



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

ERGOTHERAPIE EN PREVENTION PRIMAIRE

L'ergothérapeute, un acteur clé pour vieillir en santé.

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Madame Marijane PROVENZANO-LOIZILLON

Véronique MICHAUD-SCHOLKOPF

Session Juin 2021

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

Remerciements :

A Madame Marijane Provenzano-Loizillon, ma maître de mémoire, pour ses précieux conseils et son soutien bienveillant ;

A l'équipe pédagogique de l'IFE-ADERE pour son accompagnement dans mon projet de reconversion ;

Aux ergothérapeutes qui ont participé à l'enquête ;

Et enfin, à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche et durant les trois années de formation.

Table des matières

Introduction	3
I. Cadre conceptuel.....	7
1. Vieillesse et vieillissement	7
1.1. L'identité des personnes âgées	7
1.2. Regards sur le vieillissement.....	9
1.3. L'évolution des politiques du vieillissement.....	13
1.4. Le vieillissement en santé.....	15
1.5. Santé, autonomie, bien-être et qualité de vie – Perceptions et attentes de l'individu âgé	18
2. La prévention des conséquences de l'avancée en âge.....	20
2.1. La prévention en gérontologie : une nécessité	20
2.2. La prévention en gérontologie : conditions de réussite.....	22
2.3. Les axes de la prévention primaire pour un vieillissement en santé	22
2.4. L'organisation de la prévention en France	25
3. L'ergothérapeute dans la démarche de prévention primaire pour un vieillissement en santé.....	27
3.1. L'ergothérapeute : un acteur légitime	27
3.2. Le modèle de l'occupation humaine pour guider l'ergothérapeute dans sa pratique en prévention	30
3.3. Le rôle de l'ergothérapeute en prévention primaire	32
3.4. Les objectifs des interventions en ergothérapie en prévention primaire	33
3.5. Les actions menées en ergothérapie en prévention primaire.....	34
3.6. Caractéristiques des interventions	36
II. Méthodologie d'enquête.....	37
1. Recueil des données	37
1.1. Les informations à recueillir.....	37
1.2. La méthode d'enquête retenue	38
1.3. La population d'enquête	39
1.4. Méthode de recrutement.....	40
1.5. Elaboration du guide d'entretien	40
2. Réalisation de l'enquête sur le terrain.....	41
3. Méthode d'analyse des données recueillies	42
4. Résultats de l'enquête.....	44

4.1. Présentation des personnes interrogées	44
4.2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête	44
5. Discussion	66
6. Limites et ouvertures.....	68
Conclusion et perspectives	69
Glossaire	71
Bibliographie.....	72
Annexes.....	81

Introduction

Le vieillissement démographique est un changement qui touche la population mondiale et qui engendre des impacts sociaux et de santé publique majeurs sur les sociétés. En France, il s'est installé progressivement depuis une cinquantaine d'année, à l'issue d'une période d'un siècle et demi pendant laquelle la croissance démographique française a subi une évolution chaotique (De Luca Barrusse, 2016). Restée lente pendant 150 ans en raison de l'enchaînement successif de périodes marquées par des guerres, des épidémies ou des crises politiques et économiques qui ont maintenu la mortalité à un niveau élevé et rendu la natalité fluctuante, elle s'est envolée après la seconde guerre mondiale et jusqu'aux années 70 grâce au phénomène de baby-boom. Ces cinquante dernières années, les avancées médicales ont permis une augmentation de l'espérance de vie et une réduction considérable du taux de mortalité, conduisant ainsi notre société à vivre un phénomène de transition démographique.

La transition démographique est définie par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED, 2020) comme étant « *le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également* ». Et c'est ce phénomène qui, selon De Luca Barrusse (2016), est à l'origine du vieillissement démographique actuel de notre population.

Sous l'effet conjugué de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement démographique, la population âgée française, aujourd'hui, ne cesse de croître tant en nombre qu'en proportion (Pison, 2019). En effet, selon le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (2018), les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient, en 2018, 20% de la population. Et il est prévu que la croissance observée ces cinquante dernières années se poursuive les cinquante prochaines années, ce qui devrait élever, en 2070, à 29% le taux de représentation des personnes âgées.

En complément de ces chiffres, les statistiques de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) mettent en évidence l'allongement régulier de l'espérance de vie à la naissance ; les femmes et les hommes peuvent espérer vivre jusqu'à respectivement 85,3 ans et 79,4 ans. Pour autant, ce temps de vie supplémentaire n'implique pas nécessairement une vie en bonne santé. Les valeurs des statistiques de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance montrent une relative stabilité

depuis plusieurs années et affichent 64,5 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

Selon Caire, Morestin et Chabaille (2012), la société française vit ici une transition épidémiologique, définie par l'INED (2020) comme une « *période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique et s'accompagnant d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents* ». Elle assiste à l'émergence de situations de handicap pouvant conduire à la dépendance et à la perte d'autonomie chez des personnes âgées qui voient assez tôt, apparaître ces pathologies, sources de déficiences et d'incapacités et qui vont les accompagner durant tout l'allongement de leur durée de vie (Caire, Morestin et Chabaille, 2012). Ceci aura pour conséquence, selon le rapport Concertation Grand âge et Autonomie (rapport Libault), que « *le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant ainsi de 20 000 à 40 000 par an. Leur nombre s'élèverait ainsi à 2,235 millions en 2050, contre 1,265 million en 2015* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

A la remise de ce rapport, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, a tenu le 28 mars 2019 un discours dans lequel elle évoque les angoisses des personnes âgées, leur détresse face à la perte d'autonomie, la solitude dans laquelle la vieillesse les condamne, les inquiétudes et l'épuisement des proches.

Au travers de ces paroles, j'ai naturellement fait le lien avec des situations de patients rencontrés lors d'un stage effectué en hôpital gériatrique (services HdJ, MCO, SSR polyvalent). Nombre d'entre eux, âgés de plus de 80 ans, présentaient des similitudes dans leurs comportements et dans leurs réactions mais aussi dans leurs situations de vie. Ces personnes souhaitaient toutes vivre à leur domicile quels que soient les risques encourus et leur qualité de vie. Elles vivaient souvent seules et certaines souffraient d'isolement social. Certaines étaient dans le refus de tout changement, d'autres exprimaient un certain mal-être à devoir dépendre d'autres personnes, à voir leur habitat transformé par toute sorte de matériel qui leur rappelle en permanence leur perte d'indépendance. Parfois, des aidants familiaux étaient bien présents mais démunis face aux choix de leurs proches.

Ces situations m'ont interpellée par ce désir de vivre à tout prix chez soi, ce sentiment de sécurité précaire, de fragilité ou de mal-être, les situations d'impasse dans lesquelles les personnes se ressentent et également la détresse des proches aidants.

Elles m'ont conduite à me demander si une action réalisée plus précocement auprès des personnes âgées ne pourrait pas mieux les préparer à vivre la vieillesse pour limiter voire éviter ces situations d'angoisse, de détresse ou de solitude et surtout leur permettre de vivre épanouies.

La thématique d'un vieillissement positif a été mondialement portée par différentes organisations internationales depuis plusieurs années. En 1992, les Nations Unies avaient déjà proclamé l'année 1999 comme année internationale des personnes âgées, au regard de la maturité démographique de l'Humanité et en vue de promouvoir les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et de dignité destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées.

De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son Rapport de 2016 sur le vieillissement et la santé, a proclamé la nécessité pour les pays d'élaborer un programme de santé publique global relatif à la nécessité de vieillir en bonne santé et de vieillir en restant actif.

La France, pour répondre à l'enjeu national imposé par le vieillissement, a, quant à elle, mis en œuvre depuis une quinzaine d'années, plusieurs plans, tels que le plan « Bien vieillir 2007-2009 » ou encore le « Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie 2015 ». Cependant, au regard des constats du rapport Libault, force est de constater que malgré les différentes politiques de santé publique menées jusqu'à présent, la France n'a pas encore réussi à répondre à cet enjeu (Buzyn, 2019). Et selon Agnès Buzyn (2019), il y a urgence à agir en s'appuyant sur les recommandations du rapport Libault, qui, entre autres priorités, prône les effets positifs de la prévention primaire dans la perte de l'autonomie et préconise son renforcement pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

La prévention de la perte d'autonomie de l'individu, son bien-être dans les activités, son maintien à domicile ou encore la promotion de la santé font partie des différents domaines d'expertise de la profession d'ergothérapeute (ANFE, 2019). C'est donc tout naturellement que l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2019) a publié une note de synthèse, en contribution de la Concertation Grand âge et Autonomie, visant à affirmer la légitimité de cette profession et à positionner les compétences des ergothérapeutes au regard des grandes priorités de santé publique.

L'ergothérapeute apparaît ainsi se positionner comme un acteur majeur dans cette démarche de santé publique.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, j'ai donc formulé comme question de recherche :

« En quoi l'intervention d'un ergothérapeute en prévention primaire peut-elle contribuer au vieillissement en santé des personnes âgées à domicile ? »

Le cadre conceptuel, présenté ci-après, s'intéresse aux différentes notions mises en exergue dans cette question de recherche et tente d'y apporter des hypothèses de réponse, théoriques et basées sur des éléments issus de la littérature.

L'analyse, en particulier, du concept de vieillissement en santé, du fondement de la légitimité de l'ergothérapeute dans une action en prévention primaire ainsi que des dispositifs déjà déployés ou encore en expérimentation, permet de poser l'hypothèse de réponse suivante :

L'ergothérapeute permet à l'individu de continuer à participer et à s'engager dans ses occupations, en l'accompagnant dans l'adaptation de son logement et des activités importantes pour lui.

Le présent document expose, en première partie, le cadre conceptuel, dans lequel sont abordées les thématiques du vieillissement, de la prévention et de l'ergothérapie dans la prévention des conséquences de l'avancée en âge.

Il détaille, en seconde partie, la méthodologie d'enquête mise en œuvre en vue de confirmer, invalider ou compléter l'hypothèse de réponse proposée à l'issue de l'élaboration du cadre conceptuel.

Enfin, il présente les résultats de l'enquête et leur analyse suivis d'une discussion au regard des éléments énoncés dans le cadre conceptuel.

I. Cadre conceptuel

1. Vieillesse et vieillissement

1.1.L'identité des personnes âgées

L'expression « Personnes âgées » est une appellation générale, communément utilisée pour désigner un ensemble de personnes d'un âge avancé et vivant la dernière période de la vie humaine. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune définition universelle énonçant avec certitude les critères d'inclusion des individus aux personnes âgées tant socialement que physiologiquement (Ennuyer, 2011).

En France, la distinction officielle, administrative, des personnes, en tant qu'individus âgés, trouve son origine dans le rapport Laroque, publié en 1962. Ce rapport, partant du constat que les premiers handicaps apparaissaient avec la retraite, a donc logiquement fixé à 65 ans l'âge d'entrée dans la vieillesse en écho à l'âge de la retraite de l'époque. Les personnes âgées ont dès lors été assimilées aux personnes retraitées (Ennuyer, 2011). Malgré l'évolution de l'âge de la retraite au fil des années, arrêté à 62 ou 67 ans aujourd'hui, et malgré le recul à 75 ans de l'apparition des signes de dégradation durable de la santé (HAS, 2015), cet amalgame perdure encore aujourd'hui.

L'âge social, de par l'évènement que constitue le passage à la retraite, s'est dès lors imposé comme le critère discriminant pour délimiter la population des personnes âgées. Il reste aujourd'hui le marqueur significatif de l'entrée dans la vieillesse. Utilisé par les organismes et les politiques de santé publique, sa valeur reste cependant encore hétérogène d'une institution à l'autre. En 2016, l'OMS, tout comme la Loi de l'adaptation de la société au vieillissement en France, évoquent les personnes âgées de 60 ans et plus. Des instituts français, tels que l'INSEE ou l'INED, utilisent l'âge de 65 ans pour établir les statistiques officielles. Les Conseils Départementaux considèrent les personnes à partir de 60 ans pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), une mesure sociale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie (Soleymani et al., 2018). Force est de constater que l'état de santé physique et psychique ou encore le degré de fragilité ou de vulnérabilité, qui peuvent avoir un impact sur la qualité de vie et le bien-être de chaque

individu, ne sont donc pas des éléments retenus pour caractériser l'entrée dans la vieillesse (Centre d'analyse stratégique, 2010).

Cette catégorie d'âge, appelée « personnes âgées » ou encore « aînés », directement impactée par l'allongement de l'espérance de vie et par la transition épidémiologique, regroupe donc aujourd'hui un nombre d'individus en forte croissance et qui apparaissent très hétérogènes, tant par leur âge que sur le plan de leur état de santé, par la perception de leur âge, par leurs conditions de vie ou encore leurs rôles sociaux. Ils se démarquent les uns des autres par des besoins et des désirs spécifiques (Gaille, 2015, p.154).

En conséquence de cette diversité et pour tenter d'apporter des réponses adaptées aux besoins des individus, la société a fractionné cette catégorie et a réparti les individus en les distinguant, une fois encore, selon leur âge. Les sous-catégories ainsi créées font écho à des situations de vie particulières en relation avec l'état de santé. Il s'agit des « séniors » ou personnes âgées actives et en bonne santé, du « 3^{ème} âge » ou personnes âgées face à l'apparition des premières dépendances, et du « 4^{ème} âge », ou personnes âgées dépendantes. Catégoriser les individus selon un critère d'âge laisse à penser que tous les individus d'un même âge sont dans la même situation et présentent le même état de santé. Force est de constater qu'une fois encore, le critère d'âge, retenu pour classer les individus, ne semble pas forcément pertinent.

Les trois principales situations de vie caractérisent un stade du vieillissement humain. Le terme « séniors » désigne les individus âgés de 60 à 75 ans, vivant le premier temps de l'âge de la retraite. Ils apparaissent pour la plupart actifs et en bonne santé. En complément de leur rôle de grand-parent et d'aidant de leurs parents âgés, ils s'investissent dans les loisirs, les activités bénévoles associatives, politiques ou syndicales voire choisissent de poursuivre une activité professionnelle. Aux alentours de 75 ans, les individus peuvent entrer dans le 3^{ème} âge, marqué par l'aggravation des problèmes de santé liés aux maladies chroniques et le risque d'isolement. Les rôles s'inversent ; d'aidants, ils deviennent « aidés ». Il apparaît souvent nécessaire d'aménager leur logement et de recourir aux services à la personne. Les risques de dépendance vont ensuite s'accroître significativement, à partir de 80 ans, âge potentiel d'entrée dans le 4^{ème} âge, de telle sorte que le maintien à domicile peut devenir difficile. Bien que vivre chez soi reste le souhait de la plupart des personnes âgées, cela peut parfois se révéler impossible. L'entrée en institution apporte donc une solution alternative (Alet, 2014, p.62). En 2015, 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus

et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus vivaient dans un établissement d'hébergement pour personne âgée et 80% d'entre elles dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), où l'âge moyen d'entrée est de 85 ans et 2 mois (DREES, 2017).

1.2.Regards sur le vieillissement

1.2.1. Le vieillissement - Définition

Le sociologue, gérontologue Richard Vercauteren (2011), dans son dictionnaire de la gérontologie sociale, définit le vieillissement comme « *un processus qui débute à la naissance de l'individu et s'achève à sa mort* ». Il est qualifié d'universel, puisqu'il concerne tous les êtres vivants sans distinction, d'inévitable, car aucun individu, aujourd'hui, ne peut l'éviter ni l'interrompre et également de naturel, en tant que conséquence directe de l'existence (Dalgarrondo et Hauray, 2015, p.28). Il apparaît cependant influençable. Toutes les sciences humaines s'y sont intéressées. De tout temps, elles ont cherché à mieux comprendre sa complexité pour tenter de le maîtriser et de repousser au-delà des limites son caractère inéluctable (De Jaeger, 2017).

Le vieillissement est une métamorphose de l'être humain (Trincas, 2015) qui, selon l'OMS (2015), revêt un caractère bio-psycho-social, ce qui implique chez tous les individus des changements d'ordre biologiques, psychiques et sociaux. Ces modifications se révèlent être spécifiques à chaque personne en fonction de sa trajectoire de vie. Leur installation, dans la manière tout comme dans la durée, s'avère également distincte pour chacun. Donc bien que le processus de vieillissement s'exprime chez tous les individus et évolue de manière continue tout au long de la vie, sa progression de même que sa longueur varient d'une personne à l'autre et même d'une génération à l'autre (Renaut, 2011). Il n'existe pas de vieillissement type. Les conséquences du vieillissement peuvent donc être particulièrement marquées chez une personne et quasi minimales voire absentes chez une autre personne du même âge. Le vieillissement est individuel. Il se présente donc comme un processus hétérogène, multifactoriel et multiforme (De Jaeger, 2017). Il n'y a donc pas un vieillissement mais des vieillissements (Van den Bosch De Aguilar, 2015).

