la population.

Dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute, il est inscrit que son rôle est de mettre « *en œuvre des soins et des interventions de prévention* »⁴⁶.

⁴⁴ Disponible sur Internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

⁴⁵ Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, 5 Mars 2002, n°1, p. 4118

Au cours de notre parcours de formation, une Unité d'Enseignement « Santé Publique » nous est enseignée au semestre 5. La Santé Publique vise à la prévention et à l'éducation à la santé. Il est de notre rôle d'être acteur dans ce domaine, nous pouvons effectuer de la prévention et de l'éducation à travers différentes modalités. Nous pouvons faire du lien avec la compétence 5 de l'ergothérapeute : « *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en Santé Publique* »⁴⁷.

2.4.2 L'ergothérapie

Ainsi, développons le rôle et les missions de l'ergothérapeute.

« *L'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* »⁴⁸. Effectivement, l'étymologie du terme ergothérapie, vient du grec *ergon* : activité, travail et *therapeia* : cure, thérapie.

Ainsi, l'ergothérapie a pour objectif de réduire, de supprimer les situations de handicaps en permettant à la personne d'accomplir ses rôles sociaux et ses actes de la vie quotidienne. Le thérapeute intervient auprès de la personne et sur son environnement. La finalité étant d'accompagner vers l'indépendance et vers une meilleure qualité de vie, en prenant en compte la personne dans sa globalité. L'ergothérapeute s'intéresse à la personne, à ses capacités, son projet, mais également à ses habitudes de vie et à son environnement humain, social et matériel.

L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale, celle-ci est indispensable avant tout accompagnement. Il est donc nécessaire que les objectifs de l'ergothérapeute et que ses missions soient identifiés par les prescripteurs. De plus, l'ergothérapeute travaille au sein d'une équipe interdisciplinaire. On peut la définir comme un « *groupe de professionnels de la santé issus de disciplines variées qui partagent leur expertise de façon démocratique, et qui établissent ensemble des plans d'intervention détaillés pour soigner leurs patients.* »⁴⁹

L'ergothérapeute commence par un entretien avec la personne, afin de connaître les trois dimensions : Personne, Occupation et Environnement. Puis en fonction de l'orientation du médecin et des problématiques de la personne, l'ergothérapeute effectue des évaluations. Ces dernières lui permettent de poser un diagnostic ergothérapique, de définir des objectifs et un plan d'intervention avec l'avis et le consentement du patient.

⁴⁶ Arrêté du 5 Juillet 210 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Journal officiel, 8 Juillet 2010, n° 156. p. 12558

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Disponible sur Internet : <http://www.anfe.fr/index.php/definition>

⁴⁹ Disponible sur Internet : www.theroyal.ca/fr/mental-health-at-the-royal/mental-health-glossary/

En gériatrie, il peut accompagner des personnes âgées dans différentes structures : en EHPAD, dans les services de gériatrie dans les hôpitaux, en hôpital de jour, en Unité de Soins Longue Durée. L'ergothérapeute peut également les rencontrer à leur domicile, dans le cadre d'un travail en libéral, en CLIC, en ESA ou EMA.

L'ergothérapeute effectue de la prévention auprès des personnes âgées. A travers l'installation, il lutte contre les attitudes vicieuses, les risques articulaires, et d'escarres. Par le biais des visites à domicile, l'ergothérapeute participe à la prévention des chutes et au maintien des capacités et de l'indépendance de la personne, en préconisant un environnement adapté. De plus, il propose des activités afin de maintenir les habiletés physiques et cognitives de la personne.

Au cours de cet écrit, nous parlerons d'accompagnement en ergothérapie. Avec l'utilisation de ce terme, l'ergothérapeute n'est pas en position de supériorité ou de savoir par rapport au patient contrairement à l'utilisation du terme « aide ». Le patient est acteur de la prévention, celle-ci nécessite son consentement et son implication. L'ergothérapeute est présent pour guider le patient, il y a une notion de réciprocité dans l'accompagnement, chacun apporte ses compétences.

2.5 Problématique et hypothèses

« Chaque année, 150 000 à 200 000 personnes âgées basculent dans la dépendance. »⁵⁰ Il est donc primordial d'effectuer de la prévention pour réduire ce chiffre. Les personnes âgées diagnostiquées fragiles sont les plus exposées à ce risque, ainsi ce sont celles vers qui axer l'action de prévention en priorité. Le dépistage est la première étape de la prévention, mais il est nécessaire d'intervenir en aval du diagnostic de fragilité. Effectivement, lorsqu'une personne est confrontée à une difficulté récurrente ou à un effort plus important, elle commence par modifier sa manière de faire. Elle s'adapte, mais elle peut progressivement finir par se désengager de l'activité car elle n'est plus aussi performante. Pourtant, il existe des solutions, telles que l'utilisation d'aides techniques ou des aménagements, qui sont déjà reconnues. L'ergothérapeute a également son rôle à jouer en accompagnant la personne dans ses activités de la vie quotidienne. De plus, si les difficultés sont détectées en amont, il est possible d'agir en prévention. Prévenir la dépendance, c'est promouvoir l'activité.

⁵⁰ Disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/01/07/la-dependance-est-d-abord-une-affaire-de-prevention_1462030_3232.html

La revue de littérature conduit à s'interroger sur la prévention de la dépendance, au stade précurseur de la fragilité. Ainsi, la problématique de ce travail de recherche est la suivante :

En quoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée diagnostiquée fragile ?

Deux hypothèses sont posées :

- La prévention de la dépendance s'opère par un accompagnement de la personne dans ses habitudes de vie en tenant compte de ses interactions sociales par l'ergothérapeute.
- L'accompagnement en ergothérapie est complémentaire aux interventions effectuées par l'équipe interdisciplinaire coordonnées par le médecin gériatre.

3 Méthodologie de la recherche

3.1 Choix de la population

La problématique porte sur la population de personnes âgées diagnostiquées « fragiles ». Ainsi, je souhaite orienter mes entretiens vers certains professionnels qui interviennent auprès de cette population, ergothérapeutes, médecins et infirmières.

Dans un premier temps, interroger des ergothérapeutes, permettra de recueillir leur pratique auprès de cette population, ce qu'ils mettent en place et sur quels aspects ils interviennent en priorité. Afin de confirmer la première hypothèse, il serait intéressant de recueillir des réponses sur la prise en compte des habitudes de vie des patients et de leurs interactions sociales. Ainsi, il sera possible de comprendre la manière dont les ergothérapeutes perçoivent leur accompagnement, l'analyse qu'ils font de leur pratique.

Ensuite, interroger des médecins et infirmiers qui travaillent avec l'ergothérapeute au cours du dépistage qui se veut multidimensionnel, permettra de corroborer ou de réfuter la seconde hypothèse. Ceci, dans le but de saisir quelles sont les missions de ces professionnels, si elles sont complémentaires avec celles de l'ergothérapeute. Enfin, il serait intéressant de savoir s'ils travaillent en collaboration.

J'ai choisi de mener des entretiens auprès de professionnels qui interviennent en Hôpital de Jour dans le diagnostic de fragilités des personnes âgées. Compte tenu de leur rôle dans la première étape de la prévention, ils identifient les fragilités, et les difficultés, ce sont les plus à même de connaître les besoins en termes de prévention à mener en aval. Effectivement, après le diagnostic, ils établissent les objectifs à atteindre en lien avec le patient et donc les actions à mettre en place, qui seront prescrites par le médecin gériatre de l'Hôpital de Jour. Par la suite, un suivi est effectué en consultation, il permet de réévaluer la situation à distance.

3.2 Choix de l'outil de recherche

Afin de recueillir les informations nécessaires pour tenter de répondre à la problématique, la méthode de l'entretien me semble la plus adaptée. L'entretien également dénommé entrevue ou interview, est défini par Madelaine GRAWITZ comme « *un procédé*

d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé »⁵¹.

Il offre la possibilité de recueillir des données d'ordre qualitatif, les personnes interrogées apporteront leurs expériences en lien avec le sujet, afin de valider ou réfuter les hypothèses posées. « *Un enquêteur interroge un enquêté [...] pour corroborer ou falsifier une hypothèse de recherche.* »⁵²

L'entretien semi-dirigé composé de questions ouvertes, laisse à l'enquêté la possibilité de s'exprimer en liberté sur le sujet défini. En effet, il permet de guider la personne à travers des questions précises en lien avec la problématique.

L'enquêteur interroge l'enquêté à travers une liste de questions préalablement préparée. L'ordre des questions n'est pas figé, elles suivent le discours de l'interviewé. Ainsi, l'enquêteur n'a pas une grande liberté durant l'entretien, il pose les questions, les reformule si besoin et il peut demander de préciser certaines notions abordées par l'enquêté. Mais en aucun cas, l'enquêteur entre dans la discussion.

Dans l'élaboration de l'entretien, il faut privilégier les questions neutres qui n'orientent pas l'avis de l'enquêté. Les questions orientées, qui retranscrivent notre avis et nos attentes, doivent se trouver à la fin de l'entretien, dans le cas où nous n'obtenons pas les réponses attendues.

Toutefois, l'entrevue présente des biais. L'enquêté peut déduire par la formulation des questions ou la posture de l'enquêteur, les réponses qui sont attendues, il peut être influencé. De plus, il est possible que l'enquêté ne se livre pas entièrement et librement, en raison du contexte de recherche qui peut être générateur de stress, il veut « répondre correctement ». En sciences sociales, les résultats de l'entretien sont pris tels qu'ils sont, il s'agit de l'avis, de l'expérience d'une personne en particulier.

3.3 Démarche de recrutement

Afin de faciliter les rencontres, j'ai choisi de cibler mes recherches sur deux structures avec des caractéristiques différentes qui ont retenu mon attention. Le premier, est un hôpital de jour destiné au dépistage de la fragilité, que nous appellerons Établissement A. Il a ouvert récemment, c'est-à-dire il y a moins d'un an, actuellement, il dispose de 2 lits en hôpital de

⁵¹ GRAWITZ Madelaine, *Méthodes des sciences sociales*. p742

⁵² DEPELTEAU François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. p316

jour. Il regroupe deux médecins, une ergothérapeute, trois infirmières, une assistante sociale, une diététicienne, et un kinésithérapeute. Le second, est un hôpital de jour gériatrique, que nous appellerons Établissement B, au sein duquel sont effectués des dépistages de fragilité. Il est composé de 5 lits en hôpital de jour depuis maintenant 6 ans. On retrouve trois médecins, trois infirmières, une ergothérapeute, un kinésithérapeute, une assistante sociale et une diététicienne.

Le contact avec l'Hôpital de Jour Fragilités A, s'est effectué par téléphone. Un échange avec l'infirmière a permis d'explicitier le sujet et la démarche. L'infirmière était intéressée de participer à la recherche, elle a pu faire le lien avec l'ergothérapeute et le médecin. Un rendez vous a été fixé pour effectuer les trois entretiens durant un après midi.

Pour l'établissement B, un mail expliquant la démarche a été envoyé aux trois médecins qui interviennent sur l'hôpital de jour. Un seul médecin a rendu réponse, il a conseillé de contacter son collègue. Malgré les relances, ce dernier n'a pas répondu. Ainsi, un appel téléphonique au secrétariat a permis de recueillir le mail de la cadre de santé. Elle a fait le lien avec l'ergothérapeute et l'infirmière, et elle a pu organiser une rencontre.

3.4 Construction de l'entretien

Pour sélectionner les questions de l'entretien⁵³, j'ai choisi d'inscrire dans un premier temps ce que je souhaitais savoir, ce que je voulais recueillir comme information en fonction de chaque hypothèse.

Ainsi j'ai pu construire un tableau, avec chacune des questions en lien avec mes attentes.

