



Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut Public Varois des Professions de Santé
Siège administratif : 32 avenue Becquerel, ZI Toulon Est - 83130 LA GARDE



JOUHANNEL Camille

Ergothérapie et prévention primaire : qu'en est-il de la participation sociale de nos aînés ?

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

Juin 2019

Ergothérapie-Promotion 2016-2019

Référent professionnel : GARDIEN Nicolas

Référent pédagogique : TORTORA Leïla

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant ces trois années de formation et dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Tortora Leïla, ma référente, pédagogique, pour son soutien et sa disponibilité tout au long de ma recherche, mais également de cette formation. Merci pour votre bienveillance.

Puis, Monsieur Gardien Nicolas, mon référent professionnel, pour son accompagnement, ses conseils, l'intérêt qu'il a porté à mon sujet et le temps dédié à mon travail.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont pris le temps de partager leurs expériences avec moi, ceux qui ont participé à l'étude et tous ceux avec qui j'ai communiqué durant ce travail.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de la Garde pour ces trois années de formation qui vont bien au-delà de l'apprentissage d'un métier. Je peux aujourd'hui donner une définition simple de l'ergothérapie : c'est une façon d'être. Merci pour cela.

Puis, je tiens à remercier ma famille qui m'a soutenue sans failles durant les bons et les mauvais moments. Notamment mes deux frères, Rémi et Simon, qui maintiennent mon équilibre.

J'adresse enfin une mention toute particulière à Laura, qui a été mon pilier durant ces trois années. Merci pour ton écoute, ton soutien, tes conseils et tant d'autres choses.

« Vivre, c'est vieillir, rien de plus. »

Simone de Beauvoir, 1943

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Problématique pratique.....	2
2.1 Le vieillissement	2
2.1.1 Contexte démographique.....	2
2.1.2 Représentation du vieillissement en France	3
2.1.3 Classification du vieillissement.....	3
2.1.3 Politique du vieillissement.....	4
2.1.4 L’ergothérapie auprès de personnes vieillissantes.....	5
2.2 L’enquête exploratoire	6
2.3 Le soutien à domicile	6
2.2.1 Politiques du maintien à domicile	6
2.2.2 La symbolique du domicile	7
2.2.3 Du maintien au soutien à domicile	8
2.2.4 L’isolement social	8
2.2.5 Le rôle de l’ergothérapeute.....	9
2.3 Synthèse et délimitation de notre objet de recherche.....	10
3. Cadre théorique et exploration	10
3.1 La prévention	10
3.1.1 Les niveaux de prévention.....	10
3.1.2 La transition travail/retraite	11
3.1.3 Un modèle d’application en ergothérapie : le Do Live Well.....	12
3.1.4 Définition de la prévention primaire	13
3.1.5 L’ergothérapeute en prévention primaire	13
3.2 La participation sociale	15
3.2.1 Définition de la participation sociale.....	15
3.2.2 L’impact sur la santé.....	15

3.2.3 Le rôle de l'ergothérapeute concernant la participation sociale	16
3.3 Synthèse du cadre théorique	18
4. Question théorisée et démarche inductive	18
5. Prévision d'un dispositif de recherche.....	19
5.1. Les objectifs de l'expérimentation.....	19
5.2 L'échantillonnage	19
5.2.1 Choix de la population mère et de l'échantillon.....	19
5.2.2 Choix de la technique d'échantillonnage.....	20
5.3 L'outil de mesure	21
5.3.1 La méthode	21
5.3.2 L'outil	21
5.4. Conception de l'entretien semi-directif	22
5.4.1 Construction des matrices théoriques	22
5.4.2 Construction de l'entretien	23
5.4.3 Technique de codage	24
6. Analyse des données.....	24
6.1 Ergothérapie et prévention auprès des personnes vieillissantes	25
6.1.1 Ergothérapie et prévention primaire	25
6.1.2 Ergothérapie en prévention.....	26
6.2 Ergothérapie et participation sociale des personnes vieillissantes.....	28
6.2.1 La participation sociale.....	28
6.2.2 L'isolement social	30
7. Synthèse des résultats	32
8. Discussion.....	33
8.1 Pistes d'ouverture	33
8.2 Les biais méthodologiques et l'analyse critique	34
8.3 Points positifs du travail de recherche	35

8.4 Transférabilité en ergothérapie	35
8.4.1 Perspectives et débouchées.....	35
8.4.2 Pratique professionnelle future.....	35
8.5 Point de vue éthique.....	36
9. Conclusion.....	37
10. Bibliographie	38

Sommaire des annexes

Résumé/Abstract

1. Introduction

La France fait face à une transition démographique majeure en raison du vieillissement massif de sa population. En effet, l'espérance de vie progresse grâce aux avancées de la recherche. Parallèlement, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus ne cesse de croître du fait du vieillissement des baby-boomers. Ainsi, la part des 60 ans et plus en France va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7 % à 31 % (Aquino, 2013). Le vieillissement est concret et doit être considéré non comme un fardeau, mais comme une véritable opportunité nationale. Ainsi, il est nécessaire de conduire une politique adaptée, soucieuse du bien vieillir et de l'inclusion sociale de ses aînés. Le maintien à domicile, promu depuis les années 60, revient au cœur des préoccupations et apparaît comme la solution à prioriser afin de répondre aux enjeux politiques, économiques et sociaux. Les Français sont attachés à leur habitation, au-delà de la protection physique qu'il confère, il représente le lieu privilégié où s'exerce leur souveraineté.

Parallèlement à ces états de fait, ce sujet émane de divers questionnements personnels. D'abord, ce sujet est issu d'un constat au cours de ces trois années de formation et de stage : le métier d'ergothérapeute est peu connu en France. Nous avons remarqué que de nombreuses personnes avaient des représentations erronées concernant le métier d'ergothérapeute que ce soit auprès des professionnels de santé, des patients ou des personnes de notre entourage. Ceci nous a motivés à développer un sujet en lien avec la promotion du métier d'ergothérapeute. Mais également à explorer un champ d'intervention innovant concernant l'ergothérapie sociale.

Deuxièmement, ce sujet est issu de nos expériences de stage. En effet, nous avons été principalement au contact des personnes âgées, ainsi nous avons pu appréhender leurs diverses problématiques telles que l'isolement et l'institutionnalisation. Mais également les représentations du vieillissement qui s'apparentaient régulièrement à la dépendance, la fragilité et la perte d'utilité sociale pour de nombreuses personnes. Finalement, c'est lors de deux stages en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D), que le maintien à domicile a pris tout son sens à nos yeux. D'abord, car l'institutionnalisation correspondait souvent à une solution de dépit pour la personne qui ne supportait plus la solitude par exemple. Aucun autre recours n'avait alors été envisagé. Mais également concernant la prise en soin réalisée en E.H.P.A.D parfois difficile et soulevant diverses questions éthiques.

Ainsi, l'objectif de cette recherche est de promouvoir la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur dans la mise en place des plans gouvernementaux concernant l'accompagnement au « bien vieillir ». Nous nous intéressons donc au rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile et aux moyens mis en œuvre pour y parvenir. Notre démarche inductive nous motive à rechercher le sens de la pratique actuelle des ergothérapeutes. Ainsi, nous traiterons d'un axe phare exposé par les instances de santé publique et politique : la prévention primaire. Puis, nous développerons la notion de participation sociale qui devient une question centrale afin de favoriser le maintien à domicile et l'inclusion sociale des aînés.

Au travers de la rédaction de ce travail, nous souhaitons mettre en lumière une vision positive et inclusive du vieillissement. Ainsi, nous ne négligeons pas les problématiques inhérentes au vieillissement, mais nous faisons le choix d'exposer une vision favorable et bienveillante de ce processus naturel.

2. Problématique pratique

2.1 Le vieillissement

2.1.1 Contexte démographique

Selon les chiffres du Ministère de la Santé et des Solidarités, les personnes âgées de 60 ans et plus sont 15 millions aujourd'hui ce qui représente déjà $\frac{1}{4}$ de la population française. En 2030 elles seront 20 millions (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018b). De plus, selon l'OMS la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va doubler entre 2015 et 2020, passant ainsi de 12 % à 22 % (OMS, 2018). Ce vieillissement de la population s'explique d'une part par l'augmentation de l'espérance de vie et d'autre part par l'avancée en âge des baby-boomers. Ainsi, selon l'hypothèse principale développée par l'INSEE, l'espérance de vie devrait atteindre 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes en 2060 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018b) et progresser encore jusqu'en 2070. En France, l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018a). Ainsi tous les pays doivent s'adapter à cette « mutation démographique » pour proposer un système de santé au plus près des besoins de sa population (OMS, 2018). La prise en charge des personnes vieillissantes en France apparaît comme un enjeu majeur sur le plan social, économique et politique (Allen & Glasby, 2010 ; Aquino, 2013 ; Buzyn, 2018 ; INSEE, 2018). On peut alors se demander ce que recouvre la notion de vieillissement.

2.1.2 Représentation du vieillissement en France

Selon l’OMS, une personne est considérée comme âgée à partir de 65 ans et plus. Face à cette vision figée du phénomène, une autre vision plus dynamique est proposée, évoquant le vieillissement comme un « processus » évolutif (Berrut, 2015 ; Bucher, 2008 ; OMS, 2015). Malgré cette définition, les personnes vieillissantes en France souffrent d’une forme de discrimination appelée l’âgisme qui consiste à considérer péjorativement ce processus comme un état de dépendance. (Aquino, 2015 ; Berrut, 2015 ; OMS, 2015). Selon Pellissier (cité par Marchand, 2008, p.22) les personnes âgées doivent faire face à une triple forme de rejet : « la condamnation à vivre dans un statut qui dépossède l’individu de ses caractéristiques propres pour les remplacer par des stéréotypes ; le fait de reléguer matériellement le vieux pour pouvoir plus aisément l’oublier et oublier ce qu’il représente à nos yeux et, enfin, en la présence même du vieux, ne pas reconnaître cette expérience de la vieillesse qu’il est en train de vivre ». À travers ce propos, l’auteur met en lumière la peur du vieillissement pathologique partagée par la population et donc le mécanisme de défense de déni qui se met en place pour ne pas l’affronter. Souvent cette représentation erronée est portée par la personne vieillissante elle-même suite à la perte de contrôle de son environnement associé à un sentiment d’abandon (Marchand, 2008). Ceci peut avoir un impact négatif sur son état de santé et contribuer involontairement à soutenir ce stéréotype. Pourtant, la classification du vieillissement rappelle que le vieillissement n’est pas uniquement pathologique.

2.1.3 Classification du vieillissement

Il existe trois formes de vieillissement selon le modèle biomédical :

- « Vieillissement réussi avec une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie ;
- Vieillissement habituel ou usuel, avec des atteintes considérées comme physiologiques, de certaines fonctions, liées à l’âge, mais sans pathologie bien définie
- Vieillissement avec pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicap, responsables le plus souvent d’un état de dépendance majeure. » (Nouvel et Jouaffre, 2009, p. 33).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons au vieillissement habituel c’est-à-dire lorsque certaines aptitudes de la personne sont impactées par la dégradation normale et inéluctable de l’organisme. Nous choisissons cette forme du vieillissement, car nous

souhaitons mettre en lumière une vision positive du vieillissement qui s'éloignerait des stigmates évoqués précédemment. De plus au regard des politiques nationales et de santé publique, l'intervention en santé doit se faire le plus précocement possible. Ainsi, la démarche curative qui était principalement employée jusqu'alors doit être reléguée au second plan derrière la démarche de prévention et de promotion de la santé.

Selon Kalfat et Sauzéon (2009), le vieillissement est un processus constant influencé notamment par la culture et l'époque. Ainsi le temps de la vieillesse n'est pas séparé du reste de la vie (Bucher, 2008). On peut alors concevoir le vieillissement comme une expérience face aux changements inéluctables de la vie. Ainsi elle nécessite des capacités d'adaptation et d'ajustement permanent au temps qui passe afin de préserver son identité (Marchand, 2008). Pour soutenir cette vision positive du phénomène, l'OMS propose d'adopter de nouvelles perspectives afin d'élaborer une réponse adaptée au vieillissement de la population (OMS, 2015). Simone de Beauvoir disait à ce propos « l'homme ne vit jamais à l'état de nature ; dans sa vieillesse, comme à tout âge, son statut lui est imposé par la société à laquelle il appartient » (Salvarez, 2011, p.15). Ce propos donne aux politiques du vieillissement le rôle d'articulateur principal pour des changements sociétaux durables.

2.1.3 Politique du vieillissement

En ce sens, les stratégies nationales de santé se focalisent sur plusieurs grands axes : prévenir la perte d'autonomie des personnes vieillissantes, favoriser la prise en charge au plus près des lieux de vie et encourager le lien social et la participation des aînés (Aquino, 2013 ; Aquino, 2015 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 c ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018d). Ces axes étaient déjà soutenus en 1962 par Laroque, ancien président de la Caisse nationale de Sécurité sociale ainsi que de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse qui écrivait dans son célèbre rapport : « L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création des services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leurs occupations et leurs loisirs. Ainsi tout en évitant de faire naître chez les vieillards un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leurs places dans une société normale, d'être constamment mêlés à des adultes et à des enfants. » (Laroque, 1962). Cinquante ans plus tard c'est la notion

de prévention, stratégie centrale des institutions gouvernementales et de santé, qui vient rénover les politiques de vieillissement. Cette stratégie a d'abord été développée dans le plan « Bien Vieillir » de 2007 dont l'objectif était de valoriser le « vieillissement réussi » par le biais de 3 axes : la prévention, le domicile et le lien social (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007). Plus tard en 2013, le dispositif PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque en perte d'autonomie) est expérimenté sur le territoire afin de prévenir la perte d'autonomie des personnes de 75 ans et plus. Au regard du contexte démographique, l'objectif est de pallier les inégalités territoriales de prise en soins du vieillissement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018a). On constate que les politiques du vieillissement abordent depuis longtemps la prévention comme axe d'intervention, on peut alors se questionner sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin du vieillissement.

2.1.4 L'ergothérapie auprès de personnes vieillissantes

L'ergothérapeute fait partie des acteurs clés dans la prise en soins des personnes vieillissantes. Selon l'étude menée par Carlson, Fanchiang, Zemmke et Clark, (1996), l'ergothérapie a des effets positifs sur un large éventail de contextes de traitement de la personne vieillissante. Il encourage l'indépendance des personnes vieillissantes et leur engagement dans les activités de vie quotidienne qui sont significatives (Caire, Morestin, & Chabaille, 2012). Grâce à ses connaissances uniques des effets des habitudes de vie et des routines sur la santé (Hart & Parsons, 2015), l'ergothérapeute améliore la qualité de vie des personnes (Graff et al., 2008 ; Hart & Parsons, 2015 ; Nagayama, Tomori, Ohno, Takahashi & Yamauchi, 2016 ; Schmid et al., 2015 ; Trouvé et al., 2017). De plus, ses compétences en prévention et en éducation lui permettent d'accompagner au mieux la personne âgée et son entourage dans son lieu de vie (Colvez, 2009). Finalement en prenant en compte l'interaction personne-activité-environnement (ENOTHE, 2005 cité dans Caire, Morestin & Chabaille, 2012), l'ergothérapeute peut agir sur les trois grands axes développés par les stratégies nationales, concernant l'autonomie de la personne, son environnement physique et social ainsi que ses activités. L'ergothérapeute a une place établie dans l'accompagnement de ces personnes. Il doit donc être identifié par les instances nationales comme un acteur essentiel pour répondre au défi du vieillissement.

À travers ces lectures, plusieurs notions clés sont abordées : le maintien à domicile ainsi que la prévention des risques auprès des personnes vieillissantes. En parallèle de nos lectures,

nous décidons de réaliser une enquête exploratoire visant à éclaircir certains points et comparer nos lectures théoriques à la pratique du terrain.

2.2 L'enquête exploratoire

Nous réalisons donc un questionnaire transmis par le biais du réseau social Facebook à 16 ergothérapeutes ayant de l'expérience dans le maintien à domicile des personnes vieillissantes. Au travers de ce questionnaire, nous cherchons à connaître notamment les spécificités de l'intervention à domicile des personnes vieillissantes, leurs besoins, les modes de prévention utilisés par les ergothérapeutes, la place de l'ergothérapeute à domicile et dans l'intervention auprès de personnes vieillissantes « normalement » sans pathologies spécifiques. Les résultats sont développés en annexe (cf. Annexe 1). Les principaux résultats de cette étude montrent que l'ergothérapeute intervient dans le maintien à domicile des personnes vieillissantes en réalisant notamment des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il intervient majoritairement dans la prévention des chutes et l'aménagement du domicile qui recouvrent plus globalement la prévention de la perte d'autonomie. Celui-ci correspondrait au besoin principalement exprimé par les personnes vieillissantes selon 9 des 16 ergothérapeutes interrogés. Finalement, il semblerait que l'ergothérapeute aurait sa place dans l'intervention auprès de personnes vieillissantes normalement grâce à des actions de prévention primaire principalement. Ces résultats nous amènent à nous questionner davantage sur le maintien à domicile, sur la prévention primaire et ses champs d'action. Ainsi, nous avons réorienté nos recherches et nos lectures vers ces concepts.

2.3 Le soutien à domicile

2.2.1 Politiques du maintien à domicile

La politique du maintien à domicile débute en 1962 avec le Rapport Laroque et la mise en place de l'aide à domicile (Laroque, 1962). Plus tard, la loi du 22 juillet 2001 ainsi que celle du 28 décembre 2015, ont engagé une évolution favorisant le maintien à domicile à travers un ensemble de dispositifs d'aides, notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, le soutien et la reconnaissance des aidants, le soutien à la prévention de la perte d'autonomie.... Aujourd'hui, les stratégies nationales de santé, publiées en 2018 par le Ministère des Solidarités et de la Santé, évoquent clairement l'importance de la prise en charge au plus près des lieux de vie des personnes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 c).

Deux raisons principales sous-tendent ces choix politiques au regard de l'évolution démographique du vieillissement. D'abord le maintien à domicile est plus rentable que l'institutionnalisation (Allen & Glasby, 2010 ; ARS, 2012 ; ARS, 2018 ; Guinet, 2014). De plus, il est majoritairement souhaité par les personnes vieillissantes (CSA, 2016) qui vivent de plus en plus longtemps chez eux (Guinet, 2014). En 2007, 13.7 millions de personnes âgées de 60 ans et plus vivaient à domicile, 7 ans plus tard elles sont 15.5 millions (DREES, 2017). On peut alors s'interroger sur les raisons de l'importance accordée au domicile.

2.2.2 La symbolique du domicile

Si le maintien à domicile est souhaité par les personnes âgées c'est parce qu'il recouvre une signification personnelle. D'ailleurs, plus de 60 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent dans le même logement depuis plus de 25 ans (Christel, 2006). La maison désigne à la fois un lieu physique et psychique construit par les singularités de ses habitants (Dreyer, 2016 ; Ennuyer, 2014) et qui sert selon Bernadette Veysset (1989) de « repaire et de repère » à l'identité de la personne (cité dans Caire, Morestin, & Chabaille, 2012). Il est repaire en tant que refuge protégeant des agressions extérieures et repère de l'identité de la personne, caractérisant son identité sociale. C'est aussi un lieu de représentation du pouvoir de la personne (Ennuyer, 2014), « être maître chez soi relève ainsi de la capacité à protéger son intimité des intrusions et des violations » (Dreyer, 2016). Ainsi, le domicile renvoie un sentiment de sécurité, d'appartenance et de contrôle à l'habitant.

De plus, le domicile peut avoir un impact sur le style de vie à la retraite et l'autonomie de la personne (Bucher, 2008). Ainsi l'idée de ne plus pouvoir vivre chez soi impacte l'état physique, psychologique et émotionnel des personnes âgées (Galdemar & Gilles, 2013). Pour autant, il ne suffit pas de vivre dans un logement adapté pour y être indépendant et heureux le plus longtemps possible. D'ailleurs selon Kalfat & Sauzéon (2009, p.8.) : « Les attitudes de l'entourage autant que les aspects physiques (architectures, équipements) jouent un rôle primordial pour un vieillissement réussi, du point de vue de la prévention primaire. ». Aussi selon Bucher (2008), pour vivre dans son domicile il faut pouvoir en sortir quand on le souhaite. Ceci qui indique l'importance de l'environnement social de la personne incluant son entourage, mais également les relations sociales à proximité.

2.2.3 *Du maintien au soutien à domicile*

Au regard des propos développés ci-dessus, nous ne parlerons plus de maintien à domicile, qui fait davantage référence à l'idée de personnes « contenues » et « cloisonnées » à domicile dans l'attente d'une éventuelle institutionnalisation (Alberola, Galdemar, & Petit, 2013). Nous choisissons de parler de soutien à domicile qui intègre la notion de libre choix, d'autonomie décisionnelle et de l'importance de l'environnement social de la personne. Il recouvre notamment la possibilité pour la personne de se déplacer en dehors de son habitation, de conserver une vie de quartier et d'accéder aux commerces de proximités. Ainsi, la personne « soutenue » à domicile est accompagnée dans son choix de vivre chez elle, qui implique son environnement physique et social. Ceci met en exergue la problématique de l'isolement sociale que nous allons développer maintenant.

2.2.4 *L'isolement social*

Apparaît alors la notion d'isolement social, qui n'était pas ressorti lors de l'enquête exploratoire. Selon l'étude *solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017* de l'association Petits Frères des Pauvres, 300 000 des 60 ans et plus ne voient quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes, « 22 % des personnes âgées sont isolées du cercle familial, 28 % du cercle amical, 21 % du cercle de voisinage et 55 % des réseaux associatifs » (Association des petits frères des Pauvres, 2017, p.8).

L'isolement social accélérerait la perte d'autonomie chez les personnes âgées, serait un facteur aggravant de la fragilité et de la vulnérabilité psychologique et renforcerait également les inégalités sociales (Galdemar & Gilles, 2013 ; Serres, 2017). L'isolement social en France touche principalement les femmes, de plus de 75 ans avec un revenu modeste. Ce qui caractérise principalement cet isolement c'est l'absence de sortie et d'activités (en dehors des activités de vie quotidienne) ainsi que l'absence d'un réseau social sur lequel elles peuvent compter (Association des petits frères des Pauvres, 2017). L'isolement, à lui seul, peut aboutir à l'institutionnalisation de la personne vieillissante.

C'est pourquoi, divers projets appelant à la mobilisation citoyenne, comme le projet MONALISA, émergent en France pour lutter contre cet isolement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2013). Ce projet est issu d'une coopération inédite entre les citoyens et les collectivités publiques et s'est inscrit dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015. Selon l'étude du CREDOC (centre de recherche pour l'étude et l'observation des

conditions de vie), *combattre la solitude des personnes âgées*, les différents facteurs qui concourent à l'isolement sont l'éloignement géographique et physique, l'état de santé et la mobilité et un réseau relationnel pauvre (Galdemar & Gilles, 2013). Pour lutter contre l'isolement des personnes vieillissantes, l'association des Petits Frères des Pauvres propose 14 pistes (Association des petits frères des Pauvres, 2017). L'ergothérapeute peut s'impliquer dans 6 de ces pistes concernant : la coordination des acteurs, l'évaluation des situations d'isolement, la création de lien social, la sensibilisation de l'opinion publique, l'accompagnement des personnes dans l'utilisation de nouvelles technologies, la promotion des nouvelles formes d'habitat.

2.2.5 *Le rôle de l'ergothérapeute*

L'ergothérapeute est un acteur clé du maintien à domicile qui favorise et sécurise le retour à domicile grâce à son évaluation holistique des besoins de la personne (Caire, Morestin, & Chabaille, 2012 ; Smith & Rees, 2004 ; Trouvé et al., 2017). Selon Meeus (1997), le domicile serait même le lieu de prédilection pour l'ergothérapie puisqu'il constitue le milieu écologique de la personne. Les résultats de l'enquête exploratoire ainsi que les lectures mettent en avant ses divers champs d'action à domicile. Il intervient dans la prévention des risques de perte d'autonomie, la préconisation d'aides techniques, l'aménagement du domicile, l'aide à l'autonomie dans les activités de vie quotidienne (Meeus, 1997), il contribue au ralentissement du déclin fonctionnel et cognitif (Schmid et al., 2015). Au-delà d'améliorer le fonctionnement quotidien à domicile, l'ergothérapeute peut favoriser la participation sociale des personnes âgées (Caire, Criquillon-Ruiz, Joubert, Vienne & Sorita, 2016 ; Graff et al., 2008) et ainsi lutter contre leur isolement. Ce soutien social est primordial pour maintenir le bien-être, la qualité de vie et l'estime de soi de la personne âgée (Marchand, 2008). Selon Townsend et Polatajko (cité dans Poriel, 2017) l'ergothérapie serait : « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ». Ainsi, par son analyse globale de la situation de la personne, il pourrait aussi la guider dans la gestion autonome de son environnement social afin de préserver son identité sociale et de contribuer à son maintien à domicile.

Pour autant, les plans politiques évoquent peu la place de l'ergothérapie dans cet accompagnement préventif au sein du lieu de vie des personnes vieillissantes. De plus, comme l'évoque l'enquête exploratoire, le rôle de l'ergothérapeute est encore mal identifié par la personne âgée et son entourage. S'ajoute à cela, la complexité de saisir l'importance

d'anticiper les effets du vieillissement quand on n'éprouve pas de difficultés ou que ces difficultés n'impactent pas directement notre qualité de vie. Ceci nous emmène donc à nous questionner sur la place de l'ergothérapie en prévention primaire.

2.3 Synthèse et délimitation de notre objet de recherche

Nous avons vu que le soutien à domicile répondait actuellement aux préoccupations à la fois sociales et politiques en France. L'objectif national concernant le vieillissement exponentiel de la population s'articule autour du « bien vieillir » qui recouvre notamment la prévention de la perte d'autonomie à domicile. Au travers de cet axe, les ergothérapeutes sont identifiés principalement comme des acteurs de prévention au sein de l'environnement physique de la personne par la prévention des chutes et l'aménagement du domicile. Pour autant, la problématique de l'isolement social devient prépondérante et s'ajoute aux axes à prévenir précocement. L'ergothérapeute peut contribuer à prévenir cet isolement en agissant sur l'environnement social de la personne et ses activités. Cependant, l'ergothérapeute est méconnu parmi les acteurs de prévention primaire du système de soin, car cette compétence fait appel à un nouveau champ d'exercice de la profession appartenant au domaine de l'ergothérapie sociale en plein essor. Dans cette optique de promotion de la santé, nous nous intéressons donc à la place de l'ergothérapie en prévention primaire. Ceci nous conduit à la problématique pratique suivante : **En quoi, l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention primaire, contribue-t-il au soutien à domicile des personnes vieillissantes ?**

3. Cadre théorique et exploration

3.1 La prévention

3.1.1 *Les niveaux de prévention*

L'OMS en 1948 définit la prévention comme : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » et décline trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire vise à : « diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas ».
- La prévention secondaire vise à : « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population ». Ce qui signifie qu'il faut agir au tout début de la problématique pour s'opposer à l'évolution voir la stopper.

-La prévention tertiaire vise à : « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population ». (Flajolet, 2008, p. 1-2).

Nous allons désormais justifier le choix de la prévention primaire pour la suite de notre recherche.

3.1.2 La transition travail/retraite

La transition entre le travail et la retraite représente un bouleversement dans l'équilibre de vie de la personne. Le travail constitue une des trois branches des grands domaines d'activités avec les loisirs et les soins personnels. En l'absence d'une de ces branches, la personne va devoir réorganiser et compenser cette absence pour maintenir un équilibre indispensable à sa santé et son bien-être. La cessation d'activité professionnelle entraîne un changement dans les rôles sociaux de la personne puisqu'elle entre dans la catégorie des retraités. Selon Thierry (2005) cette catégorie est associée à une forme de « mort sociale » en France. D'autres auteurs (Bourdessol et al., 2011) parlent eux de « déclin social » ressenti par les retraités. La personne doit alors faire le deuil de son statut de salarié qui lui conférait une forme de reconnaissance sociale et une place dans la société. D'ailleurs comme le disent Barral et Blaise (2016, p.162) : « On est souvent défini par ce que l'on fait. Quand on ne peut pas faire, on a l'impression de ne pas exister comme « moi ». Quelle est la place de l'être aujourd'hui quand on « est » et pas quand on « fait » ». Ainsi le rythme quotidien, les habitudes de vies, les relations sociales du retraité sont bouleversés. La personne doit alors s'inscrire dans une nouvelle dynamique identitaire ce qui peut créer de nombreuses angoisses (Bourdessol et al., 2011).

Selon le plan « Bien Vieillir », la cessation d'activité est vécue très différemment entre les individus, certains l'attendent depuis longtemps, d'autres l'appréhendent. D'après des témoignages recueillis auprès des retraités, les 18 premiers mois de retraite sont souvent très bien vécus et permette à la personne de se ressourcer. Ensuite, la joie laisse place à l'ennui et à l'angoisse du vide lorsque la personne prend conscience de ce bouleversement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2007). A cette période d'autres changements impactent l'équilibre de vie : les signes de vieillissement, les deuils, les départs...

Pour accompagner ce changement, les organismes de santé publique soutenus par le gouvernement s'engagent dans la promotion des sessions de préparation à la retraite. Ainsi, dans le cadre du plan « Bien Vieillir » 2007-2009, l'INPES a édité en 2011 divers outils pour

les professionnels chargés de mettre en place des sessions de préparation à la retraite (Bourdessol et al., 2011). L'objectif de cette mesure du plan « Bien vieillir » est l'anticipation du passage à la retraite que la personne travaille encore ou non. Ainsi, les professionnels de santé sont désignés comme acteurs de l'accompagnement vers un projet de vie significatif pour la personne. On voit alors clairement se dessiner la notion de prévention primaire du passage à la retraite dans les solutions proposées par le gouvernement.

3.1.3 Un modèle d'application en ergothérapie : le Do Live Well

Le modèle « Vivez bien votre vie » a été créé en 2009 par des ergothérapeutes canadiens. Leur objectif était de promouvoir la santé des personnes grâce à leurs activités au quotidien. Ainsi, leur devise : « ce que vous faites quotidiennement compte », permet de faire des liens entre ce que les personnes font chaque jour, leur santé et leur bien-être (Moll et al., 2015). Ce modèle propose 8 dimensions de « l'expérience » qui selon « l'utilisation du temps et l'horaire de vie » influencent « la santé et le bien-être » de la personne : activer son corps, son esprit et ses sens, créer des liens avec les autres, contribuer à la communauté et la société, prendre soin de soi, construire sa prospérité et sa sécurité, développer et exprimer son identité personnelle, développer ses capacités et son potentiel et vivre du plaisir et de la joie (cf. Annexe 2). À travers ce modèle, les ergothérapeutes souhaitent aborder la notion de transition occupationnelle et d'équilibre occupationnelle pour favoriser le « bien vivre ». Ainsi, comme nous l'avons vu plus haut le passage à la retraite constitue une période de bouleversements des activités de la personne. Or selon les études, un équilibre dans ces dimensions de l'expérience améliore l'état de santé et de bien-être des personnes (Moll et al., 2015).