1.2.2. Les composantes du vieillissement

Bien que les conséquences du vieillissement soient hétérogènes parmi les individus, elles s'expriment cependant invariablement chez tous les individus sur les trois composantes biologique, psychologique et social.

La littérature montre une prédominance de l'approche médicale du vieillissement dans les sociétés. Le vieillissement semble être considéré quasi exclusivement au travers de la santé, au détriment de ses dimensions psychologiques et sociales (Bazerolles, 2009). Cependant, c'est bien au travers de l'ensemble de ses versants qu'il est nécessaire de l'aborder pour tenter de comprendre les conséquences qu'il peut engendrer chez l'individu.

Sur un plan biologique, il ressort comme un processus généralisé, intrinsèque, progressif et involutif (Van den Bosch De Aguilar, 2015) dont le fruit est « *le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celui-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès* » (OMS, 2018).

Cette conception médicale du vieillissement met en avant le déclin et évoque les changements endogènes au sein de l'organisme de l'individu comme des altérations, qui apparaissent de manière progressive, plus ou moins rapidement selon les individus et qui peuvent conduire à une dégénérescence globale. Les causes de ces changements sous-jacents ne sont pas encore bien connues, cependant elles apparaissent multifactorielles comme une imbrication de facteurs intrinsèques (facteurs génétiques notamment) et de facteurs extrinsèques tels l'hygiène de vie (alimentation, sédentarité et inactivité physique) et les facteurs environnementaux (De Jaeger, 2017).

Sur un plan physiologique, l'individu voit ainsi petit à petit décliner ses fonctions organiques et sensorielles ; sur un plan physique, ses capacités fonctionnelles diminuent, ses gestes deviennent plus lents, il peut se trouver confronté à une altération de sa capacité à « faire » dans ses activités de vie quotidienne (Le Guernic, 2019); sur un plan morphologique, l'aspect général de son corps se modifie (De Jaeger, 2017) et sur le plan des apparences, « *les cheveux blanchissent, les cernes se creusent, les traits s'empâtent, les formes s'alourdissent, le teint vire, la peau se gerce, la chair s'affaisse et se rétracte* » (Samama, 2010). Cependant ces dégradations ne sont ni linéaires, ni constantes, ni

universelles et leur survenue semble peu corrélée à l'âge chronologique de l'individu (OMS, 2018).

Sur la composante psychique, la psychanalyste Anastasia Blanché (2010) explique que le processus de vieillissement s'exprime au travers de remaniements psychiques. Il s'agit d'évènements qui vont bouleverser la vie d'un individu ; ils vont marquer une transition dans la continuité de la vie et impacter l'identité de la personne.

Ces remaniements psychiques sont nécessaires dans plusieurs étapes de la vie pour permettre à l'individu de construire son identité (adolescence, parentalité, perte d'emploi, séparation/divorce, ...). Cependant, la vieillesse apparaît être une période de vie particulière qui va confronter l'individu à un risque plus élevé de pertes affectives, sociales, cognitives et somatiques (Kaofa et Roumilha, 2012). Certaines de ces pertes sont plus visibles que d'autres mais toutes peuvent conduire à une crise identitaire. Un décès, un départ en retraite, une cessation d'activité sociale ou encore une perte d'autonomie, un réaménagement des rôles familiaux vont constituer un enjeu psychique de renonciation et de reconstruction identitaire pour l'individu. Pour Kaofa et Roumilha (2012), les processus d'individuation et de différenciation se rejouent lors de la vieillesse.

En parallèle, des questionnements relatifs au sens de la vie vont émerger. L'individu va devoir réaliser « *un travail psychologique d'acceptation de son vieillissement et de représentation psychique de sa propre mort* » (ANESM, 2018).

Certains individus âgés disposent d'une certaine capacité de résilience, c'est-à-dire d'un potentiel de résistance et de rétablissement qui va leur permettre de se reconstruire et de se réinvestir socialement et relationnellement (Anaut, 2015). Mais d'autres peuvent avoir des difficultés à accepter leurs pertes, à renoncer à leur ancienne identité et à investir leur nouvelle identité. Cela peut se traduire par un rejet des aides techniques mises en place en compensation des défaillances et qui renvoient à l'individu l'image de son atteinte corporelle (Kaofa et Roumilha, 2012).

Enfin sur la composante sociale, le passage à la retraite apparaît comme un moment critique. Quel que soit l'état d'esprit avec lequel un individu va l'aborder, il sera vécu comme « *le dernier grand tournant de la vie* » au détour duquel l'individu vivra soit « *une mort sociale soit un nouveau départ* » (Blanché, 2010).

Selon Arbus (2013), la représentation du départ à la retraite diffère d'un individu à l'autre même au sein d'une même classe d'âge, selon « *son milieu d'origine, l'emploi occupé, les conditions de travail, l'état de santé, les capacités d'adaptation, la préparation, ...* ». Les uns vont le vivre comme une délivrance, une « opportunité de tourner la page », les autres avec « un sentiment de perte, une image de soi fragilisée, un face-à-face avec une réalité jusque-là occultée, l'entrée dans une zone de turbulence ».

La retraite engendre un arrêt de l'activité professionnelle, un changement de statut social et installe un début de distanciation sociale (Le Guernic, 2019). Elle écarte ainsi le sujet du système productif. Dans le cas où la retraite serait mal anticipée, l'individu peut se retrouver du jour au lendemain, sans aucune activité. Dans le contexte sociétal actuel, cela peut contribuer à déclencher chez lui un sentiment d'inutilité (Roesler, 2019). L'inactivité peut également provoquer des dépressions profondes pouvant conduire l'individu jusqu'au suicide (Coret, 2010).

Pour autant, la retraite peut aussi être vécue comme une « libération », une source d'épanouissement personnel. Dégagé de ces obligations professionnelles, l'individu peut vivre cette période comme une opportunité de se construire une nouvelle vie et de s'engager dans des projets qui lui tiennent à cœur.

En complément, et selon Le Guernic (2019), avec l'avancée en âge, des difficultés dans les gestes du quotidien peuvent apparaître, l'habitat peut devenir inadapté dans certains usages et ne plus offrir le confort et la sécurité indispensables, le cercle de l'entourage peut diminuer progressivement. Ces éléments négatifs vont directement impacter les conditions de vie de l'individu, et, au travers d'eux, sa participation sociale et sa réalisation de soi. Une diminution des relations sociales, une perte de l'entourage proche, peuvent engendrer un sentiment de solitude qui peut s'accroître progressivement jusqu'à conduire l'individu à l'isolement.

Les conséquences de l'avancée en âge vont donc augmenter le risque de perte d'autonomie et la difficulté pour l'individu âgé va donc consister à maintenir son engagement dans de nouvelles activités significatives, à faire le deuil de ses pertes et à s'accepter tel qu'il est.

Le processus de vieillissement étant inéluctable, hétérogène et multifactoriel, l'individu âgé, actif et en bonne santé peut donc, à un certain moment de sa vie, basculer dans la maladie, la dépendance et la perte d'autonomie. Mais avant de franchir ce cap,

l'individu va vivre une période que l'on peut qualifier de fragilité. La fragilité est présentée par Michel (2012), docteur en sciences politiques, comme un « *état d'équilibre précaire* » pouvant conduire à la maladie, la perte d'autonomie, la dépendance et l'isolement total. Il indique que la fragilité est un état réversible sur lequel il est possible d'agir dans une perspective de prévention.

1.3.L'évolution des politiques du vieillissement

Longtemps, le soutien aux personnes âgées était laissé à la responsabilité de la sphère privée et familiale (Alvarez, 2016). Cependant, cette approche de la vieillesse a évolué, en France, au début du 20^{ème} siècle, avec la création des premiers régimes de retraite, mis en place dans la société en réponse aux importants changements entraînés par l'industrialisation de la société. La vieillesse apparaît dès lors comme une problématique nécessitant l'intérêt des politiques, au regard des difficultés économiques et sociales rencontrées par les ouvriers. Les régimes de retraite se sont ensuite petit à petit généralisés auprès des autres classes sociales, jusqu'en 1945, année où la retraite devient officiellement un droit social. Ceci marque dès lors le début de la vieillesse en tant que problématisation publique et sociale (Alvarez, 2016).

La première politique vieillesse ne verra cependant le jour qu'en 1962, suite au rapport Laroque dont les préconisations visent à lutter contre les facteurs d'exclusion sociale. L'ambition de cette politique repose avant tout sur la prévention sociale. Elle vise à permettre aux individus âgés de conserver leur place dans la société (Ennuyer, 2007). Car ils sont de plus en plus nombreux à se retrouver en situation de précarité, souffrant de pauvreté, de mal-logement et d'isolement (Ouicare, 2019). Le rapport Laroque (1962) affirme que « *l'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, 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 de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaire, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs* ». Par cette affirmation, le rapport, en complément de l'aspect social, commence également à pointer la question de la santé dans le vieillissement, lorsqu'il mentionne la notion d'aide à domicile. Le sociologue Stéphane Alvarez (2016) le présente comme étant à l'origine de la distinction, que l'on

connait aujourd'hui, du vieillissement en différentes formes ; les concepts de « vieillissement pathologique » et de « vieillissement normal » voient le jour. Les personnes âgées apparaissent dès lors catégorisées en deux groupes : celui des personnes actives et en bonne santé et celui des personnes faisant face à des problèmes de santé impactant leur mode de vie (Alvarez, 2016).

Cette politique, portée par un contexte de forte croissance économique, va s'essouffler au début des années 80, en raison d'un inversement de la tendance. La société doit alors faire face à un nouvel enjeu, celui de la maîtrise des dépenses de protection sociale (Ouicare, 2019).

En raison de cet enjeu budgétaire, les politiques vieillesse vont se réorienter pour se centrer sur la prise en charge de la dépendance (Alvarez, 2016). Elles adoptent ainsi une approche plus médicale conduisant dans les années 90 à la première politique de la dépendance. Par la mise en œuvre d'un outil de mesure de la dépendance (grille AGGIR), cette politique va chercher à chiffrer et à classer les individus fonction de leur degré de dépendance. Cette segmentation va ainsi faire émerger, au début des années 2000, la nécessité de créer une politique de prévention de la santé (Alvarez, 2016). La prévention devient alors une nouvelle action publique dont l'enjeu consiste à augmenter l'espérance de vie sans incapacité dans une optique de maîtrise des dépenses de santé.

Au cours de ces vingt dernières années, différents plans nationaux se sont succédés avec la prévention comme stratégie centrale. Elle s'est tout d'abord développée au travers du plan « Bien vieillir 2007-2009 » dont la finalité a consisté à promouvoir un « vieillissement réussi » (c'est-à-dire sans pathologie, avec peu de risque d'en développer et une grande autonomie), aux personnes âgées de 50 à 70 ans, par le biais d'actions de prévention et d'éducation à la santé dans les domaines de la santé et des relations sociales. Son développement s'est ensuite poursuivi avec, en 2015, le « Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie », décliné dans la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Cette loi démontre la volonté de mener une politique globale tournée vers l'autonomie avec pour ambition de constituer une société dans laquelle chaque individu peut « bien » vieillir. Le plan associé à cette loi vise quant à lui à répondre aux besoins des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et axe donc principalement ses actions autour de la préservation de l'autonomie, de la prévention des pertes d'autonomie évitables et de la réduction des inégalités sociales et de santé.

En 2018, il a été demandé à Dominique Libault de conduire une concertation nationale sur le grand âge et l'autonomie. Le rapport émis a posé un constat d'échec des différents plans menés jusqu'à présent. Détresse, perte d'autonomie, solitude, inquiétudes, épuisement sont autant de mots qui ressortent de cette concertation et dont Agnès Buzyn (2019) se fait l'écho dans son discours de remise du rapport.

Les chiffres en France sont éloquentes. Selon l'étude « Petits Frères des Pauvres et isolement des personnes âgées et CSA Research » menée en 2017, 900 000 personnes âgées de 60 ans et plus sont isolées de leur famille et de leurs amis. Parmi elles, 300 000 sont dans un isolement extrême et sont considérées en situation de « mort sociale ». Selon la DREES (2020), 13% des personnes âgées de 60 ans et plus (1,9 million d'individus) sont en perte d'autonomie et parmi elles, les trois quart vivent à domicile. Cette perte d'autonomie s'exprime par l'incapacité à réaliser seule au moins l'une des six activités de vie quotidienne (Indice de Katz : se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller aux toilettes, continence, manger) et par une perte de mobilité nécessitant un besoin d'aide (indicateur de Colvez). Enfin, selon l'enquête CARE de la DREES réalisée en 2016, 7% des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile déclarent souffrir de dépression, une personne sur sept consomme des antidépresseurs et un quart sont en situation de « détresse psychologique ».

Le rapport Concertation Grand âge et Autonomie (2019) prône donc l'inclusion et l'autonomie et fait de la prévention primaire une priorité de santé publique pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

1.4. Le vieillissement en santé

Au fil de l'émergence de la problématique engendrée par le vieillissement de la population, différents modèles et cadres de vieillissement sont apparus dans la littérature depuis une cinquantaine d'années. Chacun donne une vision des enjeux et des caractéristiques du vieillissement selon une orientation spécifique, qui peut être l'adaptation de l'environnement, la fragilisation, les déficiences, les incapacités et handicaps de l'individu ou encore une approche positive du vieillissement. La référence à un modèle particulier permet de poser un cadre d'intervention et influence les actions qui vont être menées (Cardinal et al., 2008).

Pour évoquer le vieillissement, des terminologies véhiculant une image plus positive de ce phénomène sont apparues dans la littérature depuis quelques années. Ainsi, le « bien vieillir », le « vieillissement réussi » ou encore le « vieillissement en santé » viennent supplanter l'opposition « vieillissement normal / vieillissement pathologique ». Dans ces terminologies, il n'est pas question d'incapacités, de perte ou de déclin, mais plutôt de potentiel et de capacités (Cardinal et al., 2008).

Bien que le concept de positivité du vieillissement varie en fonction du contexte culturel et des attentes des individus, différents modèles de vieillissement centrés sur une perspective positive ont été élaborés depuis une vingtaine d'année. Parmi ceux-ci ressortent le modèle de vieillissement réussi de Rowe et Kahn (1998), le modèle de vieillissement en santé de Bryant, Corbett et Kutner (2001), le modèle de vieillissement actif de l'OMS (2002) et plus récemment, en 2008, le modèle de vieillissement en santé de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

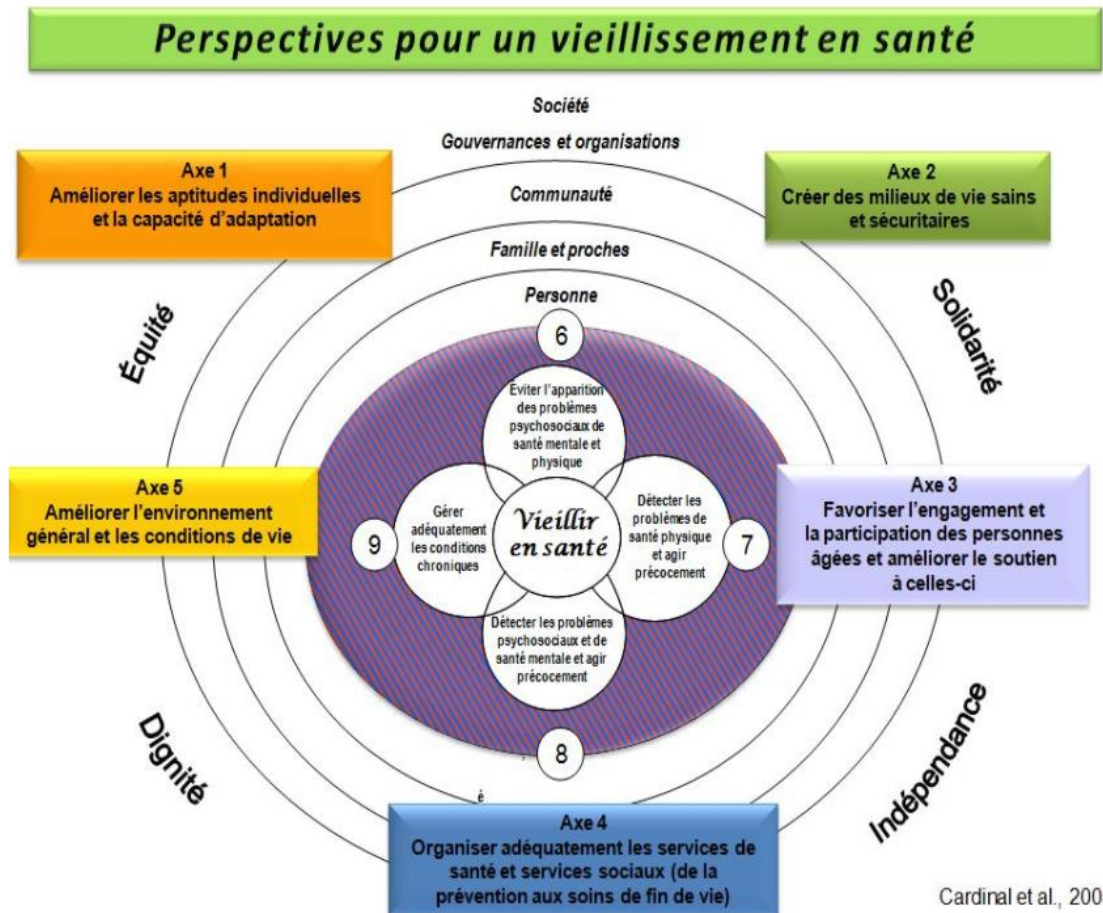
Le modèle du vieillissement en santé de l'INSPQ a été retenu dans ce mémoire car en plus de s'intéresser à la santé et à l'autonomie, il intègre les dimensions de bien-être et de qualité de vie. Et bien que d'origine canadienne, on constate que cette terminologie spécifique a été utilisée depuis par l'OMS et qu'elle commence à être reprise en France notamment par le Ministère des Solidarités et de la Santé et de certains gérontopôles, qui vont même jusqu'à élaborer des programmes autour de ce concept.