Tableau III : Elaboration de la grille d'entretien

Questions	Attentes
Quel est votre rôle dans le diagnostic de fragilités ?	Connaissance du terme diagnostic de fragilités. Rôle et spécificités de chaque professionnel
Quels sont les principaux risques d'entrée dans la dépendance que vous observez ?	Ont-ils observé que l'isolement et le désengagement dans les habitudes de vie ont un impact sur la dépendance ?

⁵³ Annexe 4

En quoi le manque de lien social, l'isolement augmente t-il le risque de dépendance selon vous ?	Perception de l'isolement et de ses impacts
Lors de l'évaluation, de quelle manière prenez vous en compte ses habitudes de vie ? et ses relations sociales ?	Quels bilans sont utilisés ? Comment l'ergothérapeute s'intéresse t-il aux habitudes de vie ?
Quelles actions sont mises en place, à l'issue du diagnostic pour pallier à la dépendance ?	Lien avec les résultats de l'évaluation. Sont-elles en lien avec la perturbation du lien social ?
En quoi votre rôle est-il complémentaire à celui de vos collègues ?	Une vision spécifique. Travail en collaboration.
Comment les médecins et l'équipe interdisciplinaire ont ils identifier le rôle de l'ergothérapeute selon vous ?	Connaissance ou méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute. Impact sur leur collaboration ?

3.5 Déroulement des entretiens

A chaque début d'entretien, le contexte de l'entrevue et les conditions de celle-ci ont été précisés. Puis la démarche de recherche, la problématique ont été expliqués ainsi que, la durée de l'entrevue qui avait été estimée à trente minutes maximum.

Un formulaire de consentement⁵⁴ a été remis aux enquêtées, il stipule que les entretiens seront anonymes, et qu'il est nécessaire de les enregistrer afin de faciliter l'analyse.

Les entretiens ont duré en moyenne vingt minutes.

Lors du premier entretien, qui s'est déroulé avec l'ergothérapeute de l'établissement A, l'échange a eu lieu dans la salle de rééducation qu'elle partageait avec les kinésithérapeutes. Ainsi, au début d'entretien, son collègue était présent avec une patiente. Lors des entretiens suivants, nous avons eu la possibilité de nous isoler dans une salle, ce qui était plus propice à l'échange.

⁵⁴ Annexe 5

Les professionnelles n'ont pas eu accès aux questions avant l'entretien, elles les découvraient au fur et à mesure. De cette manière, les réponses étaient spontanées, et non préparées.

4 Résultats

4.1 Présentation des personnes interrogées

Professionnelle	Année de diplôme	Années d'exercice dans l'établissement	Expériences
Ergothérapeute A	2007	1 an et demi	SSR, EHPAD
Infirmière A	2005	8 ans	Urgences, médecine (court séjour gériatrique)
Médecin A	2015	1 an	Gériatrie
Ergothérapeute B	1994	5 ans	SSR
Infirmière B	1982	29 ans et 5 ans en HdJ	Gériatrie

Les éléments issus des entretiens seront répertoriés en fonction des thématiques, qui apparaissent dans la grille d'entretien, afin de les analyser en croisant les données.⁵⁵

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Le rôle de l'ergothérapeute dans le diagnostic

Le rôle de l'ergothérapeute dans le diagnostic de fragilité au sein de l'établissement A, est de « *chercher le risque de chute et également évaluer l'impact des troubles cognitifs sur les activités instrumentales de la vie quotidienne.* » et « *d'essayer de mettre la personne en fait en situation de vie quotidienne, pour voir si il y a un impact.* » (EA, I. 3/7).

L'ergothérapeute s'intéresse tout particulièrement aux activités de la vie quotidienne, si la personne est indépendante dans leur réalisation, « *parce que c'est ce qu'on nous demande ici. Enfin c'est... en gériatrie, c'est ce qui est déterminant à l'hôpital pour les sorties.* » (EA, I.

⁵⁵ Annexe 6

64-66). Lorsque je lui demande si les loisirs de la personne sont pris en compte, elle me répond : « *quand on peut, quand les séjours sont un petit peu plus long, là du coup on arrive à chercher un petit peu plus les loisirs* » (EA, l.66-67). Elle m'explique que son objectif est de « *maintenir leurs activités* », en ciblant « *les activités qui restent en place, et pour voir s'il y a des choses à proposer derrière* » (EA, l.46-48), parce que « *plus elles vont faire les choses et mieux ce sera* » (EA, l.56).

Quand je l'interroge sur sa prise en compte des relations sociales, elle me répond qu'elle recherche « *s'il y a des aidants dans l'entourage surtout* » (EA, l. 52), sinon « *En tant qu'ergo, non, vu que du coup, il y a un temps d'assistante sociale. C'est vraiment elle, qui s'occupe du versant social.* » (EA, l.125)

C'est l'ergothérapeute de l'établissement A qui a mis en place les évaluations qu'elle effectue, dans le diagnostic de la fragilité. Les bilans ont été choisis, « *dans la discussion avec le gériatre, voir ce que lui, il attendait de cet HdJ là* » (EA, l.116), puis elle lui a « *présenté les bilans qu'[elle voulait] faire, qu'[elle voulait] proposer et il a validé* » (EA, l. 113-114).

L'ergothérapeute de l'établissement B explique, que son rôle est « *autour de l'autonomie, essentiellement, des capacités d'autonomie de la personne, sur les soins personnels, sur les stratégies, on va dire de déplacements, au niveau des gestes du quotidien et aussi sur l'aménagement du domicile.* » (EB, l.4-6). Elle évalue ces items à travers « *une évaluation de l'équilibre en situation d'activité de la vie quotidienne* » (EB, l.11-12), « *du BME⁵⁶, du Bilan Modulaire* », « *du bilan gestuel et du module des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales* », « *le questionnaire environnemental et social* » (EB, l.15-17). Ainsi, son rôle est de « *mettre en situation avec les différents items, à la fois du bilan d'équilibre et d'évaluation des activités de la vie quotidienne, avec habillage/déshabillage aussi* » (EB, l.19-21).

De plus, au cours de l'entretien lorsque je l'interroge sur le lien social, elle rajoute que son rôle est de rechercher « *s'il y a des aides à domicile, s'ils ont encore de la famille et à quelle fréquence, ils viennent les voir* », « *s'ils ont un bon voisinage* » (EB, l.72-74). Elle leur demande s'ils ont « *des activités encore en cours* », « *s'ils se sentent isolés, aussi, s'ils s'ennuient* », à travers « *un questionnaire* » (EB, l.74-76). Elle m'explique qu'ils « *vont peut être pas forcément le dire pile en évaluation, c'est plutôt après* » (EB, l.84).

⁵⁶ Bilan Modulaire d'Ergothérapie : évaluation des fonctions cognitives, motrices et sensorielles, des AVQ et des facteurs environnementaux.

4.2.2 Le rôle de l'infirmière dans le diagnostic

Le rôle de l'infirmière de l'établissement A dans le diagnostic de fragilité, est de faire « *les bilans de chute sur prescription médicale. On fait la recherche d'hypotension orthostatique* », « *bilan sanguin* », « *la télémétrie pour les gens qui sont scopés, ça nous permet de suivre, de détecter les troubles du rythme* ». « *Après il y a toute la partie risque de dénutrition, donc la part le biais du MNA⁵⁷, des feuilles de surveillance alimentaire, les alertes diet ou pas et les conseils qu'on peut donner.* » (IDE A, I.6-10). Puis elle évoque l'évaluation des troubles cognitifs, « *donc là avec le MMS⁵⁸* », « *et puis aussi les risques de dépression ou de tristesse c'est pareil sur la mini GDS⁵⁹* » (IDE A, I.11-12). Dans la suite de l'entretien, elle rajoute qu'à travers la rencontre avec la famille, son objectif est également de « *voir si l'aidant n'est pas épuisé* ». (IDE A, I.93).

Dans l'établissement B, l'infirmière fait le point avec le patient sur « *les antécédents, le traitement, l'histoire de la maladie, l'anamnèse, pourquoi il vient* » (IDE B, I.32-35). Elle effectue, en plus, une « *évaluation nutritionnelle* », « *l'évaluation de la douleur, les évaluations de tension, l'évaluation des fonctions sensorielles : l'ouïe, l'audition et... et la dentition* » (IDE B, I.35/39). « *On aura donc la recherche [...] de la mobilité, du moral, du sommeil.* » (I.80), « *Sauf, que si il y a le kiné, on fera pas la mobilité, comme je te disais, s'il y a la diet, on ne fera pas la nutrition, s'il y a l'assistante sociale, on ne fera pas le dernier volet social.* » (IDE B, I.80/87).

Les infirmières s'appuient sur des données biologiques, et plus techniques que l'ergothérapeute.

4.2.3 Le rôle du médecin dans le diagnostic

Le médecin de l'établissement A m'explique qu'elle intervient sur « *tout ce qui est de l'ordre du médical, donc ce qu'on peut repérer à l'examen clinique de fragilité* » (Med, I.2-3). Elle repère « *les fragilités liées à toutes les autres... à toutes les pathologies médicales* » à travers un « *examen neurologique, l'examen articulaire* » et un entretien. Puis aussi, « *la prescription d'examens complémentaires parfois* » (Med, I.11-12/17). Selon elle « *le médecin est vraiment initiateur* » de la démarche, il sait « *s'entourer de plus, enfin de d'autres... d'autres professionnels pour, pour... l'aider* » (Med, I.5-6). C'est celui qui intervient en amont

⁵⁷ Mini Nutritional Assessment : évaluation de l'état nutritionnel (normal, risque de malnutrition, malnutrition).

⁵⁸ Mini Mental State : évaluation des fonctions cognitives et mnésiques.

⁵⁹ Geriatric Depression Scale : évaluation qui indique la probabilité de dépression.

avec l'examen clinique, et en aval suite aux évaluations de l'équipe interdisciplinaire pour mettre en place les actions nécessaires à la prévention de la dépendance.

Le médecin s'intéresse plus particulièrement aux données médicales, quelles sont les causes organiques, psychiques des incapacités. Tandis que l'ergothérapeute évalue les répercussions de celles-ci.

4.2.4 Les principaux risques d'entrée dans la dépendance constatés

Le risque de chute est celui cité en premier lors de 4 entretiens :

- « *il va y avoir le risque de chute* » (EA, l.14)
- « *la chute est un facteur très favorisant de rentrer dans la dépendance* » (EB, l.25-26)
- « *c'est la chute, la dénutrition, les troubles cognitifs* » et lorsque que je lui demande si l'un de ces risques est plus fréquent, « *peut être la chute* ». (IDE A, l. 20/26)
- « *en majorité, c'est des risques de mobilité, des risques de chutes* » (IDE B, l.56).

Le médecin l'évoque également, « *les troubles de l'équilibre, le risque de chute qui est croissant jusqu'à ce qu'il y ait vraiment une perte de mobilité* » (Med, l.31-32). Elle parle également « *les difficultés de mémoire* », en expliquant que « *la personne ne se rend pas vraiment compte qu'elle n'arrive plus à faire les choses.* » (Med, l.24/28). Elle rajoute que « *les difficultés de mémoire débutantes c'est vraiment les choses qu'on traque pour pouvoir prévenir un petit peu l'entrée dans ce type de dépendance là.* » (Med, l.30). Elle conclue en disant : « *C'est ces deux choses là peut être les plus importantes.* » (Med, l.36), donc le risque de chute et les troubles mnésiques.

Les difficultés de mémoire sont également nommées par l'ergothérapeute B : « *Quand on est sur des fragilités cognitives qui s'installent, forcément, avec l'entrée dans la démence, ou maladie d'Alzheimer ou apparentée.* » (EB, l.26-27), l'infirmière B : « *c'est aussi les risques... liés à la mémoire* » (IDE B, l.62). L'ergothérapeute A, ne me parle pas de troubles mnésiques, mais dit qu'on « *va avoir des apraxies*⁶⁰ » (EA, l.14).