Nous choisissons d'évoquer ce modèle dans notre travail, car il s'inscrit dans une approche positive en santé de promotion et d'éducation à la santé. Il vise à encourager les personnes à identifier des solutions en faveur de leur bien-être et de leur santé. Or, cette notion d'accompagnement à l'autonomie décisionnelle en faveur du « bien vivre », représente un des fondements de notre recherche. De plus, selon les créateurs il peut être utilisé avec toutes les générations et avec des personnes ayant ou non des problèmes de santé. Finalement, ce modèle pourrait permettre de promouvoir la place de l'ergothérapie en promotion de la santé grâce à ses connaissances spécifiques sur l'activité humaine et son impact sur la santé et le bien-être.

Ce modèle canadien met en lumière l'importance d'avoir un juste équilibre dans nos activités du quotidien afin de prévenir les problèmes de santé notamment. Ceci nous emmène à nous

questionner sur la notion de prévention primaire et sur le rôle de l'ergothérapeute en France concernant cette perspective.

3.1.4 Définition de la prévention primaire

L'OMS décrit la « prévention primaire » comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas » (Flajolet, 2008, p.1). Plus tard, en 1982, Gordon établit une définition centrée sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre en distinguant la prévention universelle, sélective et ciblée. En s'appuyant sur les travaux de Gordon, San Marco propose une définition globale et positive de la prévention fondée sur la participation active du sujet : « Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par ou des professionnels. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée » (Flajolet, 2008, p. 3). Nous retiendrons cette définition de la prévention pour la suite de notre travail de recherche, car elle place la personne en tant qu'actrice de sa santé. Ceci corrobore notre perception, du rôle d'accompagnateur de l'ergothérapeute, dans la gestion autonome du quotidien de la personne.

3.1.5 L'ergothérapeute en prévention primaire

La prévention primaire est promue par les instances politiques afin, notamment, de prévenir la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus (Aquino, 2013 ; Aquino, 2015 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 c). Or, l'ergothérapeute est un acteur de la prévention primaire (Clark et al., 2012) et serait même un acteur clé de par ses compétences et sa philosophie concernant l'indépendance dans les activités de vie quotidienne (Dahl-Popolizio & Rogers, 2017 ; Hart & Parsons, 2015).

L'Association Nationale française des Ergothérapeutes (ANFE), définit l'ergothérapie de la manière suivante : « Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (ANFE, 2016). De plus : « L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque

de perte d'autonomie » (ANFE, 2016). Dans cette définition, l'ergothérapeute est identifié comme un acteur de prévention ayant une certaine expertise sur les habitudes de vie, l'environnement physique et social des personnes.

Par ailleurs, selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, les ergothérapeutes peuvent intervenir en prévention primaire, secondaire et tertiaire par différents moyens :

- « - information et conseils auprès de personne ou de groupes de personnes sur le rôle des activités dans la prévention et la promotion de la santé ;
- information sur les troubles fonctionnels (musculo-squelettique, équilibre, respiration, due au stress...) et des facteurs de risque en santé en lien avec l'activité et conseils ;
- propositions d'adaptation de l'environnement pour le maintien et le retour à l'activité (travail, loisir, sport...) ;
- conseils, démonstrations et essais pour une bonne gestion des aides techniques ;
- conseils, démonstrations et essais sur les gestes et postures et l'économie gestuelle ;
- conseils à visée ergonomique. » (Ministères des solidarités et de la Santé, 2010, p. 12)

Les ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratoire viennent confirmer ces propos. Ainsi 14 des 16 ergothérapeutes questionnés réalisent des actions de prévention en faveur du maintien à domicile des personnes vieillissantes. Et 7 se situent principalement dans des actions de prévention primaire. Ces actions de prévention concernent à la grande majorité la prévention des chutes et l'aménagement du domicile. Ce qui signifie que les ergothérapeutes interviennent principalement sur l'environnement physique de la personne. Pourtant, nous avons démontré ci-dessus que favoriser le soutien à domicile impliquait de pouvoir sortir de son domicile et conserver des liens sociaux. Mais également que le passage à la retraite constituait un bouleversement dans l'environnement social de la personne avec un réajustement nécessaire des rôles sociaux de la personne. Ceci nous amène donc à nous questionner sur le rôle préventif de l'ergothérapeute concernant l'environnement social des personnes vieillissantes et leurs activités en dehors du domicile.

3.2 La participation sociale

3.2.1 Définition de la participation sociale

Selon les auteurs et les domaines d'exercices, la définition de la participation sociale peut varier. Ainsi de nombreuses définitions existent. Plusieurs auteurs caractérisent la participation sociale selon 4 catégories. La participation sociale décrit le fonctionnement dans la vie quotidienne d'une personne (Noreau et al., 2004) ; elle contribue à l'interaction sociale avec les autres (Maier & Klumb, 2005 ; Poriel, 2017) ; favorise les échanges à l'intérieur du réseau social (Andrew, 2005) et permet de s'impliquer dans une activité individuelle et/ou collective (cité dans Caire, Criquillon-Ruiz, Joubert, Vienne, & Sorita, 2016).

Dans cette définition, nous choisissons d'écarter le fonctionnement dans la vie quotidienne pour nous focaliser sur les trois autres dimensions. En effet, celles-ci impliquent l'environnement social et les activités de loisir de la personne et font le lien avec l'isolement social développé plus haut. De plus, notre définition du soutien à domicile, défend l'importance des activités en dehors des activités de vie quotidienne, pour favoriser le bien vieillir dans son habitat.

Selon l'institut National du Québec (cité dans Caire, Morestin, & Chabaille, 2012, p.5) la participation sociale est : « le fait, pour une personne, d'être intégrée dans un réseau de relations significatives, réciproques et génératrices de responsabilités. La participation sociale offre des possibilités de (re)donner du sens à sa vie, de développer des appartenances et d'exercer un rôle social dans une étape, la vieillesse, marquée par de nombreux changements et des pertes de différentes natures ». Ainsi cette définition nous permet de faire du lien entre la transition travail/retraite qui bouleverse les rôles sociaux et la participation sociale comme levier à la création et à l'exercice de ces rôles. De plus, parmi les 8 dimensions de l'expérience évoquées dans le modèle Do Live Well, 2 se rapportent à la participation sociale : créer des liens avec les autres et contribuer à la communauté et la société. Or, les auteurs ont montré la relation entre l'équilibre de ces 8 dimensions et la santé des personnes. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la participation sociale contribue à la santé et au bien-être des personnes. Nous allons donc vérifier ceci dans les écrits.

3.2.2 L'impact sur la santé

Selon Trouvé (2009, p. 11) : « La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie ». C'est pourquoi une interruption ou un changement d'activité peut avoir un impact négatif sur la santé et le bien-être (Trouvé, 2009).

Or, la période de transition entre la vie active et la retraite est un moment-clé où les personnes sont en quête d'identité, de reconnaissance de soi par les autres et soi-même (Thierry, 2018) ainsi le maintien d'une participation sociale optimale est indispensable à ce moment-là. La participation sociale offre à la personne, la possibilité de conserver un rôle dans la société (Caire, Criquillon-Ruiz, Joubert, Vienne, & Sorita, 2016) et donc d'enrichir son identité sociale indispensable à son bien-être. Rester actif permet donc d'échapper à la solitude, de maintenir une appartenance au groupe que constitue la société (Arbuz, 2013). D'ailleurs selon Tremblay et Tellier (2006, cité dans Poriel, 2017, p. 232), au-delà de conserver une identité sociale : « Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation communautaire (empowerment) ». Ceci signifie que la participation sociale contribue au maintien de l'autonomie des personnes vieillissantes et donc à leurs soutiens à domicile.

Concernant la santé des populations, plusieurs études montrent que, les liens sociaux, la participation à des activités de groupe, le contact avec les proches, ainsi que le soutien social perçu font baisser la mortalité des personnes âgées vivant à leur domicile (Seeman et al., 1993 ; Blazer, 1982 ; Schoenbach et al., 1986 cité dans Andrew, 2005). De plus, on l'associe à plusieurs résultantes de santé telle que l'autonomie fonctionnelle (Levasseur et al., 2012) et la qualité de vie (Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2008). Finalement, la participation sociale est un déterminant majeur de la santé des personnes âgées (OMS, 2002 ; Rowe & Kahn, 1998 cités dans Levasseur et Raymond, 2013) ; il apparaît donc primordial de maintenir cette participation pour contribuer au soutien des personnes vieillissantes.

Au-delà de l'impact sur la santé, Soleymani, Berrut et Campéon (2018, p.8) évoquent que : « la participation sociale s'entend ici non seulement comme un moyen pour accroître les capacités individuelles d'adaptation au vieillissement, mais aussi comme un facteur de lutte contre l'isolement, d'engagement des personnes âgées dans la politique locale et de reconnaissance de leur mobilisation citoyenne. ». Ainsi, la participation sociale des personnes vieillissantes représente aussi une richesse politique et économique importante.

3.2.3 Le rôle de l'ergothérapeute concernant la participation sociale

L'émergence de difficultés dans l'environnement physique des personnes vieillissantes peut impacter cette participation sociale. Ainsi, petit à petit les incapacités rencontrées à l'intérieur du logement aboutissent à une impossibilité de sortir à l'extérieur et donc entraîne une restriction de participation sociale (Caire, Morestin et Chabaille., 2012). En France, les

ergothérapeutes sont identifiés aujourd'hui par les caisses de retraite et certaines mutuelles pour mener des expertises sur la limitation d'activités et la restriction de participation des aînés vivant à domicile. Comme nous l'avons vu dans notre enquête exploratoire et nos lectures, l'ergothérapeute est identifié comme acteur de l'aménagement de l'environnement physique des personnes vieillissantes et notamment au travers d'actions de prévention. D'ailleurs, certains programmes « conseil logement » ont été développés spécifiquement par les caisses de retraite pour que les ergothérapeutes préviennent l'inadaptation du logement des personnes vieillissantes¹.

Mais qu'en est-il de l'intervention directe des ergothérapeutes sur la participation sociale des personnes vieillissantes ? Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, l'ergothérapeute (Ministères des Solidarités et de la Santé, 2010, p.9) : « met en œuvre des soins et des interventions [...] visant à maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne ». Pour cela il réalise des : « mise en situation et entraînement dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier [...] de relations et interactions avec autrui, d'activités liées aux grands domaines de la vie (éducation, travail et emploi, vie économique), de vie communautaire, sociale et civique ». Ceci explicite le rôle direct des ergothérapeutes sur la participation sociale des personnes. Pour autant, nous retrouvons peu d'éléments théoriques concernant le rôle particulier de l'ergothérapeute envers les aspects de la participation sociale que nous avons défini plus haut.

Depuis peu, une nouvelle perspective de la profession se développe : l'ergothérapie sociale. Celle-ci pourrait affirmer plus clairement le rôle singulier de la profession concernant les occupations sociales des personnes. Selon Dias Barros (2011, cité dans Caire, Morestin et Chabaille, 2012, p.51) l'ergothérapeute peut se voir attribuer le rôle novateur « d'articulateur social » au regard des transformations des paradigmes actuels. Ainsi, au-delà de l'intervention médicale, l'ergothérapeute pourra faciliter les occupations de toutes personnes et donc ne plus restreindre ses interventions aux situations de handicap, mais agir sur les occupations humaines.

D'ailleurs, l'ordre Canadien des ergothérapeutes (ACE, 2007, p.20) définit l'ergothérapie comme : « l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation ; l'habilitation des gens à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être ; et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent

¹ « Plan Domicile 2010-2013 » par l'AGIRC-ARRCO, dont l'objectif est de « prolonger à domicile l'autonomie des personnes âgées ou handicapées ».

participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie ». Il a donc une qualification spécifique lui permettant d'accompagner les personnes dans leur participation au quotidien et selon un contexte environnemental singulier.

3.3 Synthèse du cadre théorique

Ainsi, l'exploration théorique nous a permis de mettre en lumière l'importance de promouvoir la prévention primaire pour contribuer au bien vieillir de la population française. Cette stratégie corrobore la volonté politique, mais également celle-là population pour rester le plus longtemps à domicile en bonne santé. Dans ce processus, l'ergothérapeute a un rôle établi concernant notamment la prévention des chutes et l'aménagement du domicile. Parallèlement, le passage à la retraite engage divers bouleversements dans les activités de la personne et notamment la redéfinition de ses rôles sociaux. Au travers de ce concept apparaît la notion de participation sociale, qui comme nous l'avons vu, contribue à la santé et au bien-être des personnes. Ainsi la participation sociale représente un des déterminants du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'ergothérapeute a les compétences pour favoriser et accompagner cette participation sociale. Pour autant les écrits sont encore peu nombreux sur ce mode d'intervention malgré que l'ergothérapie sociale semble apporter une forme de réponse. Le modèle *Do Live Well* engage, lui aussi, une évolution du cadre d'intervention ergothérapique par la promotion de l'équilibre de vie en faveur du bien-être et de la santé des personnes. Ceci nous permet de rédiger notre problématique théorique :

Dans le contexte du soutien à domicile des personnes vieillissantes, en quoi les actions de prévention primaire menées par l'ergothérapeute contribuent-elles à favoriser leur participation sociale ?

4. Question théorisée et démarche inductive

Au regard de notre sujet et du manque de littérature le concernant, il nous semble plus pertinent de nous orienter vers une question théorisée plutôt qu'une hypothèse. En effet, le rôle de l'ergothérapeute en prévention primaire est en plein essor, il y a donc peu d'information sur ce sujet. De plus, l'association de ce concept à la participation sociale des personnes vieillissantes confirme notre orientation vers une recherche de sens quant à la pratique actuelle des ergothérapeutes. Ainsi, la démarche inductive semble pertinente. L'objectif de celle-ci est de comprendre et de saisir les processus, plutôt que de souligner un

lien de causalité entre plusieurs variables (D'Arripe, Oboeuf et Routier, 2014). La démarche inductive part d'observations et mène à une hypothèse. Il s'agit donc d'une généralisation de ce qui a été observé sur quelques cas particuliers en une loi universelle. Un schéma explicatif de cette démarche se trouve en Annexe (cf. Annexe 3).

Dans notre problématique théorique, nous nous intéressons aux actions de prévention primaire menées par l'ergothérapeute qui peuvent avoir un impact sur la participation sociale des personnes vieillissantes. Après réflexion et au regard de notre démarche inductive, ceci ne correspond pas au bon objet de recherche. En effet, nous cherchons à savoir si les ergothérapeutes agissent sur la participation sociale des personnes vieillissantes en amont de toute forme d'isolement social. Et donc s'ils se situent dans une démarche de prévention primaire d'accompagnement à la participation sociale. Ainsi, pour l'expérimentation nous nous demandons :

Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire en faveur de la participation sociale des personnes vieillissantes à domicile ?

Ainsi nous avons deux variables : la prévention primaire et la participation sociale. Nous allons désormais présenter notre dispositif de recherche.

5. Prévision d'un dispositif de recherche

5.1. Les objectifs de l'expérimentation

Selon Tétreault (2014), la démarche de recherche nécessite une méthodologie de recherche et un outil afin de collecter des données. Dans cette partie, nous développons la procédure mise en place en détail afin de respecter la qualité métrique de fidélité. Celle-ci représente la constance des résultats obtenus si plusieurs chercheurs reproduisent l'expérience. L'objectif de cette expérimentation est de répondre à notre question théorisée en apportant du sens à la pratique ergothérapeutique.

5.2 L'échantillonnage

5.2.1 Choix de la population mère et de l'échantillon

Tout d'abord, il convient de déterminer la population mère de notre recherche. Cette dernière se définit comme l'ensemble des individus qui ont des caractéristiques précises en relation

avec les objectifs de l'étude. Notre population mère correspond donc aux ergothérapeutes exerçant dans le maintien à domicile des personnes vieillissantes. Ensuite, nous déterminons l'échantillon qui est la population cible à laquelle s'adresse notre recherche, soit les ergothérapeutes menant des actions de prévention auprès de ces personnes vieillissantes à domicile. Le choix des critères de sélection qui délimite notre échantillonnage est justifié en annexe (cf. Annexe 4). Les critères d'inclusions sont les suivants : des ergothérapeutes francophones diplômés d'état depuis moins de 10 ans et exerçant en France, des ergothérapeutes intervenant ou ayant intervenu au domicile des personnes de 60 ans et plus et menant ou ayant menés des actions de prévention. Par opposition nos critères d'exclusions sont : des ergothérapeutes n'exerçant pas en France, diplômés depuis plus de 10 ans, n'exerçant ou n'ayant jamais exercé à domicile des personnes vieillissantes, ne menant ou n'ayant jamais mené d'actions de prévention primaire pour des personnes de 60 ans et plus. Nous décidons d'interroger 4 ergothérapeutes en raison des contraintes temporelles dont nous disposons en espérant un résultat à minima significatif malgré la taille de l'échantillon.

5.2.2 Choix de la technique d'échantillonnage

Selon Dépelteau (2010), la technique d'échantillonnage correspond aux opérations permettant la sélection de l'échantillon. Il existe deux types d'échantillonnage : la technique probabiliste et non probabiliste. Nous choisissons la technique non probabiliste pour plusieurs raisons. D'abord, car la sélection n'est pas due au hasard, elle est définie selon des critères de faisabilité, de ressemblance à la population cible et de critères subjectifs dépendant du choix des enquêteurs. Ainsi, nous avons réalisé un échantillonnage et nous avons développé des critères d'inclusions et d'exclusions précis. De plus, nous choisissons cette technique au regard des contraintes temporelles. Parmi les techniques non probabilistes d'échantillonnage, nous sélectionnons la technique de l'échantillon de volontaires.

Pour cela nous utilisons trois modes de contacts différents. D'abord nous avons envoyé un mail aux seize ergothérapeutes ayant participé à notre enquête exploratoire. Quatre ont répondu à ce message, parmi elles, trois personnes répondaient aux critères établis et acceptaient de réaliser un entretien. Ces personnes exerçaient respectivement au sein d'un dispositif expérimental de prévention des chutes, du dispositif PAERPA et d'un Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile. Ensuite nous avons publié une annonce sur deux groupes d'ergothérapeutes du réseau social Facebook. Une personne a répondu à notre message, mais elle ne correspondait pas à nos critères puisqu'elle n'avait jamais mené

d'actions de prévention primaire. Enfin, suite à des recherches internet, nous avons contacté quatre ergothérapeutes par mail, deux exerçaient en Equipe d'Appui d'Adaptation et de Réadaptation (E2AR), un au sein du dispositif PAERPA et un dans une Equipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation A Domicile (ESPRAD). Parmi ces personnes, l'ergothérapeute exerçant en E.S.P.R.A.D ainsi qu'un des ergothérapeutes exerçant en E.2.A.R ne nous ont pas répondu. L'ergothérapeute exerçant en E.2.A.R a été sélectionné, car il correspondait aux critères et acceptait d'effectuer un entretien. L'ergothérapeute du dispositif PAERPA n'a pas souhaité participer à l'expérimentation par manque de temps. Afin que notre travail de recherche soit reproductible, nous présentons les messages diffusés aux participants (cf. Annexe 5). Ayant sélectionné nos 4 participants, nous arrêtons donc l'échantillonnage afin de nous concentrer sur la création de l'outil de mesure. Cependant lors de notre entretien avec l'ergothérapeute exerçant au sein du dispositif expérimental de prévention des chutes, celui-ci nous a transmis les coordonnées d'une collègue de travail qui avait plus d'expérience dans le domaine de la prévention. Celle-ci a accepté de répondre à nos questions. Ainsi, malgré notre choix de réaliser 4 entretiens initialement nous décidons de saisir cette opportunité et d'enrichir notre recherche en interrogeant cette personne.

5.3 L'outil de mesure

5.3.1 La méthode

La construction d'un dispositif de recherche nécessite le choix d'une méthode spécifique afin de pouvoir construire l'outil et procéder à l'expérimentation. Au regard de l'objectif de notre recherche, nous choisissons la méthode de l'enquête afin de découvrir le sens des actions menées par les ergothérapeutes. En effet, dans la continuité de notre démarche inductive cherchons à recueillir des informations de type qualitatives.

5.3.2 L'outil

La méthode de l'enquête recouvre deux outils : le questionnaire et l'entretien. Le questionnaire est mis de côté de par la subjectivité du concept de participation sociale qui entrainerait un biais méthodologique. Dans cette recherche, nous nous intéressons à l'expérience des ergothérapeutes dans le domaine de la prévention, ceci correspond à des données qualitatives. Ainsi, nous optons pour l'entretien qui permet d'obtenir des informations sur les expériences et laisse plus de place à l'échange que le questionnaire.

L'entretien de recherche permet de recueillir des informations pour répondre à une question de recherche, d'approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours de quelqu'un (Tétreault, 2014). Enfin, cet outil nous permet de reformuler nos questions en cas de non-compréhension, mais également d'approfondir certains points au cours de l'échange.

Nous choisissons de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes, car cela permet de laisser plus de liberté à l'interviewé concernant la thématique abordée (Tétreault, 2014). Ainsi, de nouveaux aspects peuvent être découverts par le chercheur lors de l'entretien, qui viendront enrichir l'analyse des données. Dans la démarche inductive, le chercheur doit se laisser déstabiliser et accueillir toutes les informations issues de l'entretien, car il cherche à mettre en lumière le sens de la pratique. L'entretien doit être interactif et légèrement intrusif sans être déstabilisant pour la personne interrogée (Tétreault, 2014). Il est important d'établir un lien de confidentialité pour que la personne puisse s'exprimer librement et approfondir sa pensée (Tétreault, 2014). Ainsi, les considérations éthiques doivent être énoncées au début de l'entretien pour rassurer la personne. De plus, le chercheur devra mettre en œuvre une écoute active et favoriser le discours de l'interviewé en limitant au maximum ses interventions.

Ensuite, nous décidons d'effectuer des entretiens individuels, car nous interrogeons la pratique subjective des ergothérapeutes. Le groupe pourrait avoir une influence sur le propos et créer un biais dans la formulation de la pensée. Or, nous recherchons un témoignage des plus fidèle à la réalité professionnelle des interviewés.

Enfin, nous choisissons de réaliser des entretiens téléphoniques du fait de la temporalité et de la distance de nos participants. Cependant selon Tétreault (2014), il donne des résultats similaires sans diminuer la qualité des résultats et représente une méthode efficace et peu coûteuse.

5.4. Conception de l'entretien semi-directif

5.4.1 Construction des matrices théoriques

Dans la démarche inductive, nous ne parlons pas de variable dépendante et indépendante, mais de concept. En effet, nous ne cherchons pas à établir un lien de causalité entre deux variables, nous cherchons à recueillir les données qualitatives et comparer les similitudes qui seraient généralisables grâce à la théorisation. Ici, nous traitons de la prévention primaire et de la participation sociale. Afin de faciliter le repérage de ces concepts lors de l'analyse des entretiens, nous construisons des matrices théoriques qui décomposent le concept en

indicateurs et indices (cf. Annexe 6 et 7). Ceux-ci ont été déterminés par nos lectures théoriques et permettent de traduire les concepts en données observables. Par exemple pour le concept de participation sociale, un indicateur est « l'implication dans une activité individuelle et/ou collective » et un indice est « la personne réalise des activités ».

5.4.2 Construction de l'entretien

Selon Tétrault (2014), l'entretien comporte quatre parties : l'introduction et les considérations éthiques, les questions en lien avec la thématique et enfin la conclusion. Nous réalisons un guide d'entretien qui recense ces différentes parties (cf. Annexe 8). Dans la partie introduction, nous envoyons d'abord un mail aux participants afin de leur donner les considérations éthiques ainsi que le formulaire de consentement. Ce document est à remplir conjointement par les participants et le porteur de l'étude.

Puis nous décomposons notre entretien en trois parties : la pratique des ergothérapeutes concernant la prévention, la participation sociale et enfin les suggestions et remerciements (cf. Annexe 9). Nous commençons l'entretien par le parcours de l'interviewé et sa pratique au quotidien pour mettre en confiance la personne et pour repérer la prévention primaire dans son activité. Ensuite, nous cherchons à ce qu'elle évoque indirectement la participation sociale des usagers. Finalement à travers nos questions, nous cherchons à faire émerger des choses inconscientes dans le discours des ergothérapeutes, qu'ils peuvent considérer comme superflues, mais qui nous permettront d'aller explorer le sens réel de leurs interventions. Enfin, nous terminons l'entretien par les suggestions et remerciements qui sollicitent la projection de l'ergothérapeute concernant la pratique.

Les questions issues de l'entretien ont été construites à partir de deux objectifs que nous nous étions fixés. D'abord, les questions devaient être assez ouvertes pour permettre à l'ergothérapeute de livrer librement le maximum d'informations au vu de notre démarche inductive. Ensuite, les questions devaient également mettre en évidence les critères et indicateurs construits dans les matrices afin d'affirmer ou d'infirmer la présence de nos concepts dans le discours. Ceci constitue la principale difficulté rencontrée pour construire l'expérimentation. C'est pourquoi nous avons réalisé un pré-test auprès de deux étudiants ergothérapeutes pour éviter les biais méthodologiques et vérifier la compréhension des questions et leur fiabilité par rapport aux objectifs initialement fixés.

Les formulaires de consentements des 5 ergothérapeutes interrogés se trouvent en annexe (cf. Annexe 10, 11, 12, 13, 14).

5.4.3 Technique de codage

Selon Tétreault (2014) il faut ensuite réaliser la retranscription intégrale des entretiens afin de pouvoir faire une analyse. Celle-ci doit être identique au discours des deux parties et sans interprétation. Ainsi nous réalisons 5 verbatim (cf. Annexe 15, 16, 17, 18, 19). Ensuite nous devons réaliser une analyse de contenu qui selon Bardin (1997) se divise en 3 étapes : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats. La première étape consiste en une lecture flottante des entretiens afin de déterminer les grandes lignes et les orientations.. La deuxième phase consiste en la préparation des catégorisations et des méthodes de codage. Celle-ci s'effectue au regard de nos matrices théoriques et des indicateurs que nous avons déterminés. Cependant, comme nous nous situons dans une démarche inductive d'autres catégories pourront être créées suivant les différents discours. Pour organiser cette étape, nous réalisons le tableau (cf. Annexe 20) qui nous permet de classer le discours des ergothérapeutes selon les indicateurs déterminés et un deuxième tableau des nouvelles catégories créées (cf. Annexe 21). Nous déterminons un code couleur pour plus de lisibilité des indicateurs repérés dans le discours. Enfin la dernière étape permet de traiter les données brutes afin qu'elles deviennent significatives et quantifiables. Pour cela nous réalisons deux tableaux. Le premier permet de relever le nombre d'occurrences pour chaque indicateur (cf. Annexe 22). Ceci nous permettra de confirmer ou non la présence de nos concepts. Le deuxième tableau est celui du codage des concepts qui permet d'associer un sens au terme employé par l'interviewé (Tétreault, 2014) et de réaliser une analyse plus précise (cf. Annexe 23). Différents codes sont attribués, 0 correspond à l'absence d'éléments représentant l'indicateur dans le discours de la personne, 1 correspond à la présence partielle des indicateurs et 2 correspond à la totalité des indicateurs retrouvés. Ainsi, chaque indicateur est noté sur 2 points pour chaque ergothérapeute, ce qui fait un total de 10 points par indicateurs. Pour être validée, chaque catégorie doit avoir un score strictement supérieur à la moitié, soit 5/10.

6. Analyse des données

Suite à l'analyse de contenu de nos 5 entretiens, ainsi que la réalisation des tableaux d'occurrences (cf. Annexe) et de codage (cf. Annexe) de nos deux concepts, nous allons présenter l'analyse des données. Nous faisons le choix de traiter la totalité des données

recueillies au sein des 5 entretiens réalisés afin de favoriser la cohérence et la fluidité dans la lecture des résultats. Ainsi, les données quantitatives et qualitatives concernant nos deux concepts : prévention primaire et participation sociale seront présentées conjointement aux nouvelles catégories créées dans notre démarche inductive. Dans un premier temps, nous évoquerons la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention à domicile, puis sa place concernant la participation sociale des personnes vieillissantes. Nous garderons pour la discussion les informations concernant la prévention primaire de la participation sociale des personnes vieillissantes.

Nous rappelons notre question théorisée : **Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire en faveur de la participation sociale des personnes vieillissantes à domicile ?**

6.1 Ergothérapie et prévention auprès des personnes vieillissantes

6.1.1 Ergothérapie et prévention primaire

Pour valider la présence de la prévention primaire dans la pratique des ergothérapeutes interrogés nous avons défini quatre critères déclinés en indicateurs. Ceux-ci permettent de comprendre les points que nous abordons ci-dessous. D'abord, concernant « l'intervention en amont de la problématique », celle-ci est présente dans la pratique de tous les interviewés. En effet, ils leur arrivent d'intervenir avant que le risque ne survienne (E1 L41 ; E2 L28-29 ; E3 L42 ; E4 L4 ; E5 L14). Par exemple, le troisième ergothérapeute interrogé nous confie : « là ça m'est arrivé d'aller chez un couple qui n'avait pas encore chuté » (E3 L38-39). Ensuite, concernant la « participation active », les ergothérapeutes la favorisent par le biais de leur entretien avec les personnes. Lors de ceux-ci la personne évoque ses difficultés et besoins (E1 L21 ; E2 L64 ; E3 L40-41 ; E4 L35-36 ; E5 L9). Parfois, la demande initiale provient de la personne elle-même, qui a identifié une situation à risque et souhaite être accompagnée (E3 L17 ; L40-41). De plus, les personnes accompagnées mettent en place des stratégies pour protéger leur santé (E1 L102 ; E5 L52) ce qui nous permet d'identifier ce critère. Puis, concernant le critère : « démarche de promotion de la santé », nous constatons que c'est celui le plus représenté dans le discours des 5 ergothérapeutes, avec 59 occurrences relevées. Ainsi, les ergothérapeutes sont principalement dans une démarche de conseils et d'éducation lors de leurs interventions préventives (E1 L23-24 ; E2 L43-44 ; E3 L23 ; E4 L36-39 ; E5 L28-29). De plus, ils travaillent beaucoup en collaboration avec d'autres professionnels comme les

assistantes sociales, les psychologues et les médecins (E1 L29 ; E2 L56-57 ; E4 L67) et font appel à leur réseau pour accompagner leurs interventions en prévention primaire (E1 L23-24 ; E2 L91 ; E3 L47-48 ; L39-40 ; E5 L23). Toujours selon ce critère, il est identifié que les ergothérapeutes favorisent la prise de décision de la personne grâce à leur consentement et en les questionnant (E4 L15 ; E5 L69-70). A propos du dernier critère : la « diminution des causes des facteurs de risques », nous remarquons que les ergothérapeutes connaissent (E1 L9-11 ; E4 L2-3) et évaluent les facteurs de risques (E2 L15 ; E3 L19 ; E4 L17 ; E5 L7-8). C'est le deuxième indicateur le plus représenté dans le discours des ergothérapeutes avec 42 occurrences. Les facteurs de risques sont facilement identifiables dans les propos (dénutrition, isolement, accessibilité...) et leurs conséquences sont soulignées également (E1 L4-7 ; E3 L3).