Elaboré sur les fondements des autres modèles cités précédemment, le modèle du vieillissement en santé a pour vocation de s'adresser à toutes les personnes âgées à partir de 50 ans. Il repose sur le concept de « vieillir en santé » qui se présente comme « *un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie* » (Santé Canada, 2001).

L'ambition de ce concept consiste à mettre en avant les notions de promotion de la santé, de prévention de la perte de l'autonomie et de conservation de la qualité de vie et du bien-être, au travers d'une approche positive du vieillissement par la mobilisation du potentiel personnel de développement de chaque individu (Cardinal et al., 2008).

Il se décline en 9 grands axes d'intervention, dont 5 sont plus particulièrement centrés sur les déterminants marquants de la santé et du bien-être de la personne âgée, à savoir ses

aptitudes individuelles et sa capacité d'adaptation, sa participation sociale et son réseau de soutien, son milieu de vie, l'organisation des soins et des services qui lui sont destinés et enfin l'environnement dans lequel elle vit ainsi que ses conditions de vie.



Cardinal et al., 2008

Fig.1 : Modèle de vieillissement en santé

Intervenir selon ce modèle permet d'adopter une approche écologique du vieillissement pour permettre un vieillissement en santé et consiste à mettre en œuvre les actions nécessaires visant à préserver la santé, le bien-être, l'autonomie et la qualité de vie.

1.5. Santé, autonomie, bien-être et qualité de vie – Perceptions et attentes de l'individu âgé

La santé, l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie sont les notions clés du vieillissement en santé.

La notion de santé retenue dans ce modèle est celle énoncée dans la Constitution de l'OMS signée le 22 juillet 1946. La santé y est présentée comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » et comme un « *droit fondamental de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (OMS, 1946). Cette vision considère la santé dans sa globalité et l'associe, voire la confond, à la notion de bien-être et de qualité de vie. Elle fait ressortir l'existence d'une part de subjectivité dans la perception que l'individu a de son propre état. Maintenir la santé ne consiste donc pas uniquement à éviter les déficiences et les incapacités mais nécessite de prendre en considération la satisfaction de l'individu quant à son bien-être et sa qualité de vie.

L'autonomie reflète les aptitudes cognitives de l'individu dans son quotidien par sa capacité à se gouverner, à juger, à agir ou encore à choisir. Le dictionnaire de l'Académie Française définit une personne autonome comme étant « *capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée* » (Warchol, 2012). Ainsi, selon Nathalie Warchol (2012), préserver l'autonomie d'un individu consiste à maintenir les quatre attributs de ce concept, à savoir décider pour soi-même, maîtriser son environnement, assumer les conséquences de ses actes et gérer ses dépendances et son interdépendance à autrui.

Des statistiques élaborées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2020, mettent en relief l'intérêt de la population française pour le sujet de la perte d'autonomie. Selon ces statistiques, 250 000 personnes par mois depuis 2016 (soit 4,5 millions) consultent leur portail en recherche d'information sur la perte d'autonomie. Il s'agit pour 80% de particuliers et pour 20% de professionnels. Les particuliers ont une moyenne d'âge de 55 ans et sont majoritairement des femmes (71%). Les deux tiers d'entre eux sont des proches de personnes âgées et viennent se renseigner pour ces dernières. Seuls 18% se renseignent pour eux-mêmes. Les professionnels viennent sur le site chercher des informations pour leur activité mais également à titre personnel. Les renseignements recherchés vont majoritairement être d'ordre général et vont concerner la perte d'autonomie,

les aides possibles et les différentes solutions à domicile pour faire face à la perte d'autonomie. Il est à noter que cette information est réalisée tant en prévision d'une perte d'autonomie qu'en réaction à une situation d'urgence.

Le bien-être est défini dans la littérature comme un état agréable ressenti par l'individu grâce à la satisfaction de ses besoins (Larousse). Mais étant une notion totalement subjective, il apparaît intéressant de s'attacher à considérer plutôt la définition donnée par les français eux-mêmes dans une étude menée par l'Institut Harris en 2015. Selon cette étude (Harris, 2015), les français définissent le bien-être comme « *un sentiment de sérénité morale et physique* ». Selon eux, les facteurs favorisant le bien-être ont trait aux loisirs, à l'activité physique et également à l'alimentation. Mais actuellement, ils se disent finalement assez peu satisfaits de leur niveau de bien-être et plutôt en recherche de bien-être dans leur vie quotidienne.

La qualité de vie, enfin, est un concept plurifactoriel qui a émergé dans les années 70. Selon Marie Gaille (2016), les différents modèles du vieillissement ont jusqu'à présent mis en avant la santé comme élément primordial de la qualité de vie, associant celle-ci à une « *vie en bonne santé* ». Cependant, plusieurs enquêtes sur la qualité de vie, menées auprès de personnes âgées de plus de 65 ans, ont mis en exergue l'importance d'autres éléments que la santé dans l'appréciation de la qualité de vie et « *notamment la sociabilité, l'indépendance dans la vie quotidienne et la capacité à s'investir dans des activités qui sont source de plaisir et d'un sentiment d'autonomie* » (Gaille, 2016, p.157). Et toujours selon Marie Gaille (2016), maintenir le ressenti d'une bonne qualité de vie dans le processus de vieillissement requiert, pour l'individu, d'avoir des capacités d'adaptation. L'individu va devoir accepter d'ajuster ses objectifs et de revoir ses ambitions en fonction de ses capacités physiques et mentales, pour faire face aux nouvelles contraintes induites par l'avancée en âge, s'il souhaite conserver un sentiment de satisfaction.

Ceci fait écho à la résilience de l'individu mais également au concept de déprise, énoncé par le sociologue Vincent Caradec (2008) pour présenter les transformations qui se déroulent lors de la vieillesse. Il le définit comme étant « *le processus de réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles : une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes, une fatigue plus prégnante, une baisse de leurs opportunités d'engagement* », une conscience accrue de leur finitude » (Caradec, 2008).

L'individu doit faire face à d'inéluctables transformations, face auxquelles il aura le choix de s'adapter, de renoncer ou bien de rebondir. La déprise apparaît ainsi comme une capacité à réorganiser son existence (Caradec, 2008).

Le concept de vieillissement en santé s'attache donc à permettre un maintien de la santé et de l'autonomie accompagné d'un ressenti de bien-être et de qualité de vie satisfaisant tout au long du vieillissement. Il s'adresse à toute personne, qu'elle soit ou non en bonne santé ou qu'elle présente des déficiences ou des incapacités.

2. La prévention des conséquences de l'avancée en âge

2.1. La prévention en gérontologie : une nécessité

La France doit faire face à une transition à la fois démographique et épidémiologique (Caire, Morestin et Chabaille, 2012). La population vieillit, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter et les maladies, qui étaient auparavant mortelles deviennent des maladies chroniques. Les individus vivent donc de plus en plus longtemps et pas nécessairement en meilleure santé. La perte d'autonomie s'impose comme une situation de plus en plus fréquente et très impactante tant pour l'individu que pour le collectif (Aquino, 2013).

En raison de son caractère irréversible mais dans certains cas évitable, la perte d'autonomie se pose donc comme un véritable enjeu de santé publique auquel les politiques publiques doivent tenter de répondre (Aquino, 2013). Le Docteur Aquino (2012), gériatre et médecin de santé publique, expert de la prévention de la perte d'autonomie, affirme ainsi la nécessité de développer la prévention en gérontologie dans les politiques du vieillissement. Selon lui, la prévention doit « *permettre au plus grand nombre de vivre sans incapacité, assurer la meilleure qualité de la vie pour toutes les personnes qu'elles soient autonomes ou en incapacité et réduire les inégalités sociales en santé* ».

La notion de prévention, dans le domaine de la santé, fait l'objet de plusieurs définitions. Cependant, la plus largement admise reste celle publiée par l'OMS en 1948, qui la présente comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle englobe ainsi toutes les actions,

les attitudes et les comportements qui tentent d'éviter la survenue d'une maladie ou d'un handicap et de maintenir ou d'améliorer la santé.

En 1984, l'OMS a précisé cette notion en la déclinant en trois catégories. Celles-ci sont définies en fonction du moment où les actions de prévention sont réalisées, en écho à des états successifs de la maladie. Trois nouveaux concepts sont donc apparus : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

Par prévention primaire, il s'entend « *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* » (Rapport Flajolet, 2008). L'intervention en prévention primaire se déroule donc avant l'apparition de la maladie avec l'objectif d'empêcher son apparition.

La prévention secondaire intervient quant à elle au tout début de la maladie. Elle consiste en un ensemble d'actions visant à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié (Rapport Flajolet, 2008).

Enfin, la prévention tertiaire est mise en jeu après la survenue de la maladie. Elle vise à réduire les complications dues à la maladie, les invalidités ou encore le risque de rechute et de chronicité de la maladie (Rapport Flajolet, 2008).

Actuellement la prévention primaire s'exerce, en France, selon deux lignes directrices (Bonne et Meunier, 2021). La première consiste en une prévention ciblée de la perte d'autonomie, visant à dépister la fragilité des individus âgés et à agir afin d'éviter le passage vers un vieillissement pathologique. La seconde consiste à intervenir plus en amont pour éviter cette fragilisation. Selon le rapport d'information fait au Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie (Bonne et Meunier, 2021), des programmes d'activité physique, des actions sur la nutrition, des ateliers de stimulation cognitive ou encore les visites à domicile et l'aménagement de l'habitat représentent un ensemble d'action dont le bénéfice a été démontré au travers de différentes études. Toujours selon ce rapport, ces actions concourent à agir bénéfiquement sur les chutes et la peur de chuter, la détresse psychologique, le ressenti de bien-être, la santé sociale, la qualité de vie et la satisfaction de vie.

2.2. La prévention en gérontologie : conditions de réussite

Les conditions de réussite d'une démarche de prévention en gérontologie reposent sur le contenu, l'organisation et la finalité des actions menées mais aussi, et avant tout, sur l'individu lui-même (Meeus, 2012).

La prévention en gérontologie a été présentée par le Docteur Aquino (2012) comme une démarche qui doit être intersectorielle, transversale, globale et dont les actions doivent prendre en compte l'ensemble des dimensions médicales, psychologiques, familiales, sociales et environnementale, notamment l'habitat. Elle doit viser un changement de comportement des individus, pour se détourner du curatif au profit de comportements préventifs (Aquino, 2012).

Philippe Meeus (2012) complète ces propos en précisant que la réalisation de la prévention requiert impérativement l'adhésion de l'individu, sans laquelle toute perspective de changement est vouée à l'échec. L'individu doit adopter une participation active aux actions proposées ; il doit être acteur et non objet de sa prévention. L'individu peut rapidement s'approprier les changements mais il peut également avoir besoin de temps pour les accepter. La démarche de prévention doit donc s'inscrire dans la durée (Meeus, 2012).

La prévention en gérontologie doit se décliner en deux axes. Il va s'agir de travailler sur les facteurs contextuels personnels de l'individu, tels que sa motivation, ses valeurs ou encore ses croyances afin de l'amener à accepter le changement comme solution. Ce point va se mettre en place dans la durée. D'autre part, il faut travailler à la transformation de l'environnement physique.

Le Docteur Aquino (2012) préconise, pour parvenir à ce changement, de développer des stratégies préventives basées sur l'information et la sensibilisation, avec une approche tant individuelle que collective.

2.3. Les axes de la prévention primaire pour un vieillissement en santé

Intervenir en prévention primaire, c'est agir avant l'apparition des troubles pour éviter leur apparition. Les actions de prévention primaire sont donc destinées aux personnes qui ne sont pas dans un parcours de soin ni en perte d'autonomie et qui ne présentent pas

d'incapacités majeures. Ce sont des personnes qui ont franchi ou vont franchir le cap de la retraite. Dans le rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », le Docteur Aquino (2013, p.19) a dessiné les contours de la prévention primaire en gérontologie. Il a proposé de développer des programmes de prévention et de promotion de la santé en faveur de ces personnes et de mettre en place des mesures de prévention pour les personnes âgées de 50 à 64 ans pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

Dès 2002, l'Etat français a créé l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Son objectif visait à aider le grand public à améliorer et à protéger sa santé en proposant des stratégies de prévention et d'éducation à la santé, en complémentarité des différentes stratégies développées tant localement que régionalement. L'INPES est devenu, en 2016, l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France). Depuis 2011, l'INPES, puis Santé publique France, en partenariat avec les caisses de retraite, se sont appuyés sur les préconisations des rapports du comité « Avancée en âge » et ont développé un important programme d'informations « Bien vieillir » à destination des personnes âgées de 55 ans et plus, des aidants et des professionnels médico-sociaux.

Les actions de prévention mises en place dans ce programme ont pour objectif de « *favoriser l'adoption de comportements favorables correspondants aux éléments protecteurs de la santé* ». Elles sont organisées en différents axes et adaptées selon le milieu d'intervention. Le détail de ces actions selon chaque axe et chaque milieu est consultable en annexe I. Elles sont organisées par les caisses de retraite et réalisées par des structures locales inter régimes. Ce peut-être le PRIF en Ile de France, des CCAS, des CLICs ou encore des associations. (Les programmes de prévention des caisses de retraite, 2016, p.8).

Elles s'articulent en deux axes : Informer et conseiller ainsi que Sensibiliser par des actions collectives de prévention.

L'axe « Informer et conseiller » cherche à apporter aux individus des informations et des conseils sur les comportements à adopter pour bien vivre leur retraite, maintenir leur autonomie et permettre une bonne santé et une qualité de vie (Les programmes de prévention des caisses de retraite, 2016, p.11). Pour cela, Santé publique France et les caisses de retraite ont développé une grande campagne de communication. Ils ont créé le site internet « pourbienvieillir.fr ». Ce site propose, dans l'espace dédié au grand public, un ensemble de contenus élaborés dans une approche globale et positive de la santé. Il met également à disposition différentes vidéos et brochures. La brochure « Vieillir ... et alors ? », en

particulier, parue en 2016, est destinée aux séniors et propose des clés pour accompagner une avancée en âge en santé. Elle met en avant la nécessité de :

- Entretenir ses fonctions cognitives. Il est nécessaire de stimuler le cerveau en permanence pour conserver les capacités à communiquer, mémoriser, raisonner, ... ;
- Adopter un comportement protecteur, par le respect d'une alimentation équilibrée et par la pratique d'une activité physique quotidienne. L'hygiène alimentaire et l'activité physique concourent à réduire les risques de maladies cardiovasculaires et à accentuer le sentiment de bien-être corporel ;
- Veiller à sa santé, en réalisant des contrôles réguliers de suivi et de dépistage ;
- Être entouré. L'existence d'une vie relationnelle, affective, familiale et amicale est bénéfique sur la santé, améliore la qualité de vie, entretient le moral et valorise l'estime de soi ;
- Parvenir à se recentrer sur soi. Réaliser une introspection permet de construire une nouvelle étape de vie en accord avec ses envies, ses désirs et ses besoins ;
- Choisir un domicile adapté, tant à son choix de vie qu'à ses besoins.

L'axe « Sensibiliser par le biais d'actions collectives de prévention » vise la mise en place de comportements protecteurs de la santé. Il se décline en actions ciblant le maintien du lien social et en actions de prévention autour du bien vieillir.

Les actions collectives de sensibilisation vont ainsi chercher à renforcer la participation sociale en vue d'éviter au maximum les situations d'isolement. Les actions collectives de prévention, quant à elles, se présentent sous la forme d'ateliers et de conférences destinés à promouvoir des conseils aux retraités pour les aider à avoir une meilleure qualité de vie. Ces ateliers se structurent autour d'un parcours de prévention et traitent chacun d'un déterminant du bien-vieillir pendant la retraite.