La dénutrition est également citée comme l'un des principaux risques d'entrée dans la dépendance, mais uniquement par les infirmières. On peut lire dans la retranscription de l'entretien de l'infirmière B : « *les risques par rapport à la nutrition, où ils s'affaiblissent* » (IDE B, l.59).

L'infirmière de l'établissement A, explique que tous ces risques sont souvent « *concomitants les uns aux autres* » (IDE A, l.22).

D'autres éléments sont cités une seule fois lors des entretiens.

⁶⁰ Apraxies : difficultés à réaliser des mouvements avec ou sans manipulation d'objet

L'infirmière B parle des « *risques de continence urinaire ou pas, ou fécale* » et des « *risques quand même des organes vitaux* », comme facteurs favorisant l'entrée dans la dépendance. (IDE B, l.60/67)

L'ergothérapeute de l'établissement B, nous dit « *quand il y a eu un souci médical d'importance, voilà bien sûr ça entraîne le risque d'entrer dans la dépendance.* » (EB, l.28-29). Elle nomme également un « *ralentissement entre guillemets, enfin naturel* » qui fait « *qu'ils limitent progressivement leurs activités* » (EB, l.37-39).

4.2.5 Le manque de lien social est-il en lien avec le risque d'entrée dans la dépendance ?

L'ergothérapeute de l'établissement A exprime que l'isolement n'a « *pas forcément* » un impact sur la dépendance. (EA, l. 35) En premier lieu, elle avait répondu : « *sincèrement je... là comme ça je sais pas (rire)* » (EA, l.33)

Quant à elle, l'ergothérapeute B pense que « *c'est un facteur important, qui est variable en fonction de la vie de la personne* » et que « *ça rentre énormément en ligne de compte* » (EB, l.44/48). En effet, elle développe en expliquant l'impact sur la dépendance : « *cet aspect là des choses est très important aussi dans le maintien de l'autonomie et le maintien du dynamisme, et de la gestion du quotidien.* » (EB, l. 63-65).

Lorsque j'interroge le médecin sur l'impact du manque de lien social sur le risque d'entrée dans la dépendance, elle me répond : « *Je sais pas si ça augmente vraiment le risque de dépendance mais en tout cas... s'il y a personne autour pour justement alerter sur ces fragilités qui sont... Les personnes bienveillantes de l'entourage se rendent compte des difficultés de mémoire, se rendent compte des troubles d'équilibre, des pertes d'appétit etc, même si la personne elle-même ne s'en rend pas compte, ou ne veut pas en parler. Et là, quand il n'y a pas d'entourage, finalement, la sonnette d'alarme est tirée souvent trop tard, enfin très tard, quand la dépendance est déjà finalement installée.* » (Med, l.40-46)

L'infirmière A développe le même argument : « *c'est repéré trop tard* », « *s'il y a peu d'entourage, les gens qui sont là repèrent plus tardivement* ». (IDE A, l.30-31)

De plus, le fait d'être entouré permettrait de « *pallier aux difficultés* », « *ça va s'équilibrer, ils vont faire à deux* ». (Med, l.49/51) « *Si on a des fragilités qui vont faire venir dépendant et qu'on est seul, il y a personne pour, pour nous aider à rester autonome.* » (Med, l.56-57).

L'infirmière B développe sa réponse, en expliquant que « *quelqu'un qui a toujours été isolé ce sera pas forcément une augmentation de risque* » (IDE B, l.98-99). En effet selon elle, « *ceux qui vivent dans les petites communes, sont en général, ils peuvent vivre seuls*

mais ils ne seront pas isolés. Parce qu'il y aura des voisins qui verront leurs volets, qui passeront s'il y a quelque chose de pas normal. Alors qu'en ville dans un appartement, on est proche de beaucoup de gens mais en fait, très isolé » (IDE B, l.101-104). Elle ajoute que « *si quelqu'un est seul, et qu'il sait s'entourer d'aides extérieures, il est pas forcément seul* », et que « *nous on est moins en difficulté, vis-à-vis des gens qui adhèrent au plan qui le mettent en place et qui sont du coup plus isolés* » (IDE B, l.120-122).

De plus, le médecin et l'ergothérapeute B sont d'accord pour dire que l'entourage permet de stimuler les fonctions cognitives, « *le fait d'être bien entouré, stimule aussi la mémoire* » (Med, l.47) et l'isolement « *créé un manque de stimulation, de contact, de discussion, donc tout ce qui fait que le cerveau doit être actif* » et « *on est sollicité, donc stimulé. Quand il y a plus ça, bien, ça accélère cette entrée en dépendance* » (EB, l.49-53).

L'isolement a aussi un impact négatif sur l'humeur, ce qui favoriserait l'entrée dans la dépendance : « *Il y a aussi un aspect thymique qui rentre en ligne de compte* », avec « *la dépression qui s'installe* », « *une perte d'envie aussi, pour tout le reste* ». (EB, l.63-65). Pour l'ergothérapeute B, c'est « *assez primordial quand même dans une certaine motivation à vivre en fait. Après, chaque personne, il y en a qui sont très solitaires, donc pour qui ça dérange moins, et pour d'autres ça peut être très impactant.* » (EB, l.66-67).

4.2.6 Les actions mises en place à l'issue du diagnostic

L'élément qui ressort lors de chaque entretien est celui de la mise en place des aides à domicile.

L'ergothérapeute A dit « *le plus important, c'est aussi la discussion avec tous les intervenants autour de la personne* », « *une infirmière qui passe* », (EA, l.74-75) et « *un suivi kiné ou l'intervention d'un ergo* » (EA, l.70).

L'infirmière A répond « *prescrire de l'ergothérapeute, on peut prescrire de l'orthophonie [...] de la kiné* » (IDE A, l.53). Le médecin aussi pense à un relais extérieur : « *on oriente vers des professions de rééducation : les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes* » « *et les différentes aides à domicile* » (Med, l.71-72).

L'infirmière B justifie la mise en place d'aide à domicile : « *Et au niveau aides humaines, c'est tout ce qu'on peut trouver soit pour la toilette, soit pour les médicaments, soit le ménage, l'entretien de la maison, les sorties... les sorties à l'extérieur accompagnée. Les accueils de jour pour qu'ils soient un peu en communauté* » (IDE B, l.136-138).

L'ergothérapeute B parle également des « *services de maintien à domicile* » (EB, I.113) et de son rôle par la suite. Elle m'explique que les « *prises en charge en ergothérapie c'est une fois par semaine, pendant 45 minutes en individuel* » (EB, I.98), « *c'est donner les informations sur tout ce qui existe* », « *on travaille le maintien au niveau de l'autonomie* », « *j'interviens auprès de la famille pour leur demander, enfin pour les mettre en éveil* » (EB, I.141-143/114).

Les professionnelles de l'établissement B, évoquent ensuite les mêmes points : « *accéder à la téléalarme* », « *après, tout ce qui est aménagement du domicile* » (EB, I.119/125). « *le réaménagement d'un logement* » et « *le fait qu'il se mette en sécurité avec une téléalarme* » (IDE B, I.132/133)

Dans l'établissement A, l'infirmière m'explique les actions qu'ils mettent en place en lien avec l'isolement social. « *on donne des plaquettes de ... On travaille beaucoup avec le CLIC, donc on essaie d'informer la famille et l'assistante social de l'hôpital [...], qui] va mettre des choses en place.* » « *On peut alerter aussi les aides à la maison* », « *On s'assure avant qu'ils partent, que les aides soient bien au clair avec la sortie* » (IDE A, I.61-62/67-69).

Pour le médecin de l'établissement A, « *la plupart des actions sont de l'ordre de la rééducation, ou des mesures, des petits conseils du quotidien [...] soit au niveau moteur, soit au niveau entretien des facultés cognitives, de communication, de la mémoire, soit au niveau d'adaptation du... logement* » (Med, I.61-64). Elle précise que les actions mises en place sont « *surtout des procédures qui ne sont pas médicamenteuses* » (Med, I.67).

L'ergothérapeute B avoue qu'ils travaillent « *moins, tout le travail de socialisation* » (EB, I.144).

4.2.7 Le rôle complémentaire de l'ergothérapeute et de l'équipe interdisciplinaire

Les professionnelles ont pu expliquer que chacun abordait la situation de la personne avec un regard différent, une approche spécifique à ses compétences professionnelles.

« *On a tous un regard différent avec nos... des compétences différentes.* » (EA, I.87)

« *on peut discuter tous ensemble, chacun un petit peu avec son approche* », « *chacun à son approche sur le [...] même problème* » (Med, I.114-115)

« *On a chacun un regard très différent sur la personne* » (EB, I.182)

Au contraire, l'infirmière B pense que « *c'est plus à la limite complémentaire à ce que peut faire un kiné* » (IDE B, I.154). Elle ajoute « *Quand, on fait des évaluations avec l'ergothérapeute, c'est très intéressant, nous on fait notre EGS, [...] sans la partie ADL, et IADL, parce que c'est l'ergothérapeute qui va la faire* » (IDE B, I.156-158). Pour elle,

« *L'ergothérapeute est une personne qui a des... une expertise en rééducation, mais elle a aussi ce côté lié à l'ergonomie* » (IDE B, l.148-149). De plus, nous pouvons constater que tout au long de l'entretien, l'infirmière B n'a pas nommé l'ergothérapeute une seule fois avant que je l'interroge sur le rôle de ce dernier.

L'ergothérapeute B explique qu'elle a « *quand même l'aspect du domicile* » (EB, l.180). Puis « *par exemple en kiné, eux il y aura cette évaluation très chiffrée [...] ça permet de voir l'évolution* » et « *moi mon appréciation en tant qu'ergo, c'est de voir à quel point il est peut être plus à l'aise et il se met moins en danger dans les stratégies* ». « *ma collègue psychomot, elle, elle est très autour du ressenti du corps* » (EB, l.182/187/195).

Quand j'interroge les ergothérapeutes sur la manière dont leurs collègues ont identifié leur rôle, l'ergothérapeute de l'établissement A, pense que ses collègues ont repéré qu'elle intervenait du « *côté fonctionnel* » (EA, l.102). L'ergothérapeute de l'établissement B, quant à elle, m'explique que « *ça c'est plus compliqué* » (EB, l.160).

L'infirmière A explique que l'ergothérapeute a son rôle à jouer « *comme support pour des conseils* », c'est à dire « *dire quelle aide technique utiliser* » par exemple (IDE A, l.107-109). Mais, l'ergothérapeute a aussi un rôle d'évaluateur, « *c'est elle, qui a évalué tous les actes de la vie quotidienne* », « *les mettre en situation* » (IDE A, l.111).

Pour le médecin, « *l'ergothérapeute a vraiment tout un champ qui est vraiment spécifique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la mobilité qui est au-delà de ce que nous... le médecin peut évaluer par un simple examen neurologique, qui est au-delà de ce que l'assistante sociale et l'infirmière peuvent évaluer* » (Med, l.107-110). « *C'est vraiment plus poussé dans un domaine* », « *on lui apporte la raison médicale pour certaines choses* ». « *Le rôle de l'ergo [...] c'est de voir tout en fonctionnel, [...] le résultat sur le quotidien* » (Med, l.112/120/122). Elle exprime aussi qu'elle aimerait « *avoir accès à un peu plus de rééducation de ce type là* », « *pour valoriser vraiment ce qu'ils [les personnes âgées] arrivent à faire* », et « *pour ce que ça ait moins de répercussions possibles sur le quotidien* », « *pouvoir prescrire un suivi aussi* » (Med, l.130/132/134/135).