Pour affiner notre analyse, nous réalisons un tableau de codage (cf. Annexe 23). Celui-ci permet d'infirmer ou d'affirmer la présence de nos concepts dans le discours. Ainsi, « l'intervention en amont de la problématique » et la « participation active » sont codés à 9/10, la « démarche de promotion de la santé » et la « diminution des causes des facteurs de risques » sont codés à 10/10. C'est pourquoi nous pouvons affirmer que les ergothérapeutes interrogés mènent des actions de prévention primaire en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes.

Nous remarquons dans le discours des ergothérapeutes que le niveau de prévention n'est pas explicité clairement par ceux-ci. Ainsi, leurs interventions ne sont pas uniquement centrées sur la prévention primaire, mais sur la prévention dans son ensemble. Nous allons donc développer la place de l'ergothérapeute en prévention, les domaines d'interventions et les moyens utilisés. Les informations sont issues des nouvelles catégories créées à la suite de l'analyse de contenu et dans l'optique de notre démarche inductive. L'analyse suivante est uniquement qualitative.

6.1.2 Ergothérapie en prévention

Dans le discours des ergothérapeutes, nous relevons cinq domaines d'interventions préventifs : les chutes, l'épuisement des aidants, les troubles cognitifs, les hospitalisations et les troubles cutanés et trophiques (E1 L58 ; E2 L6 ; E3 L47 ; E4 L35 ; E5 L3). La prévention des hospitalisations est menée par le dispositif PAERPA, elle recouvre la prévention de la dénutrition, des chutes, de la dépression et de la iatrogénie (E4 L2-3). Quatre des

ergothérapeutes interrogés réalisent des actions de prévention en faveur du soutien des aidants et évoquent l'importance de celui-ci pour favoriser le maintien à domicile (E5 L82-83). Nous remarquons également, dans le discours des ergothérapeutes, une différence entre le travail prescrit et réel. Ainsi, ils ne s'arrêtent pas uniquement à la demande initiale, mais réalisent toujours une évaluation globale de la personne. Ceci les amène à intervenir sur d'autres domaines, tels que l'isolement social, les troubles cognitifs, l'épuisement des aidants (E1 L58 ; E3 L47 ; E5 L30).

Selon les ergothérapeutes interrogés, la prévention des chutes est le domaine le plus à prévenir afin de contribuer au soutien à domicile des personnes vieillissantes (E1 L7-8 ; E2 L5-6 ; E3 L4-5 ; E4 L6-7 ; E5 L2). D'ailleurs tous les interviewés réalisent des actions de prévention des chutes, c'est même l'activité principale pour quatre d'entre eux (E1 ; E2 ; E3 ; E5). Ainsi, nous allons nous intéresser plus en détail aux propos recueillis à ce sujet. Les ergothérapeutes considèrent la chute comme un facteur de risque majeur à l'institutionnalisation et à la perte d'autonomie des personnes vieillissantes. Les conséquences des chutes sont identifiées au-delà des conséquences directes sur la personne telles que : l'isolement social (E3 L7-8). Nous développerons cette idée plus en détail dans la discussion. La temporalité de leurs interventions préventives peut être primaire, secondaire ou tertiaire. Les ergothérapeutes n'utilisent pas ce vocabulaire pour décrire leurs interventions, les termes utilisés sont « en amont » (E1 L14 ; E3 L42), « prévenir au maximum » (E4 L4), « on reste vigilant » (E2 L55). Les ergothérapeutes utilisent divers moyens lors de leurs actions de prévention des chutes. Le principal est en lien avec les critères de « promotion de la santé » et de « diminution des facteurs de risques » du concept de prévention primaire, c'est le conseil, l'éducation et la préconisation. Ces termes recouvrent principalement la préconisation d'aides techniques, l'aménagement du domicile (E1 L22-23 ; E2 L42 ; E3 L30 ; E5 L17). De plus, deux des ergothérapeutes utilisent la mise en situation écologique comme moyen pour mettre en place leurs actions de prévention (E2 L26-27 ; E3 L25-26), car ils ont remarqué un écart entre les propos de la personne et ses capacités réelles.

Ensuite, c'est la collaboration interdisciplinaire qui est soulignée par les cinq ergothérapeutes comme un moyen primordial dans les actions de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes (E1 L125-126 ; E4 L58 ; E5 L33). Les ergothérapeutes font beaucoup de « relais » avec d'autres structures tels que les Equipes Spécialisée Alzheimer, les hôpitaux de jour, les consultations mémoires, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (E1 L92-94 ; E3 53-54) et d'autres professionnels : masseur-kinésithérapeute,

psychologues, assistants sociaux (E2 L55-57 ; E3 L49-50). L'objectif de la collaboration est de permettre à tous les acteurs d'avoir les mêmes informations sur les patients afin de coordonner au mieux les interventions et de favoriser leur efficacité (E2 L74-75 ; E3 L97-99 ; E4 L59-60). Finalement, pour aboutir à une collaboration efficiente, quatre des cinq ergothérapeutes interrogés évoquent le secteur d'intervention, comme moyen à la prévention. Ainsi, il est nécessaire pour les ergothérapeutes de « connaître les acteurs de son territoire pour pouvoir orienter les personnes » (E1 L51-52), mais également « les actions sociales » mises en place (E3 L99-102).

Finalement nous remarquons que les champs d'interventions des ergothérapeutes en prévention et les moyens utilisés sont divers. Les ergothérapeutes adaptent leurs interventions et ne tiennent pas compte uniquement des demandes initiales. Certains ont même l'impression de déborder de leurs missions initiales (E3 L64-65 ; E5 L61). C'est pourquoi ils préfèrent mettre en situation la personne et réaliser de nombreuses évaluations pour identifier les problématiques réelles. Ce qui signifie qu'il ne se focalise pas sur la demande initiale qui est parfois trop ciblée, mais évalue la personne dans sa globalité. C'est d'ailleurs le propre de l'ergothérapeute que d'avoir une vision holistique de la personne. Nous pouvons donc nous interroger sur leur perception et leurs actions concernant la participation sociale des personnes vieillissantes même si cela ne correspond pas à la demande initiale.

6.2 Ergothérapie et participation sociale des personnes vieillissantes

Dans cette deuxième partie, nous allons traiter de l'ergothérapie et de la participation sociale des personnes vieillissantes. Dans un premier paragraphe nous ferons l'analyse qualitative et quantitative de nos 3 critères : « l'interaction sociale », « l'implication dans une activité individuelle et/ou collective » et le « rôle social ». Dans le deuxième paragraphe, nous développerons les nouvelles thématiques issues du discours concernant l'isolement social des personnes vieillissantes et le rôle de l'ergothérapeute.

6.2.1 *La participation sociale*

Tout d'abord, concernant le critère « l'interaction sociale » nous remarquons que les ergothérapeutes l'identifient tous dans le discours de leurs patients ce qui signifie qu'ils s'intéressent à cette information. Néanmoins le terme « discuter » remplace celui d'interaction sociale (E1 L25 ; E3 L71 ; E4 L89-90 ; E5 L74). Pour eux, l'interaction sociale a

lieu autant à l'intérieur du domicile grâce à l'entourage et les professionnels (E4 L78), qu'à l'extérieur lorsque la personne s'implique dans des activités et communique avec son environnement social comme les voisins par exemple (E3 L97-98). Ainsi, la présence d'interaction sociale dans le discours des patients est identifiée comme un moyen de lutter contre l'isolement social que nous développerons plus tard. Aussi, « discuter » est considéré par la personne elle-même comme un besoin à part entière (E2 L90). De plus, un des ergothérapeutes met en lumière qu'au-delà de la restriction fonctionnelle de participation à une activité de loisirs, le « lien social » et « la discussion » sont tous aussi importants (E1 L70-71). Dans cet exemple, la personne ne pouvait plus jouer aux cartes avec son époux et ses amis malgré les aides techniques proposées par l'ergothérapeute. Cependant, ils ont trouvé une solution pour qu'elle puisse se rendre à l'activité et conserver ses liens sociaux. Concernant le nombre d'occurrences de ce critère, nous le retrouvons 11 fois sur la totalité des verbatim, il est donc peu représenté. Ceci peut s'expliquer par le manque de précision dans nos questions concernant la participation sociale et de clarté concernant la définition du concept. De plus, l'interaction sociale est difficilement objectivable, car elle est inscrite dans la nature humaine ; nous sommes en perpétuelle interaction avec notre environnement.

Ensuite, concernant « l'implication dans une activité individuelle et/ou collective » nous le retrouvons dans le discours de tous les ergothérapeutes, le nombre d'occurrences est de 20. Nous pouvons donc dire que ce critère est facilement identifiable par les ergothérapeutes qui le considèrent comme important pour la qualité de vie de la personne. Ceci paraît cohérent au vu de leurs compétences concernant l'activité humaine. Les ergothérapeutes prennent en compte les activités à l'extérieur du domicile, soit de façon anticipée lors de leur bilan initial (E5 L40-41), soit lorsque la personne évoque l'envie de reprendre une activité (E1 L85-86 ; E2 L89-90 ; E4 L73) ou que l'ergothérapeute lui-même évoque l'idée (E5 L53-54). Les activités recensées concernent autant d'activités individuelles que collectives avec des activités sportives (E1 L87), des activités ludiques (E3 L66 ; E5 L56-57), des activités de soins personnels (E5 L62-63) et des activités d'apprentissages (E4 L92). Les ergothérapeutes contribuent à cette implication par divers moyens et à une temporalité particulière que nous développerons dans la partie suivante puisque cela s'apparente aux nouvelles catégories créées.

Enfin, concernant le « rôle social », il est représenté 9 fois dans le discours des interviewés. Ce qui correspond au plus petit nombre d'occurrences relevées. Ceci peut s'expliquer de la même manière que pour le critère de « l'interaction sociale ». Lorsqu'il est souligné par les

ergothérapeutes, le rôle social s'exerce au sein de trois sphères : celle de la famille (E3 L89), celle des amis (E5 L51) et celle du quartier qui recouvre à la fois le voisinage, mais également les commerces de proximité (E3 L83-84 ; E5 L64-65). Ainsi, l'exercice du rôle social a lieu à l'intérieur et à l'extérieur du domicile. Il n'est pas identifié comme un objectif direct à atteindre pour les ergothérapeutes, mais ils agissent dessus en corrélation avec « l'interaction sociale » et « l'implication dans une activité ». C'est-à-dire que les ergothérapeutes accompagnent les personnes dans la réalisation de leurs activités significatives. Or, c'est dans ces activités que la personne a acquises et exerce un rôle social particulier. Par exemple dans le troisième verbatim, une patiente malvoyante avait l'habitude de jouer avec ses petits-enfants, l'ergothérapeute lui a conseillé certains jeux adaptés pour qu'elle puisse exercer l'activité et indirectement son rôle de grand-mère (E3 L88-89). Un monsieur, décrit dans le verbatim 5, avait l'habitude de jouer aux cartes dans un club, mais ne parvenait plus à tenir ses cartes. L'ergothérapeute par le biais d'une aide technique a permis à la personne de s'impliquer à nouveau dans cette activité et ainsi d'avoir des interactions sociales et d'exercer son rôle social au sein de ce groupe d'amis (E5 L50-57).

Concernant le codage de nos critères : « l'interaction sociale » est codée à 7/10, « l'implication dans une activité individuelle ou collective » est codée à 9/10 et le « rôle social » est codé à 6/10. Ces résultats étant tous supérieurs à 5/10, nous pouvons valider la présence du concept de participation sociale dans les 5 entretiens. Ainsi, les ergothérapeutes identifient et agissent sur la participation sociale des personnes vieillissantes. Cependant, grâce à l'identification de nouvelles catégories, nous remarquons que le terme d'isolement social est beaucoup plus utilisé par les interviewés. Ainsi, nous allons nous intéresser à ce concept. Nous évoquerons dans la prochaine partie les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour lutter contre l'isolement social, les difficultés rencontrées, et enfin les perspectives des ergothérapeutes.

6.2.2 *L'isolement social*

L'isolement social est mis en lumière par les cinq ergothérapeutes interrogés (E1 L3-4 ; E2 L65-66 ; E3 L77 ; E4 L64-66). Lorsque les ergothérapeutes identifient cet isolement, leur intervention est modifiée. Ainsi, deux des ergothérapeutes avouent assurer un accompagnement plus long avec ces personnes-là et sortir de leur cadre initiale d'intervention (E1 L25-28 ; E4 L33-36). De plus, selon le premier ergothérapeute interrogé, c'est l'isolement social qu'il faut prévenir en priorité pour contribuer au maintien à domicile des personnes

vieillissantes (E1 L3-7). Pour cela nous relevons deux grandes catégories de moyens utilisés par les ergothérapeutes : le conseil ou la préconisation d'aides techniques et l'orientation vers d'autres structures ou professionnels. Ainsi le conseil et la préconisation recouvrent les aides à la marche et des outils pour permettre l'activité (jeux, sites, support cartes...) (E3 L93-94, L88-89 ; E5 L54-56, L63-65). Ensuite, concernant l'orientation vers d'autres structures et d'autres professionnels, nous pouvons corréliser ce moyen avec la collaboration professionnelle et l'importance du réseau évoqué dans la partie prévention. Ainsi, le troisième ergothérapeute a notamment mis en place un suivi avec une assistante sociale pour lutter contre l'isolement (E3 L51). Mais le principal moyen utilisé reste l'orientation vers des associations de bénévoles (E2 L91 ; E4 L83 ; E5 L56). Les autres orientations sont vers des maisons de quartiers (E5 L56), des plateformes de répit (E4 L86), des logements partagés (E4 L79) par exemple. Après leurs interventions, trois des ergothérapeutes constatent une diminution de l'isolement sociale des personnes (E1 L101-103 ; E3 L82-83 ; E5 L56-57). Les bénéfices constatés concernent : le bien-être psychologique (E1 L99-100), la reprise des déplacements (E3 L84-86) et la reprise d'activités significatives (E1 L101 ; E3 L88-89 ; E5 L56-57). Donc les ergothérapeutes ont un impact sur l'isolement social des personnes vieillissantes et favorisent leur participation sociale.

Cependant, les ergothérapeutes rencontrent des difficultés dans la lutte contre l'isolement social des personnes vieillissantes lié à cinq facteurs que nous classons du plus au moins recensé : l'importance accordée à la participation sociale, les connaissances de l'ergothérapeute, le niveau d'autonomie de la personne, les structures d'interventions ergothérapeutiques et le secteur où il intervient. Le niveau d'importance accordée à la participation sociale est souvent faible que ce soit par la personne elle-même (E2 L83-86 ; E2 L83-86 ; E3 L94-98), mais également par les professionnels de santé (E1 L90-91 ; E4 L66-69). Ainsi, un des ergothérapeutes évoque la difficulté d'intervenir en amont contre l'isolement social de par la temporalité d'orientation des patients par les médecins traitants (E4 66-69). Ensuite, trois des ergothérapeutes évoquent leur manque de connaissance et/ou de compétences comme un frein à leurs interventions. Soit ils ne connaissent pas assez leurs secteurs et les moyens existants (E1 L80-82 ; E3 L102-103), soit ils considèrent que d'autres professionnels sont plus compétents dans ce domaine (E2 L77-78). Puis, le niveau d'autonomie et de dépendance des personnes impacte également l'intervention sur l'isolement social, car certaines personnes ne peuvent plus sortir de chez elle (E1 L75-77 ; E3 L2-73). Dans ces cas-là, les ergothérapeutes ne savent pas comment intervenir et se sentent démunis.

Cette information peut être mise en parallèle avec la théorisation qui promeut l'intervention en amont des difficultés. Puis, deux des ergothérapeutes soulignent que les structures où exercent les ergothérapeutes freinent également cette intervention sur l'isolement social. Par exemple, le quatrième ergothérapeute exerce au sein du dispositif PAERPA dont l'objectif est le maintien à domicile. Ainsi, lorsque la personne est isolée à domicile, ils ne peuvent pas l'accompagner vers une institutionnalisation qui pourrait contribuer à améliorer sa participation sociale (E4 L74-77). Deux des ergothérapeutes évoquent eux, le manque de poste comme le leur dans des équipes mobiles de prévention (E2 L109-114 ; E5 L91-93) de par les investissements nécessaires par les politiques publiques actuelles. Enfin, la dernière difficulté relevée concerne les lieux d'interventions et le manque d'actions proposées sur un territoire donné (E1 L50).

7. Synthèse des résultats

Dans cette recherche, nous souhaitions connaître le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire en faveur de la participation sociale des personnes vieillissantes. Nous avons constaté que les ergothérapeutes menaient diverses actions de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes, dont la principale concernait la chute. Aussi, les ergothérapeutes considèrent la collaboration et la coordination professionnelles comme primordiales dans ce processus. Parallèlement, les ergothérapeutes prennent en compte et agissent sur la participation sociale à différentes temporalités. La principale, se situe lorsqu'ils ont repéré l'isolement social, ainsi cela ne correspond plus à de la prévention primaire. Pour autant nous pouvons relever deux idées qui affirment que l'ergothérapeute mène des actions de prévention primaire en faveur de la participation sociale.

D'abord, l'accompagnement des aidants a été exprimé par plusieurs des ergothérapeutes interrogés. En effet les ergothérapeutes de par leur vision holistique des situations, ne se focalisent pas que sur l'aidé. Ainsi, au-delà de l'intervention pour la personne en situation de handicap, le cinquième ergothérapeute est intervenu pour favoriser la participation sociale de l'aidant. Celui-ci avait évoqué la complexité de quitter le domicile et de laisser son époux seul, l'ergothérapeute a donc mis en place un système de « chéquiers sortir plus » permettant à l'aidant de préserver ses activités en dehors du domicile et donc de contribuer à son bien-être indispensable au maintien à domicile de son époux (E5 L82-83). Dans ce cas précis, l'ergothérapeute est intervenu avant que l'aidant ne puisse plus réaliser ses activités à l'extérieur du domicile. Il a donc favorisé la participation sociale de cette personne.

Ensuite, lorsque les ergothérapeutes réalisent de la prévention des chutes ils l'associent avec les déplacements extérieurs et donc la possibilité de s'impliquer dans des activités en dehors du domicile. Deux des ergothérapeutes explicitent clairement cette idée (E1 L102-103 ; E3 L7-8). Ainsi le troisième ergothérapeute dit : « en fait pour moi la prévention des chutes ça permet de faire de la prévention de l'isolement, car si on permet à a personne de se déplacer bah ils vont pouvoir sortir et reprendre les activités » (E3 L106-108). Donc les ergothérapeutes interviennent indirectement sur la prévention primaire en faveur de la participation sociale. Les ergothérapeutes intervenant en prévention sont majoritairement mandatés pour la prévention des chutes et l'aménagement du domicile qui représente la priorité actuelle aux yeux des politiques publiques et de santé. En effet, ce sont des problématiques objectivables, mesurables et dont les conséquences sont bien connues. La participation sociale, quant à elle, est un concept plus difficile à cerner et qui n'est pas encore considéré comme un déterminant de santé par les professionnels et les personnes comme nous avons pu le voir. Bien que les ergothérapeutes que nous avons interrogés ont l'habitude de sortir de leur cadre initiale d'intervention, ils ne se sentent pas tous les compétences et la légitimité d'agir directement sur la participation sociale et préfère orienter les personnes vers d'autres structures, associations, professionnelles...

8. Discussion

8.1 Pistes d'ouverture

Le rapport de la concertation Grand âge et autonomie a été remis le 28 mars 2019 par Dominique Libault au Ministère des Solidarités et de la Santé (Libault, 2019). Celui-ci propose divers axes afin de « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » que nous pouvons mettre en parallèle avec les résultats de notre étude. L'état souhaite favoriser le maintien à domicile en promouvant notamment la citoyenneté et la participation des personnes vieillissantes à la société. Ainsi, la prévention reste au cœur des priorités en incluant davantage l'isolement social, mais également les aidants. Ceci correspond aux champs d'action évoqués par les ergothérapeutes interviewés. Finalement, l'aménagement du domicile, la prévention des chutes et de l'isolement social représentent les axes forts soutenus par l'état. Ceci corrobore entièrement les résultats de notre recherche et notre vision concernant le virage actuel de la prévention primaire. Aussi, l'état souhaite encourager le développement de travaux de recherche liés au vieillissement. Cette initiation à la recherche

pourrait donc faire l'œuvre d'un approfondissement et ainsi promouvoir le rôle de l'ergothérapeute dans l'opérationnalisation des directives gouvernementales.

8.2 Les biais méthodologiques et l'analyse critique

Dans cette recherche divers biais peuvent être relevés et des axes d'améliorations peuvent être proposés afin de reconduire cette étude. D'abord concernant la construction des matrices théoriques, les indicateurs de la participation sociale n'ont pas été assez explicités dans la théorisation. Ainsi, les questions de l'entretien les concernant n'étaient pas assez précises pour permettre d'identifier ces indicateurs. Ceci a eu un impact sur l'analyse des données.

Ensuite concernant l'entretien en lui-même, nous avons annoncé 20 minutes d'entretien à chaque participant, mais ce délai a varié d'un ergothérapeute à l'autre avec plus ou moins 10 minutes de différence. Ainsi, le temps de parole n'a pas été justement équilibré par l'intervieweur. Nous serons plus vigilants lors d'une prochaine étude au respect et à la gestion du cadre. Puis la réalisation d'entretien téléphonique n'était pas des plus pertinentes au vu de notre démarche inductive. Des entretiens en face à face auraient davantage permis aux ergothérapeutes de livrer certaines données plus significatives concernant leur réalité.

Lors de la passation des entretiens, nous avons reformulé certaines questions selon la compréhension des ergothérapeutes. Ceci représente également un biais de suivi, car nous avons pu indiquer leurs réponses. Cela n'aurait pas été le cas si les questions de l'entretien avaient été plus claires. Ainsi nous retenons l'importance de la préparation et de la réflexion autour du dispositif d'expérimentation. La précipitation concernant la réalisation de l'expérimentation peut s'expliquer par une mauvaise organisation de notre calendrier de travail. Puis, nous pouvons évoquer deux biais dans l'analyse des données. D'abord, la méthode employée pour coder les critères est subjective et dépend uniquement du relevé d'occurrence. Ensuite, nous avons associé un même élément du discours des ergothérapeutes à plusieurs catégories alors que normalement un élément relevé correspond à une seule catégorie. Ceci signifie peut-être que notre analyse est trop étendue et perd de ce fait en cohérence. Finalement, nous pouvons évoquer le biais de désirabilité sociale, où l'interviewé tente de donner « la bonne réponse » pour faire plaisir à l'intervieweur (Tétreault, 2014). Notamment lorsque nous avons reformulé certaines questions qui n'avaient pas été comprises.

8.3 Points positifs du travail de recherche

Comme nous venons de souligner les points à améliorer dans notre recherche, il nous semble pertinent de souligner aussi les points positifs qui donnent de la validité au travail réalisé. Concernant l'expérimentation, les critères de sélection qui avaient été déterminés ont été respectés. De plus, les informations transmises aux cinq participants ont été totalement identiques. Ainsi, nous avons respecté notre cadre expérimental ce qui permet d'assurer une meilleure reproductibilité de l'étude. Ensuite, bien que 5 interviews ne suffisent pas à tirer des conclusions, notre échantillon de participants est intéressant et permet de mettre en lumière certaines tendances dans la pratique actuelle des ergothérapeutes. Enfin, la sélection des participants ou l'échantillonnage nous a permis de découvrir de nouvelles structures innovantes en France où les ergothérapeutes réalisent des actions de prévention. Aussi, les divers horizons professionnels des ergothérapeutes interrogés ont enrichi l'analyse des données.

8.4 Transférabilité en ergothérapie

8.4.1 Perspectives et débouchées

Ce travail d'initiation à la recherche associé à la démarche inductive permet de recueillir des données probantes sur un sujet novateur. En effet, la prévention primaire est au cœur des préoccupations nationales et la place de l'ergothérapeute est peu à peu en train de se s'affirmer. La littérature française est peu fournie sur ce sujet tant dit que davantage étoffée dans les pays anglophones. Ainsi, notre travail pourrait contribuer à promouvoir l'ergothérapie en tant qu'acteur de prévention primaire. Plus largement, il pourrait contribuer à associer l'ergothérapeute à l'opérationnalisation des tendances gouvernementales concernant la qualité de vie des Français. Finalement, cette étude pourrait promouvoir la participation sociale des aînés à la société et améliorer notre vision du grand âge. En effet, le vieillissement de la population doit être perçu comme une véritable richesse nationale qui doit être soutenue et accompagnée avec respect.

8.4.2 Pratique professionnelle future

Concernant notre future pratique professionnelle, ce travail de recherche aura été extrêmement enrichissant sur divers points. D'abord concernant la méthodologie employée et les apprentissages inhérents. Ceci nous motive à initier d'autres recherches en ergothérapie et

à effectuer d'autres travaux de rédaction afin de conserver cette réflexion et curiosité professionnelle qui nous permettra d'améliorer notre pratique professionnelle et de nous adapter aux diverses évolutions de la pratique. Ensuite, concernant le sujet qui a été développé, celui-ci nous a extrêmement intéressés et nos connaissances ont été très largement enrichies sur le domaine. C'est pourquoi nous souhaitons transférer ses acquis dans notre pratique professionnelle et être à l'origine, si l'avenir nous le permet, d'un projet novateur en partenariat avec les instances de santé publique et politique. Enfin, les contacts que nous avons eu auprès des ergothérapeutes répartis dans toute la France, nous permettent d'enrichir notre réseau, qui comme nous l'avons vu dans cette recherche, est indispensable pour favoriser l'efficacité des interventions.

8.5 Point de vue éthique de la recherche

Concernant le point de vue éthique de la recherche, nous pouvons nous interroger sur l'expérimentation qui a été menée. En effet, nous avons choisi de réaliser des entretiens avec les ergothérapeutes afin qu'ils puissent se livrer sur leur pratique. Dans l'optique d'une démarche inductive, nous étions à la recherche de sens et d'éléments quasi inconscients que les ergothérapeutes auraient pu nous livrer. Nous avons questionné des éléments complexes tels que l'écart entre le travail réel et prescrit. La réalisation d'entretiens téléphoniques de 20 minutes en moyenne ne peut pas permettre l'instauration d'une relation de confiance propice aux confidences. De plus, nous avons remarqué au cours d'échanges avec des ergothérapeutes qu'il y a un écart entre les discussions formelles et informelles. Les informations transmises ne sont pas les mêmes. De ce fait, le cadre expérimental exposé dès le début de l'entretien a peut-être orienté les réponses des interviewés qui souhaitent répondre au plus juste. Ainsi nous pouvons nous questionner sur les informations transmises par les ergothérapeutes. Qu'elles seraient nos conclusions si nous avions eu le temps de les rencontrer et de faire connaissance avant de questionner leur pratique ? Ou bien si nous les avions interrogés en dehors du cadre de cette recherche ? La recherche permet de conférer de la validité aux propos relevés, pour autant nous pensons que la sincérité est plus facilement obtenue lors d'échanges informels.

9. Conclusion

Le soutien à domicile des personnes vieillissantes, fondement de notre réflexion dans cette recherche, est un processus complexe qui va bien au-delà de l'architecture. D'innombrables symboles y sont rattachés et concourent au bien-être de tout un chacun. Le domicile est un repère, un lieu de réalisation de soi qui subsiste dans un équilibre complexe entre la personne, ses activités et son environnement social. Au travers de cette quête d'équilibre, nous avons mis en lumière la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement au bien vieillir. La France s'engage dans un nouveau processus afin de préserver la santé et le bien-être de ses citoyens, mais également d'affronter sereinement la situation démographique actuelle et à venir. Il ne s'agit plus de guérir uniquement, il faut prévenir tout au long de la vie et engager un virage concernant les croyances et les habitudes de vies des Français. Les aînés doivent trouver et retrouver leur place légitime au sein de la société, afin de conserver leurs rôles sociaux, indispensable à la santé et la qualité de vie. L'ergothérapeute peut agir et contribuer à ce virage démographique, grâce à ses compétences uniques sur l'activité humaine. Il peut aussi s'engager dans de nouvelles perspectives de santé publique au travers de l'ergothérapie sociale. Pour cela, les ergothérapeutes doivent se rendre visibles à toutes les échelles et démontrer leur plus-value dans ce champ d'intervention novateur.

Ce travail de recherche nous permet de mettre en lumière la place de l'ergothérapie en prévention primaire, mais également dans l'accompagnement à la participation sociale des aînés. Quelques ergothérapeutes en France sont engagés dans cette nouvelle dynamique et pourront être des personnes ressources dans notre perspective professionnelle. En effet, nous souhaitons développer plus concrètement cette thématique dans notre pratique professionnelle et contribuer à l'identification des ergothérapeutes sur le territoire. Nous espérons pouvoir initier cette démarche à petite échelle au sein de notre département et en collaboration avec le réseau départemental et régional. Dans l'espoir et sans prétention de contribuer à promouvoir l'ergothérapie sociale.