Les grandes thématiques abordées concernent notamment :

- La prévention des impacts physiologiques du vieillissement par la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée,
- La prévention des troubles de la santé mentale par la lutte contre la dépression,
- L'isolement et la solitude,
- La prévention des traumatismes et en particulier des chutes,
- Le renforcement des fonctions cognitives par la stimulation de la mémoire,

- Le renforcement du lien social en encourageant la participation et l'adaptation de l'habitat pour prévenir les accidents domestiques et améliorer la sécurité et la qualité de vie à domicile.

2.4.L'organisation de la prévention en France

La mise en place de la prévention mobilise de nombreux acteurs parmi lesquels l'Etat et ses opérateurs, les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales (Bonne et Meunier, 2021).

- L'Etat et ses opérateurs

En tant qu'acteur de la prévention, l'Etat définit et déploie la prévention de la perte d'autonomie au travers de sa politique globale de prévention sanitaire. Il a établi une politique d'adaptation des logements : le programme « Habiter facile », déployé par l'agence nationale de l'habitat (ANAH) pour aider au financement de travaux d'accès et d'adaptation du logement. Enfin il a également établi la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 pour promouvoir l'activité sportive au sein de la population.

- Les organismes de sécurité sociale

Acteurs	Rôles
Caisses de retraite (exemples)	CNAV <ul style="list-style-type: none"> - Financement d'aides individuelles pour favoriser la préservation de l'autonomie - Financement d'actions collectives à 230 000 retraités en 2019, sous forme d'ateliers de prévention sur la nutrition, l'équilibre, la mémoire, l'activité physique adaptée et le maintien du lien social
	AGIRC-ARRCO (14 centres) <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de bilans à domicile destinés aux personnes âgées ou aux aidants (27 000 retraités concernés en 2019 et 600 aidants) - Réalisation d'ateliers collectifs (15 300 personnes en 2019) - Réalisation de conférences (5 000)
	MSA <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'ateliers collectifs et de conférences-débat (concernent 30 000 personne par an)

Entités inter régimes (exemples)	CARSAT
	<ul style="list-style-type: none"> - Financement d'aides individuelles pour favoriser la préservation de l'autonomie - Financement d'actions collectives, sous forme d'ateliers de prévention sur la retraite, la nutrition, l'équilibre et les chutes, la mémoire, l'activité physique adaptée, l'habitat, la sécurité et le bien-être
	PRIF
	<ul style="list-style-type: none"> - Financement d'actions collectives, sous forme d'ateliers de prévention sur la nutrition, la mémoire, l'activité physique adaptée, l'habitat
Assurance maladie	CNAM
	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage des personnes âgées en risque de fragilité et proposition de parcours de prévention
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	CNSA
	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution à l'accompagnement de la perte d'autonomie - Contribution au financement et au pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie

- Les collectivités territoriales

Elles interviennent par le biais des communes, des centres communaux d'action sociale (CCAS), des centres locaux d'information et de coordination (CLICs) ou encore d'associations et de groupements dans l'accessibilité de l'environnement urbain mais aussi dans la réalisation des actions de prévention.

Selon les différents cahiers des charge émis pour les ateliers de prévention (CARSAT, 2019 et PRIF, 2019), les professionnels intervenant dans l'animation des ateliers sont principalement des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des diététiciens, des personnes diplômées en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), des personnes ayant une expérience en activité physique adaptée (APA) et également des professionnels ayant connaissances des spécificités des seniors et des thèmes généralistes du bien vieillir. Les différents ateliers proposés reprennent les thématiques énoncées comme bénéfiques à la prévention de la perte d'autonomie par le rapport au Sénat de 2021. Il est cependant à noter que les ergothérapeutes semblent intervenir uniquement sur la thématique de l'habitat alors que leur expertise sur les aides techniques pourrait légitimement les inclure dans d'autres ateliers tels que la nutrition ou la prévention des chutes.

3. L'ergothérapeute dans la démarche de prévention primaire pour un vieillissement en santé

3.1. L'ergothérapeute : un acteur légitime

3.1.1. Légitimité au regard des fondements de sa pratique

L'ergothérapie est présentée par la Fédération Mondiale de l'Ergothérapie (WFOT) (2010) comme une profession de la santé, centrée sur le client, qui se préoccupe de la promotion de la santé et du bien-être au travers de l'occupation. L'occupation s'impose donc dans cette définition comme le cœur de la pratique de l'ergothérapeute ; ce qui est confirmé par l'ergothérapeute Ann Wilcock dans son livre « An Occupational Perspective of Health » relatif à la pratique de l'ergothérapie. Elle y indique que l'ergothérapie trouve son fondement sur l'importance de l'activité pour tout être humain, pour son bien-être et sa santé et a ainsi développé une pratique orientée sur le handicap autour de la rééducation, de la réadaptation et de la réhabilitation en vue de permettre aux personnes de participer à leurs activités de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace (Wilcock, 2006).

Cette pratique de l'ergothérapie, fondée sur le concept d'activité en tant que facteur favorisant le bien-être et la santé, est soutenue scientifiquement car elle repose sur les savoirs établis par la science de l'occupation. Cette science, née aux Etats-Unis en 1990, est une discipline portant sur l'étude de l'occupation et visant à établir les savoirs indispensables au soutien de l'exercice de la profession d'ergothérapeute (Meyer, 2018).

En France, les termes activité et occupation ont été amalgamés et la définition retenue pour définir ces termes est celle proposée par le groupe terminologie de ENOTHE (van Bruggen, 2016). L'occupation s'entend donc comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société* » (Ministère de la santé et des sports, 2010, p1).

Ces activités portent sur les trois domaines d'occupations des individus et concernent aussi bien les soins personnels, que la productivité ou les loisirs. Elles sont innombrables, variées, quotidiennes ou exceptionnelles. Elles ont un sens qui est personnel pour chaque individu. Chacune participe à la construction de la personne en lui permettant, notamment, de développer des habiletés, des compétences, des connaissances, de s'organiser, de

s'adapter à son environnement ou de le modifier ou encore de satisfaire ses besoins. Les activités caractérisent l'être humain. Elles sont le reflet de ce que nous sommes et donnent du sens à la vie. Elles permettent à l'individu de se créer sa propre identité (Meyer, 2013). Selon Ann A. Wilcock (2006), l'occupation permet de « faire » mais aussi « d'être » et de « devenir ». C'est grâce à l'occupation que l'individu existe, pense, ressent, s'engage.

Si l'individu se retrouve confronté à une interruption ou une modification de ses activités, alors cela peut engendrer de la dépendance, une perte de confiance en soi ou encore des symptômes dépressifs (Trouvé, 2009, p11). Donc si un individu doit faire face à l'incapacité de participer aux occupations de la vie, alors, son bien-être général, et donc sa santé, vont en être affectés. Il apparaît clairement que les occupations d'une personne et la performance qu'elle développe dans ses activités sont fortement liées à la qualité de vie et au sens qu'elle donne à son existence.

L'ergothérapie en exploitant l'activité à la fois comme moyen et comme objectif thérapeutique (Morel-Bracq, 2015), apporte des solutions pour permettre aux individus de continuer à réaliser les activités qui leur sont significatives. En levant les obstacles qui entravent le « faire », elle favorise l'engagement et la participation, elle contribue à redonner du sens à la vie, à retrouver un rôle social, une identité, un sentiment de plaisir, de bien-être et donc à mener une vie satisfaisante.

Au regard de son fondement, de ses concepts et de son approche, l'ergothérapie apparaît légitimement comme une profession pouvant participer à répondre aux besoins émergents des récentes politiques du vieillissement. L'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prévention de la perte d'autonomie et d'indépendance, dans la préservation du lien social et dans le bien-être et la qualité de vie à domicile.

3.1.2. Légitimité au regard de sa formation

Enseignée en France depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'ergothérapie est une profession réglementée par le code de la santé publique et qui fait l'objet d'un diplôme d'état depuis 1970 ouvrant l'accès à un exercice dans les secteurs sanitaire et social (Charret et Thiébaud Samson, 2017).

Le référentiel d'activités en vigueur, émis par le Ministère de la santé et des sports en 2010 et auquel la profession se réfère, valorise l'approche médico-sociale et reprend les concepts fondateurs de l'ergothérapie. Il présente l'ergothérapeute comme un professionnel de la santé, qui exerce en utilisant le potentiel thérapeutique de l'activité, grâce auquel il favorise l'engagement des individus dans l'activité et leur permet « *de conserver ou de développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie* » (Ministère de la santé et des sports, 2010, p2).

Et en énonçant que « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* », il confirme explicitement la légitimité de l'ergothérapeute en tant que professionnel, acteur du vieillissement en santé (Ministère de la santé et des sports, 2010, p2).

En complément, ce référentiel met en avant différentes compétences professionnelles de l'ergothérapeute qui le légitiment dans son exercice tant en prévention qu'auprès d'un public de personnes âgées. Ainsi, l'ergothérapeute est formé pour élaborer une démarche d'éducation et de conseil. Il peut donc mettre en place des actions pédagogiques et réaliser des préconisations en vue de favoriser la participation et l'engagement des individus. L'ergothérapeute est également formé pour recueillir les besoins et les attentes de la personne, pour repérer et analyser les situations à risque, pour identifier les facilitateurs et les obstacles à l'indépendance et à l'autonomie liés à la personne et à son environnement et enfin pour formuler un diagnostic. Le diagnostic ergothérapeutique a pour objet de définir et d'expliquer l'état occupationnel de la personne (Dubois et al., 2017). Il met en évidence les éléments relevés lors de l'évaluation et qui vont lui permettre ensuite d'orienter son intervention. Ces compétences le légitiment pour intervenir en prévention et auprès des personnes âgées notamment. Ensuite, il est formé pour concevoir et conduire un projet d'aménagement de l'environnement. Sachant que, selon une étude réalisée en 2019 sur les seniors, par l'Institut français d'opinion publique (IFOP), 85% des personnes interrogées souhaitent pouvoir vieillir à leur domicile quelles que soient les difficultés de maintien d'autonomie qui pourraient apparaître et que le rapport Boulmier, publié en 2012, pose le constat de l'inadéquation entre l'habitat et l'habitant, source de restriction de participation, l'ergothérapeute apparaît donc également légitime à intervenir dans ce domaine. En tant que thérapeute, il est formé à établir une relation avec la personne. Il sait accueillir, écouter, favoriser la communication et développer une relation de confiance ; ce sont autant d'atouts

dans une relation avec une personne âgée et son entourage. Enfin, il sait travailler en équipe et en réseau, ce qui est indispensable dans le cadre d'un exercice dans une démarche de prévention primaire qui implique la coopération de différents professionnels.

3.2. Le modèle de l'occupation humaine pour guider l'ergothérapeute dans sa pratique en prévention

Pour le guider dans sa pratique, l'ergothérapeute va s'appuyer sur un modèle conceptuel. Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) définit le modèle conceptuel comme étant « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ». Il intègre donc les connaissances théoriques et pratiques de la profession et s'appuie sur la recherche. Par la schématisation, il va donc permettre à l'ergothérapeute de représenter une situation et ainsi de l'évaluer et de la traiter selon les axes modélisés. L'utilisation d'un modèle apporte donc à l'ergothérapeute un « *cadre d'intervention structuré et argumenté* » à sa pratique, des outils d'évaluation et une démarche de qualité garantissant des résultats solides (Morel-Bracq, 2017). Le modèle va donc guider l'ergothérapeute dans sa pratique, donner du sens entre ce qu'il évalue et ce qu'il traite et lui permettre d'avoir un langage commun avec les professionnels.

Différents modèles ont été élaborés, tant par des ergothérapeutes que dans d'autres disciplines (médecine, ergonomie, psychologie notamment) (Morel-Bracq, 2017). Les modèles propres à l'ergothérapie sont étroitement liés à la science de l'occupation.

Selon Caire, Morestin et Chabaille (2012), l'ergothérapeute s'attache dans sa pratique à « *faciliter l'engagement de la personne dans des activités qui ont un sens pour elles et qui pourront améliorer sa qualité de vie* ». Pour parvenir à cette finalité dans le cadre d'une pratique en prévention primaire auprès des personnes âgées, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le modèle de l'occupation humaine (MOH), développé par l'ergothérapeute américain Gary Kielhofner vers la fin des années 80.

Le MOH est un modèle écologique de performance occupationnelle, centré sur l'occupation et sur la personne, et dont la finalité en ergothérapie vise à accompagner la personne dans un processus de changement causé par une altération, à lui permettre de

s'engager dans des occupations significantes et qui lui apportent de la satisfaction et à favoriser la participation occupationnelle (Morel-Bracq, 2017). Le concept d'occupation utilisé dans ce modèle est emprunté à la science de l'occupation et la notion de participation occupationnelle s'entend ici comme « *le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement* » (Morel-Bracq, 2017). Mettant en avant l'engagement dans des occupations significantes, la performance occupationnelle et la recherche de la satisfaction, ce modèle semble donc indiqué pour guider une action de prévention visant le vieillissement en santé.

Présentation du modèle (annexe II)

Le MOH est structuré en trois parties : l'Être, l'Agir et le Devenir, qui sont en interdépendance avec l'environnement.

L'Être regroupe trois composantes qui vont permettre à l'ergothérapeute d'identifier les éléments nécessaires à la personne pour s'engager dans une activité : la volition, l'habituatation et la capacité de performance.

- La volition : c'est la « motivation d'une personne à agir sur l'environnement ». Elle est caractérisée par les « valeurs » de l'individu, ses « centres d'intérêt » et sa « causalité personnelle ». Elle permet à l'ergothérapeute d'identifier ce qui est important pour la personne, ses activités significantes et son sentiment d'efficacité dans l'activité ;
- L'habituatation : elle représente les « habitudes » et les « rôles » de la personne tant sociaux que personnels ;
- La capacité de performance : ce sont les aptitudes objectives et subjectives de l'individu à agir. L'ergothérapeute recueille ici les capacités physiques et mentales qui vont impacter la réalisation de l'activité ainsi que la perception de bien-être, tant physique que mental, ressenti par la personne lors de l'activité.

L'Agir constitue la dynamique du modèle. Elle permet à l'ergothérapeute de connaître la participation occupationnelle de la personne, ce qu'elle fait au quotidien, ainsi que sa performance dans les activités et les habiletés qu'elle met en œuvre. L'ergothérapeute peut ainsi identifier les habiletés qui ont une incidence négative sur la performance et qui vont donc contribuer à réduire la participation occupationnelle.

Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir. Il s'exprime dans le degré avec lequel la personne va parvenir à s'adapter. Cette composante est essentielle et a un impact direct sur la prise en charge réalisée par l'ergothérapeute.

L'environnement, à la fois physique et social, peut être source de contraintes ou de ressources et va influencer la participation. L'ergothérapeute évalue son interaction avec la personne et avec ses occupations et mesure ses impacts.

Ce modèle, basé sur l'occupation, s'inscrit dans une démarche « top-down », c'est-à-dire orienté sur la performance. Centré sur la personne, il met l'accent directement sur les occupations significatives de la personne avec pour objectif d'optimiser l'autonomie fonctionnelle. Il permet à l'ergothérapeute d'analyser les composantes des occupations de l'individu dans le but de trouver des stratégies qui vont lui permettre de s'engager et de performer dans ces occupations.

Ce modèle peut donc s'appliquer au processus de vieillissement. L'ergothérapeute, pour les activités identifiées significatives pour la personne âgée, va repérer les éléments sources de situations à risque et préconiser des solutions pour favoriser la participation et l'engagement occupationnel de l'individu et ainsi la préservation de l'autonomie, le sentiment de bien-être et de qualité de vie.

3.3. Le rôle de l'ergothérapeute en prévention primaire

Pour l'Etat français (CNSA, 2020), les interventions menées par les ergothérapeutes dans une démarche de prévention primaire s'adressent aux personnes concernées par les conséquences de l'avancée en âge ainsi qu'à leurs proches. La finalité de leurs interventions est de permettre à la personne de rester autonome le plus longtemps possible dans ses activités et dans son environnement. Les missions des ergothérapeutes consistent ainsi à « accompagner les individus dans le passage à la retraite, prévenir les risques de chute, aménager le domicile et conseiller en aides techniques avec des mises en situation en milieu de vie ordinaire » (CNSA, 2020). Leur rôle s'attache donc à évaluer les situations à risque et à proposer des solutions ainsi qu'un accompagnement à leur mise en place.