L'ergothérapeute B développe « *quand on est vraiment sur une perte d'autonomie, là mon rôle est plus identifié. Quand il y a vraiment aussi un réel besoin de matériel, c'est plus identifié. Quand on est vraiment sur une forme un peu plus de stimulation motrice par rapport aux gestes de vie quotidienne, je pense que c'est moins évident* » (l.161-164). « *on travaille quand même de façon très isolée* », elle dit d'ailleurs : « *je ne vois jamais ce qu'ils font en fait (rire)* », « *il y a peu de partage autour de la prise en charge, donc chacun met en place des outils et la façon de travailler qu'il décide.* » (EB, l.165-168). Ce qui reflète peut être d'ailleurs, le fait que sa collègue, l'infirmière B, n'ait pas évoqué le rôle de l'ergothérapeute durant l'entretien, jusqu'à cette question qui l'aborde directement.

5 Discussion

5.1 Conclusion de l'enquête

Dans la partie théorique, nous avons pu observer à travers la revue de littérature, qu'il n'existe pas de consensus concernant un protocole pour repérer les fragilités chez la personne âgée. Les items à évaluer se recoupent dans les écrits, ils sont sensiblement identiques en se basant sur l'EGS, mais il n'existe pas d'évaluation commune tous les centres de diagnostic. De même, le rôle de l'ergothérapeute n'est pas explicité dans les écrits.

Nous pouvons constater au vu des entretiens, que les ergothérapeutes s'intéressent tout particulièrement aux risques de chutes et à la réalisation des activités de la vie quotidienne lors du diagnostic des fragilités en Hôpital de Jour. Ainsi, elles évaluent l'équilibre, les déplacements, puis les fonctions cognitives, les capacités physiques de la personne, et son indépendance dans les activités de la vie quotidienne. De même, par le biais d'un entretien ou d'un questionnaire, elles interrogent la personne âgée par rapport à son environnement physique et humain.

Les habitudes de vie telles que définies par Patrick Fougeyrollas dans le Processus de Production du Handicap comme : « *une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel* »⁶¹, ne sont pas prises en compte de cette manière par les ergothérapeutes. Elles semblent davantage considérer les habitudes de vie comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, ce qui est exact, mais également incomplet puisque les rôles sociaux ne sont donc pas pris en compte.

Ainsi, elles utilisent des bilans tels que le BME, et elles mettent les personnes en situation de vie quotidienne. Une orientation bio-médicale semble se dégager de leur approche.

En parallèle, en interrogeant les infirmières et le médecin sur leur rôle dans le diagnostic des fragilités, nous pouvons noter que l'orientation est identique. L'ensemble de l'équipe recherche plus particulièrement si la personne est en capacité ou non d'accomplir ses tâches à domicile, si son état de santé physique et cognitif le lui permet.

Toutefois, cela peut s'expliquer par les risques majeurs d'entrée dans la dépendance qui ont été observés par les professionnelles interrogées. Elles évoquent le risque de chute en premier lieu, puis les troubles cognitifs comme étant les plus fréquents et les plus importants. Ce qui pourrait justifier l'orientation choisie au cours de l'évaluation, afin de détecter ces risques de façon prioritaire et pouvoir proposer un plan d'action par la suite.

⁶¹ Disponible sur : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie>

Ensuite, le lien entre l'augmentation du risque de dépendance et l'isolement est repéré par 4 personnes interrogées sur 5. Elles nomment toutes que le lien social est primordial principalement pour l'alerte ou le signalement des difficultés du proche, qui permet de diagnostiquer les déficiences et d'agir plus rapidement. Effectivement, la personne âgée et toute personne en général, est souvent dans le déni de ses troubles, ou ne les perçoit pas forcément. C'est l'entourage qui est initiateur d'une consultation chez le médecin, puisqu'il perçoit les répercussions au quotidien, le changement.

Deux professionnelles perçoivent aussi l'intérêt des interactions sociales par rapport à la stimulation cognitive. Le lien social permet de rester en éveil au niveau cognitif, il est nécessaire de répondre aux sollicitations extérieures, lors d'une discussion par exemple, la personne reste concentrée et échange avec son interlocuteur. Cela sollicite ses capacités mnésiques, de concentration, de théorie de l'esprit... De même, rester en contact avec autrui peut permettre comme le souligne l'ergothérapeute B, de conserver une thymie à connotation positive. Nous pouvons lire qu' « *une personne âgée sur quatre est seule* »⁶², nombreux sont ceux qui disent souffrir de solitude.

L'infirmière B fait le constat que les personnes vivant en milieu rural ne sont pas forcément plus isolées que celles résidant en ville. Effectivement, une étude a été réalisée en 2014, elle indique « *33% des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement contre 21% des personnes âgées résidant au sein d'une commune rurale.* »⁶³ Nous pouvons noter que l'isolement est plus significatif dans les grandes villes.

Bien que le lien puisse être établi entre la dépendance et le lien social celui-ci est pris en compte principalement de façon à savoir si la personne a un entourage aidant, s'il y a une solidarité familiale. Les professionnelles, lors du diagnostic, recherchent si des aides à domicile sont en place, ou si l'entourage est présent et s'il est aidant, toujours dans le but de prévenir le risque de chute ou l'alerter, ou encore pour pallier à une perte d'indépendance.

Les actions proposées à l'issue du diagnostic sont de l'ordre de la mise en place d'aides humaines. Ces actions ont pour but de pallier aux difficultés de la personne dans sa vie quotidienne. Ainsi, elles ne sont pas de l'ordre de la prévention. Le recours aux aides humaines est plutôt à l'encontre de la démarche de promotion de la santé, puisque cela ne favorise pas la participation sociale de la personne, bien au contraire elle va dans le sens de

⁶² Disponible sur Internet :

https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/dp_solitudes_2014_def_fiches_exemples.pdf

⁶³ Ibidem

la perte d'indépendance. Comme l'exprime l'ergothérapeute A, qui explique aux patients : « *moins vous faites, moins vous saurez faire* ».

Toutefois, suite au diagnostic, le relais vers des professionnels de rééducation tels qu'un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, est effectué afin de permettre le maintien des capacités de la personne âgée.

Ainsi, nous pouvons poursuivre avec la vision des infirmières et du médecin sur le rôle de l'ergothérapeute. Celui-ci n'est pas toujours très bien identifié, une infirmière fait l'amalgame avec l'ergonomie. Son rôle dans l'aménagement du domicile, et ses connaissances sur les aides techniques semblent bien repérés, tout comme sa spécificité dans les activités de la vie quotidienne. Ce sont ces spécificités qui font de l'ergothérapeute un professionnel complémentaire à l'équipe interdisciplinaire, selon les personnes interrogées. De même, chacun apporte son regard sur la situation, grâce à une formation différente et donc des compétences différentes.

Toutefois, le rôle de l'ergothérapeute au niveau du lien social ne semble pas évident pour les personnes interrogées, même pour les ergothérapeutes.

De plus, même si ses missions apparaissent clairement comme complémentaires, cela ne signifie pas pour autant que chacun travaille en collaboration. En effet, comme nous pouvons le constater dans l'établissement B, ils travaillent de manière cloisonnée, puisqu'il y a peu de partage entre chaque professionnel, selon l'ergothérapeute B.

5.2 Vérification des hypothèses

Les apports théoriques en première partie et les entretiens réalisés ont pour but de valider ou de réfuter les hypothèses émises afin de répondre à la question de recherche. Tout d'abord, rappelons la question de recherche.

En quoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée diagnostiquée fragile ?

La première hypothèse était : *La prévention de la dépendance s'opère par un accompagnement de la personne dans ses habitudes de vie en tenant compte de ses interactions sociales, par l'ergothérapeute.*

La prévention de la dépendance commence par le diagnostic des fragilités. Le stade de la fragilité précède celui de la dépendance comme nous avons pu le voir dans la première partie. Ainsi, le diagnostic est l'une des étapes de la prévention, plus il aura lieu rapidement, plus les fragilités seront dépistées à un stade précoce, et donc les actions mises en place auront un impact pour prévenir la dépendance. Le stade de la fragilité étant réversible, les actions mises en place peuvent permettre de maintenir la situation.

Donc, lors du diagnostic de fragilité, l'ergothérapeute intervient sur l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne, et plus particulièrement sur l'évaluation de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes accompagnent ainsi les personnes dans la réalisation de leurs habitudes de vie. Toutefois, elles ne prennent pas en compte leurs rôles sociaux. Ces éléments ne peuvent permettre de valider totalement la première hypothèse. En effet, elles n'ont pas identifié leur rôle par rapport à la participation sociale.

Pourtant, il existe des évaluations qui pourraient être utilisées lors du diagnostic, pour évaluer les habitudes de vie, les rôles sociaux et l'environnement de la personne. Ces bilans sont la MHAVIE : Mesure des HABitudes de VIE et la MQE : Mesure de la Qualité de l'Environnement.

La MHAVIE basée sur le Processus de Production du Handicap de Patrick Fougeyrollas, permet d'évaluer les habitudes de vie et les rôles sociaux de la personne. Il s'agit d'un questionnaire, dans lequel la personne inscrit si elle réalise l'activité nommée, si elle l'accomplit seule ou avec aide humaine ou technique. Mais surtout, ce questionnaire interroge le niveau de satisfaction de la personne.

La MQE, également basée sur le PPH, « *vise à évaluer l'influence des facteurs environnementaux [physiques et sociaux] sur la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux des individus, tout en tenant compte de leurs capacités et de leurs limites personnelles.* »⁶⁴

L'ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, précise dans la définition de l'ergothérapie : « *Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie* »⁶⁵. Il s'agit donc du propre de l'ergothérapeute. Toutefois, l'approche biomédicale prédominante, il y a encore quelques années, tend à être remplacée notamment en ergothérapie grâce aux modèles conceptuels canadiens qui émergent en France. Ils ne proposent plus une approche centrée sur la pathologie mais centrée sur la personne en interaction avec son environnement et sur l'activité. En effet, lors du parcours de formation des ergothérapeutes, ces approches centrées sur la personne sont travaillées, ce qui offre une nouvelle perspective des pratiques.

⁶⁴ Disponible sur Internet : <http://www.ripph.qc.ca/fr/instruments-de-mesure/mqe>

⁶⁵ Disponible sur Internet : <http://www.anfe.fr/index.php/definition>

Afin de valider l'hypothèse, il convient d'approfondir la réflexion à travers des lectures. Nous pouvons lire dans l'article *Fragilité et dépendance*⁶⁶, qui traite de la prévention primaire de la dépendance, que « *Le maintien d'un niveau d'activité agit donc sur l'augmentation des réserves physiologiques ainsi que sur la fonction sociale et le psychisme en diminuant l'isolement.* » De plus, « *L'activité, qui est au cœur même de la profession d'ergothérapeute, constitue bien une réponse à la question de la prévention de la fragilité.* » ce qui pointe le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention. Ainsi l'article se clôture « *Il devient donc essentiel de positionner davantage la profession dans le champ de la prévention en identifiant ces professionnels comme spécialistes de l'activité humaine et non seulement de la compensation du handicap.* » L'hypothèse est validée dans la littérature, la place de l'ergothérapeute est identifiée principalement autour des activités, mais l'importance de « *la fonction sociale* » est également repérée. Il revient aux ergothérapeutes de faire évoluer leur pratique, avec l'apparition de nouvelles approches et de nouveaux paradigmes. L'évolution de la pratique pourra peut être permettre de valider la première hypothèse sur le terrain d'ici quelques années.

Puis, intéressons nous à la seconde hypothèse : *L'accompagnement en ergothérapie est complémentaire aux interventions effectuées par l'équipe interdisciplinaire coordonnées par le médecin gériatre.*

Cette hypothèse est vérifiée, par la recherche effectuée auprès des professionnelles. En effet, de par une formation initiale différente, chaque professionnelle a des missions différentes tout comme les outils qu'elles ont à leur disposition. L'infirmière est amenée à effectuer un recueil de données cliniques (bilan sanguin, tension...) et le médecin réalise un examen médical, ces fonctions ne font pas partie du référentiel de compétences de l'ergothérapeute. Toutefois, leur approche converge vers un même objectif, la prévention de la dépendance, par le diagnostic des fragilités.