10. Bibliographie

- ACE. (2007). Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. (Consulté le 21/11/18).
Récupéré sur <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- ANFE. (2016). Définition. (Consulté le 21/11/19). Récupéré sur
<http://www.anfe.fr/definition>
- Alberola, E., Galdemar, V., Petit, M. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées. Paris. (Consulté le 10/06/18). Récupéré sur <https://www.credoc.fr/publications/prevention-aidants-coordination-comment-passer-du-maintien-au-soutien-a-domicile-des-personnes-agees>
- Allen, K., & Glasby, J. (2010). "The billion dollar question": embedding prevention in older people's services- 10 high impact changes. *Health Services Management Centre*, pp. 1-20. (Consulté le 18/03/18). Récupéré sur <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-8.pdf>
- Andrew, M. K. (2005). Le capitale sociale et la santé des personnes âgées. *Retraite et société* (46), pp. 131-145. (Consulté le 10/06/18). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2005-3-page-131.htm>
- Aquino, J.-P. (2013). *Comité Avancée en âge : Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. Paris. (Consulté le 05/04/18). Récupéré sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000175.pdf>
- Aquino, J.-P. (2015). *Comité Avancée en âge : Plan nationale d'action de prévention de la perte d'autonomie*. Paris. (Consulté le 05/04/18). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
- Arbuz, G. (2013). Le départ à la retraite : perception et accompagnement. *Retraite et société*, pp. 168-178. (Consulté le 16/10/19). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2013-2-page-168.htm>

- ARS. (2012). Plan stratégique régionale de Santé Provence Alpes Côtes d'Azur (2012-2016). (Consulté le 20/03/18). Récupéré sur <https://www.paca.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2012-2017-0>
- ARS. (2018). Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 PACA. (Consulté le 20/03/18). Récupéré sur <https://www.paca.ars.sante.fr/lelaboration-du-projet-regional-de-sante-2018-2022-0>
- Association des petits frères des Pauves. (2017). *Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017*. Paris. (Consulté le 25/06/18). Récupéré sur <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017>
- Barral, C., & Blaise, J.-L. (2016). La dimension sociale et culturelle de l'environnement. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 153-173). Louvain-la-Neuve : DeBoeck Supérieur.
- Bardin, L. (1997) *L'analyse de contenu*. Paris : Edition PUF
- Berrut, G. (2015, 30 mars). Vieillir normalement ? Une impossibilité ! [Vidéo en ligne]. (Consulté le 13/03/19). Récupéré sur <https://www.youtube.com/watch?v=K4T2IiX7bBg>
- Bourdessol, H., Dupont, O., Pin, S., Signorini, É., Verheye, J.-Ch & Vincent, I. (2011). Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen. Santé en action. Saint-Denis : Inpes, coll. 148 p. (Consulté le 15/10/18) Récupéré sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1374.pdf>
- Bucher, K. (2008). L'influence du parcours de vie sur les modes de vie des retraités. *Vieillir chez soi, un enjeu de société*, pp. 15-18. (Consulté le 07/06/18). Récupéré sur http://leroymerlinsource.fr/wp-content/uploads/2012/03/images_LMS_pdf_journeesetudes_13-11-2008_actes_vieillir_chez_so_i_web.pdf
- Buzyn, A. (2018). *Feuille de route : Grand âge et autonomie*. Paris. (Consulté le 10/06/18). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf

- Caire, J.-M., Criquillon-Ruiz, J., Joubert, C., Vienne, M., & Sorita, E. (2016). Une approche de la participation sociale des personnes en situation de handicap : présentation d'un nouvel outil d'exploration du milieu de vie : E3. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 425-439). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Caire, J.-M., Morestin, F., & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. Les ergothérapeutes, des acteurs de soutien de la participation sociale de nos aînés. (F. N. Gérontologie, Éd.) *Gérontologie et société* (142), pp. 41-55. (Consulté le 12/06/18). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-3-page-41.htm>
- Carlson, M., Fanchiang, S.-P., Zemke, R., & Clark, F. (1996). A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(2), pp. 89-98. (Consulté le 15/03/18). Récupéré sur <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1862328>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., & Cherry, B. J. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*(66), pp. 782-790. (Consulté le 16/03/19). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21636614>
- Christel, V. (2006). Trajectoires résidentielles des personnes âgées. La société française, p.526, 2006. (Consulté le 03/06/19). Récupéré sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371971?sommaire=1372045>
- Colvez, A. (2009). Préface. In : Trouvé, E. *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal. p.8.
- CSA. (2016). *Sondage : 83 % des Français souhaitent vieillir à domicile*. (Consulté le 24/04/18). Récupéré sur Autonom-ease : <https://www.autonom-ease.com/sondage-83-des-francais-souhaitent-veillir-a-domicile-309491-article.xhtml>
- Dah-Popolizio, S., Rogers, O., Muir, S., Carroll, J., & Manson, L. (2017). Interprofessional Primary Care: The Value of Occupational Therapy. *The Open Journal of Occupational*

Therapy, pp. 1-12. (Consulté le 26/06/18). Récupéré sur <https://scholarworks.wmich.edu/ojot/vol5/iss3/11/>

D'Arripe, A., Oboeuf, A. & Routier, C. (2014). L'approche inductive : cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives*, 1 (1), 96–124. (Consulté le 15/01/19). Récupéré sur <https://doi.org/10.7202/1025747ar>

DREES. (2017). Incapacité et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. In Carrère, A., Brunel, M. La prévalence nationale des incapacités et de la dépendance en France en 2014, (13), 5-8. (Consulté le 15/03/18). Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>

Dreyer, P. (2016). Signification symbolique de la maison. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 91-105). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Paris : Dunod.

Flajolet, A. (1982). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris. (Consulté le 26/06/19). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf

Galdemar, V., & Gilles, L. (2013). *Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées*. Paris : CREDOC. (Consulté le 05/10/18). Récupéré sur www.credoc.fr/pdf/Sou/EtudeCREDOC-CombattreLaSolitude_RapportTransversal.pdf

Graff, M. J., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J., Dekker, J., Jonsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W. H., Rikkert, M.G. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*, 336(7636): 134–138. (Consulté le 20/03/18). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18171718>

Guinet, A. (2014). Organisation des soins à domicile en Europe et en Amérique du Nord. 10th International Conference on Modeling, Optimization and Stimulation.

(Consulté le 20/03/18). Récupéré sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166613/document>

Hart, EC., Parsons, H. (2015). Occupational therapy: cost-effective solutions for a changing health system. The American Occupational Therapy Association. (Consulté le 22/03/18). Récupéré sur <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Advocacy/Federal/Fact-Sheets/Cost-Effective-Solutions-for-a-Changing-Health-System.pdf>

INSEE. (2016). Espérance de vie. (Consulté le 08/03/18). Récupéré le <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>

Kalfat, H., & Sauzéon, H. (2009). Le processus de vieillissement et vieillesse. L'ergothérapie auprès des personnes âgées. Marseille : Solal. p. 8. (Consulté le 06/04/18). Récupéré https://www.researchgate.net/publication/227598570_Le_processus_de_vieillissement_et_la_vieillesse

Laroque, P. (1962). *Politique de la vieillesse*. Paris : Haut Comité consultatif de la famille et de la population.

Levasseur, M., Desrosiers, J. & St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective Quality-of-Life Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. *Am J. Phys Med. Rehabil*, 87 (10), 830-841. (Consulté le 05/10/18). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806510>

Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P. & Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile : Constats et défis d'une étude de cas réalisée au Québec. *Gérontologie et société*, vol. 35/143, (4), 111-131. (Consulté le 28/10/18). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-4-page-111.htm>

Levasseur, M., & Raymond, E. (2013). La participation sociale des aînés : vers le développement d'interventions favorisant le vieillissement en santé. *Avancer en âge : articulation des interventions de promotion de la santé en lien avec les territoires*, (pp. 1-43). Paris. (Consulté le 19/10/19). Récupéré sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/doc-6-levasseur.pdf>

- Libault, D. (2019). Concertation Grand âge et autonomie. (Consulté le 01/05/19). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des Psychologues*, 22-26. (Consulté le 10/04/18). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-22.htm>
- Meeus, P. (1997). L'ergothérapeute participant méconnu au maintien à domicile des personnes âgées. In Izard, M., Nespoulous, R. *Expérience en ergothérapie 10ième série* (pp. 260-269). Sauramps médical.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2007). *Plan national "Bien Vieillir" 2007-2009*. Paris. (Consulté le 25/04/18). Récupéré sur https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Paris. (Consulté le 26/10/19). Récupéré sur <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2017/05/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute-1.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2013). *Préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'Isolement social des Agés*. (Consulté le 12/10/18). Récupéré sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/annee-2013/article/preconisations-pour-une-mobilisation-nationale-contre-l-isolement-social-des>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, (2018 a). *Le dispositif Paerpa*. (Consulté le 25/10/18). Récupéré sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018 b). *Personnes âgées : les chiffres clés*. (Consulté le 25/04/18). Récupéré sur [solidarités-santé.gouv : https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/les-chiffres-cles](https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/les-chiffres-cles)

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018 c). *Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie. Comité interministériel pour la Santé*. Paris. (Consulté le 25/04/18). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018d). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Paris. (Consulté le 10/06/18). Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N. & Levasseur, M. (2015). “Do-Live-Well”: A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. (Consulté le 29/06/18). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25803944>
- Nagayama, H., Tomori, K., Ohno, K., Takahashi, K., and Yamauchi, K. (2016). Cost-effectiveness of Occupational Therapy in Older People: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Occup. Ther. Int.*, 23: 103–120. (Consulté le 07/04/18). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26381549>
- Nouvel, F., & Jouaffre, V. (2009). Fragilité et dépendance. In : Trouvé, É. *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal. p. 33.
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève. (Consulté le 08/05/18). Récupéré sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- OMS. (2015). *Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé*. Luxembourg. (Consulté le 04/04/18). Récupéré sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186469/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf;jsessionid=314A32FF1B5EDEE355D21C60B0191AF5?sequence=1
- OMS. (2018). *Vieillissement et santé*. (Consulté le 23/03/18). Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Poriel, G. (2017). La formation initiale : un levier possible à l'amélioration de la qualité de la participation sociale. Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Expériences en Ergothérapie : trentième série* (pp. 231-242). Montpellier : Sauramps Montpellier.
- Salvarez, S. (2011). Représentations sociales du vieillissement : changer de regard. *La santé de l'homme* (411), pp. 15-18. (Consulté le 25/09/18). Récupéré sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/440915/>
- Schmid, A. A., Spangler-Morris, C., Beauchamp, R. C., Wellington, M. C., Hayden, W. M. Porterfield, H. S., Fergusons, D., Callahan, C. M. (2015). The Home-Based Occupational Therapy Intervention in the Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT). *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(1), 19–34. (Consulté le 20/03/18). Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796755/>
- Serres, J.-F. (2017). *Combattre l'isolement sociale pour plus de cohésion et de fraternité*. Paris : Sectio des affaires sociales et de la santé. (Consulté le 17/06/18). Récupéré sur https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2017/FI17_isolement_social.pdf
- Simone de Beauvoir. (1943). *L'invitée*. (Consulté le 01/05/19). Récupéré sur : <https://citations.ouest-france.fr/citation-simone-de-beauvoir/vivre-vieillir-rien-29428.html>
- Smith, T., Rees, V. (2004). An Audit of Referrals to Occupational Therapy for Older Adults attending an Accident and Emergency Department. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(4),153-158. (Consulté le 14/03/18). Récupérer sur <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260406700403>
- Soleymani, D., Berrut, G & Campéon, A. (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. *La santé en action*(443), pp. 8-39. (Consulté le 22/09/18). Récupéré sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/443.asp>
- Tétréault, S. (2014) *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Bruxelles : Edition DeBoeck
- Thierry, D. (2005). *La retraite, quelle identité après le travail ?* Paris. (Consulté le 04/10/18). Récupéré sur https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/Seminaire_travail_retraite.pdf

- Thierry, D. (2018). L'engagement bénévole des séniors : rôle sociétal et bien-être. *La santé en action* (443), pp. 8-39. (Consulté le 26/10/18). Récupéré sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/443.asp>
- Trouvé, E. (2009). Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques, Marseille : Solal, 385 p., pp 11.
- Trouvé, E., Caire, J-M., Dechambre, D., Heddebaut, S., Kalfat, H., Rehling, T., Lefèvre, G., Pelé, G., Poncet, F., Dufour, C., Palu, M. (2017). Données probantes en ergothérapie. ANFE, 36-43. (Consulté le 14/03/18). Récupéré sur http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Donn%C3%A9es%20probantes%20en%20ergoth%C3%A9rapie_Mars%202017.pdf

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Questionnaire exploratoire.....	1
Annexe 2 : Le Modèle Do Live Well.....	8
Annexe 3 : Schéma explicatif de la démarche inductive.....	9
Annexe 4 : Justification des critères de sélection.....	10
Annexe 5 : Messages pour le recueil des participants.....	11
Annexe 6 : Matrice théorique du concept 1.....	12
Annexe 7 : Matrice théorique du concept 2.....	13
Annexe 8 : Guide d'entretien.....	14
Annexe 9 : Construction des questions.....	15
Annexe 10 : Formulaire de consentement n° 1.....	19
Annexe 11 : Formulaire de consentement n° 2.....	21
Annexe 12 : Formulaire de consentement n° 3.....	23
Annexe 13 : Formulaire de consentement n° 4.....	25
Annexe 14 : Formulaire de consentement n° 5.....	27
Annexe 15 : Verbatim entretien n° 1 Mme L.A.....	29
Annexe 16 : Verbatim entretien n° 2 Mme L.F.....	34
Annexe 17 : Verbatim entretien n° 3 Mme M.R.....	38
Annexe 18 : Verbatim entretien n° 4 Mme D.A.....	42
Annexe 19 : Verbatim entretien n° 5 Mme G.S.....	46
Annexe 20 : Tableau d'analyse de données des concepts.....	50
Annexe 21 : Tableau d'analyse de données des nouvelles catégories.....	57
Annexe 22 : Tableau des occurrences.....	69
Annexe 23 : Tableau de codage des concepts.....	69

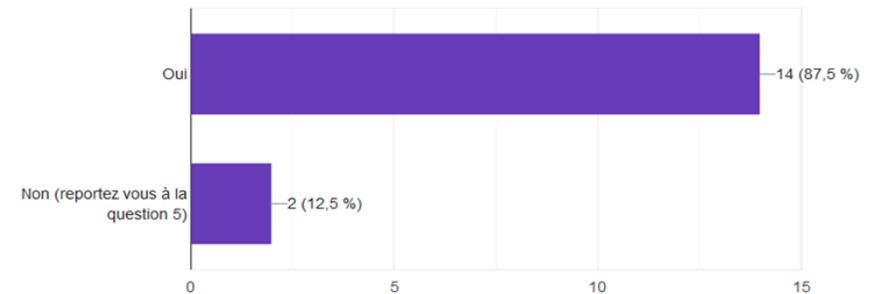
Annexe 1 : Questionnaire exploratoire

Question 1 : Dans quelles structures exercez-vous lorsque vous êtes intervenu dans le maintien à domicile des personnes âgées ?

- Activité libérale
 - Comal Soliha 51, Association d'aide à l'habitat (pôle adaptation du logement)
 - Equipe spécialisées Alzheimer à domicile, SSR en neurologie lorsqu'un retour à domicile était envisagé
 - SPASAD ASAD et SOLIHA
 - Salariée d'un centre de rééducation, mais demande initiale émanant des CLIC
 - ADMR
 - Court Séjour Gériatrique
 - Mutualité Française d'Ille et Vilaine
 - SPASAD Ages et vie Val de marne
 - Dispositif PAERPA pour l'association PFS34 (Prévention Fragilité Séniors 34)
 - SSIAD/centre de rééducation fonctionnelle
 - SSR
 - CLIC et libérale
 - EHPAD et SSR Gériatrie
 - SSR Gériatrie et CSG
 - ESA
- Les ergothérapeutes intervenants dans le maintien à domicile exercent principalement dans des structures types SSR ou directement à domicile.

Question 2 : Avez-vous déjà mené des actions de prévention, auprès de personnes âgées, vivant à domicile ?

16 réponses

**Question 3 : Si oui, quels types d'actions ?**

- Promotion de la santé, anticiper le vieillissement, faire connaître les aides financières possibles et es outils facilitant le quotidien
- Informations aux aidants, programme ETP « café des aidants »
- Prévention de la dépendance avec une évaluation globale des AVQ et mise en situation, Prévention des chutes (évaluation des capacités et de l'environnement physique de la personne, analyse des facteurs de risques et réduction de ceux-ci)
- Prévention des chutes
- Conseils, préconisations, comptes-rendus, réalisation de plans, adaptations, recherche d'artisans, suivi...

-Prévention des chutes, aménagement de domicile, préconisation d'aide matérielle ou humaine

-Aménagement du domicile

-Prévention des chutes à travers séance équilibre, relevé chute, aménagement de l'environnement, préconisation d'aides techniques

-Remise de plan personnalisé de santé avec orientation vers des structures partenaires pour prévenir la perte d'autonomie et les hospitalisations évitables (iatrogénie, dépression, chutes...)

-Prévention des risques de chute, d'ostéoporose, de désadaptation psychomotrice, d'économie rachidienne pour les soignants et les aidants

-Montage d'une maison pédagogique pour séniors, participation à des forums pour séniors

-Visite à domicile pour aménager le domicile, atelier prévention de chute en binôme avec une psychomotricienne pour les personnes âgées encore à domicile

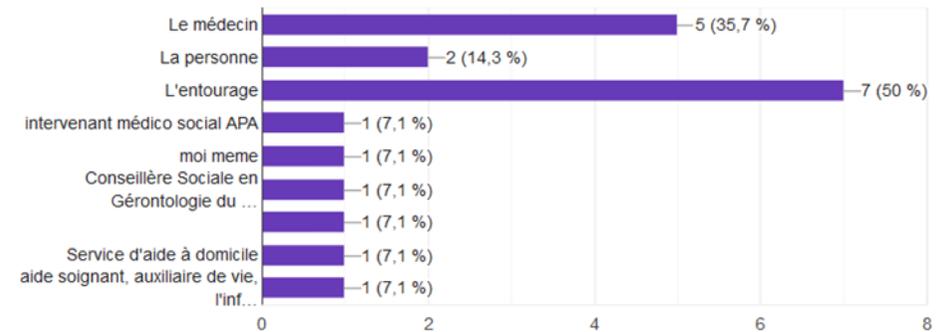
-Prévention des chutes, maintien de l'autonomie (et donc prévention de la dépendance)

-Prévention des chutes, aménagement du logement

→ Les actions de prévention menées concernent majoritairement la prévention des chutes et l'aménagement du domicile.

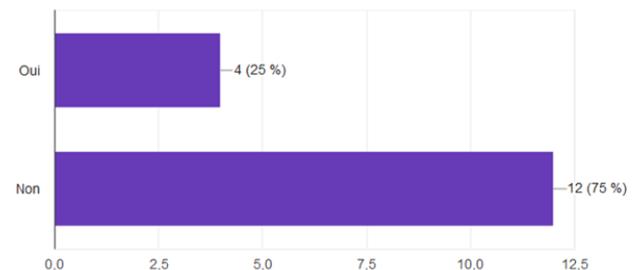
Question 4 : Qui est le plus souvent à l'origine de la demande, lorsque vous menez une action de prévention au domicile de ces personnes ? (1 seule réponse)

14 réponses



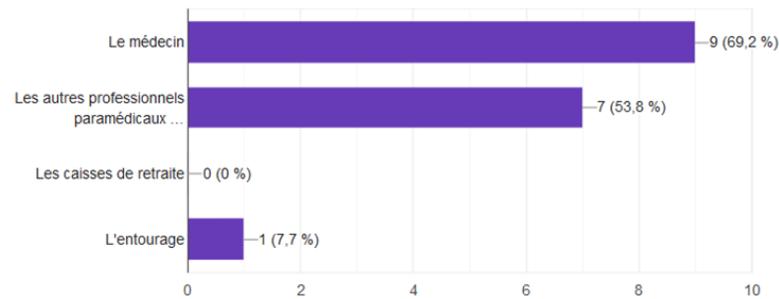
Question 5 : Selon vous, le rôle de l'ergothérapeute est-il connu par les personnes âgées ?

16 réponses



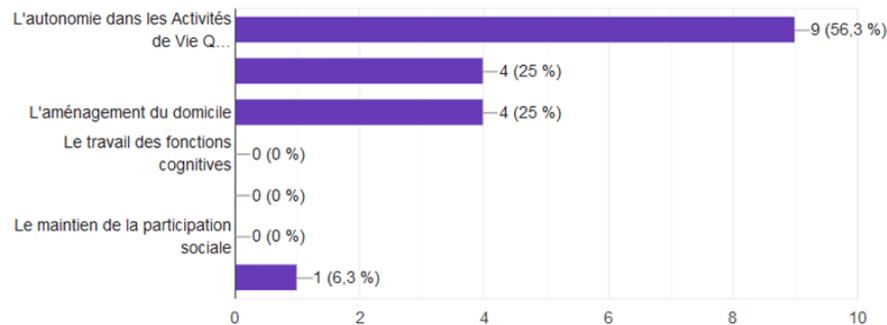
Question 6 : Si non, quel acteur serait le plus à même d'informer ces personnes ? (1 seule réponse)

13 réponses



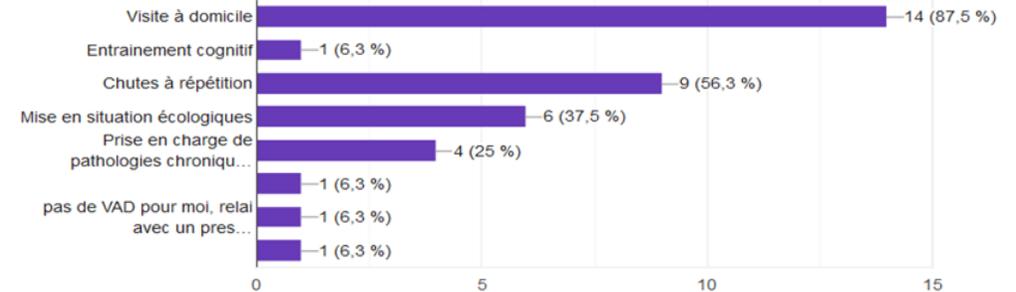
Question 7 : Quel est le principal besoin exprimé par les personnes âgées vivant à domicile (1 seule réponse)

16 réponses



Question 8 : Pour quelles raisons êtes-vous le plus souvent intervenu à domicile ? (plusieurs réponses possibles)

16 réponses



Question 9 : Selon vous, quelles compétences propres à l'ergothérapeute justifient la pertinence de son intervention au domicile des personnes âgées ?

-L'ergothérapeute possède un cadre de lecture **prenant en compte l'ensemble des habitudes de vie** de la personne ainsi que sa satisfaction dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Cela lui permet d'adapter sa prise en charge en fonction du fonctionnement de la personne.

-La **capacité à évaluer les besoins et les attentes de la personne en faisant le lien entre les problématiques de santé de la personne et ses environnements** (surtout architectural) pour une adaptation de logement personnalisé

-Mettre en sécurité la personne âgée

-**Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage.**

Conduire, concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil

Évaluer les besoins en aides techniques, et argumenter les attributions de moyens correspondants

-Adaptation de l'environnement en cohérence avec des pathologies précises et des situations de handicap. **Vision holistique** indispensable à des préconisations pertinentes

-Les connaissances en aides matérielles, des normes et adaptations possibles, prévention des chutes

-Son **évaluation globale**

-Autonomie indépendance dans les AVQ : proposer à nouveau ou de façon plus sécuritaire une participation sociale

-**Évaluation holistique**

-Sa **capacité à appréhender la personne dans sa globalité** tout en répondant précisément aux besoins exprimés, sa capacité à évaluer le moment présent tout en prévoyant le futur

-L'aménagement de domicile et les capacités des personnes dans les AVQ

-Pour le maintien des activités quotidiennes grâce à l'adaptation
-Connaissance dans l'aménagement du domicile et les pathologies des personnes âgées et connaissances sur les AVQ et les AT qui peuvent aider dans ces AVQ

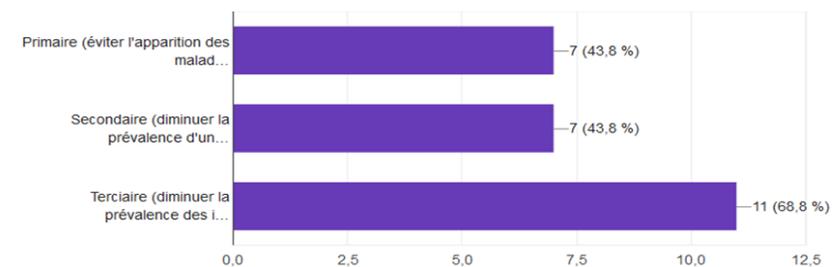
-L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui par sa connaissance de la pathologie (le cas échéant) et du processus de vieillissement, peut évaluer à un instant T l'autonomie de la personne, mais aussi prédire les difficultés à venir. **De par son évaluation de l'environnement au sens large du terme,** l'ergothérapeute peut préconiser des aménagements, aides-techniques, techniques de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

-(Question large...) Favoriser le plus possible l'autonomie et l'indépendance des personnes, le domicile permet d'avoir de vraies mises en situation écologique et d'être pertinent quant aux actions proposées, directement sur le lieu de vie.

→ C'est l'évaluation holistique qui justifie le plus de l'intervention ergothérapique à domicile

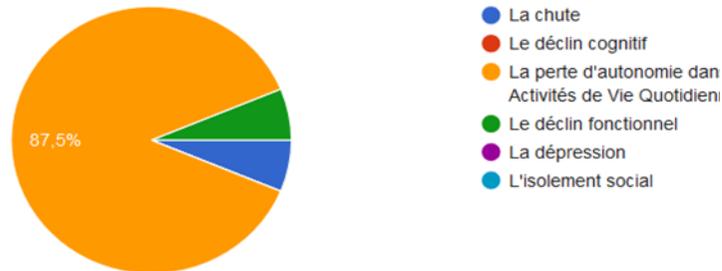
Question 10 : Lors de vos interventions auprès des personnes âgées vivant à domicile, dans quel type de prévention vous situez-vous le plus ?

16 réponses



Question 11 : En dehors de votre expérience professionnelle, selon, vous, qu'est-ce que l'ergothérapeute prévient le plus efficacement ? (1 seule réponse)

16 réponses



Question 12 : Quelles sont les limites de l'intervention ergothérapique à domicile ?

-Les limites de l'intervention de l'ergothérapeute sont souvent **financières**. Les séances n'étant pas remboursées leur nombre et donc limitées (souvent une fois par semaine)

-problématique du bâti qui entre en jeu dans le projet d'adaptation d'un logement. Une seule visite à domicile, pas toujours de retour sur ce qui a été aménagé

-Qu'il n'y ait pas de suivi pour améliorer/rectifier/surveiller les actions mises en place

-Les limites sont généralement liées au **refus des bénéficiaires**, aux problèmes d'ordre **financier** (notamment pour la mise en place des

aides humaines et aides techniques), à la **non-adhésion de l'entourage/du médecin traitant**... n'oublions pas qu'en intervenant à domicile nous pénétrons sur le territoire un bénéficiaire et devons respecter ses habitudes de vies

-L'aspect **financier**, **l'entourage**, les capacités cognitives, **l'acceptation de la maladie**, les habitudes de vie, les critères de l'ANAH en lien avec l'âge de la personne (possibilité d'échanger par mail ou téléphone pour plus de précisions)

-Les **freins psychologiques des personnes**

-Les **moyens financiers** la personne âgée

-La méconnaissance de la profession et **l'absence de remboursement**

-Limite dans la qualité des préconisations : le prix des AT non **remboursés** par la sécurité sociale. Limite dans la possibilité d'intervention au domicile : pour moi aucune (mais pour les ergos en libéral, le non-remboursement des actes ergo)

-**Limite budgétaire**

-Le **côté financier**

-Le manque de réseau pour mettre en œuvre les solutions, le manque de moyens **financiers** des gens pour payer la prestation ergo

-Pas assez d'expérience professionnelle pour répondre

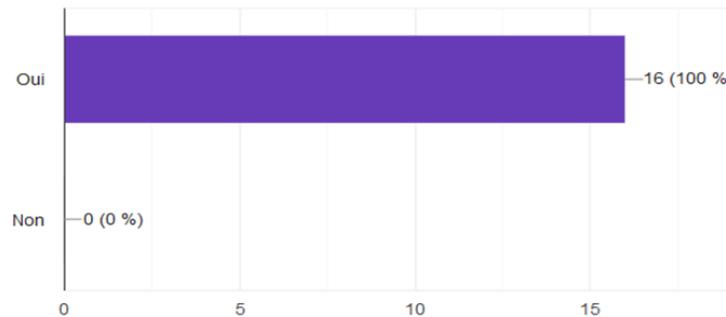
-La méconnaissance de notre savoir par tous les acteurs (médicaux, paramédicaux, personnes/patients)

-Les **moyens possibles**, **la volonté de la personne, la volonté de ses proches**

→ Les limites principalement soulevées par les ergothérapeutes sont soit financières soit propres à la volonté de la personne et de son entourage

Question 13 : Pensez-vous que l'ergothérapeute peut intervenir auprès des personnes engagées dans un processus vieillissement normal ?

16 réponses



Question 14 : Si oui, de quelle façon ?

-Adaptation de l'environnement, conseil d'aide technique afin de maintenir l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

-Atelier de **prévention**/sensibilisation, **promotion de santé**, atelier chute et équilibre sur le territoire. Faire découvrir les aides techniques pour faciliter le quotidien, faire connaître les aides financières en faveur du maintien à domicile.

-Par des **programmes ETP**, campagnes d'informations sur à base du volontariat, visite à domicile de la part d'ergothérapeutes libéraux

-**Prévention primaire** : actuellement, j'anime des ateliers à destination des retraités sur le sujet du logement (logement confortable, accessible, économe) qui sont proposés par le PRIF (organisme de Prévention retraite Ile de France) qui permettent de donner des conseils généraux sur le logement et ainsi prévenir de l'apparition de difficultés en lien avec le logement

-Qu'entendez-vous par « processus de vieillissement normal ? »

-Adaptation du logement

-En **prévention des difficultés à venir** (aménagement de la salle de bain, prévention anticipée des chutes...)

-**Prévention primaire**

-Oui et non, car toute personne peut avoir des obstacles diminuant sa participation sociale donc l'ergo est adapté et en même temps nous sommes des professionnels de santé et nous devons être reconnu comme tels et donc intervenir auprès de « patient »

-Évaluation systématique pour **prévenir les risques** et entretenir les capacités en y répondant le plus précocement possible

-La **prévention**, l'information

-Pour l'aménagement de domicile et **la compréhension du vieillissement et donc les incapacités qui vont apparaître**

-En **prévention**

-**Prévention primaire** des risques de chutes, aides techniques pour favoriser l'autonomie, aménagement du domicile et pourquoi pas créer des ateliers (cognitif, motricité...) pour aussi maintenir le lien social

-Dans la **prévention** des difficultés liées au vieillissement normal

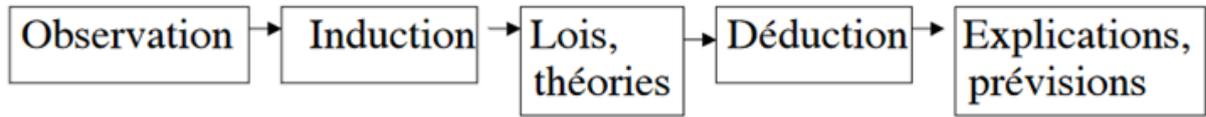
-Toujours favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ,
éviter l'isolement social, permettre de maintenir les activités de loisir

→ L'intervention ergothérapique auprès de personnes engagées dans un processus de vieillissement normal se fait principalement par la prévention selon les ergothérapeutes interrogés.