3.4. Les objectifs des interventions en ergothérapie en prévention primaire

Sur le terrain, l'ergothérapeute Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) constate que les ergothérapeutes, aujourd'hui, interviennent essentiellement en prévention secondaire et qu'ils sont encore « *peu sollicités dans les démarches de prévention primaire* » ; ce qui explique la pauvreté des éléments sur ce sujet dans la littérature. Outre principalement les interventions réalisées au sein de caisses de retraite ou de structures inter régimes, quelques expérimentations d'actions d'ergothérapeute en prévention primaire, menées ces dernières années en France, ont été relatées et ont pu démontrer l'efficacité de l'intervention en prévention primaire des ergothérapeutes dans l'anticipation des risques liés aux conséquences de l'avancée en âge.

Le tableau en annexe III synthétise les actions menées par les ergothérapeutes au sein de cinq structures différentes, les objectifs recherchés, les personnes concernées ainsi que les éléments pouvant apprécier leur efficacité (Agirc-Arrco, 2020, PRIF, 2021, Morel-Bracq, 2019, Devanneaux, 2019, Beauregard, 2019). Mais il ne reflète en aucun cas l'exhaustivité des démarches tant elles apparaissent dépendre de la volonté locale.

Cependant, la synthèse de ces cinq modèles d'intervention permet de mettre en évidence qu'en prévention primaire, les ergothérapeutes recherchent à prévenir la perte d'autonomie. Leurs objectifs consistent à intervenir sur le logement pour anticiper les risques du domicile sur l'autonomie, à favoriser les comportements favorables à la santé et à faire connaître leur rôle pour que les individus sachent à qui s'adresser en cas de besoin. L'habitat, par le souhait de vivre le plus longtemps possible à domicile, et la mobilité, pour pouvoir continuer à s'investir et à conserver des rôles sociaux, apparaissent être les principales préoccupations des personnes âgées. En réponse à ces préoccupations, les ergothérapeutes axent leurs interventions sur la réalisation des activités significatives et l'adaptation du logement en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement pour anticiper les situations à risque et favoriser l'engagement occupationnel. Ils agissent pour permettre la compréhension du lien entre l'occupation et la santé de manière à favoriser l'implication dans les activités significatives et l'adoption de comportements favorables à la santé. Enfin les ergothérapeutes, par le biais de leurs interventions, s'attachent à faire comprendre l'intérêt de la prévention, les risques de l'avancée en âge et leur rôle dans cette démarche avec l'objectif que les

personnes acceptent les changements proposés ou bien qu'elles reviennent vers eux lorsqu'elles seront prêtes à modifier leur comportement.

3.5. Les actions menées en ergothérapie en prévention primaire

Les actions menées en individuel à domicile

Les personnes âgées souhaitent majoritairement pouvoir vivre à leur domicile le plus longtemps possible (IFOP, 2019). Car au-delà de constituer uniquement un lieu matériel, le domicile se pose comme un pilier indispensable dans la vie de la personne. Il symbolise l'intégration sociale. Empreint de représentations, il renferme les valeurs morales de l'individu et reflète ses pratiques sociales. C'est un lieu dans lequel la personne réalise une grande partie de ses activités, lui permettant ainsi d'avoir un rôle social. Source de sécurité et de confort, il peut être perçu comme une protection visant à préserver l'intimité. Enfin il peut caractériser la santé dès lors qu'il permet à la personne de continuer à y vivre (Djaoui, 2011). Le domicile prend ainsi une place importante dans les interventions préventives (Caire, Morestin et Chabaille, 2012).

Cependant, le rapport Boulmier publié en 2012 pose le constat de l'inadéquation entre l'habitat et l'habitant. Cette inadaptation du logement serait une source de restriction de participation pour la personne âgée. Et, comme le souligne Trouvé (2009), la diminution de la capacité à participer aux occupations de la vie a un impact direct sur la santé et le bien-être et peut conduire à un état de dépendance. Les ergothérapeutes, en tant qu'acteurs expert du milieu de vie et du soutien à domicile (Caire, Morestin et Chabaille, 2012), peuvent légitimement se positionner pour répondre à cette problématique.

En prévention primaire, les ergothérapeutes vont rencontrer des personnes âgées en recherche d'information sur les aides techniques existantes, sur les solutions d'aménagement du logement et aussi demandeuses de l'avis d'un professionnel sur leur logement au regard de leur avancée en âge. Selon Corlay et Trouvé (2009, p356), l'intervention de l'ergothérapeute débute par une expertise du domicile de la personne, en lien avec ses habitudes de vie, son besoin et ses attentes, car l'ergothérapeute va chercher à identifier les situations à risque, à faciliter et à sécuriser les déplacements à l'extérieur ainsi qu'à améliorer le confort à l'intérieur du logement. Il intervient à ce titre en prévention des risques de chutes,

de la dépendance et de la perte d'autonomie. Pour cela, il réalise une évaluation des capacités fonctionnelles de l'individu au travers des gestes de la vie quotidienne et identifie les activités significatives sur la base d'un entretien auprès de la personne et de son entourage, d'observations et de mises en situation dites « écologiques ».

A l'issue de ce travail d'expertise, l'ergothérapeute va formuler un diagnostic ergothérapeutique sur la base duquel, il présente à l'individu un plan d'intervention personnalisé proposant l'ensemble des préconisations d'adaptation et/ou d'amélioration de l'habitat qu'il a identifié. La mise en place de ces préconisations peut faire appel à différents professionnels du matériel médical ou du bâtiment. L'ergothérapeute peut ensuite lui-même réaliser le suivi et la coordination de leurs mises en œuvre (Corlay et Trouvé, 2009, p356).

Par la préconisation d'aides techniques, la mise en place de stratégies de compensation ou encore l'aménagement du logement, l'ergothérapeute va tenter de permettre la participation occupationnelle de l'individu et son engagement dans les activités, de manière sécurisée et satisfaisante, contribuant ainsi à prévenir la dépendance et la perte d'autonomie et à favoriser le ressenti de bien-être et la qualité de vie.

Les actions menées en collectif

Les actions collectives se déroulent sous la forme de conférences, d'ateliers ou encore de visites guidées d'un logement témoin. Les conférences s'adressent à un large public. Les ateliers se déroulent en groupes restreints pour favoriser le partage d'expérience et les échanges et ainsi encourager les changements de comportements. Il a été démontré que l'engagement dans les ateliers favorise une augmentation des capacités fonctionnelles. Au travers de ces ateliers, les ergothérapeutes s'attachent à sensibiliser les seniors sur la prévention et les conséquences de l'avancée en âge et sur l'adaptation du logement. Ils informent sur les aides techniques existantes au regard de différentes problématiques, car l'adoption d'une aide technique peut contribuer à conserver et à s'investir dans l'occupation. Enfin, ils participent également à sensibiliser sur les bénéfices de l'activité physique et de l'équilibre alimentaire en tant que ressource dans la conservation de l'autonomie.

3.6. Caractéristiques des interventions

Les ergothérapeutes peuvent exercer en prévention primaire tant au sein de caisses de retraite que de centres hospitaliers ou encore au sein de collectivités territoriales. Ils interviennent tant en individuel qu'en collectif et aussi bien à domicile qu'au sein de structures. Ils sont cependant confrontés à l'image que renvoie le lieu d'intervention et qui peut confronter l'individu à la réalité du vieillissement et ainsi être un frein au recrutement et à la participation (Morel-Bracq, 2019).

Leurs interventions s'adressent à des personnes retraitées vivant à domicile, autonomes et indépendantes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (indépendant s'entend coté GIR 5 ou GIR 6 ou non GIRés dans la grille AGGIR). La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Group Iso Ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie d'un individu en évaluant des activités corporelle et mentales dites « discriminantes » et des activités domestiques et sociales dites « illustratives ». GIR 6 correspond à une personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante et GIR 5 correspond à une personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas ou le ménage (Service public, 2020). Lorsqu'elles sont identifiées, les personnes sont contactées par courrier sinon le recrutement est réalisé au travers d'actions de communication menées au niveau local.

Les ergothérapeutes travaillent en partenariat et en réseau avec les autres professionnels car le vieillissement s'exprimant dans divers domaines, la prévention primaire pour un vieillissement en santé nécessite l'intervention complémentaire et les compétences de plusieurs professionnels (médecin, kiné, diététicien, orthoptiste, ...) (Devanneaux, 2019).

Cependant, l'entrée dans la démarche reste un problème. La prévention primaire ne semble pas faire partie des habitudes des personnes qui ne voient pas toujours l'intérêt de faire intervenir un ergothérapeute (Beauregard, 2019, Devanneaux, 2019). Pour autant, la connaissance du rôle de l'ergothérapeute semble être un facteur favorisant d'une entrée plus précoce dans la démarche (Beauregard, 2019).

En synthèse de ce cadre conceptuel, le constat est posé. La population française vieillit. Les individus vivent de plus en plus longtemps mais pas toujours en bonne santé. L'impact sur les dépenses de santé est tel que « vivre longtemps et en meilleure santé » constitue aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé publique. Et en réponse à cet objectif, l'Etat français affiche une réelle volonté de décentrer le système de santé et de développer des actions de prévention primaire visant à anticiper les conséquences de l'avancée en âge. Dans ce contexte, Santé Publique France propose différentes actions de prévention primaire articulées autour de la thématique du bien vieillir. Ces actions visent à favoriser le vieillissement en santé des personnes vieillissantes. Elles sont relayées au niveau local par différentes structures et visent à concerner les personnes âgées avant l'entrée dans la dépendance.

L'ergothérapeute participe à ces actions essentiellement autour des problématiques liées au logement, de la prise de conscience de la nécessité d'anticiper et de l'accompagnement dans le maintien de l'autonomie. Agir en prévention primaire pour permettre à l'individu de vieillir en santé, c'est ainsi l'aider à conserver sa participation et son engagement occupationnel dans des activités qui font sens pour lui, ce qui va lui permettre de vivre avec un ressenti de bien-être et de qualité de vie.

II. Méthodologie d'enquête

1. Recueil des données

1.1. Les informations à recueillir

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs axes d'enquête apparaissent intéressants à explorer.

Tout d'abord, il semblerait opportun d'enquêter auprès de la population des personnes âgées elles-mêmes et en particulier auprès des personnes qui ont bénéficié de l'intervention d'un ergothérapeute en prévention primaire de manière à recueillir leur vécu et leur ressenti sur les impacts consécutifs à l'intervention. Cela permettrait de comprendre, concrètement, par le biais de témoignages, en quoi l'intervention de l'ergothérapeute a pu ou non agir pour favoriser un vieillissement en santé.

En parallèle, il apparaît également intéressant de recueillir l'expérience et le vécu des ergothérapeutes exerçant en prévention primaire auprès de personnes âgées, de manière à comprendre leur démarche d'intervention : approche adoptée, objectifs poursuivis et méthodes appliquées. Cela permettrait d'identifier, selon leur vision, les spécificités de leur pratique qui peuvent favoriser ou non le vieillissement en santé.

Enfin, en complément de cette seconde approche et considérant que le concept de vieillissement en santé est actuellement au cœur des préoccupations de la société, il pourrait être pertinent de compléter cette enquête en rassemblant plusieurs ergothérapeutes pour réaliser un focus group sur la thématique de l'ergothérapie dans le vieillissement en santé. Les échanges entre professionnels et les différents points de vue permettraient de faire émerger des principes d'intervention propres à la profession pour contribuer efficacement au vieillissement en santé.

Cette approche, en trois parties, constitue un idéal. Cependant, au regard des contraintes de temps inhérentes à l'élaboration de ce mémoire et à celles liées au contexte de pandémie actuelle ainsi qu'aux exigences requises par les différentes approches et, l'enquête menée dans ce mémoire s'est attachée uniquement à recueillir l'expérience et le ressenti des ergothérapeutes exerçant en prévention primaire auprès de personnes âgées.

Les éléments recueillis se sont intéressés aux personnes rencontrées lors des interventions en prévention primaire, aux lieux et modalités d'exercice des ergothérapeutes, à leur pratique ainsi qu'à leur ressenti quant aux apports de leurs actions. Par ces indicateurs, l'enquête a donc cherché à identifier les spécificités de l'intervention en ergothérapie qui permettent d'accompagner l'individu âgé à vivre un vieillissement en santé.

1.2. La méthode d'enquête retenue

Pour procéder au recueil des informations et ainsi permettre d'apporter une réponse à la question de recherche, l'enquête réalisée a suivi une méthode spécifique qui est la méthode qualitative. Cette méthode permet d'explorer un sujet et d'accéder à des informations détaillées sur un sujet en recueillant un avis, une opinion. Elle apparaît la plus appropriée pour recueillir l'expérience et le vécu des ergothérapeutes.

L'outil mis en œuvre dans le cadre de cette méthode est l'entretien semi-directif. Par sa définition, il s'impose comme l'outil le plus adapté dans le cadre de cette enquête car, selon Sylvie Tétreault (2014, p215), il permet « *d'explorer des expériences humaines et de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire* ».

Le choix de ce type d'entretien repose sur la nécessité de pouvoir échanger de manière interactive et souple aux propos avancés. Il a l'avantage, pour la personne qui mène l'entretien, de disposer d'une trame de questions préalablement élaborée pour lui permettre de ne pas s'éloigner des thèmes de recherche lors de l'échange. Et il offre de la flexibilité dans l'ordre de passation des questions, ce qui permet de suivre et d'approfondir, le cheminement de la personne interrogée sans être contraint de mettre de côté un propos pour devoir y revenir par la suite. S'agissant ici d'un partage d'expérience, il est indispensable pour le bon déroulement de l'entretien, de pouvoir bénéficier de cette souplesse dans la passation et de pouvoir également s'appuyer sur un guide d'entretien qui permet de ne pas perdre de vue l'objectif recherché tout au long de l'entretien.

Cette méthode permet donc de recueillir des informations très riches, ce qui la rend de fait très chronophage notamment en termes de passation, de retranscription et d'analyse.

De plus, elle comporte le risque que la personne qui mène l'entretien, portée par la volonté de confirmer ou invalider les hypothèses qu'elle a préalablement énoncées, induise les réponses en reformulant ou en complétant les questions, puisque l'entretien se déroule uniquement sous forme d'interactions et d'échanges verbaux.

1.3. La population d'enquête

Pour tenter de répondre à ce questionnement ainsi qu'aux hypothèses de réponse théoriques, l'enquête est réalisée auprès de professionnels qui, d'une part, ont une expérience à partager en lien avec le sujet et d'autre part, sont crédibles sur cette thématique (Tétreault, 2014).

La population d'enquête se constitue donc d'ergothérapeutes diplômés d'état, exerçant en France et réalisant des actions de prévention primaire auprès de personnes âgées vivant à domicile.

Il n'y a pas de condition sur le lieu géographique d'exercice, ni sur la structure pour laquelle ils interviennent, ni sur l'ancienneté qu'ils ont dans leur pratique en prévention primaire en gérontologie. Car imposer une structure ou un lieu d'exercice pourrait restreindre les éléments de réponse et masquer d'éventuelles différences entre les lieux géographiques. Par ailleurs, l'ancienneté peut avoir un impact sur l'expérience dans la pratique. Cependant, dans la mesure où il s'agit d'une pratique innovante, il a semblé malgré tout intéressant de ne pas poser de critères d'exclusion sur l'ancienneté pour ne pas être trop restrictif et ainsi complexifier le recrutement.

1.4.Méthode de recrutement

Pour recruter les ergothérapeutes répondant aux critères, les réseaux sociaux et en particulier LinkedIn ont été utilisés mais également des sites web d'organisations connues pour réaliser des actions en prévention primaire en gérontologie. Sur les réseaux sociaux et par le biais de différents critères de recherche tels que la terminologie « ergothérapeute prévention primaire gériatrie » ou encore les publications de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) en matière de prévention, des ergothérapeutes ont été identifiés comme pouvant potentiellement répondre aux critères.

Douze ergothérapeutes ont ensuite été contactés par courrier électronique. Il leur a été proposé de participer à l'enquête. Trois d'entre eux ayant répondu favorablement à la demande ont été interrogés.

1.5.Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend une liste de questions qui doivent permettre de récolter les informations indispensables pour apporter des réponses à la question de recherche et valider ou invalider l'hypothèse proposée.

Le présent guide d'entretien se compose de 13 questions ouvertes, plutôt larges, regroupées en trois thèmes et de questions de relance, élaborées pour permettre de préciser les informations recueillies. Une grille d'analyse associée à chaque question a également été construite simultanément de manière à faciliter le traitement des informations recueillies.

La structure des questions réparties par thème est la suivante :

- 2 questions relatives au profil de l'ergothérapeute exerçant en prévention primaire en gérontologie
- 5 questions relatives au profil des personnes âgées dans la démarche de prévention primaire
- 6 questions relatives à l'intervention de l'ergothérapeute et ses apports

Le détail du guide d'entretien et de la grille d'analyse est présenté en annexe IV.