De plus, si nous nous intéressons aux actions mises en place à l'issue du diagnostic, l'ergothérapeute est parfois sollicité. Son rôle complète alors celui des aides à domicile et des kinésithérapeutes. Son objectif est de maintenir les capacités de la personne âgée dans ses habitudes de vie par le biais d'activités de rééducation ou réadaptation, de conseils sur des stratégies de compensation, ou des conseils sur l'aménagement du domicile.

⁶⁶ NOUVEL F., JOUAFFRE V. *Fragilité et dépendance*. In : TROUVE Eric. *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal, 2009, p.33-37. (Collection Ergothérapies). p.35/36

5.3 Discussion des résultats

Lors des entretiens, nous avons pu constater que le rôle de l'ergothérapeute n'est pas identifié clairement par l'équipe interdisciplinaire. Or, pour travailler ensemble vers un objectif commun : Prévenir la dépendance du sujet âgé fragile, il semble important de connaître les missions de ses collègues, afin de proposer à la personne un accompagnement le plus cohérent possible avec son projet et par rapport à sa situation globale.

Intéressons nous au concept de collaboration, qui signifie « *travailler avec une ou plusieurs personnes à une œuvre commune* »⁶⁷, mais dans ce concept, les activités de chacun restent indépendantes. L'équipe de l'établissement B, semble travailler en collaboration. Cette approche entraîne « *des risques provenant de la méconnaissance d'objectifs communs à court terme* ». Effectivement, si chacun travaille de manière isolée, sans connaître le rôle de ses collègues, le projet de soin proposé au patient ne peut être parfaitement cohérent.

Tandis que le terme coopération qui signifie « *participer à une œuvre ou un projet commun* », requiert une compréhension du rôle de chacun, et de la confiance. « *La mission est commune et le groupe se répartit les activités à réaliser. Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques.* » Cette approche semble correspondre à celle où chacun connaît mutuellement le rôle de ses collègues, comprend leurs missions. Avec celle-ci, l'équipe échange et partage sur la situation du patient, afin de proposer un plan de soin coordonné en fonction de chaque acteur et cohérent.

On peut donc s'interroger : la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute par l'équipe a-t-elle un impact sur l'accompagnement de la personne âgée ?

Lors de la recherche, les deux ergothérapeutes ont montré une vision opposée sur l'impact du lien social sur la dépendance et sur sa prise en compte. Pour la première, il n'y a pas de répercussion et elle ne le prend pas en compte. Pour la seconde, il y a des répercussions, comme nous avons pu l'expliquer auparavant.

Comment expliquer une perception complètement différente de la part de deux professionnelles du même corps de métier ?

Pour l'ergothérapeute qui ne remarque pas de lien entre l'isolement et le risque d'entrée dans la dépendance, il faut savoir que les consultations Fragilités ont été récemment mises en place, 6 mois avant l'entretien. De plus, un seul jour par semaine y est consacré. Ainsi, l'ergothérapeute n'a-t-elle peut être pas suffisamment de recul.

⁶⁷ DUTRIPON O. *Partenariat-Réseau, Co-activité et inter professionnalité*. Cours dans le cadre de l'UE 4.10 S5 à l'IFE de Laval, Octobre 2015. 36 pages.

Contrairement, à l'établissement A, pour lequel, l'Hôpital de Jour a ouvert, il y a 6 ans, date à laquelle les consultations pour le diagnostic des fragilités ont débuté. De plus, l'ergothérapeute B, a une expérience plus importante dans la profession, elle travaille depuis 22 ans en tant qu'ergothérapeute, auprès d'une population âgée principalement.

L'expérience plus affirmée de l'ergothérapeute B a-t-elle un impact sur son opinion ?

La pratique en ergothérapie est en constante évolution. Le paradigme a changé, d'une approche biomédicale, nous nous orientons davantage vers approche bio-psycho-sociale avec une pratique centrée sur la personne et l'activité. Il est possible, que leur cheminement professionnel soit différent, chacune ne suit pas l'évolution de la même manière.

Enfin, le cadre de ces deux entretiens était différent. Pour l'ergothérapeute B, l'entretien s'est déroulé dans un bureau, l'environnement était calme. Tandis que pour l'ergothérapeute A, il a eu lieu dans une salle de rééducation, en début de rencontre son collègue était présent. Ce facteur représente un biais, peut être a-t-il eu un impact sur les réponses de l'ergothérapeute A ? S'est-elle sentie déstabilisée ?

5.4 Les limites de la recherche

Cette méthode de recherche présente des limites. Tout d'abord, j'ai interrogé seulement 5 personnes dont deux ergothérapeutes. Cet échantillon n'est donc pas suffisamment important pour être représentatif, nous ne pouvons pas en faire une généralité. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis d'un plus grand nombre de professionnels, afin de préciser l'analyse.

De plus, les personnes ayant participé à cette recherche proviennent de deux établissements, ce qui une fois encore ne représente pas l'approche adoptée par l'ensemble des structures. L'établissement A a ouvert l'Hôpital de Jour « Fragilité », très récemment, ainsi l'équipe a peu de recul sur les actions menées et sur l'impact de celles-ci.

A la suite des entretiens, des questions qui n'ont pas été posées ou suffisamment développées ont manqué pour l'analyse des résultats qui aurait ainsi pu être plus approfondie.

Ensuite, lors de la revue de littérature, nous avons pu constater que l'intérêt porté aux personnes âgées fragiles est récent, ainsi que la réflexion sur les actions à mettre en place. Les scientifiques ont pu observer que c'est au stade de la fragilité qu'il est pertinent d'intervenir pour lutter contre la dépendance. Aucune étude sur le sujet n'a été réalisée, en rapport avec l'efficacité des actions à mettre en place par la suite ce qui ne permet pas d'étayer la validation des hypothèses.

Enfin, dans la partie théorique, il aurait été nécessaire de s'interroger davantage sur les termes de la question de recherche, afin d'être le plus juste possible. En effet, lors d'un

entretien, une infirmière m'a interpellé sur l'utilisation du terme « diagnostiquée fragile », sur lequel nous réfléchirons dans la partie suivante.

5.5 Réflexion sur la démarche de recherche

A la fin du dernier entretien, l'infirmière B a signifié que le terme « diagnostiqué fragile » n'était pas correct. Selon elle, l'utilisation du terme « les personnes âgées diagnostiquées fragiles » dans la question de recherche, n'est pas juste. Il conviendrait mieux de dire « le diagnostic des fragilités de la personne âgée », puisqu'à travers les différentes évaluations plusieurs domaines sont abordés avec différents professionnels. Elle dit : « *on fait un diagnostic sur quelque chose qui entraîne une fragilité, mais tu ne diagnostiques pas une fragilité* ».

Cette remarque peut interpeller, c'est la raison pour laquelle, il est nécessaire de poursuivre les recherches dans la littérature afin de vérifier si l'utilisation de ce terme est appropriée.

Nous pouvons lire dans de nombreux ouvrages, la « personne âgée fragile », ainsi nous pouvons reprendre ce terme. Il signifie qu'une personne est atteinte d'une ou plusieurs fragilités. Nous pouvons dire qu'une personne âgée est fragile, tout comme nous parlons d'une personne âgée dépendante. De même, lors de la revue de littérature en première partie, nous avons pu lire « *La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale* »⁶⁸. Il serait donc possible de diagnostiquer LA fragilité de la personne âgée.

Afin de vérifier l'utilisation de ce terme, il semble intéressant de recueillir l'avis de professionnels. J'ai contacté par mail des médecins intervenants dans des Hôpitaux de Jour Fragilité ou dans des Consultations Fragilité.

Chacun des médecins apportent des perceptions différentes de la fragilité. Pour le premier médecin, « *Il s'agit bien d'un syndrome que l'on peut diagnostiquer à l'issue d'une évaluation gériatrique standardisée.* », ce terme ne semble pas l'interpeller, au contraire il le valide. Le troisième médecin ayant répondu, nous explique que si nous nous basons sur « *la fragilité telle que définie par les critères de Fried, l'expression « diagnostiquée fragile » n'est pas incorrecte* ».

Pour le second médecin, « *on repère les personnes âgées fragiles pour pouvoir diagnostiquer une problématique en cause* », ainsi le terme « diagnostiquée fragile » ne serait pas correct. A travers cette explication, nous pouvons faire une nouvelle fois le parallèle avec la dépendance, nous pouvons dire une personne âgée dépendante. Toutefois,

⁶⁸ Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf

nous ne trouvons pas dans la littérature : « personne âgée diagnostiquée dépendante », ni même « diagnostic de la dépendance ».

Ainsi, il ne semble pas y avoir consensus sur l'utilisation de ce terme entre les professionnels. Toutefois, afin d'être compris par tous, il serait plus juste de reformuler la question de recherche de cette manière : **En quoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée repérée fragile, lors du diagnostic de fragilités en Hôpital de Jour ?**

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche, nous a permis de réfléchir au rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée repérée fragile en Hôpital de Jour. Ce concept de dépendance préoccupe notre société actuelle qui recherche des solutions pour offrir aux personnes âgées une vie longue et une qualité de vie optimale, dans le but aussi de diminuer les institutionnalisations et leur coût en favorisant le maintien à domicile.

Au cours des lectures, nous avons pu constater que les personnes âgées pouvaient souffrir de solitude, c'est dans ce cadre que nous avons choisi de nous interroger quant au lien entre la prévention de la dépendance et le lien social.

A travers, l'expérience des personnes interrogées, nous avons pu constater que les interactions sociales sont à prendre en compte dans la prévention de la dépendance. Toutefois, dans la pratique, cela ne semble pas si évident à mettre en place.

L'ergothérapeute a tout à fait sa place dans la prévention de la dépendance que ce soit au cours de l'évaluation ou en aval. Il propose des mises en situation afin d'évaluer l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, il préconise des aides techniques et un aménagement du domicile, domaine dans lequel nous sommes très bien identifiés. Parfois, un suivi en rééducation-réadaptation est proposé aux personnes âgées repérées fragiles suite au diagnostic. Cette initiative est très pertinente, puisqu'elle va au-delà de la mise en place d'aides à domicile qui permettent de pallier aux difficultés, le suivi permet de prévenir la dépendance en maintenant les activités de la personne. L'activité, un facteur déterminant de la santé, est l'apanage de l'ergothérapie.

L'ergothérapeute entouré de l'équipe interdisciplinaire peut ainsi proposer un plan de soin personnalisé cohérent, dans le but de repérer la fragilité et de prévenir la dépendance. Toutefois, l'évolution constante de la pratique et plus particulièrement, le champ d'intervention de l'ergothérapeute au niveau social développé au Canada, reste encore à prouver en France. De nouvelles perspectives de l'ergothérapie et de la participation sont à venir. Cette citation annonce l'importance de la prise en compte de la participation sociale, et du lien social pour offrir une qualité de vie optimale à la personne âgée : « *il est aujourd'hui nécessaire de considérer la participation sociale comme un élément-clé des réflexions et des pistes d'action visant l'amélioration des conditions de vie des plus de soixante ans.* »⁶⁹

⁶⁹ CAIRE J-M. MORESTIN F. SCHABAILLE A. Accompagner la transition épidémiologique : Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologies et Société*, Mars 2012, n°142. pages41-55. p.44

Ce travail d'initiation à la recherche, m'a permis d'approfondir mes connaissances en gérontologie, à travers la lecture d'ouvrages et de rapports sur le sujet, ainsi que par l'expérience de professionnelles, recueillie sur le terrain. Il m'a offert la possibilité de réfléchir sur ma pratique et de la faire évoluer. Cette recherche m'a appris que notre pratique en perpétuelle évolution, a sans cesse besoin d'être démontrée, notamment notre rôle et l'intérêt de notre profession dans des domaines tels que la prévention, et le social. Toutefois, cette recherche apporte de nouveaux questionnements.