Annexe 2 : Le Modèle Do Live Well (Moll et al., 2015)



Annexe 3 : Schéma explicatif de la démarche inductive (Mouchot, 2003, p. 27)



Annexe 4 : Justification des critères de sélection

Personnes interrogées :

Nous interrogeons des ergothérapeutes diplômés d'état, car l'objet de notre recherche est centré sur leur pratique. De plus, nous choisissons des ergothérapeutes diplômés depuis moins de 10 ans, car notre sujet interroge une pratique récente en ergothérapie : la prévention et qui plus est la prévention de l'isolement qui pourrait s'intégrer dans le champ de l'ergothérapie sociale.

Pays d'exercice des ergothérapeutes :

Nous avons choisi d'interroger uniquement des ergothérapeutes exerçants en France, car nous traitons d'un sujet en lien avec les politiques nationales actuelles qui peuvent varier d'un pays à l'autre. De plus l'intervention en prévention primaire n'est pas développée de la même façon d'un état à l'autre ainsi que la place de l'ergothérapeute dans ce processus. Enfin pour faciliter le traitement des données nous sélectionnons des ergothérapeutes qui parlent français.

Lieu structure d'exercice des ergothérapeutes :

Le lieu d'exercice des ergothérapeutes interrogés doit répondre à deux critères : l'intervention a pour objectif le maintien à domicile de la personne vieillissante et l'ergothérapeute réalise des actions de prévention primaire pour ces personnes. Ainsi, nous avons recherché les structures pouvant répondre à ces critères, l'enquête exploratoire nous avait permis d'en cibler certaines auparavant. Il est ressorti les Equipes d'Appuis d'Adaptation et de Réadaptation (E2AR), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), les dispositifs parcours de santé des aînés (PAERPA), les Equipes Spécialisées de Prévention et de Réadaptation A Domicile (ESPRAD), les Centres Communautaires d'Actions Sociales (CCAS), les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Population de personnes que les ergothérapeutes accompagnent :

Dans notre recherche nous nous intéressons aux personnes vieillissantes c'est-à-dire aux personnes de 60 ans et plus selon l'OMS. Ces personnes peuvent être engagées dans les trois types de vieillissement que nous avons défini plus tôt.

Annexe 5 : Messages pour le recueil des participants

Messages diffusé aux ergothérapeutes ayant participé à l'enquête exploratoire le 17/01/19 :

Bonjour,

En septembre dernier vous aviez accepté de répondre à mon questionnaire concernant le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention dans le maintien à domicile des personnes âgées et je vous en remercie.

Mon sujet a bien évolué depuis, je m'intéresse à la façon dont l'ergothérapeute, par le biais d'actions de prévention primaire, va contribuer au soutien à domicile des personnes vieillissantes.

Je suis à la recherche d'ergothérapeutes ayant de l'expérience dans ce domaine précis et qui accepterait d'échanger autour de leurs pratiques. Enfin, si vous avez connaissance d'ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé dans ce domaine, accepteriez-vous de me transmettre leurs coordonnées ?

Je me suis permis d'utiliser le mail que vous m'aviez fourni lors de notre premier contact, en espérant que ça ne vous aura pas dérangé.

Cordialement,

Camille Jouhannel

Messages diffusés sur les groupes de réseau social Facebook d'ergothérapeutes le 20/01/19 :

Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la façon dont l'ergothérapeute, par le biais d'actions de prévention primaire, va contribuer au soutien à domicile des personnes vieillissantes

Je suis à la recherche d'ergothérapeutes ayant de l'expérience dans le domaine de la prévention primaire et qui interviennent en faveur du maintien à domicile des personnes vieillissantes.

Je vous remercie. N'hésitez pas à me contacter pour plus d'informations.

Bonne journée.

Message diffusé aux ergothérapeutes exerçant en E2AR, ESPRAD et PAERPA le 10/02/19 :

Bonjour,

Je m'appelle Camille Jouhannel et je suis étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulon. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention primaire afin de favoriser le soutien à domicile des personnes vieillissantes.

Serait-il possible de me transmettre le contact de l'ergothérapeute exerçant au sein de la structure afin que je puisse échanger avec lui autour de sa pratique ?

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ce message,

Camille Jouhannel

Annexe 6 : Matrice théorique du concept 1

Concepts	La prévention primaire			
Indicateurs	Intervention en amont de la problématique	Participation active de la personne	Promotion de la santé par le professionnel	Diminution des causes des facteurs de risques
Indices	<p>-L'intervention se déroule avant que la problématique n'apparaisse</p>	<p>-La personne évoque ses difficultés</p> <p>- La personne à des questions concernant sa santé</p> <p>-La personne met en place des stratégies pour protéger sa santé</p> <p>-La personne a retenu certains facteurs de risque</p>	<p>-L'ergothérapeute est dans une démarche d'éducation à la santé</p> <p>-L'ergothérapeute crée un partenariat avec d'autres acteurs de soins</p> <p>-L'ergothérapeute favorise la prise de décision par la personne</p>	<p>-L'ergothérapeute connaît les facteurs de risques</p> <p>-L'ergothérapeute évalue les facteurs de risques</p>
Questions	2, 3, 5, 7	2, 6	2, 3, 5, 7	2, 3

Annexe 7 : Matrice théorique du concept 2

Concepts	La participation sociale		
Indicateurs	Interaction sociale	Implication dans une activité individuelle ou collective	Rôle social
Indices	-L'individu partage des informations avec d'autres personnes -Interaction réciproque	-La personne a envie de faire une activité -La personne réalise des activités	-La personne a de nouveaux rôles sociaux -La personne exerce son/ses rôles sociaux
Questions	4,5, 6, 7	4,5, 6, 7	4, 5, 6, 7

Annexe 8 : Guide d'entretien (*Selon Tétreault et al., 2014*)

Nous avons utilisé ce guide afin de réaliser nos entretiens téléphoniques. Les ergothérapeutes destinataires avaient préalablement été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Mail avant l'entretien :

Bonjour,

Je m'appelle Camille Jouhannel et je suis étudiante en 3^{ième} année à l'école d'ergothérapie de la Garde (83). Je vous contacte dans le cadre de mon travail de recherche sur les actions de prévention menées par l'ergothérapeute afin de favoriser le soutien à domicile des personnes vieillissantes.

Je vous informe que toutes les données recueillies au cours de cet entretien seront anonymes ainsi que vos informations personnelles. L'entretien que je vais réaliser sera confidentiel et aucune information à caractère personnelle ne sera divulguée.

Un dictaphone sera utilisé uniquement avec votre accord et sous couvert d'une autorisation d'enregistrement signée au préalable. Je vous transmettrai la copie de cette demande d'autorisation. L'objectif de l'enregistrement est de pouvoir retranscrire et analyser les données issues de notre échange.

Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions si vous ne souhaitez pas aborder un point au cours de l'entretien. Vous pouvez également mettre fin à l'entretien à tout moment.

L'entretien comporte huit questions et est divisé en trois parties distinctes. La durée est d'environ 20 min.

Pouvez-vous me retourner le formulaire de consentement ci-joint daté et signé après lecture ?

Le jour de l'entretien :

Je vous rappelle que je m'engage à respecter vos données confidentielles. De plus, vous êtes libre d'interrompre ou de vous retirer de la recherche à tout moment. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je m'intéresse à votre pratique professionnelle.

Avez-vous des interrogations avant de commencer l'entretien ?

Annexe 9 : Construction des questions

Nous choisissons de parler de maintien à domicile aux ergothérapeutes et non de soutien à domicile, car cette terminologie est beaucoup plus ancrée dans la pratique et facilitera la compréhension lors de l'échange. Aussi, intégrer la notion de soutien à domicile nécessiterait de donner une définition aux participants ce qui influencerait les ergothérapeutes sur la notion de participation sociale.

Partie 1 : La pratique des ergothérapeutes

Question 1 : Selon vous, qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

Hypothèses de réponses :

- Les chutes
- La dénutrition
- La dégradation motrice et cognitive
- L'isolement...

→ On cherche à savoir les domaines qui sont considérés comme importants à prévenir selon les ergothérapeutes.

→ On cherche à savoir si l'isolement est identifié comme un domaine important quand on évoque la prévention en faveur du maintien à domicile.

Question 2 : Pouvez-vous me décrire brièvement le déroulement de vos interventions préventives ?

Hypothèses de réponses :

- L'origine de la demande
- Évaluation des facteurs de risque, des besoins de la personne
- Conseils, informations, éducation, aménagement...
- Contact avec le réseau de soin, coordination

→ On cherche à savoir quelle démarche ont les ergothérapeutes lors des actions de prévention.

→ On cherche à savoir quel type de prévention est mis en place (primaire, secondaire, tertiaire).

Indicateurs : Prévention primaire

- Intervention en amont de la problématique
- Participation active
- Promotion de la santé
- Diminution des causes des facteurs de risques

Question 3 : Lors de vos interventions, vous arrive-t-il de faire de la prévention sur d'autres domaines que ceux initialement prescrits ? Si oui, lesquels ?

Hypothèses de réponses :

- Sur l'isolement
- La réalisation d'activités de loisirs
- Le maintien des liens sociaux...

→ On cherche à savoir si l'ergothérapeute intervient sur la participation sociale des personnes sans qu'une demande n'ait été établie.

→ On cherche à connaître les activités de travail réel des ergothérapeutes et pas uniquement leur travail prescrit.

→ On cherche à ce que les ergothérapeutes identifient ces autres actions dans leur pratique qui sortent de leur champ initial d'intervention

Indicateurs : Prévention primaire et participation sociale

- Intervention en amont de la problématique
- Diminution des causes des facteurs de risques
- Interaction sociale
- Promotion de la santé
- Rôle social
- Implication dans une activité individuelle/collective

Partie 2 : La participation sociale

Question 4 : Lors de vos interventions, que disent les personnes de leur environnement social et de leurs activités de loisirs ?

Hypothèses de réponses :

- Ils voient peu leur entourage
- Ils aimeraient sortir plus
- Ils aimeraient reprendre des activités de loisirs
- Ils n'en parlent pas
- Tout va bien

→ On cherche à avoir si les ergothérapeutes identifient dans le discours de la personne son niveau de participation sociale.

Indicateurs : Participation sociale

- Implication dans une activité individuelle/collective
- Interaction sociale
- Rôle social

Question 5 : Comment prenez-vous en compte ces informations ?

Hypothèses de réponses :

- Je cherche à savoir si la personne est satisfaite par son environnement social, ses activités de loisirs.
- Je ne prends pas en compte ses informations dans ma prise en soins

-Je conseille la personne sur certaines associations, organismes, structures...

-J'oriente la personne vers d'autres professionnels

→ On cherche à savoir comment les ergothérapeutes prennent en compte les informations concernant l'environnement social et les loisirs de leurs usagers. Quelle méthode ils utilisent pour accompagner les personnes en cas de problématique dans leur participation sociale.

Indicateurs : Prévention primaire et participation sociale

-Promotion de la santé

-Intervention en amont de la problématique

-Interaction sociale

-Rôle social

-Implication dans une activité individuelle/collective

Question 6 : Si vous prenez en compte ces informations, constatez-vous des bénéfices après votre intervention ? Si oui lesquels ?

Question 6 bis (relance) : Est-ce que les patients suivent vos conseils concernant leur environnement social et leurs activités de loisirs ?

Hypothèses de réponses :

-Je n'assure pas de suivi, je fais juste un conseil

-Les personnes me disent qu'elles se sont inscrites à une activité, qu'elles ont téléphoné à l'association...

-La personne semble plus heureuse, plus motivée

→ On cherche à savoir si les ergothérapeutes constatent un impact positif à leurs interventions concernant la participation sociale des personnes vieillissantes et donc s'ils assurent une forme de suivi à ces interventions.

Indicateurs : Prévention primaire et participation sociale

-Interaction sociale

-Rôle social

-Implication dans une activité individuelle/collective

-Participation active de la personne

Partie 3 : Suggestions et remerciements

Question 7 : Que pensez-vous du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute concernant l'isolement social des personnes vieillissantes ?

Hypothèses de réponses :

-Il a un rôle dans la prévention de l'isolement des personnes vieillissantes

-Il peut conseiller, éduquer et orienter les personnes vers des associations...

-Ce n'est pas de son ressort, c'est aux assistantes sociales de gérer ça

-Son rôle n'est pas bien reconnu encore en France

→ On cherche à savoir ce que les ergothérapeutes pensent de la place de l'ergothérapeute concernant l'isolement social des personnes âgées aujourd'hui en France. Quelles projections ils font pour l'avenir de la pratique. S'ils se sentent concernés ou non par l'isolement social.

Indicateurs : Prévention primaire et participation sociale

- Interaction sociale
- Implication dans une activité individuelle/collective
- Rôle social
- Intervention en amont de la problématique
- Promotion de la santé

Question 8 : Auriez-vous des remarques à ajouter que vous n'auriez pas eu le temps d'évoquer durant cet entretien ou des éléments à préciser ?

Je vous remercie pour votre participation à cet entretien. Vous pouvez me contacter pour toutes questions ou informations supplémentaires. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre un rapport de recherche à la fin des travaux.

Annexe 10 : Formulaire de consentement n° 1



**Groupement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lette d'information et formulaire de consentement

N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83

*Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat*

FINISS EI : 83 000 904 9
FINISS ET : 83 000 383 6
SIRET : 130 016 561 000 24
Code APE 8412Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
32 av. Becquerel
ZI Toulon Est
83130 La Garde

La Garde

Site Becquerel
32 av. Becquerel
ZI. Toulon Est
B.P. 074
83079 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 94 14 72 14
Télécopie : 04 94 14 72 12

Espace André
401B chemin des Plantades
Espace André
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 58 58 22

Université de Toulon
Campus de La Garde
Bâtiment S - RDC
CS 60584
83041 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 22 07 00 58

Site les Asphodèles
Résidence. Les Asphodèles
150 Allée Auguste Picard
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 00 23 80
Télécopie : 04 94 00 23 89

Draguignan
102 avenue Alphonse GILET
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 94 60 44 75
Télécopie : 04 90 60 46 95

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sergent
CS 50142
83707 St Raphaël CEDEX
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles

Centre Municipal de Tir A L'Arc
Quartier Saint Lazare - Les Adrets
83170 Brignoles
Téléphone : 04 94 78 57 93
Télécopie : 04 94 78 54 36

Site internet
<http://www.ifpvps.fr>



Personnes responsables de l'étude :

Jouhannel Camille, étudiant ergothérapeute, 06-77-78-95-85, camille.jouhannel@yahoo.fr

Tortora Leïla, référent pédagogique et cadre de l'IFE, 04-94-00-58-86, leile.tortora@ifpvps.fr

Gardien Nicolas, référent professionnel et ergothérapeute, 07-67-22-49-51, ngardien@gmail.com

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Dans cette étude nous nous intéressons à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'objectif de l'étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche innovante.

Nature et durée de votre participation:

Je souhaite réaliser un entretien téléphonique d'une vingtaine de minute avec vous. Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI NON *Rayer les mentions inutiles*

Avantages concernant votre participation

Votre participation me permettra de faire évoluer la thématique de recherche en confrontant les données théoriques aux données pratiques mais également en recueillant de nouvelles informations issu de votre discours.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien.

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifpvps.fr

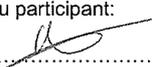
Signatures requises :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

... LOYER

Signature du participant:

..... 

Date : ... 11/03/19 ... Téléphone (jour) : ... 06.35.14.31.55

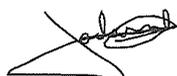
Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : Camille Jouhannel

Date : 06/03/19



Annexe 11 : Formulaire de consentement n° 2



REGION SUD
PROFESSEURS
CONSEILERS

N° de déclaration d'activité
05-83-04918-83
Ce numéro d'enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat

FINESS EJ : 83 000 904 9
FINESS ET : 83 000 983 6
SIRET : 150 010 560 000 24
Code APE 8422
DATADOCK : 0014495
DPC : 1073

Siège administratif
31 av. Becquereil
ZI Toulon Est
83130 La Garde

La Garde

Site Becquereil
31 av. Becquereil
ZI Toulon Est
B.P. 074
83074 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 94 14 72 14
Télécopie : 04 94 14 72 12

Espace André
4013 chemin des Plantades
Espace André
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 58 58 22

Université de Toulon
Campus de La Garde
Bâtiment 5 - RDC
CS 60584
83045 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 23 07 00 58

Site les Asphodèles
Résidence Les Asphodèles
150 Allée Auguste Picard
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 00 23 80
Télécopie : 04 94 00 23 89

Draguignan
102 avenue Alphonse GELY
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 94 60 44 75
Télécopie : 04 90 00 49 93

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sergent
CS 50148
83707 St Raphaël CEDEX
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Centre Municipal de Tir A L'Arc
Quartier Saint Lazare - Les Adrets
83170 Brignoles
Téléphone : 04 94 78 57 93
Télécopie : 04 94 78 54 36

Site internet
<http://www.ifpvps.fr>



**Groupement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lettre d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

Jouhannel Camille, étudiant ergothérapeute, 06-77-78-95-85, camille.jouhannel@yahoo.fr

Tortora Leïla, référent pédagogique et cadre de l'IFE, 04-94-00-58-86, leile.tortora@ifpvps.fr

Gardien Nicolas, référent professionnel et ergothérapeute, 07-67-22-49-51, ngardien@gmail.com

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Dans cette étude nous nous intéressons à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'objectif de l'étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche innovante.

Nature et durée de votre participation:

Je souhaite réaliser un entretien téléphonique d'une vingtaine de minute avec vous. Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI NON ~~Autre~~ *Rayer les mentions inutiles*

Avantages concernant votre participation

Votre participation me permettra de faire évoluer la thématique de recherche en confrontant les données théoriques aux données pratiques mais également en recueillant de nouvelles informations issu de votre discours.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien.

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) verbalement ou par écrit. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifpvps.fr

Signatures requises :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

..... LERAY Fanny

Signature du participant:

..... 

Date : 11/03/19 Téléphone (jour) : 02 43 61 51 78

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : Camille Jouhannel

Date : 06/03/19



Annexe 12 : Formulaire de consentement n° 3



**RÉGION
SUD**
Midi-Pyrénées
Occitanie

N° de déclaration d'activité
93-83-049 88-83
Ce enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat

FINISS EJ : 83 000 904 9
FINISS ET : 83 000 383 6
SIRET : 130 015 561 000 24
Code APE 8422Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
32 av. Becquerel
ZI Toulon Est
83130 La Garde

La Garde

Site Becquerel
32 av. Becquerel
ZI Toulon Est
R.P. 074
83079 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 94 14 72 14
Télécopie : 04 94 14 72 12

Espace André
4018 chemin des Plantades
Espace André
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 58 58 22

Université de Toulon
Campus de La Garde
Bâtiment S – RDC
CS 60584
83041 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 92 07 00 58

Site les Asphodèles
Résidences Les Asphodèles
150 Allée Auguste Picard
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 00 23 80
Télécopie : 04 94 00 23 89

Draguignan
102 avenue Alphonse GILET
83200 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 94 60 44 75
Télécopie : 04 90 60 46 95

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sargent
CS 50142
83207 St Raphaël CEDEX
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Centre Municipal de Tir A L'Arc
Quartier Saint Lazare - Les Adrets
83170 Brignoles
Téléphone : 04 94 78 87 93
Télécopie : 04 94 78 84 36

Site internet
<http://www.ifpvps.fr>



**Groupement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lettre d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

Jouhannel Camille, étudiant ergothérapeute, 06-77-78-95-85, camille.jouhannel@yahoo.fr

Tortora Leila, référent pédagogique et cadre de l'IFE, 04-94-00-58-86, leile.tortora@ifpvps.fr

Gardien Nicolas, référent professionnel et ergothérapeute, 07-67-22-49-51, ngardien@gmail.com

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Dans cette étude nous nous intéressons à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'objectif de l'étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche innovante.

Nature et durée de votre participation:

Je souhaite réaliser un entretien téléphonique d'une vingtaine de minute avec vous. Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI NON *Rayer les mentions inutiles*

Avantages concernant votre participation

Votre participation me permettra de faire évoluer la thématique de recherche en confrontant les données théoriques aux données pratiques mais également en recueillant de nouvelles informations issu de votre discours.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien.

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) verbalement ou par écrit. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@fvpvs.fr

Signatures requises :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)
DUPEYRAT



Signature du participant:

Date :11.03.2019..... Téléphone (jour) : ...06 15 99 15 97

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : Camille Jouhannel

Date : 06/03/19



Annexe 13 : Formulaire de consentement n° 4



**Groupement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lette d'information et formulaire de consentement

N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83

Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat

FINISS EJ : 83 000 904 9
FINISS ET : 83 000 383 6
SIRET : 130 016 561 000 24
Code APE 8412Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
32 av. Becquerel
ZI Toulon Est
83130 La Garde

La Garde

Site Becquerel
32 av. Becquerel
ZI. Toulon Est
B.P. 074
83079 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 94 14 72 14
Télécopie : 04 94 14 72 12

Espace André
401B chemin des Plantades
Espace André
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 58 58 22

Université de Toulon
Campus de La Garde
Bâtiment S - RDC
CS 60584
83041 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 22 07 00 58

Site les Asphodèles
Résidence. Les Asphodèles
150 Allée Auguste Picard
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 00 23 80
Télécopie : 04 94 00 23 89

Draguignan
102 avenue Alphonse GILET
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 94 60 44 75
Télécopie : 04 90 60 46 95

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sergent
CS 50142
83707 St Raphaël CEDEX
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles

Centre Municipal de Tir A L'Arc
Quartier Saint Lazare - Les Adrets
83170 Brignoles
Téléphone : 04 94 78 57 93
Télécopie : 04 94 78 54 36

Site internet
<http://www.ifpvps.fr>



Personnes responsables de l'étude :

Jouhannel Camille, étudiant ergothérapeute, 06-77-78-95-85, camille.jouhannel@yahoo.fr

Tortora Leïla, référent pédagogique et cadre de l'IFE, 04-94-00-58-86, leile.tortora@ifpvps.fr

Gardien Nicolas, référent professionnel et ergothérapeute, 07-67-22-49-51, ngardien@gmail.com

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Dans cette étude nous nous intéressons à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'objectif de l'étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche innovante.

Nature et durée de votre participation:

Je souhaite réaliser un entretien téléphonique d'une vingtaine de minute avec vous. Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI NON Rayer les mentions inutiles

Avantages concernant votre participation

Votre participation me permettra de faire évoluer la thématique de recherche en confrontant les données théoriques aux données pratiques mais également en recueillant de nouvelles informations issu de votre discours.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien.

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifpvps.fr

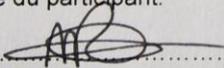
Signatures requises :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

..... MAUBERT

Signature du participant:

..... 

Date : 18/03/2019 Téléphone (jour) : Tous les jours à partir de 17h30.
06-37-16-40-90 .

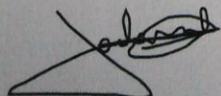
Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : Camille Jouhannel

Date : 06/03/19



Annexe 14 : Formulaire de consentement n° 5



REGION SUD
PROVENCE ALPES COTEDAZUR

N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat

FINESS EJ : 83 000 904 9
FINESS ET : 83 000 383 6
SIRET : 130 016 561 000 24
Code APE 8412Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
32 av. Becquerel
ZI Toulon Est
83130 La Garde

La Garde

Site Becquerel
32 av. Becquerel
ZI. Toulon Est
B.P. 074
83079 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 94 14 72 14
Télécopie : 04 94 14 72 12

Espace André
401B chemin des Plantades
Espace André
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 58 58 22

Université de Toulon
Campus de La Garde
Bâtiment S - RDC
CS 60584
83041 TOULON Cedex 9
Téléphone : 04 22 07 00 58

Site les Asphodèles
Résidence. Les Asphodèles
150 Allée Auguste Picard
83130 La Garde
Téléphone : 04 94 00 23 80
Télécopie : 04 94 00 23 89

Draguignan
102 avenue Alphonse GILET
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 94 60 44 75
Télécopie : 04 90 60 46 95

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sergent
CS 50142
83707 St Raphaël CEDEX
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Centre Municipal de Tir A L'Arc
Quartier Saint Lazare - Les Adrets
83170 Brignoles
Téléphone : 04 94 78 57 93
Télécopie : 04 94 78 54 36

Site internet
<http://www.ifpvps.fr>



**Groupement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lettre d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

Jouhannel Camille, étudiant ergothérapeute, 06-77-78-95-85, camille.jouhannel@yahoo.fr

Tortora Leila, référent pédagogique et cadre de l'IFE, 04-94-00-58-86, leile.tortora@ifpvps.fr

Gardien Nicolas, référent professionnel et ergothérapeute, 07-67-22-49-51, ngardien@gmail.com

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Dans cette étude nous nous intéressons à la place de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de prévention en faveur du soutien à domicile des personnes vieillissantes. L'objectif de l'étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche innovante.

Nature et durée de votre participation:

Je souhaite réaliser un entretien téléphonique d'une vingtaine de minute avec vous. Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI NON *Rayer les mentions inutiles*

Avantages concernant votre participation

Votre participation me permettra de faire évoluer la thématique de recherche en confrontant les données théoriques aux données pratiques mais également en recueillant de nouvelles informations issu de votre discours.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien.

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

■ Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

■ Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

■ Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifvps.fr

■ Signatures requises :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

GUISSEAU Sylviane.....

Signature du participant:

.....

Date : 20.03.2019..... Téléphone (jour) : 06.16.23.18.19.....

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : Camille Jouhannel

Date 06/03/19



Annexe 15 : Verbatim entretien n° 1 Mme L.A

1 C : Selon vous qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile des
2 personnes vieillissantes ?

3 E1 : Euh... Alors... ce que je vois dans ma pratique moi c'est qu'il y a énormément de
4 personnes qui sont isolées socialement. Euh... qui n'ont pas forcément de famille dans les
5 parages, qui sont isolées chez elle à cause de difficulté à la marche ou à cause d'une
6 architecture du bâtiment qui ne permet pas d'avoir un ascenseur, un accès vers l'extérieur. Il y
7 a tous ces facteurs sociaux à prendre en compte, c'est hyper important. Euh... il y a aussi tout
8 le... tout l'aspect prévention des chutes au domicile qui est aussi très important. Euh... parce
9 que pour moi la prévention des chutes ça prend en compte beaucoup de facteurs en fait. Ça
10 prend en compte la motricité, ça prend en compte la nutrition, l'hydratation, le suivi du
11 médecin traitant pour les médicaments, pour la vitamine D. En fait c'est très très global et
12 donc je pense que ça fait partie des facteurs qu'on doit avoir en tête quand on parle de
13 maintien à domicile avec les personnes âgées quoi.

14 C : D'accord donc pour vous l'isolement et la prévention des chutes sont les deux choses les
15 plus importantes à prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

16 E1 : Oui c'est ça

17 C : Pouvez-vous me décrire brièvement le déroulement de vos interventions préventives c'est-
18 à-dire votre démarche ?

19 E1 : Euh... alors mes interventions c'est toujours une orientation d'un intervenant de terrain.
20 Soit d'un aide-soignant, d'un infirmier ou d'un aide à domicile ou de mes collègues
21 rééducateurs. Soit ils repèrent un risque de chute, soit la personne a déjà chuté. Euh... moi
22 quand j'interviens au domicile, je rencontre la personne, on discute un petit peu et je
23 comprends les difficultés et du coup ensuite c'est de la préconisation et de l'information.
24 Euh... préconisation par rapport à des travaux ou des aides techniques. Et des informations sur
25 ce qui peut se passer à l'extérieur par exemple des ateliers du CLIC, ils font des ateliers
26 autour de différentes thématiques qui permettent aux gens de sortir et de rencontrer des paires,
27 de discuter, etc. Moi il m'est arrivé d'aller chercher pour certaines personnes un kiné donc de
28 passer des coups de fil pour trouver un kiné qui accepterait de venir à domicile. Mais ça, c'est
29 vraiment quand les gens sont très très isolés et qu'il n'y a personne autour d'eux. Euh... voilà

30 puis euh... moi je mets en place des soins autour de la chute, sur la prévention des chutes. Je
31 travaille avec une psychomotricienne donc on partage un peu les tâches. Globalement ce
32 qu'on apprend aux gens c'est à se relever du sol, puis ensuite l'aménagement de domicile de
33 mon côté, elle est plutôt sur l'appréhension de la chute. C'est-à-dire les gens qui ont chuté et
34 qu'ils veulent plus marcher, car ils ont peur.

35 C : Et du coup elles se terminent comment vos interventions ?

36 E1 : En fait j'évalue vraiment au début de la prise en charge les besoins avec la personne, ça
37 permet d'estimer un petit peu le nombre de séances. Pour certains ça va être assez rapide, car
38 ils vont intégrer les étapes et comprendre rapidement. Pour des gens qui ont vraiment des
39 troubles cognitifs là, je sais qu'on va se lancer sur des séances plus longues généralement 15 à
40 20 séances maximum, car il y a beaucoup de monde dans la structure donc il faut faire tourner
41 aussi. Là, j'ai en tête le cas d'un monsieur pour qui 5 séances ont suffi, le monsieur a appris à
42 se relever du sol seul, à alerter, il était très motivé. J'ai mis en place avec lui des petits
43 exercices qu'il fait quotidiennement euh... pour prévenir les chutes.

44 C : Tout à l'heure vous me parliez des ateliers du CLIC, pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

45 E1 : Alors il y a un peu de tout, pour l'instant le CLIC de mon secteur fait des ateliers assez
46 ponctuels autour du bien vieillir à domicile, donc aménager l'environnement, la prévention
47 des chutes où ils font un peu de théorie puis des ateliers où ils montrent des exercices pour
48 rester en forme. Il y a aussi des ateliers autour de la nutrition euh... ils font des ateliers pour
49 les aidants et voilà.

50 C : D'accord

51 E1 : Moi je n'oriente pas vers le PRIF c'est prévention retraite Île-de-France, car sur mon
52 secteur ils ne font pas du tout d'ateliers, mais ils peuvent très bien en faire sur Paris et ils vont
53 faire les mêmes types d'ateliers que les CLIC. C'est important de bien connaître les acteurs de
54 son territoire pour pouvoir orienter les personnes.