2. Réalisation de l'enquête sur le terrain

Parmi les ergothérapeutes contactés, trois ont accepté d'être interrogés. Tenant compte des conditions sanitaires lors de la période de passation des entretiens, il a été proposé aux ergothérapeutes que les entretiens soient réalisés par téléphone, ce que tous ont immédiatement accepté. L'utilisation d'un outil de visio-conférence a été envisagé mais n'a cependant pas été retenu pour des raisons techniques.

Les rendez-vous de passation d'entretien ont été organisés soit par courrier électronique soit directement par téléphone. Afin de faciliter la retranscription et l'analyse des éléments échangés lors de l'entretien, une demande d'autorisation d'enregistrement a été envoyée à chaque ergothérapeute, par le biais d'un formulaire à remplir et à signer. Tous l'ont acceptée et ont retourné le formulaire complété et signé avant la passation de l'entretien.

Lors de chaque début d'entretien, les trois thèmes qui allaient être abordés ont été présentés. Il a été donné une durée approximative prévue pour l'entretien. Enfin, la confidentialité de l'échange a été rappelée ainsi que la liberté, pour la personne interrogée, de répondre ou non à une question et sa possibilité, à tout moment, d'ajouter des éléments, de retirer des propos ou de les ajuster.

Les entretiens se sont donc déroulés par téléphone, ils ont été enregistrés puis retranscrits pour permettre l'analyse de leur contenu (annexe V).

3. Méthode d'analyse des données recueillies

La phase d'analyse des données recueillies lors des entretiens porte plusieurs objectifs. Elle doit, en premier lieu, permettre de vérifier les hypothèses à la question de recherche et qui ont été émises à l'issue de la phase d'élaboration du cadre conceptuel. Elle doit également, en second lieu, permettre de mettre en évidence d'autres éléments de réponse, venant affiner ou compléter les premières hypothèses établies (Van Campenhoudt, Marquet et Quivy, 2017).

L'analyse des entretiens est, dans le cadre de ce travail de recherche, réalisée à partir de la grille d'analyse élaborée en parallèle du guide d'entretien. Ceci apporte une garantie que les résultats de l'analyse sont exempts des valeurs et de la subjectivité du chercheur (Van Campenhoudt, Marquet et Quivy, 2017). Par ailleurs l'utilisation de cette grille est systématique pour l'ensemble des entretiens réalisés, ce qui permet de comparer les contenus de manière objective.

Questions	Attentes
Expérience professionnelle de l'ergothérapeute en prévention primaire	
Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel dans le domaine de la prévention primaire ?	⇒ Caractéristiques de l'activité des ergothérapeutes exerçant en prévention primaire en gérontologie ⇒ Caractéristiques des structures
Quand intervenez-vous par rapport à l'apparition des difficultés ?	⇒ L'ergothérapeute intervient-il bien en prévention primaire ?
Les personnes dans la démarches de prévention primaire	
Pouvez-vous me présenter les profils des personnes que vous rencontrez lors de vos actions de prévention ?	⇒ Caractéristiques des personnes rencontrées en prévention primaire
Quelles sont les caractéristiques de leur lieu de vie ?	⇒ Prépondérance d'un type de logement dans l'inadéquation habitant / habitat ?
Quelles sont, selon vous, les motivations des personnes à entrer dans une démarche de prévention ?	⇒ Besoins et attentes des personnes ⇒ Intérêt porté à la prévention
Selon vous, quelle place accordent-elles à la qualité de vie et la préservation de l'autonomie dans leur quotidien ?	⇒ Lien entre les attentes et la perception de qualité de vie ⇒ Facteurs influençant la qualité de vie et l'autonomie
Expérience pratique de l'ergothérapeute en prévention primaire	
Quels avantages ou inconvénients identifiez-vous dans le (les) lieu(x) dans le(s)quel(s) vous intervenez ?	⇒ Obstacles et freins à l'efficacité de l'intervention en fonction du lieu d'exercice
Quelle est la finalité recherchée dans vos interventions ?	⇒ Connaissances des risques sur lesquels l'ergothérapeute intervient ⇒ Connaissances des objectifs poursuivis dans les interventions
Quels types d'actions de prévention êtes-vous amené à réaliser pour répondre aux objectifs ?	⇒ Connaissance des différentes activités de l'ergothérapeute
Ressenti de l'ergothérapeute sur les apports de ses interventions	
Selon vous, en quoi la nature de l'intervention, individuelle ou collective, peut-elle influencer son efficacité ?	⇒ Impact de la nature de l'intervention sur son efficacité
Quel retour de la part des individus avez-vous à l'issue de vos interventions ?	⇒ Adhésion des personnes à la démarche ⇒ Impact sur les comportements
Selon vous, quels sont les facteurs de succès ou bien les freins de la démarche d'intervention en ergothérapie en prévention primaire auprès d'une personne âgée ?	⇒ Atouts de l'ergothérapie dans une démarche de prévention

La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique et elle se structure en trois étapes.

La première étape est la préparation des données brutes (Van Campenhout, Marquet et Quivy, 2017). Elle a consisté à retranscrire en intégralité les propos échangés lors de chacun des trois entretiens afin d'éviter d'écarter certains propos et de permettre par la suite une bonne finesse d'analyse. Les noms des interlocuteurs et des structures ont été anonymisés.

La seconde étape a consisté à organiser les propos retranscrits en vue de leur analyse. Un codage ouvert a été mis en place et a ainsi permis de créer des indicateurs de réponse à partir des termes employés par les personnes interrogées dans les entretiens. Ces indicateurs ont été organisés en fonction des thèmes proposés dans la grille d'entretien. Les résultats obtenus sont présentés dans ce document sous forme de tableaux ou de graphiques.

Enfin, la dernière étape a consisté à mettre en relation les résultats entre eux et à les comparer avec les éléments issus du cadre théorique. Les résultats de ces comparaisons permettent de poser des conclusions et les écarts mis en évidence ont été interprétés et ont fait l'objet d'une discussion.

4. Résultats de l'enquête

4.1. Présentation des personnes interrogées

L'enquête a été réalisée auprès de 3 ergothérapeutes qui répondaient aux critères d'inclusion et dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-après.

	Année de diplôme	Ancienneté d'exercice en prévention primaire en gérontologie	Région d'exercice
Ergothérapeute 1 (E1)	2003	2018	Loire-Atlantique (44)
Ergothérapeute 2 (E2)	1992	2013	Lot-et-Garonne (47)
Ergothérapeute 3 (E3)	2002	2005	Grand-Est (54)

Les ergothérapeutes interrogés ont volontairement été choisis dans des régions différentes de manière à pouvoir identifier, en fonction des propos recueillis, si le lieu géographique d'exercice pouvait influencer tant la pratique que les profils des personnes rencontrées ou encore leurs besoins d'intervention.

Tous sont diplômés d'Etat et indiquent exercer en prévention primaire en gérontologie.

4.2. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

4.2.1. Caractéristiques de l'activité des ergothérapeutes interrogés

➤ **Présentation des résultats**

	Structure(s) d'exercice en prévention primaire en gérontologie	Type de l'action de prévention	Lieu(x) d'intervention	Type d'activité
Ergothérapeute 1	⇒ Collectivité territoriale ⇒ CLICS	⇒ Individuel et collectif ⇒ Individuel	⇒ Structure ⇒ Domicile	⇒ Salarié
Ergothérapeute 2	⇒ Caisse de retraite complémentaire ⇒ ESA	⇒ Individuel	⇒ Domicile ⇒ Domicile et extérieur	⇒ Libéral ⇒ Salarié
Ergothérapeute 3	⇒ Caisse de retraite	⇒ Individuel, collectif et expertise	⇒ Domicile ⇒ Salle de conférence, forums ⇒ Résidences autonomie ⇒ Start-up	⇒ Salarié

L'ergothérapeute 1 exerce depuis trois ans au sein de deux structures en parallèle. Selon lui, ces deux lieux de travail lui permettent de « *faire de la prévention primaire auprès des plus de 60 ans* ». Dans la structure 1, il intervient aussi bien « *en individuel qu'en collectif* », dans les locaux de la structure car c'est « *un lieu d'accueil au public* ». Dans la structure 2, il intervient exclusivement à domicile et en individuel « *pour accompagner sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie* ». L'ergothérapeute 1 précise avoir une activité salariée.

L'ergothérapeute 2 réalise des actions de prévention primaire également au sein de deux structures en parallèle. Quand il évoque son activité, il confirme intervenir « *en prévention primaire, par le biais d'une caisse de retraite complémentaire et dans le cadre de son activité ESA* ». Il indique que ses interventions sont exclusivement réalisées « *en individuel et à domicile* » quand il agit mandaté par la caisse de retraite complémentaire et parfois à l'« *extérieur du domicile* » dans le cadre de l'ESA. Il intervient, 30% de son temps, dans le cadre d'une « *activité libérale* », lorsqu'il est « *mandaté par la caisse de retraite* » et « *70% de son temps en salariat dans une structure ESA* ».

L'ergothérapeute 3 exerce, en tant que salarié, au sein d'une caisse de retraite. Il mène des actions de prévention tant individuelles que collectives et aussi bien à domicile que dans différentes structures. Pour cela, il dit réaliser « *de la prévention à domicile, pour les personnes âgées à domicile* » et également « *des actions collectives pour prévenir la perte d'autonomie des séniors* ». Il évoque également intervenir dans le cadre de « *la réhabilitation de résidences autonomie pour éviter la perte d'autonomie* » des résidents et

aussi « *en accompagnement de start-up qui développent des projets technologiques pour prévenir la perte d'autonomie* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les ergothérapeutes interrogés exercent en prévention primaire pour différentes structures connues pour cette activité, telles que des caisses de retraite, des collectivités territoriales ou des CLICs. L'un d'entre eux indique réaliser de la prévention primaire dans le cadre de son activité en ESA. Cette structure n'a pas été mise en relief lors de la phase de recherche théorique car l'objectif de l'intervention auprès des aidants dans ce contexte ne consiste pas à permettre le vieillissement en santé de la personne accompagnée mais de prévenir l'épuisement de l'aidant. Les entretiens ont cependant permis de mettre en évidence de nouveaux lieux dans lesquels les ergothérapeutes interviennent en prévention primaire ; il s'agit des résidences autonomie et des start-up. Ces lieux ont trait à deux axes d'activité de l'ergothérapeute non identifiés lors de la phase de recherches théoriques.

Au sein de ces structures, les ergothérapeutes évoquent réaliser des interventions aussi bien en individuel qu'en collectif. L'approche de l'ergothérapeute apparaît donc être en adéquation avec les préconisations de l'Etat qui recommandent d'agir selon cette approche pour favoriser la réussite de la prévention.

4.2.2. Caractéristiques des structures et des offres de prévention

➤ **Présentation des résultats**

	Structure	Offre
Ergothérapeute 1	Collectivité territoriale	⇒ Ateliers de prévention ⇒ Espace logement témoin
	CLICS	Visites à domicile
Ergothérapeute 2	Caisse de retraite	Diagnostic domicile
Ergothérapeute 3	Caisse de retraite	⇒ Visites à domicile ⇒ Conférences, forums, ateliers ⇒ Accompagnement de projets technologiques et de rénovation de résidences

L'ergothérapeute 1 présente sa première structure comme une « *collectivité territoriale qui a pris une compétence dans le médico-social depuis 2016 avec la loi NOTRe* », relative à la réorganisation territoriale. Cette structure a affiché sa volonté de s'ouvrir à la prévention par deux actions en particulier. D'une part, elle a « *créé un poste*

dans son service gérontologique domicile » et elle a « embauché un ergothérapeute pour intervenir en complément de l'action des CLICS », la seconde structure pour laquelle l'ergothérapeute 1 exerce. D'autre part, elle a également « créé un centre de ressources et d'expertise en aides techniques (CREAT), qui est un lieu de présentation, de démonstrations et d'essais d'aides techniques, sous l'angle de la prévention, et encadré par un ergothérapeute ». Elle propose des actions de prévention à un public à partir de 60 ans, par le biais de « visites à domicile » dans le cadre des CLICS. Elle propose des « ateliers de prévention » et met à disposition des visiteurs un « espace logement témoin ».

La caisse de retraite, pour laquelle l'ergothérapeute 2 intervient, propose à ses « bénéficiaires de plus de 75 ans », un « diagnostic domicile ». Elle mandate l'ergothérapeute 2 pour « intervenir au domicile » des personnes lorsqu'elles résident dans son secteur géographique.

La caisse de retraite dans laquelle l'ergothérapeute 3 exerce, intervient en prévention primaire sur plusieurs axes. Elle s'adresse à un public de particuliers qui sont des personnes « retraitées bénéficiaires à partir de 55 ans » et auxquelles elle propose « des visites à domicile, des conférences, des ateliers ». Elle propose également un accompagnement dans le développement de projets technologiques et la rénovation de résidences autonomie, dans lequel l'ergothérapeute intervient. Il précise « travailler sur la réhabilitation des résidences autonomie » et « suivre des projets technologiques liés à la prévention de perte d'autonomie ».

➤ **Analyse des résultats**

L'offre de prestation de prévention primaire apparaît commune à l'ensemble des structures quant aux actions menées au domicile des personnes et à celles réalisées au sein des structures elles-mêmes. Les prestations proposées concordent avec les actions bénéfiques à la prévention de la perte d'autonomie mises en exergue par le rapport d'information fait au Sénat en mars 2021. Les structures proposent donc des visites à domicile chez les personnes âgées afin d'établir un diagnostic des situations à risques de perte d'autonomie au sein du logement. Dans leurs locaux, elles offrent des prestations collectives organisées sous forme de conférences, de forums ou encore d'ateliers autour de thématiques en lien avec la perte d'autonomie.

L'approche, lors des entretiens, de la thématique des prestations des structures en matière de prévention primaire, a permis de mettre en évidence un nouvel axe d'intervention auquel

l'ergothérapeute participe. En effet, l'une des structures finance les projets de réhabilitation de résidences autonomie ainsi que les projets technologiques développés dans le cadre de la silver économie. A ce titre, elle impose la participation d'un ergothérapeute dans ces projets qui va intervenir en tant que conseiller, expert du vieillissement et de l'environnement.

4.2.3. Caractéristiques des personnes rencontrées en prévention primaire

➤ Présentation des résultats

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Aidants familiaux	X		
Aidants professionnels	X		
Particuliers			
- à partir de 55-60 ans	X		X
- A partir de 75 ans	X	X	X
Techniciens des opérateurs habitat			X
Techniciens habitat en résidences autonomie			X
Start-up			X

L'ergothérapeute 1 est amené à rencontrer des « *particuliers* » à partir de 60 ans mais aussi des « *aidants familiaux* » et des « *professionnels aidants* » dans la structure ouverte au public. Il présente les « *professionnels aidants* » comme étant « *des professionnels en activité, âgés de 20 à 65 ans* ».

L'ergothérapeute 2 dit intervenir auprès de « *personnes qui ont toutes plus de 75 ans* » et présente le critère d'âge minimal de 75 ans comme « *une spécificité de la caisse de retraite complémentaire* ».

L'ergothérapeute 3 confirme intervenir « *vers les professionnels et vers les personnes âgées directement* ». Il présente les personnes âgées qu'il rencontre comme des « *personnes retraitées majoritairement de la caisse de retraite* », dont l'âge minimum est de « *55 ans* » et l'âge moyen se situe « *entre 80 et 85 ans* ». Il décrit ces personnes comme « *autonomes, en GIR 5 et 6, vivant à domicile et pouvant être en retour d'hospitalisation* ». Il évoque également intervenir auprès de « *techniciens des opérateurs habitat qui recherchent des aides financières pour les personnes âgées* » mais aussi auprès de « *résidences autonomie dans le cadre de leur projet de réhabilitation* » et de « *start-up qui développent des projets technologiques pour prévenir la perte d'autonomie* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les différents entretiens ont mis en avant le fait que les trois ergothérapeutes interrogés interviennent en prévention primaire auprès de différentes populations. Ils interviennent tous directement auprès d'un public de personnes âgées dont on peut constater que l'âge varie en fonction des structures et de l'activité de celles-ci. L'âge de 75 ans apparaît être une charnière pour certaines prestations. Des structures vont ainsi s'adresser à l'ensemble des retraités, quel que soit leur âge ; seul le critère de « retraité » suffit à donner l'accès aux prestations. Cela coïncide avec le fait, qu'en France, le passage à la retraite conditionne l'appartenance au groupe social des « personnes âgées ». D'autres structures cependant vont orienter vers certaines de leurs prestations, uniquement une population âgée de 75 ans et plus. Il est à noter également, que pour les structures adressant tous les retraités sans conditions d'âge, il semble malgré tout que la population participante se situe au-delà des 75 ans (moyenne d'âge de 80-85 ans). Cela rejoint les éléments théoriques recueillis tant au regard du critère d'âge pris en compte dans les structures qu'à la moyenne d'âge constatée dans les interventions (80 ans).