D'autres perspectives semblent pouvoir répondre au besoin de prévention de la dépendance. En effet, les nouvelles technologies au service des personnes âgées se développent. D'ailleurs, un terme spécifique les désigne : les gérontechnologies. Elles offrent une alternative aux institutionnalisations, en favorisant le maintien au domicile et en offrant une meilleure qualité de vie aux personnes âgées. Quels sont les impacts de ces nouvelles technologies dans la prévention de la dépendance ? Dans quelles mesures l'ergothérapeute peut-il intervenir ?

Bibliographie

1.1 Les textes officiels :

- Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, signé par les représentants de 61 États le 22 Juillet 1946. Entrée en vigueur le 7 Avril 1948. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, p.100.
- Décret du 25 Avril 1997 relatif au rapport pris en application de l'avant dernier alinéa de l'article 33 de la loi no 84-53 du 26 Janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale. Journal officiel, du 6 mai 1997, n°105. p. 6834
- Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, 5 Mars 2002, n°1, p. 4118
- Arrêté du 5 Juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Journal officiel, 8 Juillet 2010, n° 156. p. 12558

1.2 Les ouvrages consultés :

- ANTOINE Philippe. *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle.* Paris : CEPED, 2007. 259 pages
- BELAND François et MICHEL Hervé. *La fragilité des personnes âgées – Définitions, controverses et perspectives d'actions.* Rennes : Presses de l'EHESP, 2013. 279 pages
- DEPELTEAU François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats.* 2e édition. Bruxelles : De Boeck, 2010. 412 pages
- GRAWITZ Madelaine, *Méthodes des sciences sociales*, 8e édition. Paris : Dallos, 1990, 1140 pages
- GUILLEZ Pascal et TETREAUULT Sylvie. *Guide pratique de recherche en réadaptation.* Belgique : De Boeck, 2014. 555 pages
- LEFRANCOIS Richard. *Les nouvelles frontières de l'âge.* Canada : Les presses de l'université de montréal, 2004. 352 pages
- LIEVIN Jean Claude. *L'ergothérapie en action sociale – Une approche multi dimensionnelle des situations de handicap.* Paris : L'Harmattan, 2015. 235 pages.

- PERSONNE Michel. *Protéger et construire l'identité de la personne âgée - Psychologie et psychomotricité des accompagnements. Pratiques gérontologiques.* Toulouse : Edition Eres, Octobre 2011. 136 pages

1.3 Les chapitres issus d'un ouvrage :

- Collège National des Enseignants en Gériatrie. *Chapitre 8: Autonomie et dépendance.* In : Corpus de gériatrie. Montmorency : 2m2 Edition et Communication, Avril 2000. p. 91-100
- Collège National des Enseignants en Gériatrie. *Chapitre 1 : Le vieillissement humain.* In : Corpus de gériatrie. Montmorency : 2m2 Edition et Communication, Avril 2000. p. 9-18
- LETRILLIART Laurent, OUSTRIC Stéphane. *La fragilité en médecine générale.* In : International Association of Gerontology and Geriatrics et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragile - Livre blanc. Suresnes : SFGG, Mars 2015. p.89-91.
- NOUVEL F., JOUAFFRE V. *Fragilité et dépendance.* In : TROUVE Eric. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille : Solal, 2009, p.33-37. (Collection Ergothérapies).

1.4 Les articles :

- CAIRE J-M. MORESTIN F. SCHABAILLE A. Accompagner la transition épidémiologique : Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologies et Société*, Mars 2012, n°142. p.41-55
- DAVIN B. PARAPONARIS A. Vieillesse de la population et dépendance. *Questions de Santé Publique.* Institut de Recherche en Santé Publique. Décembre 2012, n°19. p.1-4
- DUEE Michel et REBILLARD Cyril. Contexte économique et démographique – Démographie de la dépendance des personnes âgées. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 2006, n°56. p.20-24

1.5 Les dictionnaires :

- Larousse. *Encyclopédie universel.* 15^{ème} volume. Espagne : Larousse-Bordas, 2001 5940p.

1.6 Les documents non publiés :

- DUTRIPON O. *Partenariat-Réseau, Co-activité et inter professionnalité*. Cours dans le cadre de l'UE 4.10 S5 à l'IFE de Laval, Octobre 2015. 36 pages.

1.7 Rapports et études :

- INSEE. *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. [en ligne] [Référence du 21/05/2015]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
- DREES. *Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 - Etudes et résultats*, n°783, nov 2011. [en ligne] [référence du 20/01/2016]. Disponible sur Internet: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er783.pdf>
- Fondation de France. *Les solitudes en France – rapport 2014*. [en ligne] [Référence du 13/11/2015]. Disponible sur Internet : https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/dp_solitudes_2014_def_fiches_exemples.pdf
- DREES. *Dépendances des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 – Etudes et résultats*, n°491, mai 2006. [en ligne] [référence du 20/01/2016]. Disponible sur Internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er491.pdf>
- Social-sante.gouv. *Projet de loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. [en ligne] [Référence du 12/11/2015]. Disponible sur Internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_Presse_PJL_ASV_septembre_2015.pdf
- Travail-emploi.gouv. *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*. [en ligne] [Référence du 23/09/2015]. Disponible sur Internet : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- Hainaut. *Vieillir en bonne santé un challenge pour l'Europe. Version courte du rapport "Healthy Ageing"*. [en ligne] [Référence du 21/12/2015]. Disponible sur Internet : http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/UE_Vieillir_en_bonne_sante.pdf
- INSEE. *Les personnes âgées édition 2005*. [en ligne][Référence du 06/09/2015]. Disponible sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF>
- DRESS, *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005. Mai 2006*. [en ligne] [Référence du 09/11/15]. Disponible sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er491.pdf>
- Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. *Plan National de Prévention de la perte d'autonomie – Septembre 2015*. [en ligne] [Référence du 13/01/2016]. Disponible sur Internet : [IFE CH Laval - MG - Prévenir la dépendance : un enjeu en ergothérapie - 2016](http://social-</div><div data-bbox=)

sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

- Social-santé. *Rapport Flajolet Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons*. [en ligne] [Référence du 26/01/2016]. Disponible sur Internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* [en ligne] [Référence du 13/01/2016]. Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

1.8 Les documents issus d'Internet :

- RIPPH. *Les habitudes de vie*. [en ligne] [Référence du 22/04/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie>
- Plos medicine. *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review* [en ligne] [Référence du 12/11/2015]. Disponible sur Internet : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
- OMS. *Vieillesse et santé*. [en ligne] [Référence du 6/09/15]. Disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Service Public. *Allocation Personnalisée d'Autonomie*. [en ligne] [Référence du 21/10/2015]. Disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
- SilverEco. *DREES : plus de 693000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées*. [en ligne] [Référence du 21/10/2015]. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/drees-plus-de-693-000-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees/3132550>
- Le monde. *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. [en ligne] [Référence du 20/01/2016]. Disponible sur Internet : <http://science.blog.lemonde.fr/2013/12/11/le-quatrieme-age-ou-la-derniere-etape-de-la-vie/>
- Association québécoise de gérontologie. *Qu'est ce que l'âgisme ?* [en ligne] [référence du 8/12/2015]. Disponible sur Internet : <http://www.agisme.ca/260/Qu-est-ce-que-l-agisme-gerontologie>
- Santé social. *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile*. [en ligne] [Référence du 9/11/2015]. Disponible sur Internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html>

- Association Québécoise de Gériologie. *Le grand âge : un défi pour l'individu et la société*. [en ligne] [Référence du 18/11/2015]. Disponible sur Internet : www.aqq-quebec.org/docs/OutilsPartenaires/Ecrits/Balahoczky.pdf
- MONCSSS. Qu'est ce que vieillir. Référence du 17/12/2015. Disponible sur Internet : http://www.moncsss.com/pages/Reva/Lecon2/page_20.htm
- Joel BELMIN. Les syndromes gériatriques : au coeur de métier de la gériatre. [en ligne] [Référence du 9/12/2015] Disponible sur Internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/pathologie1-2011/sdgeriatriquesJBelmin2011.pdf>
- Académie de Grenoble. *Le lien social*. [en ligne] [référence du 11/02/2016]. Disponible sur Internet : www.ac-grenoble.fr/lycee/vincent.indy/IMG/doc_LIEN_SOCIAL-2.doc
- OMS. *CIH-2 Projet final*. [en ligne] [référence du 21/12/2015]. Disponible sur Internet : <http://dcalin.fr/fichiers/cif.pdf>
- CESER Auvergne. *La dépendance de la personne âgée et sa prise en charge en France et en Auvergne*. [en ligne] [Référence du 21/12/2015]. Disponible sur Internet : http://www.cesr-auvergne.fr/publi/D%C3%A9pendance_personne_ag%C3%A9e_2010.pdf
- Service Public. *Qu'est ce que la grille AGGIR ?* [en ligne] [Référence du 23/12/2015]. Disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- Fédération des Réseaux de santé d'Ile de France. Evaluation Gériologique Standardisée - Dr FATI NOURASHEMI. [en ligne] [Référence du 13/01/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.fregif.org/docs/particuliers/evaluation-gerontologique-12-583.pdf>
- Geronto Sud Lorraine. Comment repérer le niveau de fragilité ? [en ligne] [Référence du 05/05/2016]. Disponible sur Internet : http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf
- Fragilité. *Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique*. [en ligne] [Référence du 13/01/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.fragilite.org/article-B-Velas.pdf>
- Fragilité. *Les outils d'évaluation de la fragilité*. Disponible sur Internet : <http://www.fragilite.org/outils-de-la-fragilite.pptx>
- ANFE, *Définition*. [en ligne] [Référence du 10/02/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.anfe.fr/index.php/definition>
- The Royal. *Glossaire*. [en ligne] [Référence du 17/03/2016]. Disponible sur Internet : www.theroyal.ca/fr/mental-health-at-the-royal/mental-health-glossary/

- Le Monde. *La dépendance est d'abord une affaire de prévention*. [en ligne] [Référence du 17/03/2016]. Disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/01/07/la-dependance-est-d-abord-une-affaire-de-prevention_1462030_3232.html
- RIPPH. *MQE*. [en ligne] [Référence du 17/03/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.ripph.qc.ca/fr/instruments-de-mesure/mqe>