55 C : Est-ce qu'il vous arrive lors de vos interventions de faire de la prévention sur d'autres
56 domaines que ceux initialement prescrits ?

57 E1 : Euh... comme quoi ?

58 C : Par exemple vous devez intervenir pour une prévention des chutes, mais une fois au
59 domicile vous identifiez d'autres possibilités d'intervention.

60 E1 : Oui oui totalement, par exemple pour les troubles cognitifs euh... je peux mettre quelques
61 exercices en place euh... des conseils aux aidants pour faire travailler la personne, essayé de
62 trouver des compensations. Euh voilà ça reste assez ponctuel pour ma part en tout cas. C'est
63 plutôt quelques séances et un relais vers les aidants, les aides à domicile pour pérenniser le
64 travail.

65 C : Lors de vos interventions à domicile, que disent les personnes de leur environnement
66 social et de leurs activités de loisirs ?

67 E1 : Alors il y en a énormément qui n'ont plus d'activités de loisirs. Euh... il y en a
68 énormément qui ne sortent plus de chez eux euh... parce qu'il n'y a personne pour les
69 accompagner ou parce qu'il y a des marches, ce n'est pas très sécuritaire et ils ont peur de tomber,
70 etc. Donc ça réduit les activités à l'extérieur que ça soit juste allé faire des courses, il y en a
71 beaucoup qui ne le font plus. Et au niveau des activités vraiment de loisirs euh... Au domicile
72 les personnes sont peu actives. Moi j'ai une majorité de personnes qui passent leur temps
73 devant la télé, les activités ce n'est pas trop ça.

74 C : Et au niveau de leur environnement social ?

75 E1 : Euh... alors il y a un peu de tout, il y a des personnes qui sont très entourées, des
76 personnes totalement isolées. D'une façon globale, les personnes se sentent seules même s'il
77 y a de la famille autour parce qu'elles passent souvent des journées toutes seules. Donc
78 l'isolement social oui il y en a beaucoup et c'est très difficile d'y pallier parce qu'elles ne
79 peuvent pas sortir donc qu'est-ce qu'on peut leur proposer ? Il y a des personnes qui viennent
80 à domicile des fois des aides à domicile quand il y a besoin pour l'entretien et la préparation
81 des repas. Mais après je sais qu'il y a les Petits frères des Pauvres qui peuvent passer à
82 domicile pour de la compagnie, c'est possible. Mais il n'y a pas vraiment de structures qui
83 vont aller à la rencontre des gens chez eux pour faire de la compagnie. Moi je n'en connais
84 pas en tout cas. Les gens qui vont passer dans la journée ce sont des aides-soignants, des
85 infirmiers enfin voilà des soignants quoi.

86 C : Du coup comment prenez-vous en compte ces informations concernant l'environnement
87 social et les activités de loisirs de ces personnes ?

88 E1 : Euh... alors quand les personnes ont une petite idée, une petite envie de reprendre une
89 activité, moi j'en profite parce que c'est important. Des fois ça m'est arrivé d'aller chercher
90 des clubs de sport pour une personne qui souhaitait reprendre une activité sportive. Quand il y
91 a une petite envie, j'essaie d'en profiter pour proposer des choses. Euh... pour l'isolement
92 social moi je le prends en compte, mais je n'ai pas de solution à proposer aux gens. À part le
93 passage des aides à domicile et si il y a un besoin identifié ça peut faire de la compagnie, mais
94 bon ce n'est pas la priorité en général. Enfin faire passer une aide à domicile pour discuter
95 avec la personne c'est impossible à justifier au niveau de l'APA. Des fois on fait des relais
96 avec l'ESA, ça m'arrive d'orienter vers les hôpitaux de jour, et puis il y a aussi la consultation
97 chute des hôpitaux du coin. Ça peut permettre de refaire un point. Et peut-être que l'hôpital va
98 avoir d'autres choses à proposer à la personne.

99 C : Euh... alors du coup du coup quand vous prenez en compte ces informations sur
100 l'environnement social et les activités de loisirs est-ce que vous constatez des bénéfices après
101 votre intervention ?

102 E1 : Alors parfois je n'ai pas forcément de nouvelles des gens. Parfois, euh... j'ai en tête une
103 patiente pour qui ça a été hyper bénéfique de faire un relais avec une psychologue. Ensuite on
104 a mis en place le service d'aide à domicile et donc cette dame depuis elle va un peu mieux,
105 elle sort faire ses courses avec l'aide à domicile. J'ai appris il y a pas longtemps qu'elle sortait
106 aussi tout seule depuis qu'on lui a préconisé le déambulateur donc ça c'est super cool. Je
107 pense qu'il y a un peu de tout il y a des gens avec qui ça marche ce qu'on leurs propose,
108 d'autres pour qui ça va être un peu difficile, qui vont rester chez eux, qui ne vont pas en avoir
109 envie.

110 C : D'accord, que pensez-vous du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute concernant
111 l'isolement social des personnes vieillissantes ?

112 E1 : Euh... Alors... Euh... je pense que le rôle de l'ergo pour le maintien à domicile c'est un
113 peu un rôle de coordinateur. Euh... parce qu'en fait il faut avoir beaucoup d'info sur ce qu'il
114 se passe sur le secteur pour pouvoir proposer des choses aux gens. Quand on débarque dans
115 une ville qu'on ne connaît pas il faut se faire un réseau en fait pour comprendre ce qui existe

116 déjà, ce que l'on peut mettre en place et je pense que ça, c'est un peu à l'ergothérapeute de le
117 faire dans le sens où il va favoriser la reprise des activités de la personne. Euh... via les
118 sorties, etc. Je ne vois pas qui d'autre pourrait le faire. Voilà je pense que c'est un peu ça la
119 spécificité de l'ergo à domicile.

120 C : Et pour le futur comment voyez-vous l'ergothérapie et l'isolement social des personnes
121 vieillissantes ?

122 E1 : Euh... Je pense qu'il y a énormément de boulot à faire là-dessus euh... je pense que euh...
123 avec des financements il serait possible de mettre en place des activités collectives par
124 secteur. On peut penser par exemple à organiser un transport qui viendrait chercher les gens
125 chez eux, les emmener dans une salle pour faire des activités, un peu comme des jeunes
126 finalement. Ça serait bien.

127 C : Ce serait bien en effet, auriez-vous des remarques à ajouter que vous n'auriez pas eu le
128 temps d'évoquer durant cet entretien ou des éléments à préciser ?

129 E1 : Euh... Préciser que le travail d'équipe est super important du coup pour le maintien à
130 domicile et l'isolement puisqu'il y a toujours des infos qu'on n'a pas. On reste une heure à
131 domicile, peut-être que nous on va oublier de se renseigner sur des trucs où que la personne a
132 oublié de nous dire des choses et quand on travaille en équipe on est plusieurs à passer dans la
133 semaine donc il y a plus d'infos. Donc je pense que c'est vraiment un gros travail d'équipe le
134 domicile.

135 C : D'accord merci pour votre aide et bonne continuation

136 E1 : De rien et bon courage pour la suite

Annexe 16 : Verbatim entretien n° 2 Mme L.F

1 C : Selon vous qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

2 E2 : Alors je pense que ce qui est important c'est de montrer aux personnes qu'ils ne sont pas
3 seuls à domicile et qu'ils ont des contacts, des numéros de téléphone des professionnels qui
4 peuvent les soutenir et les aiguiller. Euh... qu'ils ne se sentent pas abandonnés entre
5 guillemets une fois qu'ils sont rentrés à la maison. Euh... et ensuite, après dans la prévention
6 pour favoriser le maintien à domicile c'est surtout les chutes. Euh... et l'épuisement de
7 l'aidant, qu'il y ait bien une écoute et un soutien de l'aidant pour qu'il puisse être toujours
8 aidant au domicile justement. Moi j'interviens à la demande de professionnels la plupart du
9 temps. Euh... Donc une problématique a été repérée, que ce soit en sortie d'hospitalisation
10 donc là c'est plutôt une inquiétude par rapport au retour à domicile, et donc là plutôt de
11 favoriser le soutien aux personnes et prévenir les risques de chutes, qu'ils sachent qu'il y a un
12 professionnel qui va venir donc c'est rassurant. Et sinon les problématiques sont soulevées par
13 le service des aides-soignantes, le CLIC, les professionnels du domicile qui interviennent.
14 Euh en sachant que lorsqu'on intervient on fait une évaluation globale donc même si on
15 intervient pour un problème de chute on a pas à se cantonner à faire le point sur le risque de
16 chute, mais on fait un bilan global de la personne sur les actes de la vie quotidienne pour
17 évaluer comment elle fait pour sortir de son lit, pour faire sa toilette, se préparer à manger,
18 etc.

19 C : D'accord donc du coup par rapport à ce que vous êtes en train de me dire pouvez-vous me
20 décrire brièvement le déroulement de vos interventions préventives ?

21 E2 : Alors ça commence toujours avec l'accord de la personne, je contacte toujours la
22 personne. En général je propose qu'il y ait une personne de son entourage qui soit présente,
23 un enfant si possible euh... pour que ce soit rassurant. Ensuite on fait une proposition euh pas
24 du tout une obligation pour qu'on puisse intervenir. Et ensuite moi je pars toujours de la
25 demande de la personne si la demande c'est : » je n'arrive pas à mettre mes bas de
26 contention » on va commencer par regarder les enfiles bas, ce genre de chose pour aider la
27 personne à mettre ses bas de contention. Je demande aussi à la personne de me faire visiter
28 son logement et je la mets en situation par exemple pour se coucher dans son lit, aller aux
29 toilettes, rentrer dans sa douche et voir les difficultés qu'il y a pour pouvoir faire des

30 préconisations par rapport à ça et anticiper la perte d'autonomie. La majorité de mes
31 interventions se font à la demande des SSIAD qui repère des besoins et les CLIC qui peuvent
32 avoir des demandes initiales pour mettre en place des aides humaines et ils voient qu'il y a
33 des problèmes au niveau de l'environnement, du matériel et il me demande d'intervenir par la
34 suite. Il y a aussi les assistants sociaux des services hospitaliers qui nous appellent quelque
35 temps avant la sortie pour faire le point, pour évaluer le plan d'aide mis en place, s'il est
36 suffisant.

37 C : Donc quand vous êtes à domicile vous faites principalement des aménagements du
38 domicile ?

39 E2 : Alors les préconisations c'est principalement de l'aménagement, au sens large, pour
40 prévenir les chutes en fait, ce n'est pas forcément des travaux ça peut être simplement
41 réajuster la hauteur du lit, réajuster l'emplacement du lit, du fauteuil, ajouter des barres
42 d'appui. Euh... on peut avoir une partie aménagement du logement côté travaux donc là on
43 accompagne en faisant des croquis, en restant à disposition des artisans et en faisant des
44 argumentaires pour des dossiers de financement. Euh les préconisations c'est aussi les aides
45 techniques et... j'ai oublié ce que je voulais vous dire... et après le dernier c'est au niveau de la
46 manutention, conseil en manutention au niveau des aidants familiaux et des professionnels.
47 Lors de mon intervention je montre à la personne ce qui est dangereux et pourquoi c'est
48 dangereux par rapport au risque de chute. Puis, je réalise un compte-rendu que je transmets à
49 la personne, aux services demandeurs et au médecin traitant.

50 C : Est-ce que lors de vos interventions il vous arrive de faire de la prévention sur d'autres
51 domaines que ceux initialement prescrits ?

52 E2 : Oui très régulièrement on me demande d'intervenir par exemple pour un accès à la
53 baignoire et comme je fais un point complet régulièrement je mets des aides techniques par
54 rapport à l'accès au lit, une barre de redressement qui est aussi très important dans la
55 prévention des chutes.

56 C : Donc si je comprends bien ça reste sur le domaine de la prévention des chutes ?

57 E2 : Oui principalement, mais on reste toujours vigilant à l'aidant. Moi dans mon équipe j'ai
58 une psychologue et une assistante sociale, si je sens la personne en difficulté je lui propose le
59 passage de la psychologue de l'assistante sociale. Cette proposition euh... systématiquement

60 moi je fais signer un papier aux personnes qui présente l'équipe donc je propose à chaque
61 fois. Si la personne n'est pas du tout en difficulté on va juste l'informer, mais sans forçement
62 insister et si on sent la personne en difficulté on va essayer de présenter un peu plus les
63 professionnels pour qu'ils puissent accepter leur soutien.

64 C : D'accord. Lors de vos interventions que disent les personnes de leur environnement social
65 et de leurs activités de loisirs ?

66 E2 : C'est très variable. Elles nous en parlent très facilement, mais on a des personnes qui ne
67 sont pas du tout isolées euh... qui sont très entourées socialement euh... et on peut également
68 avoir des personnes très très isolées qui n'ont aucune visite sauf par les professionnels. Après
69 on n'a pas forcément d'autres solutions que l'intervention des professionnels pour rompre de
70 leur isolement, après on essaie de passer par des associations, mais moi dans ce cas-là je
71 renvoie vers la psychologue et l'assistante sociale.

72 C : Donc du coup j'allais vous demander comment vous preniez en compte ces informations,
73 du coup vous faites le relais avec l'assistante sociale et la psychologue ?

74 E2 : Oui en général on fait le relais, j'échange au minimum avec l'assistante sociale et la
75 psychologue ou alors avec les collègues que je connais et qui interviennent au domicile, je
76 sais qu'il y a le SAD ou le CLIC qui intervient. Euh... pour s'assurer que tout le monde soit
77 alerté et voir ce qu'on peut éventuellement mettre en place, mais c'est essentiellement mes
78 collègues psychologue et assistante sociale qui s'en occupent. Dans mes préconisations moi
79 ergo je me cantonne à la prévention des chutes et l'indépendance de la personne, ce côté
80 isolement je me sens moins la compétence de pouvoir y répondre et du coup je renvoie vers
81 mes collègues.

82 C : D'accord, euh... alors du coup quand vous faites le relais avec la psychologue et
83 l'assistante sociale par rapport à un risque d'isolement, est-ce que vous constatez des
84 bénéfices à l'intervention ?

85 E2 : Tout dépend si la personne est prête ou pas, si elle est demandeuse de rompre cet
86 isolement, car parfois nous on repère isolement et c'est quelque chose qui nous inquiète, mais
87 la personne n'est pas forcément en souffrance de cet isolement donc là, peu importe
88 l'intervention des collègues même si elles vont pouvoir proposer et informer elles ne pourront

89 pas forcément mettre quelque chose en place, car ça ne sera pas forcément accepté par la
90 personne. Après on aura au moins donné l'information à la personne et à son médecin traitant
91 donc c'est une information qui pourra être reprise à distance lorsque la personne souhaitera
92 modifier cela. Après il y a des personnes qui sont vraiment demandeuses de rompre
93 l'isolement, ils sont en demande d'activités de rencontres avec les personnes, donc là elles
94 sont beaucoup plus réceptives à ce qu'on peut leur proposer, l'orientation vers des
95 associations, etc. tout dépend à quel stade sont les personnes.

96 C : Oui d'accord. Qu'est-ce que vous pensez du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute
97 concernant cet isolement social des personnes vieillissantes ?

98 E2 : Euh... je ne sais pas... euh alors là je réfléchis par rapport à ma pratique euh... je ne vois
99 pas comment développer ce travail là puisque le lien je le trouve déjà intéressant par rapport
100 aux collègues avec qui je travaille. Après tout dépend des services je pense qu'il y a des
101 services comme les ESA par exemple qui sont beaucoup plus impliqués et où les ergo
102 interviennent beaucoup plus dans la prévention de l'isolement des personnes. Moi je
103 m'appuie vraiment sur les compétences de mes collègues assistantes sociales et psychologues.

104 C : Et en dehors de votre pratique quotidienne ?

105 E2 : Je pense que tous les regards professionnels sont utiles, là j'ai du mal à voir dans quelle
106 structure comme ce n'est pas dans ma pratique courante.

107 C : D'accord très bien pas de soucis, est-ce que vous avez des remarques à ajouter que vous
108 n'auriez pas eu le temps d'évoquer durant l'entretien ou des éléments à préciser ?

109 E2 : Est-ce que j'ai répondu à vos questions correctement ?

110 C : Oui oui très bien après je ne cherche pas de réponse précise, j'explore la pratique. Je vous
111 remercie pour votre participation.

112 E2 : D'accord très bien alors bonne continuation.

113 C : Merci à vous aussi, au revoir.

Annexe 17 : Verbatim entretien n° 3 Mme M.R

1 C : Selon vous qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

2 E3 : Euh... moi je dirais les chutes dans un premier temps. Pour moi c'est une des
3 problématiques majeures que je peux rencontrer et dont les conséquences sont souvent les
4 plus graves aussi. C'est-à-dire qu'il suffit parfois d'une chute pour qu'il y ait une fracture du
5 col du fémur et que le maintien à domicile ne soit plus possible en fait. Donc pour moi c'est
6 vraiment les chutes en priorité. Tout ce que je vais avoir à conseiller on va à un moment
7 retrouver la problématique des chutes. J'ai toujours en tête la chute en fait, car il y a un impact
8 sur les déplacements intérieurs et extérieurs en fait.

9 C : D'accord. Du coup est-ce que vous pouvez me décrire brièvement le déroulement de vos
10 interventions préventives ?

11 E3 : Euh... du coup moi je commence par une première visite suite à la demande d'un
12 professionnel donc ça peut déjà être tout type de professionnel. Soit un intervenant médico-
13 social et qui remarque une situation de fragilité et vont me faire intervenir sur une
14 problématique déjà bien ciblée, ça peut être aussi des ergothérapeutes de structure qui ne vont
15 pas au domicile ou des médecins. Les demandes sont diverses. Ça peut aussi être directement
16 la personne qui se sent en difficulté au domicile, qui a l'impression justement qu'il y a un
17 risque de chute et qui souhaite faire un aménagement ou un bilan complet donc elle appelle
18 directement le CLIC, en fait tout passe par le CLIC avant que j'intervienne. Ensuite la
19 première visite elle a pour objectif de faire un petit peu un état des lieux des difficultés, donc
20 je fais un bilan d'indépendance euh... dans lequel je vais passer toutes les activités de vie
21 quotidienne. Ensuite je fais un petit bilan moteur pour voir les capacités, voir s'il y a des
22 limitations et si je peux les conseillers. Parce que des fois entre la demande et ce que je
23 retrouve pendant le bilan j'identifie d'autres problématiques. Du coup ça me permet de
24 conseiller. Après je demande les habitudes de vie et après je passe directement à la partie
25 environnementale et là je vais poser des questions sur la configuration de la maison, mais je
26 vais surtout et pour moi c'est le plus important, je vais mettre la personne en situation. Sur par
27 exemple ses transferts, comment elle arrive à se lever des toilettes, car il y a un écart entre ce
28 qu'ils me disent et ce qu'ils font en réalité. Après du coup je conseille dès la première visite
29 puis je réalise un compte-rendu qui me permet d'identifier parfois de nouvelles
30 problématiques. Donc du coup à la deuxième visite je préconise des aides techniques, où

31 j'approfondi les bilans s'il me manque des informations après je peux prendre des rendez-
32 vous avec des artisans pour faire des devis. Euh... et quoi d'autre, mais du coup je fais en
33 moyenne 3 à 4 visites sauf quand il y a des travaux plus importants j'accompagne la personne
34 jusqu'à la fin. Il y a certaines personnes enfin une en particulier que j'ai vue une dizaine de
35 fois, car elle était très isolée, elle vivait seule il y avait peu de famille et du coup là je l'ai
36 accompagnée beaucoup plus au niveau des démarches administratives pour ses travaux. Mais
37 par exemple ceux qui ont de la famille ça m'arrive d'être moins présent pour les visites avec
38 les artisans par exemple. Quand j'interviens, il n'y a pas forcément de chute, mais il peut y
39 avoir un risque de chute. Du coup là ça m'est arrivé d'aller chez un couple qui n'avait pas
40 encore chuté, mais le monsieur a été diagnostiqué syndrome parkinsonien donc je suis
41 intervenu très tôt. Je suis intervenu aussi chez une dame qui elle souhaitait retirer sa
42 baignoire, car elle avait de plus en plus de difficultés à monter dedans, mais elle va encore très
43 bien, elle n'a pas de difficulté, donc j'interviens en amont.

44 C : D'accord et est-ce qu'il vous arrive lors de vos interventions de faire de la prévention sur
45 d'autres domaines que ceux initialement prescrits ?

46 E3 : Oui oui entre la demande et ce que moi je vais observer il y a souvent une différence.
47 Des fois ça va être juste une demande pour du matériel et je vais intervenir sur d'autres
48 domaines où j'ai identifié un risque. Par exemple si j'analyse une situation où l'aidant est
49 épuisé je vais les orienter vers les plateformes de répit où les informer sur ce qui existe sur le
50 territoire. Euh... si la personne a des troubles de l'équilibre et qu'il n'y a jamais eu de
51 kinésithérapie bah du coup je vais lui conseiller d'en voir un. Par exemple aussi pour la dame
52 dont je vous ai parlé tout à l'heure j'ai mis en place un suivi avec une assistante sociale par
53 rapport à son isolement, car moi je viens à bout de mes missions et je déborde un peu parfois
54 parce que j'ai déjà fait des courriers pour elle. Donc du coup on est en train de voir avec
55 l'intervenant médico-social du CLIC quel accompagnement on peut mettre en place. En fait
56 pour chaque personne j'oriente vers des choses qui ne me sont pas demandé initialement. Ça
57 m'est aussi arrivé pour un monsieur qui était parkinsonien de le conseiller sur les groupes de
58 rééducation spécialisés et il s'avère qu'en ce moment même il est en train de faire un de ces
59 stages.

60 C : D'accord. Lors de vos interventions que disent les personnes de leur environnement social
61 et de leurs activités de loisirs ?

62 E3 : Alors c'est très variable, j'ai des personnes qui vont être très indépendante et d'autres qui
 63 ne le sont plus du tout donc c'est difficile de répondre à la question. Il y en a qui vont me dire
 64 qu'il faut encore plein de choses et que ça leur convient comme ça et d'autres qui ne font plus
 65 rien et qui s'ennuient.

66 C : Et du coup comment vous prenez en compte ces informations ?

67 E3 : Quand c'est possible, que la personne est seule et que je sais ce qu'il existe dans le
 68 secteur ça m'est arrivé par exemple pour un couple qui jouait beaucoup au bridge, et la dame
 69 ne pouvait plus aller au groupe et elle était en demande par rapport à ça, et du coup on s'est
 70 informé sur l'accessibilité des salles pour qu'elle puisse continuer cette activité-là parce que
 71 son mari y allait, mais elle restait à domicile. Donc je lui ai proposé des solutions comme de
 72 faire des groupes à la maison. Même si elle ne pouvait plus tenir les cartes malgré les aides
 73 techniques essayées, déjà juste aller avec son mari pour le côté social, discuter, les voir jouer
 74 ça lui faisait plaisir donc voilà je les conseils là-dessus. Après quand quelqu'un va être GIR 1
 75 ou 2 bah du coup là malheureusement je ne peux pas forcément intervenir. Mais quand je
 76 peux soit j'essaie d'orienter, soit de trouver des solutions, dès que je peux j'essaie de les
 77 aider. Soit j'oriente vers des structures, soit parfois ce sont des êtres techniques qui leur faut
 78 pour retrouver leur d'activité euh parce qu'il y a les activités de loisirs, mais pour certains
 79 c'est la cuisine qui est importante par exemple. Pour les sorties extérieures j'ai plusieurs
 80 personnes qui sont cloîtrées chez elle et qui aimerait juste sortir un peu dehors ben en fonction
 81 de leurs difficultés je propose une aide technique. Où je fais des conseils sur ce que je connais
 82 du territoire.

83 C : Et du coup quand vous prenez en compte ces informations est ce que vous constatez des
 84 bénéfices après votre intervention ?

85 E3 : Oui bien sûr par exemple j'ai eu un essai de fauteuil roulant électrique qui a permis à une
 86 dame de retrouver ses activités extérieures, elle en était ravie, car elle avait ses habitudes dans
 87 le quartier et discuter avec ses voisins. Euh... j'ai une petite dame avec qui on avait essayé un
 88 déambulateur trois roues qui ne pouvait plus se déplacer dans sa maison et aller sur sa terrasse
 89 et maintenant elle gambade donc elle est contente aussi. Après oui j'en ai plein, mais je ne me
 90 souviens pas de tous euh.... Leurs priorités souvent ce sont les déplacements à l'intérieur de

91 leur domicile. Sur les loisirs j'ai aussi une dame malvoyante à **qui j'ai conseillé plusieurs jeux**
 92 **de société adaptés**, car **elle jouer beaucoup avec ses enfants et ses petits-enfants** et du coup je
 93 lui ai conseillé des sites notamment et plusieurs jeux de cartes...

94 C : Alors du coup que pensez-vous du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute concernant
 95 l'isolement social des personnes vieillissantes ?

96 E3 : Euh... Bah pour moi on a on a une place notamment par rapport au matériel pour
 97 permettre aux gens de sortir de chez eux, mais quelqu'un qui va être vraiment isolé d'un point
 98 de vue familial, qui n'a pas d'activité extérieure et qui n'a pas d'intérêt pour sortir, car j'en ai
 99 beaucoup qui n'ont pas forcément d'intérêt à être dans l'interaction sociale bah là on n'a pas
 100 forcément d'impact, car on ne peut pas les forcer et c'est leur habitude de vie. **Par contre si**
 101 **c'est quelqu'un qui souhaite s'ouvrir vers l'extérieur** là on peut avoir un impact, **mais en**
 102 **collaboration avec différents professionnels** et ça va passer aussi par une connaissance du
 103 territoire sur lequel on va intervenir. Il existe déjà pas mal d'action, tout ce qui est club sénior
 104 qui permet d'avoir une interaction sociale et nous quand on est ergo à domicile on à quand
 105 même une connaissance sur ça et c'est hyper important qu'on connaisse toutes les actions
 106 sociales qu'il existe. C'était ma difficulté au début justement de connaître toutes les actions
 107 sociales.

108 C : D'accord merci beaucoup. Est-ce que vous avez des remarques à ajouter ou des éléments à
 109 préciser que vous n'auriez pas eu le temps d'évoquer pendant l'entretien ?

110 E3 : Euh... en fait pour moi la prévention des chutes ça permet de faire de **la prévention de**
 111 **l'isolement aussi**, car si on permet aux personnes de se déplacer bah **ils vont pouvoir sortir et**
 112 **reprandre les activités**. Donc pour moi c'est lié. Des fois **ça passe juste par du matériel et si on**
 113 **ne fait pas ça on ne peut pas régler le reste**. Je trouve qu'on est acteur dans la prévention des
 114 chutes, mais qu'on est encore très peu dans ce domaine-là. J'espère que le poste que j'ai
 115 actuellement va se développer dans les années à venir parce que là on est passé de 1 à 3 ergo.
 116 En plus c'est un poste financé par le département qui n'entraîne aucuns frais pour la personne.
 117 Les personnes ne ferai pas appel à des ergothérapeutes libéraux malgré leurs problématiques,
 118 car ça leur reviendrait trop cher. J'ai une collègue de travail qui a plus d'expérience que moi
 119 dans le domaine si vous voulez je peux lui demander si elle accepte de vous répondre ça peut-
 120 être intéressant pour votre sujet.

- 121 C : Oui merci c'est très gentil je serais très intéressée pour échanger avec elle aussi je vous
122 remercie pour votre participation.
- 123 E3 : Pas de souci je vous transmets ses coordonnées, bon courage pour la suite.
- 124 C : Bon courage à vous aussi, au revoir.

Annexe 18 : Verbatim n° 4 Mme D.A

1 C : Selon vous qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

2 E4 : Pour moi, en tout cas dans le cadre de mon travail on lutte contre 4 facteurs qui sont les
3 facteurs d'hospitalisations qui sont la dépression, les chutes, la iatrogénie et la dénutrition
4 qu'on essaie de prévenir au maximum. Donc au domicile des personnes âgées on essaie de
5 faire attention aux interactions médicamenteuses souvent les ordonnances sont un peu
6 chargées, les généralistes ne connaissent pas forcément les difficultés de la personne âgée et
7 après tout ce qui est chute concernant le domicile et dépression, car on sait que la personne
8 âgée est très sujette à la dépression lorsqu'elle perd son entourage, enfin il y a plein de
9 raisons.

10 C : Est-ce que vous pouvez me décrire brièvement le déroulement de vos interventions
11 préventives ?

12 E4 : Alors nous en fait, on travaille pour le dispositif expérimental PAERPA, euh.... En
13 général on est sollicité soit par la famille, soit par la personne, soit par les professionnels qui
14 interviennent au domicile, auxiliaire de vie, assistante sociale... N'importe qui peut nous
15 interpeller. Soit ils repèrent une problématique particulière, soit un risque et ils nous
16 contactent. Ensuite on contacte la personne toujours pour avoir son consentement par le biais
17 d'une visite à domicile. Ça commence par tout ce qui est administratif avant de rentrer dans
18 l'activité des gens, à savoir est-ce qu'ils sont mariés, veuf, est-ce qu'il y a des enfants à
19 proximité euh.... Après on demande s'ils ont une mutuelle, s'ils sont bien couverts par celle-
20 ci, ou si c'est une mutuelle très légère pour des raisons financières. Est-ce qu'ils ont bien la
21 retraite de mise en place, la pension de réversion pour les veufs. Euh... on essaie vraiment de
22 voir toute la sphère administrative pour voir s'il y a des choses qui bloquent, si les dossiers
23 sont bien complets, si les personnes ont déjà fait une demande d'APA et s'ils sont suivis. S'il
24 y a déjà un service d'aide à domicile et après on rentre un peu plus dans le vif du sujet en leur
25 demandant s'ils ont déjà été hospitalisés, récemment, alors nous on considère 6 mois pour une
26 hospitalisation récente. Euh... les motifs d'hospitalisation s'il souhaite nous les communiquer
27 euh voir si justement c'était un des facteurs hospitalisation évitables ou pas.. Du coup on les
28 questionne sur la prise médicamenteuse, on considère qu'il y a un risque de iatrogénie à partir de
29 5 interactions médicamenteuses. Et du coup on continue comme ça le bilan, on questionne

30 leurs habitudes de vie, s'il consomme de l'alcool, s'il fume. Ensuite on fait aussi un bilan sur
 31 le mini GDS pour la dépression. On leur demande un peu leur quotidien, une journée type,
 32 leurs projets, comment ils s'occupent, est-ce qu'ils ont des loisirs. Euh... on balaye aussi s'ils
 33 sont aidants, pour voir s'il n'y a pas épuisement de l'aidant on bilante. Après on va voir tout
 34 ce qui est équilibre, les aides techniques en place, tout le logement, les situations à risque et
 35 on leur explique ce qui est possible. Voilà donc on essaie vraiment de balayer un maximum
 36 de choses pour avoir une vue globale et prévenir les hospitalisations. L'objectif de cette
 37 première rencontre en général c'est qu'ils détaillent bien leur situation, leurs difficultés pour
 38 qu'on de leur fasse des préconisations, donc on va échanger avec eux sur tout ce qui est
 39 possible, par exemple la mise en place d'un dossier APA, le service de soins à domicile, les
 40 bilans chute à l'hôpital parce qu'on a la chance dans notre secteur d'avoir un centre de
 41 prévention des chutes et d'équilibre. Euh voilà on a aussi un super hôpital de jour, il permet
 42 d'aider les gens qui sont dans un parcours de soins en rupture. Nous l'idée c'est vraiment de
 43 reprendre tout ce qu'on a vu dans le bilan, de faire des propositions et de donner des conseils
 44 en accord avec les besoins et les envies de la personne. Parce que moi par exemple j'ai une
 45 personne qui m'a dit qu'elle ne voulait plus entendre parler des médecins, qu'elle n'en avait
 46 jamais vu de sa vie et qu'elle ne s'en portait pas plus mal donc là je vais juste conseiller,
 47 mais c'est vrai que mes préconisations vous être orientées sur d'autres choses. On n'a pas un
 48 suivi vraiment au jour le jour, du coup après je formule toutes les préconisations et je donne
 49 toutes les informations à la personne avec le dossier APA qui est un peu près rempli, j'aide la
 50 personne à mettre les choses en place. Puis je la rappelle au bout de 6 mois pour voir si les
 51 choses se sont mises en place, qu'est-ce qui a bloqué, où je peux l'aider, est-ce que sa
 52 situation a changé et que je peux la rencontrer à nouveau et sinon je la recontacte au bout d'un
 53 an ou on refait un bilan global.