Les entretiens ont permis de mettre en évidence que la prévention primaire auprès des personnes âgées peut être réalisée également par le biais d'actions indirectes menées auprès d'autres publics. Ces prestations n'ont pas été mises en relief lors des recherches théoriques. Il apparaît que les ergothérapeutes peuvent donc intervenir auprès d'un public d'aidants, tant familiaux que professionnels mais aussi auprès de différents professionnels. Sont ainsi principalement concernés, les techniciens des opérateurs habitat, les techniciens habitat des résidences autonomie et les professionnels des nouvelles technologies.

4.2.4. Positionnement de l'intervention en regard de l'arrivée des problématiques

➤ **Présentation des résultats**

Ergothérapeute 1	Avant l'arrivée des problématiques
Ergothérapeute 2	
Ergothérapeute 3	

Lors de l'entretien, l'ergothérapeute 1 dit intervenir auprès de personnes « *qui commencent à avoir des petits troubles* ». L'ergothérapeute 2 présente son public comme étant « *des gens vieillissants sans trouble, qui ne présentent pas de difficultés sur les activités* ».

de vie quotidienne ou très peu ». Enfin, l’ergothérapeute 3 intervient auprès de personnes « sans trouble », « qui veulent se maintenir », ou bien « qui présentent déjà quelques difficultés ». Dans ce second cas, il dit « agir en prévention secondaire car il aide à recouvrer l’autonomie », cependant, il confirme également agir en prévention primaire car il profite de son intervention pour « anticiper d’autres potentielles difficultés ».

➤ **Analyse des résultats**

Les trois ergothérapeutes rencontrent unanimement des personnes âgées avant l’apparition des difficultés. Les termes « sans troubles », « petits troubles » ou encore « pas ou peu de difficultés » sont utilisés pour caractériser les individus en regard des problématiques d’autonomie dans leur vie quotidienne. Ils disent intervenir pour anticiper l’apparition des difficultés. Cela vient confirmer, au regard de la définition même de la prévention primaire, le fait que les ergothérapeutes interviennent effectivement dans un contexte de prévention primaire et agissent dans une optique de prévention primaire.

4.2.5. Motivation et intérêt pour la prévention primaire

Motivation et intérêt des personnes âgées

➤ **Présentation des résultats**

Porte d’entrée dans la démarche :

Particuliers entre 55 et 70 ans	E1 : Démarche personnelle E1 : Recherche d’informations sur les aides pour leurs parents
	E3 : Démarche personnelle ou Sur sollicitation E3 : Recherche d’informations suite vécu de situations à risque
Particuliers à partir de 75 ans	E1 : Démarche non spontanée E1 : Recherche d’informations parce qu’ils ont une problématique liée au logement ou aux déplacements
	E2 : Démarche volontaire E2 : Recherche d’un avis d’un professionnel sur les risques dans la vie et dans leur logement E2 : Recherche de conseils sur l’aménagement du domicile
	E3 : Démarche personnelle ou Sur sollicitation E3 : Recherche d’informations suite vécu de situations à risque

L'ergothérapeute 1 présente les personnes âgées entre 60 et 70 ans comme étant dans une démarche personnelle de recherche d'informations sur les aides existantes. Il les décrit comme « *un public curieux, en recherche d'informations et très réceptif à tout ce qui est abordé, qui se projette très bien dans les aides techniques mais pour leurs parents et pas pour eux* ». Les particuliers âgés de 80-90 ans qu'il rencontre, ne sont, selon lui, pas dans une démarche spontanée. Ils viennent parce qu'« *ils ont une problématique et sont accompagnés d'un aidant familial ou professionnel* ».

A contrario, l'ergothérapeute 2, qui rencontre des personnes de plus de 75 ans, note que « *leur démarche est volontaire, elles sont curieuses et à l'origine de la demande* ». Elles expriment peu de besoin spécifiques mais sont surtout en recherche d'un avis d'un professionnel sur leur logement car « *elles ont identifié des zones accidentogènes et veulent savoir ce que le professionnel en pense* ».

Enfin, pour l'ergothérapeute 3, les personnes peuvent entrer dans la démarche aussi bien « *à leur initiative ou sur proposition d'un évaluateur de la caisse de retraite* ». Mais selon lui, la personne qui entre de manière volontaire dans la démarche de prévention, le fait souvent en raison d'un vécu de situations à risque. Il précise que « *s'il s'agit d'une demande initiale de la personne, alors c'est souvent une personne qui s'est fait peur* ».

Intérêt pour la prévention primaire :

Ergothérapeute 1	Personnes de 55-70 ans : intéressées - projection dans la prévention <u>pour leurs parents</u> Personnes de 80-90 ans : peu de revendications, souvent dans le refus d'aide technique
Ergothérapeute 2	Personnes > 75 ans : intéressées - projection dans la prévention <u>pour elles-mêmes</u>
Ergothérapeute 3	Personnes intéressées mais ne concrétisent pas suffisamment

L'ergothérapeute 1 précise que pour les individus de moins de 75 ans, la prévention primaire n'est pas quelque chose « *qui parle* » pour soi. Il présente ces personnes comme se positionnant plutôt en tant que « *ressources* » et qui vont se « *faire le relais* » et « *sensibiliser leurs parents aux problématiques* ». Et il décrit les personnes de plus de 75 ans qu'il rencontre comme « *résignées* ». Il dit que souvent « *elles font avec* » et sont dans le refus des aides techniques.

L'ergothérapeute 2 présente les personnes âgées qu'il rencontre comme « *demandeuses pour les 2/3 et s'inscrivant dans une dynamique de prévention des risques* ».

Les propos de l'ergothérapeute 3 montrent que les personnes ne s'inscrivent pas naturellement dans la démarche de prévention : « *la prévention primaire est encore difficile* ». De plus, il constate que plus de la moitié des personnes ne suit pas les préconisations voire ne se sent pas concernée tant qu'elles ne sont pas confrontées au problème. Il explique cela par « *un manque de prise de conscience qu'il y a un risque à prévenir* » et par les « *représentations du logement* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les résultats des entretiens mettent en évidence deux approches de la prévention et deux intérêts distincts portés à la prévention qui semblent corrélés à l'âge des individus. Une nouvelle fois, l'âge de 75 ans ressort et apparaît démarquer les personnes âgées selon deux groupes. Tout d'abord, les personnes âgées entre 55 et 75 ans puis celles âgées de plus de 75 ans. Ces résultats font écho à la « catégorisation » des personnes âgées relevée dans la partie théorique. En effet, l'âge de 75 ans y est évoqué comme étant l'âge à partir duquel les problèmes de santé vont s'aggraver. Il induit même un changement d'appellation et de rôle social des personnes. Avant cet âge, les individus âgés sont nommés par le terme de « séniors » et ils assurent plutôt le rôle d'aidants, tandis qu'à partir de cet âge, ils deviennent le « 3^{ème} âge » et endossent le rôle d'« aidés ».

Les particuliers, âgés majoritairement entre 55 et 75 ans, sont présentés lors des entretiens comme étant dans une démarche personnelle au regard de la prévention et en recherche d'informations à la fois techniques et financières. Selon les ergothérapeutes, ce sont des personnes qui apparaissent intéressées par la prévention primaire, pour autant elles ne se sentent pas concernées, elles ne se projettent pas pour elles-mêmes mais plutôt pour leurs parents, leur entourage. Cela corrobore tant le rôle d'« aidant » qui leur est associé dans cette tranche d'âge que l'intérêt et les motivations qu'ils affichent au travers du portail de la CNSA.

Pour les particuliers de plus de 75 ans, on peut constater que la porte d'entrée dans la démarche varie en fonction de la structure qui l'initie. Certains vont entrer dans la démarche sur sollicitation d'un tiers, d'autres de leur propre initiative. Pour autant, bien qu'elles se montrent intéressées par la démarche, les personnes de plus de 75 ans apparaissent souvent résignées et considèrent les conséquences de l'avancée en âge comme un état de fait.

Motivation et intérêt des autres publics

➤ Présentation des résultats

Aidants familiaux	E1 : Démarche personnelle E1 : Recherche d'informations sur les aides
Aidants professionnels	E1 : Démarche personnelle E1 : Recherche d'informations sur les aides
Techniciens des opérateurs habitat	E3 : Activité professionnelle adaptée au vieillissement
Résidences autonomie	E3 : Concevoir des logements en tenant compte du vieillissement
Start-up	E3 : Développer des systèmes innovants pour augmenter la prévention de la perte d'autonomie

Les aidants rencontrés par l'ergothérapeute 1 sont dans une démarche personnelle d'information et de découverte. Il indique que les aidants « *s'organisent pour venir* », ils viennent « *découvrir le lieu et s'informer* ». Ils vont ainsi avoir un rôle de « *relais pour les personnes qu'ils accompagnent, pour leur famille et même pour eux-mêmes* ».

L'ergothérapeute 3 évoque « *former les techniciens des opérateurs habitat sur le vieillissement et sur la prévention de la perte d'autonomie par le biais des aides techniques et de l'aménagement du logement* ». Ces techniciens ont la charge de rechercher des aides financières pour les projets d'aménagement des logements des séniors. Lors de la rénovation de résidences autonomie, les techniciens du bâtiment cherchent à « *concevoir des logements en prenant en compte le vieillissement et l'évolution du vieillissement pour éviter les chutes et la perte d'autonomie* ». Enfin, les start-up de la silver économie sont accompagnées d'un expert du vieillissement et de la perte d'autonomie dans leurs projets de « *développement de systèmes innovants pour augmenter la prévention de la perte d'autonomie* » en contrepartie d'un financement des caisses de retraite.

➤ Analyse des résultats

Différents publics de professionnels et de particuliers exercent ou agissent dans l'optique de prévenir la perte d'autonomie. N'étant pas eux-mêmes experts de l'environnement ou du vieillissement, ils vont être demandeurs de formations et de conseils auprès des ergothérapeutes. Les professionnels peuvent ainsi dans leur activité répondre au plus proche

des besoins des individus. Les particuliers « aidants » sont en quête de connaissances pour apporter un accompagnement adapté à leurs proches qui ne se sentent pas nécessairement concernés par la prévention. Les ergothérapeutes qualifient ce public de « *personnes relais* » ou de « *personnes ressources* » dans la démarche de prévention.

4.2.6. Caractéristiques du lieu de vie

➤ **Présentation des résultats**

Milieu et type d'habitat :

	Milieu rural / urbain	Pavillon / Maisons / Maison de ville	Appartement
Ergothérapeute 1	Urbain	X	X
Ergothérapeute 2	Urbain / Rural	X	X
Ergothérapeute 3	Rural	X	

Pour l'ergothérapeute 1, les personnes rencontrées habitent dans tout type de logement, mais elles sont situées essentiellement en « *milieu urbain* ». Il « *n'intervient pas en milieu rural* » et explique ce constat par la situation géographique de la structure. Par ailleurs, il intervient majoritairement dans des « *maisons de ville* », qui ont une architecture typique à la région avec « *plusieurs escaliers intérieurs et extérieurs* ».

L'ergothérapeute 2 intervient sur « *tout le secteur géographique qui lui est attribué* » et tant sur des appartements que des pavillons.

L'ergothérapeute 3 intervient sur plusieurs départements, dont un en particulier dans lequel, selon ses dires « *il y a beaucoup de maisons chauffées au bois* ». Selon lui cette caractéristique entraîne différents risques et occasionne des difficultés à partir d'un certain âge. Il indique donc intervenir essentiellement « *plutôt en milieu rural* » et auprès de personnes vivant dans une « *maison* ». Il complète cependant en mentionnant qu'il s'agit de personnes qui sont « *propriétaires et qui ont des revenus modestes* ».

Problématiques principales du lieu de vie :

Problématiques	Freins	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Déplacements	Accessibilité du logement	X	X	X
	Mobilité		X	X
	Utilisation de la salle de bain et de la cuisine		X	X

Réalisation des Activités de vie quotidienne	Manutention d'objets			X
---	----------------------	--	--	---

Pour l'ergothérapeute 1, les problématiques concernent principalement « *l'accès au logement* » et « *l'accès à la partie de vie* ». L'architecture des maisons de ville, spécifique à la région, font qu'elles comportent plusieurs escaliers « *un escalier à l'extérieur du logement* », « *un escalier intérieur* », « *on n'a pas le choix, il faut passer par un escalier forcément pour accéder aux pièces de vie. Les maisons ne sont pas du tout adaptées au vieillissement* ».

L'ergothérapeute 2 n'évoque pas de problématiques types mais il soulève malgré tout que les points d'attention résident dans l'accessibilité au logement, la circulation dans le logement et les risques inhérents à l'utilisation de la salle de bain et de la cuisine.

L'ergothérapeute 3 évoque « *la salle de bain et la baignoire en tant que première difficulté* ». Il cite également « *les WC, les escaliers et l'accès extérieur pour les activités* » mais aussi « *la manutention, le port de charge et les déplacements* » au regard du bois utilisé pour le chauffage dans sa région.

➤ **Analyse des résultats**

Les ergothérapeutes interrogés réalisent des actions de prévention primaire tant dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Il est à noter cependant que, selon eux, la localisation de leur structure ou encore la région et ses caractéristiques (climatiques, coutumes) vont influencer le milieu dans lequel les ergothérapeutes vont plutôt intervenir. Par ailleurs, il apparait que les ergothérapeutes interviennent dans tous types de logement mais le pavillon ou la maison de ville ressort comme le type de logement le plus fréquent.

Les problématiques du lieu de vie, rencontrées unanimement, concernent les déplacements et la réalisation des activités de vie quotidienne. Les individus apparaissent préoccupés par leur capacité à continuer à réaliser leurs activités au sein du domicile et à se déplacer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du domicile. L'habitat est le lieu où une grande partie des activités est réalisée. Ainsi, un habitat inadapté, qui n'offre plus la sécurité et le confort, va impacter la participation de l'individu et ses relations sociales.

Donc les préoccupations des individus mettent en avant leur volonté de pouvoir conserver leur autonomie et leur indépendance dans les activités de vie quotidiennes au sein

de leur domicile. Cela reflète la volonté de la majorité des français de pouvoir vivre le plus longtemps possible à domicile. Les personnes semblent avoir conscience de l'impact de l'environnement comme pouvant être un frein à leurs activités.

4.2.7. Place accordée à la qualité de vie dans le quotidien

➤ **Présentation des résultats**

Ergothérapeute 1	Personnes de 80-90 ans : résignation
Ergothérapeute 2	Personnes > 75 ans : pas une préoccupation
Ergothérapeute 3	Personne < 75 ans : Importante Personne > 75 ans : pas une préoccupation

L'ergothérapeute 1 présente les personnes rencontrées âgées de 80-90 ans comme résignées face à l'apparition des difficultés liées à l'avancée en âge. Il évoque leurs propos : « *c'est pas grave, c'est normal de ne plus réussir, je fais avec* ».

Selon l'ergothérapeute 2, la qualité de vie « *n'est pas un concept auquel les personnes de plus de 75 ans sont attachées* ». Elle ne fait pas partie de leurs préoccupations. Elles « *souhaitent rester le plus longtemps à domicile* ».

Enfin, pour l'ergothérapeute 3, les personnes âgées de moins de 75 ans font partie de « *la nouvelle génération de retraités qui accorde clairement de l'importance à la qualité de vie* ». Selon lui, cela est dû au fait que ce sont des personnes « *qui ont connu pour la plupart une grande qualité de vie* » contrairement à des personnes plus âgées.

➤ **Analyse des résultats**

Les ergothérapeutes interrogés s'entendent sur le fait que les personnes âgées avant 75 ans accordent une place importante à leur qualité de vie au quotidien, ce qui ne semble pas ou moins être le cas après 75 ans. Ils qualifient les 55-75 ans de « *génération demandeuse* ». Ce sont des personnes en recherche de bien-être et de qualité de vie, qui souhaitent pouvoir continuer leurs activités de vie quotidienne et leurs loisirs et qui n'acceptent pas devoir se séparer du confort de vie qu'elles ont connu jusqu'à présent. Ceci tend à montrer que l'importance d'un sentiment de bien-être dans le quotidien, relevée dans le cadre théorique comme une préoccupation de l'individu, se poursuit après la retraite, indépendamment des conséquences de l'avancée en âge pour ces personnes. C'est à contrario des individus de plus de 75 ans, qui, selon les ergothérapeutes interrogés, ont eu

accès à moins de commodités durant leur vie et qui par conséquent sont moins dans la demande.