Liste des annexes

Annexe 1 : Processus de Production du Handicap de Patrick Fougeyrollas

Annexe 2 : Volet A de la Grille SEGA

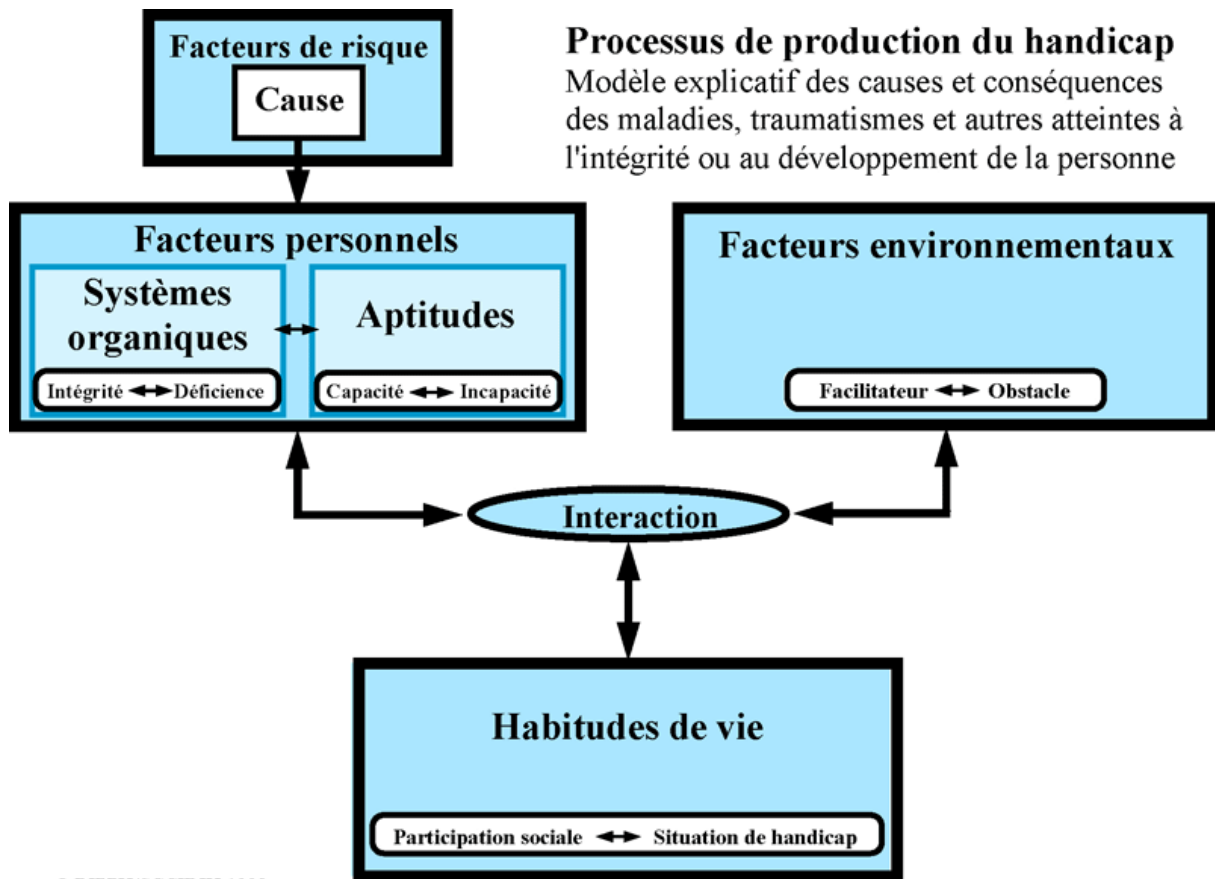
Annexe 3 : Gérontopôle Frailty Screening Tool

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 1 : Processus de Production du Handicap de Patrick Fougeyrollas



Source : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

Annexe 2 : Volet A de la Grille SEGA

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gériatrique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone. La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom & Prénom de la personne

Année de naissance Âge Sexe

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total			 / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

Disponible sur Internet : <http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2012-01-sfgg-grille-sega-modifiee-813.pdf>

Annexe 3 : Gerontopole Frailty Screening Tool

Grille de repérage des personnes âgées fragiles en médecine générale

Patient de 65 ans et plus, autonome (ADL 6/6), à distance de toute pathologie aiguë.			
Dépistage			
	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il des difficultés à se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentis (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</u>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disponible sur Internet :

http://frailty.net/Media/Default/Diagnostictools/Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf

Annexe 4 : Grille d'entretien

Renseignements généraux :

- sexe :
- année d'obtention du DE :
- années d'exercice ici :
- autres expériences (type de service, structure ?) :

Entretien ergothérapeute :

- 1) Quel est votre rôle dans le diagnostic de la fragilité ?
- 2) Quels sont les principaux risques d'entrée dans la dépendance que vous observez ?
- 3) En quoi le manque de lien social, ou l'isolement augmente t-il le risque de dépendance selon vous ?
- 1 bis) Lors de l'évaluation, de quelle manière prenez vous en compte ses habitudes de vie ? et ses relations sociales ?
- 4) Quelles actions sont mises en place à l'issue du diagnostic pour pallier à la dépendance ? et en lien avec la perturbation du lien social ?
- 5) En quoi votre rôle est-il complémentaire à celui de vos collègues ?
- 6) Comment les médecins et l'équipe interdisciplinaire ont ils identifier le rôle de l'ergothérapeute selon vous ?

Entretien infirmiers et médecin :

- Quel est votre rôle dans le diagnostic de la fragilité ?
- Quels sont les principaux risques d'entrée dans la dépendance que vous observez ?
- En quoi le manque de lien social, ou l'isolement augmente t-il le risque de dépendance selon vous ?
- Quelles actions sont mises en place à l'issue du diagnostic pour pallier à la dépendance ? et en lien avec la perturbation du lien social ?
- En quoi votre rôle est-il complémentaire à celui de vos collègues ?
- Comment les médecins et l'équipe interdisciplinaire ont ils identifier le rôle de l'ergothérapeute selon vous ?

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e), _____, déclare accepter de participer librement, et de façon éclairée au recueil d'information mené par Mélanie GRAVOUEILLE, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Laval, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

J'accepte que l'entretien d'une durée d'environ 30 minutes soit enregistré, afin de retranscrire et d'étudier les informations recueillies.

Je soussignée, Mélanie GRAVOUEILLE, m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. Je m'engage à assurer la confidentialité des données recueillies, en conservant l'anonymat des participants, à détruire les enregistrements à l'issue de la soutenance, et à les utiliser uniquement dans le cadre de cette recherche. Je reste à disposition des participants pour expliquer les finalités de ma démarche.

Fait à _____

Le _____

Signatures :

- Le participant

- L'investigateur

Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens

Question 1	Ergothérapeute A	<p><u>Rôle :</u></p> <p>« chercher le risque de chute et également évaluer l'impact des troubles cognitifs sur les activités instrumentales de la vie quotidienne » (l.3-4)</p> <p>« essayer de mettre la personne en fait en situation de vie quotidienne, pour voir si il y a un impact » (l.6-7)</p> <p><u>Prise en compte des habitudes de vie et du lien social :</u></p> <p>« donc vraiment cibler déjà sur les activités qui restent en place, et pour voir s'il y a des choses à proposer derrière » (l.46-48)</p> <p>« maintenir leurs activités » (l.48)</p> <p>« s'il y a des aidants dans l'entourage surtout » (l.52)</p> <p>« Oui parce que c'est ce qu'on nous demande ici. Enfin c'est... en gériatrie, c'est ce qui est déterminant à l'hôpital pour les sorties. » (l.64-65)</p> <p>« quand on peut, quand les séjours sont un petit peu plus long, là du coup on arrive à chercher un petit peu plus les loisirs »</p> <p>« maintenir leurs activités » (l.66-67)</p> <p>« c'est le médecin gériatre qui a voulu que j'y intervienne, enfin à la base il pensait que ce serait un temps kiné, puis finalement c'est un temps ergo » (l.111-112)</p> <p>« présenté les bilans que je voulais faire, que je voulais proposer et il a validé » (l.113-114)</p> <p>« dans la discussion avec le gériatre, voir ce que lui, il attendait de cet HdJ là » (l.116)</p> <p>« En tant qu'ergo, non, vu que du coup, il y a un temps d'assistante sociale. C'est vraiment elle, qui s'occupe du versant social. » (l.125)</p>
	Ergothérapeute B	<p><u>Rôle :</u></p> <p>« autour de l'autonomie, essentiellement, des capacités d'autonomie de la personne, sur les soins personnels, euh sur les stratégies, on va dire de déplacements, au niveau des gestes du quotidien et aussi sur l'aménagement du domicile. » (l.4-6)</p> <p>« une évaluation de l'équilibre en situation d'activité de la vie</p>

		<p>quotidienne » (l.11-12)</p> <p>« à partir du BME, du Bilan Modulaire, j'ai repris l'item du bilan gestuel et du module des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales » (l.15-16)</p> <p>« le questionnaire environnemental et social » (l.17)</p> <p>« mettre en situation avec les différents items, à la fois du bilan d'équilibre et d'évaluation des activités de la vie quotidienne, avec habillage/déshabillage aussi » (l.19-21)</p> <p><u>Prises en compte des habitudes de vie et du lien social :</u></p> <p>« s'il y a des aides à domicile, s'ils ont encore de la famille et à quelle fréquence, ils viennent les voir », « s'ils ont un bon voisinage » (l.72-74)</p> <p>« des activités encore en cours », (l.74), « un questionnaire » (l.75), « s'ils se sentent isolés, aussi, s'ils s'ennuient » (l. 76)</p> <p>« vont peut être pas forcément le dire pile en évaluation, c'est plutôt après » (l.84-85)</p>
	IDE A	<p><u>Rôle :</u></p> <p>« donc dans les bilans de chute sur prescription médicale. On fait la recherche d'hypotension orthostatique, on peut faire aussi tout ce qui est bilan sanguin, euh la pose de la télémétrie pour les gens qui sont scopés, ça nous permet de suivre, de détecter les troubles du rythme ». (l.6-8)</p> <p>« Après il y a toute la partie risque de dénutrition, donc la part le biais du MNA, des feuilles de surveillance alimentaire, les alertes diet ou pas et les conseils qu'on peut donner. » (l.9-10)</p> <p>« tout ce qui est lié aux troubles cognitifs aussi, donc là avec le MMS », (l. 11-12)</p> <p>« et puis aussi les risques de dépression ou de tristesse c'est pareil sur la mini GDS» (l.12)</p> <p>« voir si l'aidant n'est pas épuisé » (l.93)</p>
	IDE B	<p>« les antécédents, le traitement, l'histoire de la maladie, l'anamnèse, pourquoi il vient » (l.32-33)</p> <p>« évaluation nutritionnelle » (l.35), « on fera tout le temps l'évaluation de la douleur, les évaluations de tension, l'évaluation des fonctions sensorielles : l'ouïe, l'audition et... et la dentition » (l.39-40)</p>

Question 2		<p>« On aura donc la recherche [...] de la mobilité, du moral, du sommeil. » (l.80)</p> <p>« Sauf, que si il y a le kiné, on fera pas la mobilité, comme je te disais, s'il y a la diet, on ne fera pas la nutrition, s'il y a l'assistante sociale, on ne fera pas le dernier volet social. » (l.87-88)</p>
	Médecin	<p>« tout ce qui est de l'ordre du médical, donc ce qu'on peut repérer à l'examen clinique de fragilité » (l.2-3).</p> <p>« le médecin... est celui qui doit... y penser pour après s'entourer de plus, enfin de d'autres... d'autres professionnels pour, pour... l'aider. Et je pense que c'est plutôt, que le médecin est vraiment initiateur » (l.4-6).</p> <p>« les fragilités liées à toutes les autres... à toutes les pathologies médicales, les maladies chroniques » (l.11-12)</p> <p>« examen neurologique, l'examen articulaire » (l.14)</p> <p>« l'entretien, discuter et poser les bonnes questions, ce qui est vraiment médical, c'est ça. Puis aussi, la prescription d'examens complémentaires parfois » (l.16-17).</p>
	Ergothérapeute A	« il va y avoir le risque de chute » (l.14)
	Ergothérapeute B	<p>« la chute est un facteur très favorisant de rentrer dans la dépendance » (l.25-26)</p> <p>« Quand on est sur des fragilités cognitives qui s'installent, forcément, avec l'entrée dans la démence, ou maladie d'Alzheimer ou apparentée. » (l.26-27)</p> <p>« quand il y a eu un souci médical d'importance, voilà bien sûr ça entraîne le risque d'entrer dans la dépendance. » (l.28-29).</p> <p>« ralentissement entre guillemets, enfin naturel », « qu'ils limitent progressivement leurs activités » (l.37-39).</p>
IDE A	<p>« c'est la chute, la dénutrition, les troubles cognitifs » (l. 20)</p> <p>« je pense pas qu'il y en ait un qui soit plus important que les autres. Souvent en plus ils sont concomitants les uns aux autres » (l.21-22)</p> <p>« peut être la chute ». (l. 26)</p>	
IDE B	« en majorité, c'est des risques de mobilité, des risques de chutes » (l.56).	