54 C : D'accord. Du coup est-ce qu'il vous arrive lors de vos interventions de faire de la
 55 prévention sur d'autres domaines que ceux initialement prescrits ?

56 E4 : Oui bien sûr ça nous arrive souvent parce que la consultation du médecin dure souvent
 57 un quart d'heure et il ne peut pas tout voir, il ne va pas au domicile. Donc nous on a plutôt le
 58 rôle d'alerte auprès du médecin traitant puis ensuite c'est lui qui met en place les actions de
 59 prévention. Nous on tant qu'ergo on a vraiment des avis consultatifs, mais on ne fait pas de
 60 suivi. On repère les risques et on fait le lien avec le réseau ensuite pour prévenir au maximum.

61 On fait **en sorte que tout le monde ait les mêmes informations** au même moment et que l'on
62 soit tous cohérents.

63 C : Lors de vos interventions que disent les personnes de leur environnement social et de leurs
64 activités de loisirs ?

65 E4 : Euh... C'est très très variable en fait on a l'avantage et l'inconvénient que sur la région
66 de Montpellier, c'est une grosse ville avec beaucoup d'activité, etc. Mais étonnamment les
67 personnes peuvent être très isolées et des fois on va dans des milieux ruraux et on se retrouve
68 avec des gens qui sont dans des situations très précaires aussi. On a du mal à être dans la
69 prévention de façon globale, on voit bien que même **à force d'alerter les médecins traitants** en
70 leur disant **alertez nous avant quand vous voyez qu'elle est juste en fragilité**, mais en général
71 on arrive toujours trop tard. **Les gens disent souvent qu'ils sont seuls, que les enfants sont**
72 **loin, que du coup ils n'ont pas d'activité, ils ne savent pas quoi mettre en place.** Alors on a
73 ceux qui de toute façon nous disent qu'ils ont toujours été casaniers et qui souhaitent le rester.
74 Et il y a ceux qui découvrent tout ce qui est activités associatives dans les quartiers où ils nous
75 disent bah **moi j'ai envie de faire ça qu'est-ce que vous pouvez me proposer.** Donc **on**
76 **commence parfois par des activités en individuel pour les amener ensuite vers l'extérieur** et
77 puis après il y a ceux qui ne souhaitent plus habiter seuls. Mais nous notre difficulté c'est
78 qu'on n'est pas fait pour aller vers des maisons de retraite, c'est vraiment dans le but d'un
79 maintien à domicile le dispositif PAERPA donc des fois on les **oriente vers des résidences**
80 **sénioriales** où là ça va être chacun son appartement, **où il y a quand même un entourage et du**
81 **passage autour.** Des fois **on bascule aussi sur des systèmes de logement partagé,** des choses
82 comme ça, mais euh... après les personnes isolées socialement sont en grande difficulté.

83 C : Alors du coup ma question d'après rejoint ce que vous venez de dire, mais du coup
84 comment vous prenez en compte ces informations ?

85 E4 : soit on **oriente vers des associations,** soit on oriente vers des euh... Ce qui est très très
86 bien d'ailleurs c'est **les services civiques, on a des associations de bénévoles qui se déplace à**
87 **domicile** et justement lutte contre l'isolement. Donc des fois on a des personnes euh... et
88 aidantes qui vivent avec leur conjoint malade et qui ne peuvent plus avoir d'activité autour et
89 donc on essaie de mettre en place pas mal de choses, **comme les plateformes d'aide au répit**
90 **pour les aidants.** On peut aussi **les envoyer vers des associations,** comme France Alzheimer,

91 France Parkinsons, etc. Ces associations peuvent leur permettre de rencontrer du monde, de
92 discuter de leur quotidien... Une association où ce sont uniquement des jeunes qui font leur
93 service civique qui vont aller au domicile des personnes âgées et vont mettre en place un
94 projet avec la personne, apprendre l'utilisation de l'outil informatique, aller vers l'extérieur...
95 Ça permet de faire un échange entre les savoirs faire des personnes âgées et celles des jeunes
96 c'est intéressant. Leurs actions durent moins d'un an, mais elles peuvent être renouvelées et
97 au moins ça permet d'avoir un peu de passage et de redynamiser les personnes.

98 C : Et du coup est-ce que vous constatez des bénéfices après votre intervention ?

99 E4 : Alors nous comme du coup on les rappelle à 6 mois, en général ils sont plutôt vraiment
100 très contents euh... après le service à domicile ça fait aussi un sacré passage dans la semaine.
101 En général ils s'attachent aussi aux intervenants et c'est plus facile pour remettre un suivi en
102 place au bout d'un an.

103 C : D'accord merci. Que pensez-vous du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute concernant
104 l'isolement social les personnes vieillissantes ?

105 E4 : Euh... je pense qu'on a notre place parce que c'est notre rôle le quotidien des gens et
106 leurs activités, aller vers l'extérieur, d'amener les gens à trouver des activités où ils
107 s'épanouissent. Finalement même au travers de la rééducation on cherche à ce que la personne
108 puisse se déplacer pour conserver son lien social. Voilà pour moi c'est un travail d'équipe de
109 toute façon, pour moi on peut arriver à soutenir une personne que si on est plusieurs. Là je
110 sais que je n'ai pas un poste purement d'ergothérapeute, mais je pense que la profession est
111 amenée à évoluer sur ce genre de dispositifs innovants.

112 C : D'accord super merci. Est-ce que vous avez des remarques à ajouter ou des éléments à
113 préciser que vous n'auriez pas eu le temps d'évoquer pendant l'entretien ?

114 E4 : Non écoutez je crois que j'ai tout dit ;

115 C : D'accord très bien je vous remercie pour votre participation, bonne continuation.

116 E4 : Pas de problème si j'ai pu vous aider, bon courage pour la suite.

Annexe 19 : Verbatim entretien n° 5 Mme G.S

1 C : Selon vous, qu'est-ce qu'il faut prévenir pour favoriser le maintien à domicile ?

2 E5 : Alors, prévenir les risques de chute euh.... Ça, c'est l'essentiel et puis après prévenir
3 tout ce qui est **risque cutané aussi quand les gens sont alités.**

4 C : Pouvez-vous me décrire brièvement le déroulement de vos interventions préventives ?

5 E5 : Alors moi je suis missionnée par le CLIC euh... donc on a une fiche d'intervention qui
6 nous est envoyée. Moi je travaille avec un médecin qui va signer cette intervention. À partir
7 de là je prends un rendez-vous avec la personne et **je fais une évaluation globale de la**
8 **situation, de son indépendance, de ses habitudes de vie, de son environnement social et**
9 **matériel. La personne exprime ses difficultés et ses inquiétudes.** Euh... après on fait une visite
10 du lieu de vie **en accord avec la personne** évidemment hein. Une visite du lieu de vie pour
11 **repérer les facteurs de chutes** notamment et avec à la fin de l'entretien des propositions d'axes
12 d'amélioration surtout ce que j'ai pu observer lors de mon entretien et de mes visites. C'est
13 principalement de la prévention des chutes. Soit la personne à déjà chuté soit les intervenants
14 à domicile ont repéré un risque et **j'interviens en amont.** Après il y a un compte-rendu qui est
15 envoyé au CLIC et au médecin traitant. Alors je fais des préconisations et **des conseils** moi
16 dans ma mission j'accompagne les gens à mettre en place toutes les propositions jusqu'à la
17 finalisation des propositions. C'est-à-dire que si je propose une aide technique **je vais revenir**
18 **avec le revendeur de matériel** et la famille, où venir avec du matériel et l'accord de la famille
19 et je vais faire essayer le matériel. Soit on valide ensemble le matériel et si les gens ne
20 peuvent pas budgéter le matériel je fais des recherches de financement. S'il y a besoin d'une
21 prescription médicale pour le matériel **je vois avec le médecin** avec qui je travaille, mais si
22 c'est des conseils en aménagement je vais faire des propositions et j'accompagne les gens
23 dans la prise de rendez-vous avec les entreprises jusqu'à la réalisation. Souvent pour le
24 financement **j'oriente vers les SOLIHA** qui prennent le relais.

25 C : D'accord. Alors lors de vos interventions vous arrive-t-il de faire de la prévention sur
26 d'autres domaines que ceux initialement prescrits ?

27 E5 : Oui alors ça peut être alimentaire, ça peut être de l'ordre médical aussi. Ça arrive que des
28 fois les gens et des plaies ou un problème médical et **je vais les conseiller et les orienter vers**
29 **l'hôpital** par exemple. Ça m'est arrivé de faire hospitaliser des gens qui étaient en danger. Ça

30 peut être aussi sur de la prévention de la dénutrition quand les gens des troubles de la
 31 déglutition, la prévention d'escarre, euh... quoi d'autre euh... les conseils pour les aidants,
 32 pour éviter qu'ils soient en souffrance psychologique, par exemple en orientant vers les
 33 organismes qui peuvent les aider. Euh... j'en oublie certainement. Donc oui on fait bien
 34 d'autres choses que ce qui nous est demandé au départ. Je ne m'arrête pas à la demande du
 35 départ, car la demande vient de partenaires sociaux qui ne connaissent pas complètement nos
 36 missions et des fois on déborde parce que j'ai une expérience dans la rééducation et
 37 l'hospitalier donc j'ai un regard assez élargi donc bon j'ai peut-être un autre regard que si
 38 j'avais travaillé uniquement sur ce poste-là.

39 C : Oui je vois. Lors de vos interventions que disent les personnes de leur environnement
 40 social et de leurs activités de loisirs ?

41 E5 : Et ben oui parce que je leur pose la question. En tout cas au niveau des loisirs je leur
 42 demande quelles sont les habitudes de vie, entre autres quels sont leurs loisirs, s'ils
 43 conduisent, s'ils jardinent, s'ils font partie d'un club. Donc moi c'est des questions que je
 44 pose. Et l'environnement social aussi je le questionne, mais plutôt pour connaître les aidants,
 45 les référents alors je ne m'étale pas si vous voulez c'est surtout les aidants savoir si c'est les
 46 enfants, les voisins, une amie, une tutrice enfin voilà j'essaie de poser des questions par
 47 rapport à ça. J'essaie de savoir s'il y a des personnes qui peuvent être aidantes pour eux pour
 48 la mise en place des actions proposées.

49 C : Comment prenez-vous en compte ces informations ?

50 E5 : Euh... je n'ai pas énormément de situations parce que souvent très âgées et à part la télé il
 51 n'y a pas grand-chose. Je vais vous prendre un exemple c'était un monsieur qui avait une
 52 hémiparésie avec un parkinson et qui avait l'habitude d'aller jouer aux cartes avec ses amis et
 53 il ne le faisait plus parce qu'il n'arrivait plus à tenir ses cartes. En plus il avait un syndrome
 54 dépressif donc je lui ai demandé clairement s'il voulait reprendre cette activité, si ça lui ferait
 55 plaisir et il m'a dit oui. Donc je lui ai dit que j'avais des propositions à lui faire par rapport à
 56 ça sur des aides techniques qui lui permettraient de tenir ses cartes et en lui disant que la
 57 prochaine fois on ferait l'essai. Au final ça lui a plu, sa femme a été les acheter et il s'est
 58 réinscrit au club de cartes. Ou par exemple si c'est quelqu'un qui était très actif au niveau
 59 social on peut aussi les orienter vers les maisons de quartier, vers des bénévoles qui se
 60 déplacent à la maison, j'ai fait aussi intervenir des associations, ça peut être mettre en place

61 un système de bus. On a aussi ce qu'on appelle les chéquiers « sortir plus ». Donc ça aussi
 62 c'est des choses qu'on peut proposer, aider les personnes à les obtenir, donc là on déborde un
 63 peu de notre rôle d'ergo, mais c'est aussi pour pouvoir maintenir les activités extérieures.
 64 Certains de mes patients vont chez le coiffeur toutes les semaines et du fait qu'ils n'ont pas de
 65 transport n'y vont plus euh... moi je vais essayer de leur proposer un moyen de transport pour
 66 qu'ils puissent à continuer à aller chez le coiffeur toutes les semaines par exemple.

67 C : Si vous prenez en compte ces informations constatez-vous des bénéfices après votre
 68 intervention ? Si oui lesquels ?

69 E5 : Alors euh oui j'ai eu des retours positifs. Pour vous expliquer, quand mes missions sont
 70 finies je ferme le dossier, mais jamais complètement c'est-à-dire que je leurs donne la
 71 possibilité de me rappeler s'il y a une difficulté qui apparaît euh... Au bout de 2,3 ans
 72 puisque ce sont des personnes vieillissantes. Donc j'ai des retours par rapport à ça par
 73 exemple monsieur dont je vous ai parlé on avait mis en place de la kinésithérapie à l'hôpital et
 74 il en était très très content il avait beaucoup progressé et du coup il m'avait parlé de son club
 75 de carte il était très content d'y retourner, de discuter avec ses amis et de jouer, etc. J'envoie
 76 aussi un questionnaire de satisfaction aux gens quelques semaines après et donc j'ai des
 77 retours des gens. Par exemple le chéquier « sortir plus » j'ai eu des retours, alors ce n'était pas
 78 directement pour la personne, mais pour son épouse qui ne pouvait pas laisser son mari trop
 79 longtemps et elle n'avait pas le permis de conduire, mais elle aimait descendre en ville et elle
 80 me dit : moi si je prends le bus le temps que je descende en bus et que je remonte j'ai un quart
 81 d'heure de battement en ville et je ne peux pas laisser mon mari trop longtemps tout seul. Et
 82 donc on a mis en place les chéquiers et elle en était très contente, car du coup elle avait plus
 83 de liberté, et pouvez continuer ses activités. Donc ça a des bénéfices pour la personne et pour
 84 les aidants parce que si la personne est plus sereine on favorise aussi le maintien à domicile.

85 C : Que pensez-vous du rôle actuel et futur de l'ergothérapeute concernant l'isolement social
 86 des personnes vieillissantes ?

87 E5 : Par rapport à la personne âgée j'ose espérer que ça va se développer, enfin j'ai
 88 l'impression que ça se développe toutes les actions que l'on peut amener au niveau
 89 ergothérapeute. Alors pas forcément que l'ergothérapie, mais il y a beaucoup de choses qui se
 90 mettent en place sur le plan social pour les personnes vieillissantes. Il y a plein d'actions qui
 91 sont menées en parallèle par les CLIC, le département, l'assistante sociale... Alors l'ergo tant

92 qu'on n'aura pas plus de liberté pour aller au domicile des personnes ça sera compliqué. Si on
93 arrivait à développer plus de postes comme celui que j'ai en équipe mobile de prévention ça
94 serait bien. Actuellement on est les seuls en France à travailler avec les CLIC, en tout cas
95 pour l'instant. Encore faut-il qu'il y ait des sous pour pouvoir développer des postes
96 d'ergothérapeute auprès des personnes vieillissantes. Pour moi l'ergothérapeute à son rôle à
97 jouer à partir du moment où il y a là une problématique dans la réalisation d'une activité que
98 ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile.

99 C : Très bien je vous remercie pour vos réponses.

100 E5 : J'espère vous avoir aidé, bon courage pour la suite.

101 C : Merci au revoir.

Annexe 20 : Tableau d'analyse de données des concepts

Concepts		Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Ergothérapeute 4	Ergothérapeute 5
Participation sociale	<i>Interaction sociale</i>	« de discuter » (L25) « quand les personnes ont une petite idée » (L84)	« de rencontres avec les personnes » (L90)	« discuter » (L71) « et discuter avec ses voisins. » (L84) « Par contre si c'est quelqu'un qui souhaite s'ouvrir vers l'extérieur » (97-98)	« où il y a quand même un entourage et du passage autour » (L78) « leurs permettre de rencontrer du monde, de discuter de leur quotidien... »(L89-90) « vont mettre en place un projet avec la personne » (L91)	« j'ai eu des retours positifs » (L68) « de discuter » (L74)
	<i>Implication dans une activité</i>	« permettent aux gens de sortir » (L25) « une petite envie de reprendre une activité » (L84-85) « qui souhaitait reprendre une activité sportive. »(L87) « sort faire ses courses avec l'aide à domicile » (L101) « qu'elle sortait aussi tout seule » (L101-102)	« ils sont en demande d'activités » (L89-90)	« pour un couple qui jouait beaucoup au bridge » (L66) « qui leur faut pour retrouver leur d'activité » (L75) « retrouver ses activités extérieures » (L83) « elle jouer beaucoup » (L89) « ils vont pouvoir sortir et reprendre les activités » (L107-108)	« moi j'ai envie de faire ça qu'est-ce que vous pouvez me proposer » (L73) « on commence parfois par des activités en individuel pour les amener ensuite vers l'extérieur » (L73-74) « apprendre l'utilisation de l'outil informatique, aller vers l'extérieur... »(L92)	« jouer aux cartes » (L51) « si ça lui ferait plaisir et il m'a dit oui » (L53-54) « et il s'est réinscrit au club de cartes. »(L56-57) « . Certains de mes patients vont chez le coiffeur toutes les semaines » (L62-63) « et de jouer » (L74) « et pouvez continuer ses activités » (L81)
	<i>Rôle social</i>	« rencontrer des paires » (L25)		« la dame ne pouvait plus aller au groupe » (L66-67) « déjà juste aller avec son mari pour le côté social »	« Ça permet de faire un échange entre les savoirs faire des personnes âgées et celles des jeunes c'est intéressant. » (L92-	« qui avait l'habitude d'aller jouer aux cartes avec ses amis » (L51)

				(L71) « elle avait ses habitudes dans le quartier » (L83-84) « elle jouer beaucoup avec ses enfants et ses petits-enfants » (L89)	93)	« qu'ils puissent à continuer à aller chez le coiffeur toutes les semaines » (L64-65) « avec ses amis » (L74)
Prévention primaire	<i>Intervention en amont de la problématique</i>	« Soit ils repèrent un risque de chutes » (L20) « pour prévenir les chutes » (L41)	« pour qu'il puisse être toujours aidant » (L7) « prévenir les risques de chutes » (L11) « et anticiper la perte d'autonomie » (L28-29) « prévenir les chutes » (L38) « conseil en manutention au niveau des aidants familiaux et des professionnels » (L43-44) « dans la prévention des chutes. »(L52-54) « on reste toujours vigilant a l'aidant. » (L55) « à la prévention des chutes » (L77) « Après on aura au moins donné l'information à la personne » (L86-87)	« qui remarque une situation de fragilité » (L13) « Quand j'interviens, il n'y a pas forcément de chute, mais il peut y avoir un risque de chute » (L37) « là ça m'est arrivé d'aller chez un couple qui n'avait pas encore chuté » (L38-39) « donc j'interviens en amont. » (L42) « on s'est informé sur l'accessibilité des salles pour qu'elle puisse continuer cette activité-là » (L67-68) « pour moi la prévention des chutes ça permet de faire de la prévention de l'isolement aussi » (L106-107)	« qu'on essaie de prévenir au maximum. » (L4) « Soit ils repèrent une problématique particulière, soit un risque » (L14) « les situations à risque » (L33) « prévenir les hospitalisations. » (L35) « prévenir au maximum » (L58) « alertez-nous avant quand vous voyez qu'elle est juste en fragilité, » (L68)	« Une visite du lieu de vie pour repérer » (L10) « j'interviens en amont. » (L14) « la prévention de la dénutrition » (L30) « la prévention d'escarre » (L31) « éviter qu'ils soient en souffrance psychologique » (L32) « on a mis en place les chéquiers » (L80)

<p><i>Participation active de la personne</i></p>	<p>« je rencontre la personne, on discute un petit peu » (L21) « j'évalue vraiment au début de la prise en charge les besoins avec la personne, » (L34) « il était très motivé. » (L40) « les personnes se sentent seules » (L74) « depuis qu'on lui a préconisé le déambulateur » (L102)</p>	<p>« avec l'accord de la personne » (L20) « moi je pars toujours de la demande de la personne » (L23) « Elles nous en parlent très facilement » (L64)</p>	<p>« Ça peut aussi être directement la personne qui se sent en difficulté au domicile, qui a l'impression justement qu'il y a un risque de chute » (L15-17) « qui souhaite faire un aménagement ou un bilan complet » (L17) « car il y a un écart entre ce qu'ils me disent et ce qu'ils font en réalité. » (L27) « chez une dame qui elle souhaitait retirer sa baignoire » (L40-41) « Il y en a qui vont me dire » (L61) « elle était en demande par rapport à ça, » (L67) « et qui aimerait juste sortir un peu dehors » (L77-78) « Leurs priorités souvent » (L87)</p>	<p>« soit par la personne » (L12) « c'est qu'ils détaillent bien leur situation, leurs difficultés » (L35-36) « en accord avec les besoins et les envies de la personne. » (L42) « j'ai une personne qui m'a dit qu'elle ne voulait plus entendre parler des médecins, qu'elle n'en avait jamais vu de sa vie et qu'elle ne s'en portait pas plus mal » (L43-44) « Les gens disent souvent qu'ils sont seuls, que les enfants sont loin, que du coup ils n'ont pas d'activité, ils ne savent pas quoi mettre en place. » (L69-70)</p>	<p>« La personne exprime ses difficultés et ses inquiétudes. » (L9) « en accord avec la personne » (L10) « ne le faisait plus parce qu'il n'arrivait plus à tenir ses cartes » (L52) « Au final ça lui a plu, sa femme a été les acheter » (L56) « du fait qu'ils n'ont pas de transport n'y vont plus » (L63) « me rappeler s'il y a une difficulté qui apparaît » (L70) « et elle me dit : moi si je prends le bus le temps que je descende en bus et que je remonte j'ai un quart d'heure de battement en ville et je ne peux pas laisser mon mari trop longtemps tout seul » (L78-80)</p>
<p><i>Promotion de la santé</i></p>	<p>« une orientation d'un intervenant de terrain » (L18)</p>	<p>« je propose qu'il y ait une personne de son entourage qui soit</p>	<p>« Tout ce que je vais avoir à conseiller » (L6) « si je peux les</p>	<p>« on contacte la personne toujours pour avoir son consentement » (L15)</p>	<p>« des conseils » (L15) « je vais revenir avec le revendeur de</p>

		<p>« des informations sur ce qui peut se passer à l'extérieur par exemple des ateliers du CLIC » (L23-24)</p> <p>« Moi il m'est arrivé d'aller chercher pour certaines personnes un kiné » (L25-26)</p> <p>« Je travaille avec une psychomotricienne » (L29)</p> <p>« des conseils aux aidants » (L59)</p> <p>« relais vers les aidants, les aides à domicile pour pérenniser le travail. » (L60-61)</p> <p>« des relais avec l'ESA, ça m'arrive d'orienter vers les hôpitaux de jour, et puis il y a aussi la consultation chute » (L91-92)</p> <p>« ça a été hyper bénéfique de faire un relais avec une psychologue. Ensuite on a mis en place le</p>	<p>présente, » (L21)</p> <p>« Ensuite on fait une proposition euh pas du tout une obligation pour qu'on puisse intervenir. »(L22-23)</p> <p>« conseil en manutention » (L43-44)</p> <p>« Lors de mon intervention je montre à la personne ce qui est dangereux et pourquoi c'est dangereux » (L44-45)</p> <p>« Puis, je réalise un compte-rendu que je transmets à la personne, aux services demandeurs et au médecin traitant. » (L46-47)</p> <p>« je lui propose le passage de la psychologue de l'assistante sociale » (L56-57)</p> <p>« on va juste l'informer, mais sans forcément insister » (L59)</p>	<p>conseillers. » (L22)</p> <p>« Du coup ça me permet de conseiller » (L23)</p> <p>« Après du coup je conseille dès la première visite » (L28)</p> <p>« je peux prendre des rendez-vous avec des artisans » (L31)</p> <p>« je vais les orienter vers les plateformes de répit où les informer sur ce qui existe sur le territoire. » (L47-48)</p> <p>« je vais lui conseiller d'en voir un. » (L50)</p> <p>« j'ai mis en place un suivi avec une assistante sociale par rapport à son isolement » (L51)</p> <p>« on est en train de voir avec l'intervenant médico-social du CLIC quel accompagnement on peut mettre en place » (L53-54)</p> <p>« conseiller sur les groupes de rééducation spécialisés » (L56)</p> <p>« je lui ai proposé des solutions comme de faire des groupes à la maison »</p>	<p>« et on leur explique ce qui est possible » (L33-34)</p> <p>« pour qu'on de leur fasse des préconisations, donc on va échanger avec eux sur tout ce qui est possible, par exemple la mise en place d'un dossier APA, le service de soins à domicile, les bilans chute à l'hôpital parce qu'on a la chance dans notre secteur d'avoir un centre de prévention des chutes et d'équilibre » (L36-39)</p> <p>« on a aussi un super hôpital de jour » (L39-40)</p> <p>« donner des conseils » (L42)</p> <p>« mal donc là je vais juste les conseiller » (L44-45)</p> <p>« je formule toutes les préconisations » (L46-47)</p> <p>« Puis je la rappelle au bout de 6 mois pour voir si les choses se sont mises en place, qu'est-ce qui a bloqué, où est-ce que je peux l'aider, est-ce que sa situation a changé et que je peux la rencontrer à nouveau et sinon je la recontacte au bout d'un an ou on refait un bilan global. » (L48-51)</p>	<p>matériel » (L17-18)</p> <p>« je vois avec le médecin » (L21)</p> <p>« j'oriente vers les SOLIHA » (L23)</p> <p>« et je vais les conseiller et les orienter vers l'hôpital » (L28-29)</p> <p>« les conseils pour les aidants » (L31)</p> <p>« exemple en orientant vers les organismes qui peuvent les aider » (L32-33)</p> <p>« orienter vers les maisons de quartier, vers des bénévoles qui se déplacent à la maison, j'ai fait aussi intervenir des associations, ça peut-être mettre en place un système de bus. On a aussi ce qu'on appelle les chéquieres "sortir plus". » (L58-60)</p> <p>« de leur proposer un moyen de transport » (L64)</p>
--	--	--	--	---	--	--

		service d'aide à domicile » (L99-100)	« on essaie de passer par des associations, mais moi dans ce cas-là je renvoie vers la psychologue et l'assistante sociale. » (L68-69) « on fait le relais » (L72) « et à son médecin traitant » (L87) « l'orientation vers des associations » (L91) « Moi je m'appuie vraiment sur les compétences de mes collègues assistantes sociales et psychologues. » (L99-100)	(L69-70) « donc voilà je les conseils là-dessus » (L72) « Soit j'oriente vers des structures » (L74-75) « je fais des conseils sur ce que je connais du territoire. » (L79) « qui j'ai conseillé plusieurs jeux de société adaptés » (L88-89) « mais en collaboration avec différents professionnels » (L98-99)	« on fait le lien avec le réseau » (L58) « en sorte que tout le monde ait les mêmes informations » (L59) « à force d'alerter les médecins traitants » (L67) « oriente vers des résidences séniors » (L77) « on bascule aussi sur des systèmes de logement partagé » (L78-79) « oriente vers des associations » (L83) « les services civiques, on a des associations de bénévoles qui se déplace à domicile » (L84) « comme les plateformes d'aide au répit » (L87) « les envoyer vers des associations » (L88)	« je leurs donne la possibilité de » (L69-70)
	<i>Diminution des causes des facteurs de risques</i>	« qui sont isolées chez elle à cause de difficulté à la marche ou à cause d'une architecture du bâtiment qui ne permet pas d'avoir un ascenseur, un accès vers l'extérieur. Il y a tous ces facteurs	« on fait un bilan global de la personne » (L15) « faire le point sur le risque de chute » (L15) « je la mets en situation » (L26) « par rapport au risque de chute » (L45-46)	« dont les conséquences sont souvent les plus graves » (L3) « le maintien à domicile ne soit plus possible » (L5) « car il y a un impact sur les déplacements intérieurs et extérieurs en fait » (L7-8) « faire un petit peu un état	« on lutte contre 4 facteurs qui sont les facteurs d'hospitalisations qui sont la dépression, les chutes, la iatrogénie et la dénutrition » (L2-3) « est-ce qu'ils sont mariés, veuf, est-ce qu'il y a des enfants à proximité » (L17) « S'ils ont une mutuelle, s'ils	« risque cutané aussi quand les gens sont alités. » (L3) « et je fais une évaluation globale de la situation, de son indépendance, de ses habitudes de vie, de son environnement social et matériel »