		<p>« les risques par rapport à la nutrition, où ils s'affaiblissent » (l.59)</p> <p>« risques de continence urinaire ou pas, ou fécale » (l.60)</p> <p>« c'est aussi les risques... liés à la mémoire » (l.62)</p> <p>« risques quand même des organes vitaux » (l.67)</p>
	Médecin	<p>« les difficultés de mémoire », (l.24)</p> <p>« la personne ne se rend pas vraiment compte qu'elle n'arrive plus à faire les choses. » (l.28).</p> <p>« les difficultés de mémoire débutantes c'est vraiment les choses qu'on traque pour pouvoir prévenir un petit peu l'entrée dans ce type de dépendance là. » (l.29-30).</p> <p>« les troubles de l'équilibre, le risque de chute qui est croissant jusqu'à ce qu'il y ait vraiment une perte de mobilité » (l.31-32).</p> <p>« C'est ces deux choses là peut être les plus importantes. » (l.36)</p>
Question 3	Ergothérapeute A	<p>« (Silence) Bonne question (rire). En quoi... tu peux me reposer la question ? » (l.30)</p> <p>« Ooh, sincèrement je... là comme ça je sais pas (rire) » (l.33)</p> <p>« Non je n'ai pas fait forcément de lien. » (l.39)</p>
	Ergothérapeute B	<p>« c'est un facteur important, euh qui est variable en fonction de la vie de la personne » (l.44)</p> <p>« ça rentre énormément en ligne de compte » (l.48)</p> <p>« créé un manque de stimulation, de contact, de discussion, donc tout ce qui fait que le cerveau doit être actif » (l.49-50)</p> <p>« on est sollicité, donc stimulé. Quand il y a plus ça, bien, ça accélère cette entrée en dépendance » (l. 52-53)</p> <p>« cet aspect là des choses est très important aussi dans le maintien de l'autonomie et le maintien du dynamisme, et de la gestion du quotidien. » (l. 63-65).</p> <p>« assez primordial quand même dans une certaine motivation à vivre en fait. Après, chaque personne, il y en a qui sont très solitaires, donc pour qui ça dérange moins, et pour d'autres ça peut être très impactant. » (l.66-67)</p>
	IDE A	<p>« c'est repéré trop tard », « s'il y a peu d'entourage, les gens qui sont là repèrent plus tardivement ». (l.30-31)</p>

Question 4	IDE B	<p>« <i>quelqu'un qui a toujours été isolé ce sera pas forcément une augmentation de risque</i> » (l.98-99)</p> <p>« <i>ceux qui vivent dans les petites communes, sont en général, ils peuvent vivre seuls mais ils ne seront pas isolés. Parce qu'il y aura des voisins qui verront leurs volets, qui passeront s'il y a quelque chose de pas normal. Alors qu'en ville dans un appartement, on est proche de beaucoup de gens mais en fait, très isolé</i> » (l.101-104)</p> <p>« <i>si quelqu'un est seul, et qu'il sait s'entourer d'aides extérieures, il est pas forcément seul [...] nous on est moins en difficulté, vis-à-vis des gens qui adhèrent au plan qui le mettent en place et qui sont du coup plus isolés</i> » (l.120-122)</p>
	Médecin	<p>« <i>Je sais pas si ça augmente vraiment le risque de dépendance mais en tout cas... s'il y a personne autour pour justement alerter sur ces fragilités qui sont... Les personnes bienveillantes de l'entourage se rendent compte des difficultés de mémoire, se rendent compte des troubles d'équilibre, des pertes d'appétit etc, même si la personne elle-même ne s'en rend pas compte, ou ne veut pas en parler. Et là, quand il n'y a pas d'entourage, finalement, la sonnette d'alarme est tirée souvent trop tard, enfin très tard, quand la dépendance est déjà finalement installée.</i> » (l.40-46)</p> <p>« <i>le fait d'être bien entouré, stimule aussi la mémoire</i> » (l.47)</p> <p>« <i>pallier aux difficultés</i> », « <i>ça va s'équilibrer, ils vont faire à deux</i> » (l.49/51)</p> <p>« <i>Si on a des fragilités qui vont faire venir dépendant et qu'on est seul, il y a personne pour, pour nous aider à rester autonome.</i> » (l.56-57)</p>
	Ergothérapeute A	<p>« <i>un suivi kiné ou l'intervention d'un ergo</i> » (l.70). « <i>le plus important, c'est aussi la discussion avec tous les intervenants autour de la personne</i> », « <i>une infirmière qui passe</i> », (l.74-75)</p>
Ergothérapeute B	<p>« <i>des prises en charge en ergothérapie c'est une fois par semaine, pendant 45 minutes en individuel</i> » (l.98)</p> <p>« <i>les services de maintien à domicile</i> » (l.113)</p> <p>« <i>accéder à la téléalarme</i> » (l.119)</p> <p>« <i>j'interviens auprès de la famille pour leur demander, enfin</i></p>	

		<p><i>pour les mettre en éveil » (I.114-115), « après, tout ce qui est aménagement du domicile » (I.125)</i></p> <p><i>« c'est donner les informations sur tout ce qui existe » (I.141)</i></p> <p><i>« on travaille le maintien au niveau de l'autonomie » (I.143)</i></p> <p><i>« moins, tout le travail de socialisation » (I. 144)</i></p>
	IDE A	<p><i>« prescrire de l'ergothérapeute, on peut prescrire de l'orthophonie [...] de la kiné » (I.53).</i></p> <p>En lien avec l'isolement :</p> <p><i>« on donne des plaquettes de ... On travaille beaucoup avec le CLIC, donc on essaie d'informer la famille et l'assistante social de l'hôpital [..., qui] va mettre des choses en place. » (I.61-62)</i></p> <p><i>« On peut alerter aussi les aides à la maison » (I.67)</i></p> <p><i>« On s'assure avant qu'ils partent, que les aides soient bien au clair avec la sortie » (I.68-69)</i></p>
	IDE B	<p><i>« le ré-aménagement d'un logement », « le fait qu'il se mette en sécurité avec une télalarme » (I.132-133)</i></p> <p><i>« Et au niveau aides humaines, c'est tout ce qu'on peut trouver soit pour la toilette, soit pour les médicaments, soit le ménage, l'entretien de la maison, les sorties... les sorties à l'extérieur accompagnée. Les accueils de jour pour qu'ils soient un peu en communauté » (I.136-138)</i></p>
	Médecin	<p><i>« on oriente vers des professions de rééducation : les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes » « et les différentes aides à domicile » (I.71-72).</i></p> <p><i>« la plupart des actions sont de l'ordre de la rééducation, ou des mesures, des petits conseils du quotidien [...] soit au niveau moteur, soit au niveau entretien des facultés cognitives, de communication, de la mémoire, soit au niveau d'adaptation du... logement » (I.61-64).</i></p> <p><i>« surtout des procédures qui ne sont pas médicamenteuses » (I.67)</i></p>
Question	Ergothérapeute A	<p><i>« On a tous un regard différent avec nos... des compétences différentes. » (I.87)</i></p> <p><i>« Ils ont bien repérés que c'était du côté fonctionnel » (I.102)</i></p>

	Ergothérapeute B	<p><u>Rôles complémentaires :</u></p> <p>« j'ai quand même l'aspect du domicile » (l.180)</p> <p>« On a chacun un regard très différent sur la personne » (l.182)</p> <p>« par exemple en kiné, eux il y aura cette évaluation très chiffrée [...] ça permet de voir l'évolution » (l.182), « moi mon appréciation en tant qu'ergo, c'est de voir à quel point il est peut être plus à l'aise et il se met moins en danger dans les stratégies » (l.187-188)</p> <p>« ma collègue psychomot, elle, elle est très autour du ressenti du corps » (l.195)</p> <p><u>Comment l'équipe a identifié son rôle ?</u></p> <p>« ça c'est plus compliqué » (l.160)</p> <p>« quand on est vraiment sur une perte d'autonomie, là mon rôle est plus identifié. Quand il y a vraiment aussi un réel besoin de matériel, c'est plus identifié. Quand on est vraiment sur une forme un peu plus de stimulation motrice par rapport aux gestes de vie quotidienne, je pense que c'est moins évident » (l.161-164), « on travaille quand même de façon très isolée » (l.165)</p> <p>« je ne vois jamais ce qu'ils font en fait (rire) » (l.166) « il y a peu de partage autour de la prise en charge, donc chacun met en place des outils et la façon de travailler qu'il décide. » (l.167-168)</p>
	IDE A	<p>« comme support pour des conseils » (l.107-108)</p> <p>« Nous dire quelle aide technique utiliser » (l.109)</p> <p>« c'est elle, qui a évalué tous les actes de la vie quotidienne »,</p> <p>« les mettre en situation » (l.111)</p>
	IDE B	<p>« L'ergothérapeute est une personne qui a des... une expertise euh en rééducation, mais elle a aussi ce côté lié à l'ergonomie » (l.148-149)</p> <p>« c'est plus à la limite complémentaire à ce que peut faire un kiné » (l.154)</p> <p>« Quand, on fait des évaluations avec l'ergothérapeute, c'est très intéressant, nous on fait notre EGS, [...] sans la partie ADL, et IADL, parce que c'est l'ergothérapeute qui va la faire » (l.156-158)</p>

	Médecin	<p>« l'ergothérapeute a vraiment tout un champ qui est vraiment spécifique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la mobilité qui est au-delà de ce que nous... le médecin peut évaluer par un simple examen neurologique, qui est au-delà de ce que l'assistante sociale et l'infirmière peuvent évaluer » (l.107-110)</p> <p>« C'est vraiment plus poussé dans un domaine » (l.112)</p> <p>« on peut discuter tous ensemble, chacun un petit peu avec son approche » (l.114)</p> <p>« chacun à son approche sur le [...] même problème » (l.115)</p> <p>« on lui apporte la raison médicale pour certaines choses » (l.120)</p> <p>« Le rôle de l'ergo [...] c'est de voir tout en fonctionnel, [...] le résultat sur le quotidien » (l.122-123)</p> <p>« avoir accès à un peu plus de rééducation de ce type là » (l.130) « pour valoriser vraiment ce qu'ils [les personnes âgées] arrivent à faire » (l.132) « pour ce que ça ait moins de répercussions possibles sur le quotidien » (l.134), « pouvoir prescrire un suivi aussi » (l.135)</p>
--	---------	--

Prévenir la dépendance : un enjeu en ergothérapie

Résumé :

La prévention de la dépendance chez la personne âgée est un enjeu de société, elle fait l'objet de nombreux plans d'action. L'objectif est de leur offrir une meilleure qualité de vie au domicile, un vieillissement sans incapacité, et d'éviter les hospitalisations ou les institutionnalisations. La fragilité est un stade précurseur, qui peut être réversible, il est donc possible de prévenir la dépendance en agissant en amont.

L'objet de cette recherche est d'étudier le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention de la dépendance chez la personne âgée diagnostiquée fragile. Afin de conduire la réflexion, une enquête a été menée auprès de cinq professionnelles. L'isolement qui est un facteur de risque est à prendre en compte en ergothérapie, puisque le maintien du lien social contribue au "Bien Vieillir". L'ergothérapeute, qui accompagne la personne âgée dans ses habitudes de vie, a un rôle complémentaire à celui de l'équipe interdisciplinaire coordonnée par le médecin gériatre.

Mots clés : personne âgée fragile, prévention, dépendance, ergothérapie, lien social

Summary :

The prevention of dependency in the elderly is a social issue. Numerous national action plans have been implemented to achieve a better quality of life for elderly people. Moreover, it aims at ageing without disability, avoiding hospitalizations and institutional care. The elderly person's frailty is a precursor stage which may be reversible. So, it is possible to prevent dependency by acting upstream.

This study deals with the role of the occupational therapist in the prevention of dependency for elderly people who have been diagnosed as frail. To proceed in our thinking, a survey of five professionals was carried out. Isolation is a risk factor which must be taken into account in occupational therapy, because social links contribute to "Healthy Ageing". The occupational therapist who accompanies elderly people in their life habits has a complementary role to that of the interdisciplinary team coordinated by the geriatrician.

Key words : frail elderly person, prevention, dependency, occupational therapy, social links