		<p>sociaux à prendre en compte » (L 4-7) « la prévention des chutes ça prend en compte beaucoup de facteur » (L 9) « la motricité, ça prend en compte la nutrition, l'hydratation, le suivi du médecin traitant pour les médicaments, pour la vitamine D. » (L9-11) « ça fait partie des facteurs qu'on doit avoir en tête quand on parle de maintien à domicile avec les personnes âgées » (L11-12) « je comprends les difficultés » (L21) « j'évalue vraiment au début de la prise en charge les besoins » (L34) « parce que il n'y a personne pour les accompagner ou parce qu'il y a des marches, ce n'est pas très sécur</p>	<p>« si je sens la personne en difficulté » (L56)</p>	<p>des lieux des difficultés, » (L19) « bilan d'indépendance » (L20) « bilan moteur » (L21) « je passe directement à la partie environnementale » (L24) « où j'ai identifié un risque. » (L46-47) « Par exemple si j'analyse une situation où l'aidant est épuisé » (L47) « ça et d'autres qui ne font plus rien et qui s'ennuient. » (L62-63) « ça passe juste par du matériel et si on ne fait pas ça on ne peut pas régler le reste. » (L108-109)</p>	<p>sont bien couverts par celle-ci, ou si c'est une mutuelle très légère pour des raisons financières. Est-ce qu'ils ont bien la retraite de mise en place, la pension de réversion » (L18-20) « voir toute la sphère administrative pour voir s'il y a des choses qui bloquent, si les dossiers sont bien complets, si les personnes ont déjà fait une demande d'APA et s'ils sont suivis. » (L20-22) « demandant s'ils ont déjà été hospitalisés, récemment, alors nous on considère 6 mois pour une hospitalisation récente » (L23-25) « les motifs d'hospitalisation s'il souhaite nous les communiquer euh voir si justement c'était un des facteurs hospitalisation évitables ou pas » (L25-26) « la prise médicamenteuse, on considère qu'il y a risque de iatrogénie à partir de 5 interactions médicamenteuses. » (L27-28) «, on questionne leurs habitudes</p>	<p>(L7-8) « les facteurs de chutes » (L10-11) « Et ben oui parce que je leur pose la question » (L40) « Donc moi c'est des questions que je pose. Et l'environnement social aussi je le questionne » (L42-43) « donc je lui ai demandé clairement s'il voulait reprendre cette activité » (L53)</p>
--	--	---	---	---	---	---

		et ils ont peur de tomber » (L65-66)			de vie, s'il consomme de l'alcool, s'il fume » (L28-29) « mini GDS pour la dépression. » (L29-30) « leurs projets, comment ils s'occupent, est-ce qu'ils ont des loisirs. » (L30-31) « s'ils sont aidants, pour voir s'il n'y a pas épuisement de l'aidant » (L31-32) « équilibre, les aides techniques en place, tout le logement » (L32-33) « On repère les risques » (L58)	
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--

Annexe 21 : Tableau d'analyse de données des nouvelles catégories

Nouvelles thématiques	Sous catégories	E1	E2	E3	E4	E5
L'isolement social	<i>Identification</i>	<p>« c'est qu'il y a énormément de personnes qui sont isolées socialement » (L3-4)</p> <p>« Mais ça c'est vraiment quand les gens sont très très isolés et qu'il n'y a personne autour d'eux. » (L26-27)</p> <p>« qui n'ont plus d'activités de loisirs. » (L65)</p> <p>« que ça soit juste d'aller faire des courses, il y en a beaucoup qui ne le font plus. » (L68)</p> <p>« il y a des personnes qui sont très entourées, des personnes totalement isolées » (L73-74)</p>	<p>« on peut également avoir des personnes très très isolées qui n'ont aucune visite sauf par les professionnels » (L65-66)</p> <p>« Après il y a des personnes qui sont vraiment demandeuses de rompre l'isolement » (L89)</p>	<p>« Il y a certaines personnes enfin une en particulier que j'ai vue une dizaine de fois, car elle était très isolée, elle vivait seule il y avait peu de famille et du coup là je l'ai accompagnée beaucoup plus au niveau des démarches administratives pour ses travaux. » (L33-36)</p> <p>« et d'autres qui ne font plus rien et qui s'ennuient. » (L52-53)</p> <p>« Pour les sorties extérieures, j'ai plusieurs personnes qui sont cloîtrées chez elle » (L77)</p>	<p>« Mais étonnamment les personnes peuvent être très isolées et des fois on va dans des milieux ruraux et on se retrouve avec des gens qui sont dans des situations très précaires aussi » (L64-66)</p> <p>« Les gens disent souvent qu'ils sont seuls, que les enfants sont loin, que du coup ils n'ont pas d'activité, ils ne savent pas quoi mettre en place. » (L69-70)</p>	
	<i>Causes</i>	<p>« à cause de difficulté à la marche ou à cause d'une architecture du bâtiment qui ne permet pas d'avoir un ascenseur, un accès vers l'extérieur » (L5-7)</p> <p>« parce que il n'y a personne pour les accompagner ou parce qu'il y a des marches, ce n'est pas très sécuritaire et ils ont peur de tomber » (L66-67)</p>			« les enfants sont loin » (L69)	

		« parce qu'elles passent souvent des journées toutes seules » (75)				
	<i>Difficultés rencontrées</i>	<p>« car sur mon secteur ils ne font pas du tout d'ateliers » (L50)</p> <p>« . Donc l'isolement social oui il y en a beaucoup et c'est très difficile d'y pallier parce qu'elles ne peuvent pas sortir donc qu'est-ce qu'on peut leur proposer ? » (L75-77)</p> <p>« Mais il n'y a pas vraiment de structures qui vont aller à la rencontre des gens chez eux pour faire de la compagnie. Moi je n'en connais pas en tout cas. Les gens qui vont passer dans la journée ce sont des aides-soignants, des infirmiers enfin voilà des soignants quoi. » (L80-82)</p> <p>« pour l'isolement social moi je le prends en compte, mais je n'ai pas de solution à proposer aux gens. » (L88-89)</p> <p>« mais bon ce n'est pas la priorité en général. » (L90-91)</p> <p>« Enfin faire passer une aide à domicile pour discuter avec la personne</p>	<p>« . Après on n'a pas forcément d'autres solutions que l'intervention des professionnels pour rompre de leur isolement, » (L66-68)</p> <p>« ce côté isolement je me sens moins la compétence de pouvoir y répondre et du coup je renvoie vers mes collègues » (L77-78)</p> <p>« mais la personne n'est pas forcément en souffrance de cet isolement donc là peu importe l'intervention des collègues même si elles vont pouvoir proposer et informer elles ne pourront pas forcément mettre quelque chose en place, car ça ne sera pas forcément accepté par la personne » (L83-86)</p> <p>« là j'ai du mal à voir dans quelle structure comme ce n'est pas</p>	<p>« Après quand quelqu'un va être GIR 1 ou 2 bah du coup là malheureusement je ne peux pas forcément intervenir. » (L72-73)</p> <p>« eux, mais quelqu'un qui va être vraiment isolé d'un point de vue familial, qui n'a pas d'activité extérieure et qui n'a pas d'intérêt pour sortir, car j'en ai beaucoup qui n'ont pas forcément d'intérêt à être dans l'interaction sociale bah là on n'a pas forcément d'impact, car on ne peut pas les forcer et c'est leur habitude de vie » (L94-98)</p> <p>« C'était ma difficulté au début justement de connaître toutes les actions sociales. » (L102-103)</p>	<p>« On a du mal à être dans la prévention de façon globale, on voit bien que même à force d'alerter les médecins traitants en leur disant alertez nous avant quand vous voyez qu'elle est juste en fragilité, mais en général on arrive toujours trop tard. » (L66-69)</p> <p>« et puis après il y a ceux qui ne souhaitent plus habiter seuls. Mais nous notre difficulté c'est qu'on n'est pas fait pour aller vers des maisons de retraite, c'est vraiment dans le but d'un maintien à domicile le dispositif PAERPA » (L74-77)</p>	<p>« ... Alors l'ergo tant qu'on n'aura pas plus de liberté pour aller au domicile des personnes ça sera compliqué. Si on arrivait à développer plus de postes comme celui que j'ai en équipe mobile de prévention ça serait bien. Actuellement on est les seuls en France à travailler avec les CLIC, en tout cas pour l'instant. Encore faut-il qu'il y ait des sous pour pouvoir développer des postes d'ergothérapeute auprès des personnes vieillissantes. » (L90-95)</p>

		<p>c'est impossible à justifier au niveau de l'APA » (L91-92)</p> <p>« d'autres pour qui ça va être un peu difficile, qui vont rester chez eux, qui ne vont pas en avoir envie » (L104-105)</p> <p>« On reste une heure à domicile, peut-être que nous on va oublier de se renseigner sur des trucs où que la personne a oublié de nous dire des choses » (L126-127)</p>	<p>dans ma pratique courante. » (L102-103)</p>			
	<p><i>Efficacité de l'ergothérapie</i></p>	<p>« j'ai en tête une patiente pour qui ça a été hyper bénéfique de faire un relais avec une psychologue » (L99-100)</p> <p>« donc cette dame depuis elle va un peu mieux, elle sort faire ses courses avec l'aide à domicile. J'ai appris il y a pas longtemps qu'elle sortait aussi tout seule » (L101-103)</p> <p>« Je ne vois pas qui d'autre pourrait le faire. » (L113-114)</p>		<p>« Oui bien sûr par exemple j'ai eu un essai de fauteuil roulant électrique qui a permis à une dame de retrouver ses activités extérieures » (L82-83)</p> <p>« j'ai une petite dame avec qui on avait essayé un déambulateur trois roues qui ne pouvait plus se déplacer dans sa maison et aller sur sa terrasse et maintenant elle gambade donc elle est contente aussi » (L84-86)</p> <p>« j'ai aussi une dame malvoyante à qui j'ai conseillé plusieurs jeux de société adaptés, car elle jouer beaucoup avec ses enfants et ses petits-enfants et du coup je lui ai conseillé des sites notamment et plusieurs jeux de cartes » (L88-</p>	<p>PAS JUSTE ERGO</p> <p>« Alors nous comme du coup on les rappelle à 6 mois, en général ils sont plutôt vraiment très contents » (L97-98)</p>	<p>« . Au final ça lui a plu, sa femme a été les acheter et il s'est réinscrit au club de cartes. »(L56-57)</p> <p>« Alors euh oui j'ai eu des retours positifs » (L68)</p> <p>« Donc j'ai des retours par rapport à ça par exemple monsieur dont je vous ai parlé on avait mis en place de la kinésithérapie à l'hôpital et il en était très très</p>

				89)		<p>content il avait beaucoup progressé et du coup il m'avait parlé de son club de carte il était très content d'y retourner, de discuter avec ses amis et de jouer, etc. » (L71-74)</p> <p>« Et donc on a mis en place les chéquiers et elle en était très contente, car du coup elle avait plus de liberté, et pouvez continuer ses activités. »(L80-81)</p> <p>« Donc ça a des bénéfices pour la personne et pour les aidants parce que si la personne est plus sereine on favorise aussi le maintien à domicile. » (L82-83)</p>
	<i>Moyens utilisés</i>	« avec des financements il serait possible de mettre en place des activités	« Après il y a des personnes qui sont vraiment demandeuses	« j'ai mis en place un suivi avec une assistante sociale par rapport à son isolement » (L51)	« Donc on commence parfois par des activités en individuel pour les amener ensuite vers	« Donc je lui ai dit que j'avais des propositions à lui

		<p>collectives par secteur. On peut penser par exemple à organiser un transport qui viendrait chercher les gens chez eux, les emmener dans une salle pour faire des activités, un peu comme des jeunes finalement. » (L119-121)</p>	<p>de rompre l'isolement, ils sont en demande d'activités, de rencontres avec les personnes, donc là elles sont beaucoup plus réceptives à ce qu'on peut leur proposer, » (L89-91) « l'orientation vers des associations » (L91)</p>	<p>« du coup on s'est informé sur l'accessibilité des salles pour qu'elle puisse continuer cette activité-là » (L67-68) « Donc je lui ai proposé des solutions comme de faire des groupes à la maison. » (L69-70) « . Mais quand je peux soit j'essaie d'orienter, » (L73-74) « Soit j'oriente vers des structures, soit parfois ce sont des êtres techniques qui leur faut pour retrouver leur d'activité » (L74-75) « Où je fais des conseils sur ce que je connais du territoire. » (L79) « je lui ai conseillé des sites notamment et plusieurs jeux de cartes » (L88-89) « on a une place notamment par rapport au matériel pour permettre aux gens de sortir » (L93-94)</p>	<p>l'extérieur » (L73-74) « on les oriente vers des résidences sénioriales » (L77) « Des fois on bascule aussi sur des systèmes de logement partagé, » (L78-79) « : soit on oriente vers des associations, soit on oriente vers des euh... ce qui est très très bien d'ailleurs c'est les services civiques, on a des associations de bénévoles qui se déplace à domicile et justement lutte contre l'isolement. » (L83-85) « donc on essaie de mettre en place pas mal de choses, comme les plateformes d'aide au répit pour les aidants. On peut aussi les envoyer vers des associations » (L86-88)</p>	<p>faire par rapport à ça sur des aides techniques qui lui permettraient de tenir ses cartes et en lui disant que la prochaine fois on ferait l'essai. » (L54-56) « orienter vers les maisons de quartier, vers des bénévoles qui se déplacent à la maison, j'ai fait aussi intervenir des associations, ça peut-être mettre en place un système de bus. On a aussi ce qu'on appelle les chéquiers "sortir plus". » (L56-57) « moi je vais essayer de leur proposer un moyen de transport pour qu'ils puissent à continuer à aller chez le coiffeur toutes les semaines par exemple. » (L63-</p>
--	--	---	--	---	---	--

						65)
	<i>Perspectives des ergothérapeutes</i>	« ... je pense que le rôle de l'ergo pour le maintien à domicile c'est un peu un rôle de coordinateur. Euh... parce qu'en fait il faut avoir beaucoup d'infos sur ce qu'il se passe sur le secteur pour pouvoir proposer des choses aux gens. Quand on débarque dans une ville qu'on ne connaît pas il faut se faire un réseau en fait pour comprendre ce qui existe déjà, ce que l'on peut mettre en place et je pense que ça c'est un peu à l'ergothérapeute de le faire dans le sens où il va favoriser la reprise des activités de la personne. Euh... via les sorties, etc. Je ne vois pas qui d'autre pourrait le faire. Voilà je pense que c'est un peu ça la spécificité de l'ergo à domicile. » (L108-115)	« Euh... je ne sais pas... euh alors là je réfléchis par rapport à ma pratique euh... je ne vois pas comment développer ce travaille là puisque le lien je le trouve déjà intéressant par rapport aux collègues avec qui je travaille. Après tout dépend des services je pense qu'il y a des services comme les ESA par exemple qui sont beaucoup plus impliqués et où les ergo interviennent beaucoup plus dans la prévention de l'isolement des personnes. » (L95-99)	« Je trouve qu'on est acteur dans la prévention des chutes, mais qu'on est encore très peu dans ce domaine-là. J'espère que le poste que j'ai actuellement va se développer dans les années à venir parce que là on est passé de 1 à 3 ergo. En plus c'est un poste financé par le département qui n'entraîne aucuns frais pour la personne. Les personnes ne feraient pas appel à des ergothérapeutes libéraux malgré leurs problématiques, car ça leur reviendrait trop cher. » (L109-114)	« je pense qu'on a notre place parce que c'est notre rôle le quotidien des gens et leurs activités, aller vers l'extérieur, d'amener les gens à trouver des activités où ils s'épanouissent. Finalement même au travers de la rééducation on cherche à ce que la personne puisse se déplacer pour conserver son lien social. Voilà pour moi c'est un travail d'équipe de toute façon, pour moi on peut arriver à soutenir une personne que si on est plusieurs. Là je sais que je n'ai pas un poste purement d'ergothérapeute, mais je pense que la profession est amenée à évoluer sur ce genre de dispositifs innovants. » (L103-109) »	« : Par rapport à la personne âgée j'ose espérer que ça va se développer, enfin j'ai l'impression que ça se développe toutes les actions que l'on peut amener au niveau ergothérapeute » (L86-87) « . Pour moi l'ergothérapeute à son rôle à jouer à partir du moment où il y a là une problématique dans la réalisation d'une activité que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile. » (L95-97)
La prévention	<i>Importance et moyens pour la prévention des chutes</i>	« tout l'aspect prévention les chutes au domicile qui est aussi très important. » (L7-8) « parce que pour moi la prévention des chutes ça prend en compte beaucoup	« dans la prévention pour favoriser le maintien à domicile c'est surtout les chutes. » (L5-6) « prévenir les risques de chutes » (L11)	« ... moi je dirais les chutes dans un premier temps. Pour moi c'est une des problématiques majeures que je peux rencontrer et dont les conséquences sont souvent les plus graves » (L2-3) « et que le maintien à domicile	« après tout ce qui est chute concernant le domicile » (L6-7) « on va échanger avec eux sur tout ce qui est possible, par exemple la mise en place d'un dossier APA, le service de	« Alors prévenir les risques de chute » (L2) « Une visite du lieu de vie pour repérer les facteurs de chutes

		<p>de facteurs en fait » (L8-9) « soit la personne à déjà chuté » (L20) « préconisation par rapport à des travaux ou des aides techniques. » (L22-23) « moi je mets en place des soins autour de la chute, sur la prévention des chutes » (28-29) « ce qu'on apprend aux gens c'est à se relever du sol, puis ensuite l'aménagement de domicile de mon côté » (L30-31)</p>	<p>« c'est principalement de l'aménagement, au sens large, pour prévenir les chutes » (L37-38) « les préconisations c'est aussi les aides techniques » (L42)</p>	<p>ne soit plus possible » (L4-5) « Donc pour moi c'est vraiment les chutes en priorité. » (L5-6) « je préconise des aides techniques » (L30)</p>	<p>soins à domicile, les bilans chute à l'hôpital parce qu'on a la chance dans notre secteur d'avoir un centre de prévention des chutes et d'équilibre » (L37-39)</p>	<p>notamment et avec à la fin de l'entretien des propositions d'axes d'amélioration surtout ce que j'ai pu observer lors de mon entretien et de mes visites. » (L10-12) « . C'est principalement de la prévention des chutes » (L12-13) « Alors je fais des préconisations et des conseils » (L15) « je propose une aide technique » (L17) « si c'est des conseils en aménagement » (L21)</p>
	<i>Domaines autres</i>	<p>« par exemple pour les troubles cognitifs » (L58)</p>	<p>« l'épuisement de l'aidant » (L6) « donc une problématique a été repérée, » (L9) « anticiper la perte d'autonomie » (L28-29)</p>	<p>« si j'analyse une situation où l'aidant est épuisé » (L47)</p>	<p>« travail on lutte contre 4 facteurs qui sont les facteurs d'hospitalisations qui sont la dépression, les chutes, la iatrogénie et la dénutrition » (L2-3) « pour voir s'il n'y a pas épuisement de l'aidant » (L31-32)</p>	<p>« risque cutané aussi quand les gens sont alités » (L3) 'ça peut être alimentaire, ça peut être de l'ordre médical aussi' (L27)</p>

					« prévenir les hospitalisations. » (L35)	‘la prévention d’escarre’ (L30) ‘les conseils pour les aidants, pour éviter qu’ils soient en souffrance psychologique’ (L31-32)
	<i>La collaboration comme moyen</i>	<p>‘Je travaille avec une psychomotricienne donc on partage un peu les tâches.’ (L29)</p> <p>‘un relais vers les aidants, les aides à domicile pour pérenniser le travail.’ (L61-62)</p> <p>‘Des fois on fait des relais avec l’ESA, ça m’arrive d’orienter vers les hôpitaux de jour, et puis il y a aussi la consultation chute des hôpitaux du coin.’ (L92-94)</p> <p>‘de faire un relais avec une psychologue.’ (L100)</p> <p>‘Ensuite on a mis en place le service d’aide à domicile’ (L100-101)</p> <p>‘Préciser que le travail d’équipe est super important du coup pour le maintien à domicile et l’isolement’ (L125-126)</p>	<p>‘La majorité de mes interventions se font à la demande des SSIAD’ (L29)</p> <p>‘les CLIC qui peuvent avoir des demandes initiales’ (L30)</p> <p>‘Il y a aussi les assistants sociaux des services hospitaliers qui nous appellent’ (L32-33)</p> <p>‘Moi dans mon équipe j’ai une psychologue et une assistante sociale, si je sens la personne en difficulté je lui propose le passage de la psychologue de l’assistante sociale’ (L55-57)</p> <p>‘mais moi dans ce cas-là je renvoie vers la psychologue et l’assistante sociale.’ (L67-69)</p>	<p>‘je commence par une première visite suite à la demande d’un professionnel donc ça peut déjà être tout type de professionnel’ (L11-12)</p> <p>‘la personne a des troubles de l’équilibre et qu’il n’y a jamais eu de kinésithérapie bah du coup je vais lui conseiller d’en voir un’ (L49-50)</p> <p>‘j’ai mis en place un suivi avec une assistante sociale par rapport à son isolement’ (L51)</p> <p>‘Donc du coup on est en train de voir avec l’intervenant médico-social du CLIC quel accompagnement on peut mettre en place’ (L53-54)</p> <p>‘de le conseiller sur les groupes de rééducation spécialisés et il s’avère qu’en ce moment même il est en train de faire un de ces stages’ (L56-57)</p> <p>‘. Par contre si c’est quelqu’un qui souhaite s’ouvrir vers l’extérieur là on peut avoir un</p>	<p>‘et on fait le lien avec le réseau’ (L58)</p> <p>‘On fait en sorte que tout le monde ait les mêmes informations au même moment et que l’on soit tous cohérents.’ (L59-60)</p>	<p>‘en orientant vers les organismes qui peut les aider.’ (L33)</p>

			<p>‘pour s’assurer que tout le monde soit alerté et voir ce qu’on peut éventuellement mettre en place’ (L74-75)</p> <p>‘c’est essentiellement mes collègues psychologues et assistantes sociales qui s’en occupent’ (L75-76)</p> <p>‘. Après on aura au moins donné l’information à la personne et à son médecin traitant donc c’est une information qui pourra être reprise à distance lorsque la personne souhaitera modifier cela’ (L86-88)</p> <p>‘je le trouve déjà intéressant par rapport aux collègues avec qui je travaille.’ (L96-97)</p> <p>‘. Moi je m’appuie vraiment sur les compétences de mes collègues assistantes sociales et psychologues’ (L99-100)</p> <p>‘Je pense que tous les</p>	<p>impact, mais en collaboration avec différents professionnels’ (L97-99)</p>		
--	--	--	---	---	--	--

			regards professionnels sont utiles' (L102)			
	<i>L'importance du réseau/de la connaissance du secteur</i>	<p>'C'est important de bien connaître les acteurs de son territoire pour pouvoir orienter les personnes.' (L51-52)</p> <p>'Mais après je sais qu'il y a les Petits frères des Pauvres qui peuvent passer à domicile pour de la compagnie,' (L78-79)</p> <p>'Des fois ça m'est arrivé d'aller chercher des clubs de sport pour une personne qui souhaitait reprendre une activité sportive.' (86-87)</p> <p>'je pense que le rôle de l'ergo pour le maintien à domicile c'est un peu un rôle de coordinateur.' (L108-109)</p> <p>'parce qu'en fait il faut avoir beaucoup d'infos sur ce qu'il se passe sur le secteur pour pouvoir proposer des choses aux gens. Quand on débarque dans une ville qu'on ne connaît pas il faut se faire un réseau en fait pour comprendre ce qui existe déjà, ce que l'on peut mettre en place et je pense que ça, c'est un peu à</p>		<p>'je vais les orienter vers les plateformes de répit où les informer sur ce qui existe sur le territoire' (L47-48)</p> <p>'et que je sais ce qu'il existe dans le secteur' (L65)</p> <p>'et ça va passer aussi par une connaissance du territoire sur lequel on va intervenir. Il existe déjà pas mal d'action, tout ce qui est club sénior qui permet d'avoir une interaction sociale et nous quand on est ergo à domicile on a quand même une connaissance sur ça et c'est hyper important qu'on connaisse toutes les actions sociales qu'il existe.. » (L99-102)</p>	<p>'et on fait le lien avec le réseau' (L58)</p> <p>'on les oriente vers des résidences séniorsiales' (L77)</p> <p>'Des fois on bascule aussi sur des systèmes de logement partagé,' (L78-79)</p> <p>'donc on essaie de mettre en place pas mal de choses, comme les plateformes d'aide au répit pour les aidants. On peut aussi les envoyer vers des associations' (L86-88)</p>	<p>'Alors pas forcément que l'ergothérapie, mais il y a beaucoup de choses qui se mettent en place sur le plan social pour les personnes vieillissantes. Il y a plein d'actions qui sont menées en parallèle par les CLIC, le département, l'assistante sociale...' (L87-90)</p>

		l'ergothérapeute de le faire '(L109-112).				
	<i>Moyens utilisés</i>		'de me faire visiter son logement et je la mets en situation' (L26-27)	'et pour moi c'est le plus important, je vais mettre la personne en situation. '(L25-26) =MES	'on va échanger avec eux sur tout ce qui est possible, par exemple la mise en place d'un dossier APA, le service de soins à domicile, les bilans chute à l'hôpital parce qu'on a la chance dans notre secteur d'avoir un centre de prévention des chutes et d'équilibre' (L37-39)	
Écart entre travail réel et prescrit		'Oui oui totalement, par exemple pour les troubles cognitifs euh... je peux mettre quelques exercices en place euh... des conseils aux aidants pour faire travailler la personne, essayé de trouver des compensations. Euh voilà ça reste assez ponctuel pour ma part en tout cas. C'est plutôt quelques séances et un relais vers les aidants, les aides à domicile pour pérenniser le travail.' (L58- 62 »	'Oui très régulièrement on me demande d'intervenir par exemple pour un accès à la baignoire et comme je fais un point complet régulièrement je mets des aides techniques par rapport à l'accès au lit, une barre de redressement qui est aussi très important dans la prévention des chutes.' (L50-53)	'Oui oui entre la demande et ce que moi je vais observer il y a souvent une différence. Des fois ça va être juste une demande pour du matériel et je vais intervenir sur d'autres domaines où j'ai identifié un risque.' (L45-47) 'En fait pour chaque personne j'oriente vers des choses qui ne me sont pas demandé initialement.' (L54-55)	'Oui bien sûr ça nous arrive souvent parce que la consultation du médecin dure souvent un quart d'heure et il ne peut pas tout voir, il ne va pas au domicile. Donc nous on a plutôt le rôle d'alerte auprès du médecin traitant puis ensuite c'est lui qui met en place les actions de prévention' (L54-56)	'Je m'arrête pas à la demande du départ, car la demande vient de partenaires sociaux qui ne connaissent pas complètement nos missions et des fois on déborde parce que j'ai une expérience dans la rééducation et l'hospitalier donc j'ai un regard assez élargi donc bon j'ai peut-être un autre regard que si j'avais travaillé uniquement sur ce poste-là.'

					(L34-37)
Prévention des chutes pour prévenir l'isolement	‘J’ai appris il y a pas longtemps qu’elle sortait aussi tout seule depuis qu’on lui a préconisé le déambulateur’ (L102-103)		‘J’ai toujours en tête la chute en fait, car il y a un impact sur les déplacements intérieurs et extérieurs en fait.’ (L7-8) ‘Pour les sorties extérieures j’ai plusieurs personnes qui sont cloîtrées chez elle et qui aimerait juste sortir un peu dehors ben en fonction de leurs difficultés je propose une aide technique.’ (L77-79) ‘en fait pour moi la prévention des chutes ça permet de faire de la prévention de l’isolement aussi, car si on permet aux personnes de se déplacer bah ils vont pouvoir sortir et reprendre les activités.’ (L106-108)		

Annexe 22 : Tableau des occurrences

Catégories	Termes	Nombres d'occurrences					
		E1	E2	E3	E4	E5	total
Prévention primaire	<i>Intervention en amont de la problématique</i>	2	8	6	6	6	28
	<i>Participation active de la personne</i>	5	3	8	5	7	28
	<i>Promotion de la santé</i>	8	9	15	17	10	59
	<i>Diminution des causes des facteurs de risques</i>	7	5	11	13	6	42
Participation sociale	<i>Interaction sociale</i>	2	1	3	3	2	11
	<i>Implication dans une activité</i>	5	1	5	3	6	20
	<i>Rôle social</i>	1	0	4	1	3	9

Annexe 23 : Tableau de codage des concepts

Concepts	Indicateurs	Codage					
		E1	E2	E3	E4	E5	total
Participation sociale	<i>Interaction sociale</i>	1	1	2	2	1	7/10
	<i>Implication dans une activité</i>	2	1	2	2	2	9/10
	<i>Rôle social</i>	1	0	2	1	2	6/10
Prévention primaire	<i>Intervention en amont de la problématique</i>	1	2	2	2	2	9/10
	<i>Participation active de la personne</i>	2	1	2	2	2	9/10
	<i>Promotion de la santé</i>	2	2	2	2	2	10/10
	<i>Diminution des causes des facteurs de risques</i>	2	2	2	2	2	10/10

Résumé :

En France, le vieillissement de la population engage de nouvelles préoccupations pour les instances politiques et celles de Santé publique. Les Français souhaitent vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie représente un enjeu national en faveur du « bien vieillir » à domicile. Actuellement, les ergothérapeutes sont reconnus comme acteur de prévention, notamment dans la prévention des chutes par l'aménagement du domicile principalement. Cependant, au-delà d'un environnement physique adapté, le soutien à domicile implique que la personne conserve un rôle social et des activités à l'extérieur du domicile. L'isolement social constitue un facteur sous-estimé de dégradation de la santé et d'institutionnalisation des personnes vieillissantes.

Ainsi, dans notre expérimentation inductive, nous cherchons à connaître le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire en faveur de la participation sociale des personnes vieillissantes.

Pour cela nous avons interviewé cinq ergothérapeutes menant des actions de prévention en faveur du maintien à domicile des personnes vieillissantes.

Il apparaît que les ergothérapeutes ont un rôle dans la prévention de l'isolement social principalement au travers de la prévention des chutes, de la coordination et de la collaboration pluridisciplinaire. Pour autant, la temporalité de leurs interventions préventives n'est pas uniquement primaire.

Mots clés : Soutien à domicile-Vieillissement- Prévention primaire- Participation sociale

Abstract:

In France, the ageing of the population brings new concerns to the political and public health authorities. The French, especially, wish to live as long as possible at home. Thus, prevention of the loss of autonomy represents a national stake in favor of "aging well" at home. Currently, occupational therapists are recognized as prevention actors, especially in the prevention of falls through home improvement. However, beyond a suitable physical environment, home support implies that the person retains a social role and activities outside the home. Social isolation is an underestimated factor in the deterioration of health and the institutionalization of aging people.

Therefore, in our inductive experiment, we seek to know what the role of the occupational therapist is in the primary prevention in favor of the social participation of aging people.

That's why we interviewed five occupational therapists carrying out preventive actions in favor of home care for aging people.

It appears that occupational therapists have a role in preventing social isolation mainly through falls prevention, coordination and multidisciplinary collaboration. However, the timing of their preventive interventions is not only primary.

Keywords: Home support- Aging-Primary prevention- Social Participation