4.2.8. Avantages du lieu d'intervention sur la prévention

➤ **Présentation des résultats**

		Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Domicile	Environnement réel	X	X	X
	Préconisations adaptées aux habitudes de vie	X	X	X
	Motivation des individus	X		X
	Relationnel favorisé		X	
	Prise de conscience			X
Hors du domicile	Environnement neutre	X		
	Motivation des individus	X		
	Lien social	X		
	Environnement convivial	X		

Dans ses propos, l'ergothérapeute 1 intervenant à domicile, dit « *être dans le lieu de vie de la personne* » et il considère que le domicile donne « *accès à la personne, à ses activités, à ses habitudes de vie avec son environnement* ». Pour lui, intervenir au domicile lui permet « *d'identifier les problématiques réelles* » de la personne à son domicile et d'avoir une évaluation et des « *préconisations les plus réelles, réalistes et adaptées à ce qui vit la personne* ». Selon lui, au sein de leur domicile, les personnes sont dans une démarche personnelle car il dit intervenir « *avec le souhait, la motivation des gens et non sur prescription médicale* », ce qui facilite énormément l'intervention.

Pour l'ergothérapeute 1, intervenir hors du domicile favorise « *les échanges, le côté social* ». Les personnes viennent parce qu'« *elles sont motivées, elles viennent chercher de la convivialité* ».

L'ergothérapeute 2, quant à lui, présente le domicile comme le « *milieu écologique, dans lequel il voit l'environnement au sens large* ». L'avantage d'intervenir au domicile est, selon lui, « *d'être dans la vraie vie des gens* ». Cela lui permet d'identifier les problématiques réelles du domicile et de proposer des préconisations adaptées aux habitudes de vie de l'individu. Il dit considérer le domicile comme un lieu facilitateur, notamment des relations

entre lui et les personnes. Selon lui, « *les personnes sont plus à l'aise chez elles, ce sont elles qui accueillent et donc il n'y a pas le même rapport* ».

Pour l'ergothérapeute 3, le domicile ne présente que des avantages. Selon lui, il offre la possibilité de voir la personne « *en situation et complètement incluse dans son environnement* » ce qui lui permet de « *faire du sur-mesure* ». Pour lui, « *une action individuelle à domicile a beaucoup plus de poids qu'une action collective lors de conférences* ». Le domicile permet de « *mettre la personne en situation* », « *de la confronter à sa façon de faire* » et donc « *permet une vraie prise de conscience* ». Il utilise les termes en particulier de « *personnel* » et « *d'environnement propre* » en tant qu'avantages du domicile pour son intervention. Lors des actions collectives, il dit « *ne pas faire de cas par cas* » et aborder uniquement « *les principes de base et les principes directeurs* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les ergothérapeutes interrogés n'évoquent que des avantages, quels que soient les lieux dans lesquels ils sont amenés à intervenir. Les avantages diffèrent en fonction du lieu.

Ainsi le domicile est présenté comme un reflet de la réalité de vie de l'individu, un espace personnel qui va donner accès à la personne, à ses activités, à son environnement et à leurs interactions. Dans leurs interventions au domicile, les ergothérapeutes peuvent apporter des solutions totalement adaptées et individualisées en réponses aux besoins et aux attentes de chaque individu. Ils mettent également en avant l'aspect facilitateur que revêt le domicile, notamment au travers des relations et des échanges, car, selon eux, ils interviennent par volonté des individus. Enfin, pour eux, le domicile permet une prise de conscience de la situation à risque car il permet, par le biais de mises en situation concrètes, de confronter l'individu à sa façon de faire.

Intervenir au sein des structures comporte également des avantages. Les ergothérapeutes disent ainsi pouvoir intervenir dans un « *usage commun* », ce qui leur permet de sensibiliser de manière globale et non ciblée sur un large public. Selon eux, les activités collectives permettent aux individus de retrouver du lien social et apportent de la convivialité.

4.2.9. Finalité et objectifs d'une intervention en prévention primaire

➤ **Présentation des résultats**

Finalité de l'intervention

L'ergothérapeute 1 parle de « *garder son autonomie* », l'ergothérapeute 2 dit chercher à « *maintenir l'autonomie des personnes* » mais « *n'aborde pas la qualité de vie* » et l'ergothérapeute 3 répond « *intervenir en prévention de perte d'autonomie* » et « *chercher le bien-être et la qualité de vie* ».

Objectifs dans les interventions

Domicile	E1	Faire prendre conscience des risques potentiels du domicile Anticiper les risques du domicile sur l'autonomie - Prévention des risques (chutes, brûlures) - Permettre la réalisation des AVQ et activités significatives par l'aménagement et les aides techniques
		Maintenir le lien social
	E2	Prévenir les difficultés physiques et cognitives Maintenir le lien social
	E3	Anticiper les risques du domicile sur l'autonomie - Prévention du risque de chute - Prévention des problèmes de déplacement
Structure	E1	Faire découvrir des solutions et du matériel avant l'arrivée des difficultés
	E3	Encourager les changements de comportement avant l'arrivée des difficultés
Résidences autonomie	E3	Anticiper les risques du domicile sur l'autonomie - Aménagement du logement
Start-up	E3	Prévenir la perte d'autonomie - Prendre en compte des conséquences du vieillissement dans les systèmes

A domicile

L'ergothérapeute 1 place le maintien de l'autonomie au cœur de son activité. Il parle « *sensibiliser sur les risques potentiels que les gens prennent* », il dit agir pour « *éviter les risques du logement* ». Il évoque intervenir sur tous les « *risques du domicile (chute, brûlure)* » qui peuvent amener « *à se blesser et à être hospitalisé et donc à une perte d'autonomie* ». Il intervient également sur les activités de vie quotidienne et les loisirs de la personne, telles que « *lire, remplir un document administratif, jouer avec des cartes, utiliser des aiguilles de couture par exemple* ». Il dit « *apporter du confort* » aux individus pour leur permettre de continuer à réaliser ces activités. Enfin, l'ergothérapeute 1 évoque également agir pour « *éviter de s'isoler d'un point de vue social* ».

L'ergothérapeute 2 confirme intervenir en premier lieu pour permettre « *le maintien de l'autonomie des personnes* ». Il précise qu'il s'agit pour lui « *de l'autonomie au sens large, à la fois physique et cognitive* ». Il dit « *essayer de prévenir les incapacités physiques et cognitives* ». Mais lors de ses interventions, il lui « *arrive d'identifier des situations* ».

d'isolement social », ce qui l'amène à « *émettre des préconisations* » en vue d'agir pour maintenir le lien social.

Enfin l'ergothérapeute 3 évoque « *prévenir la perte d'autonomie des séniors* ». Pour cela il dit s'attacher avant tout à « *prévenir le risque de chute* ». Il met en avant les problématiques liées à « *la mobilité* ». Il va chercher à prévenir tout « *problème de mobilité lors des transferts ou des déplacements au sein du logement* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les ergothérapeutes interrogés placent unanimement la recherche de l'autonomie au cœur leurs interventions. Mais ils apparaissent partagés sur la place qu'ils accordent au bien-être et à la qualité de vie. Cette place dans leur pratique semble être corrélée à l'âge des personnes qu'ils rencontrent et à l'intérêt de ces dernières pour la recherche de bien-être et de qualité de vie.

Ainsi, l'ergothérapeute intervenant auprès d'un public de 55-75 ans inclut le bien-être et qualité de vie dans sa pratique, notamment parce que son public est demandeur en ce sens. Celui qui intervient auprès des plus de 75 ans ne prend pas en compte ces concepts, qui ne sont selon lui pas des concepts auxquels les personnes sont attachées.

Dans le but de répondre à la finalité recherchée, les ergothérapeutes disent poursuivre différents objectifs. Ces objectifs s'organisent selon deux approches : une approche plus globale de la prévention qui concerne l'ensemble des personnes âgées et une approche plus spécifique à l'individu lui-même. Dans l'approche globale, les ergothérapeutes vont chercher à faire prendre conscience de la nécessité de la prévention pour encourager les comportements préventifs qui selon eux sont aujourd'hui encore trop peu ancrés dans les habitudes de vies des individus aujourd'hui. Ils vont en complément faire découvrir l'ensemble des solutions existantes pour permettre à l'individu d'améliorer son confort aujourd'hui, et de continuer à réaliser demain les activités importantes pour lui. Dans l'approche plus individuelle, l'objectif de l'ergothérapeute est également de favoriser la prise de conscience des risques du logement mais il va en complément accompagner la personne dans l'adaptation de son logement et de ses activités. Il va ainsi proposer des solutions personnalisées en regard des capacités de l'individu, des spécificités de son environnement et de ses habitudes de vie.

4.2.10. Typologie des actions et des moyens de prévention

➤ **Présentation des résultats**

Actions / Moyens de prévention mis en œuvre auprès des particuliers et des aidants

Domaine	Actions	Moyens
Personne dans son environnement	Diagnostic domicile, bilan	Entretien Evaluations des besoins et des capacités Mises en situation
	Accompagnement personnalisé	Essais de matériel à domicile Recherche de matériel adapté
	Sensibilisation - à la prévention - sur les risques du logement	Atelier jeu autour de la prévention Atelier de découverte d'un logement témoin Mises en situation à domicile
	Conseils - de bon sens - sur les aides techniques - sur l'aménagement de domicile	Essais de matériel Préconisations orales et écrites
Entourage (familial et professionnel)	Conseils aux aidants	Atelier de prévention dans la manutention des aidants
Lien social	Conseil pour favoriser le lien social	Orientation vers des ateliers
	Activités pour favoriser le lien social	
Santé	Sensibilisation - à l'hygiène alimentaire - aux risques dans les déplacements	Atelier autour du Bien manger Atelier prévention des chutes
	Conseil pour prévenir certains troubles	Orientation vers d'autres professionnels de santé
	Conseil pour maintenir les capacités physiques et cognitives	Orientations vers des ateliers
Connaissance (tout public)	Information - sur les aides techniques - sur l'ergothérapie - sur l'évolution des pathologies	Atelier sur les aides techniques Présentation de l'ergothérapie Echanges verbaux

Personne dans son environnement :

Les trois ergothérapeutes disent commencer leur intervention à domicile par la réalisation d'un bilan qui leur permet de poser un diagnostic ergothérapique de la situation.

A l'issue du bilan, unanimement, ils remettent par écrit et expliquent par oral leur diagnostic et leurs préconisations / conseils. L'ergothérapeute 3 précise qu'il peut s'agir « *de conseils de bons sens, de conseils en aides techniques, de conseils en travaux* », Tandis que l'ergothérapeute 2 dit s'arrêter là, les deux autres ergothérapeutes vont plus loin. Ils procèdent à « *des essais systématiques de techniques et/ou d'aides techniques* ». Selon l'ergothérapeute 3, l'essai est « *le point clé dans le processus d'acceptation* ». L'ergothérapeute 1 poursuit l'intervention par un accompagnement dans la mise en place des aides techniques préconisées. Il dit réaliser des recherches poussées pour « *trouver le*

produit qui va correspondre à ce qu'il a identifié comme difficultés et à la manière dont la personne aimerait faire » et réalise des essais à domicile. Il peut intervenir jusqu'à 5 fois à domicile.

Les ergothérapeutes disent « *sensibiliser à la prévention et aux risques du domicile* ». En intervention à domicile, ils utilisent pour cela les mises en situation. Par ce biais ils vont chercher « *une prise de conscience des risques* ». En structure, ils peuvent proposer différents ateliers. Par exemple, l'ergothérapeute 2 sensibilise à la prévention à l'aide d'un atelier jeu sur le thème de la prévention et sensibilise aux risques du logement avec un atelier découverte utilisant un logement témoin. Il présente cet atelier comme « *une découverte du lieu et des aides techniques* », qui « *fait jouer dans le logement, manipuler le matériel et réfléchir à l'utilité du matériel* ».

Entourage :

Deux ergothérapeutes disent fournir des conseils aux aidants, notamment, pour l'un d'entre eux, par le biais d'un atelier de prévention dans la manutention des personnes.

Lien social :

Les trois ergothérapeutes évoquent intervenir sur le maintien du lien social. A domicile, lorsque l'ergothérapeute 2 détecte une situation d'isolement social, il propose à la personne de participer « *à des ateliers en extérieur* », il lui « *communique le nom d'associations pour pouvoir réaliser des activités en collectif* ». Selon les deux autres ergothérapeutes, le maintien du lien social est assuré lors des ateliers collectifs, qui permettent « *d'entrer en contact avec d'autres personnes* ».

Santé :

Les ergothérapeutes interrogés vont réaliser ou organiser des actions de sensibilisation au travers d'ateliers collectifs. Tandis que l'ergothérapeute 1 les réalise en collaboration avec un autre professionnel, l'ergothérapeute 3 se positionne en tant qu'organisateur.

L'ergothérapeute 1 dit sensibiliser à l'hygiène alimentaire au travers d'un « *atelier autour de la préparation des repas* » réalisé avec une diététicienne. Selon lui, l'atelier permet de « *découvrir les aides techniques au repas et la prévention dans le bien manger* ». Il sensibilise également sur les risques liés aux déplacements en proposant un « *atelier prévention des chutes* » réalisés avec un kinésithérapeute. Enfin en vue de permettre le

maintien des capacités physiques et cognitives, il peut proposer à la personne de participer à des « *ateliers de stimulation ou d'activité physique* ». L'ergothérapeute 3, quant à lui, organise des ateliers autour de *la nutrition, de la sexualité des séniors, des chutes et de l'activité physique* ».

En complément, ils peuvent être amenés à conseiller sur la prévention de troubles traités par d'autres professionnels de la santé. Ils vont, par conséquent, « *orienter les personnes* » vers ces professionnels (« *orthoptiste, psychothérapeute* »).

Connaissance :

Enfin, les ergothérapeutes évoquent informer sur l'ergothérapie, car toutes les personnes ne sont pas familières du rôle de l'ergothérapeute et de son apport dans la démarche de prévention. Ils informent également, tant les particuliers que les aidants, sur les pathologies et leur évolution, de manière à permettre la prévention voire une anticipation des personnes face aux conséquences du vieillissement.

Actions / Moyens de prévention mis en œuvre auprès des professionnels / structures

Professionnels / Structures	Actions	Moyens
Techniciens de l'habitat	Formation sur le vieillissement et la prévention de la perte d'autonomie Conseil en aménagement	Conférences Appartement pédagogique Mises en situation avec une combinaison de vieillissement
Résidences autonomie	Accompagnement des travaux	Conseils sur le vieillissement et son évolution
Start-up	Accompagnement de projets	Apport de conseils et d'informations sur le sujet âgé

L'ergothérapeute 3 participe à la démarche de prévention primaire en réalisant des actions auprès de professionnels et de structures. Il s'agit d'actions de formation, de conseil et d'accompagnement de travaux et de projets. Il dit « *former sur le vieillissement et sur la prévention de la perte d'autonomie, par le biais des aides techniques et de l'aménagement du logement, des techniciens travaillant pour les opérateurs habitat conventionnés avec les caisses de retraite* ». Il informe sur les « *principes de base* » lors de « *conférences ou au sein d'appartements pédagogiques* » en réalisant des « *mises en situation avec une combinaison de vieillissement* » afin que les personnes ressentent ce que les personnes âgées vivent au quotidien.

L'ergothérapeute 3 dit également intervenir lors de la réhabilitation des logements ou des lieux communs de résidences autonomie. Il indique, dans ce cadre, « *guider dans les plans* » pour que « les logements prennent en compte le vieillissement et son évolution pour éviter les chutes, pour éviter la perte d'autonomie ».

Enfin, il mentionne participer au suivi de la silver économie. Il la présente comme étant les développements de systèmes innovants visant à prévenir la perte d'autonomie. A ce titre, il intervient en tant que spécialiste du sujet âgé et apporte des informations et des conseils dans plusieurs projets.

➤ **Analyse des résultats**

Les actions réalisées par les ergothérapeutes interrogés s'articulent en quatre axes : information, sensibilisation, conseil et accompagnement. Elles sont réalisées par le biais de visites à domicile, lors de conférences, d'ateliers de groupe ou d'accompagnement de travaux et de projets. Elles portent sur les thématiques de la prévention, de l'aménagement du logement, des aides techniques mais aussi des chutes et de l'alimentation. Les entretiens concordent donc avec la théorie tant au regard de la diversité des actions que des thématiques abordées lorsque les actions s'adressent à un public de personnes âgées. Ils mettent cependant en avant de nouvelles actions, consistant dans l'apport d'informations et de conseils en matière de vieillissement, réalisées dans le cadre des accompagnements de travaux de rénovation et de projets auxquels l'ergothérapeute participe.

4.2.11. Adhésion des personnes à la démarche

➤ **Présentation des résultats**

	Critères d'adhésion positifs	Critères d'adhésion négatifs
Ergothérapeute 1	Re sollicitation adaptée Satisfaction (questionnaire de satisfaction)	Impact réel difficile à évaluer
Ergothérapeute 2	Satisfaction	Résistance au changement
Ergothérapeute 3	Satisfaction Motivation au projet	Représentations du logement Déni du vieillissement inéluctable

L'ergothérapeute 1 constate qu'il est parfois « *resollicité* » par des personnes chez lesquelles il était intervenu. Et il note que les nouvelles demandes sont « *tout à fait adaptées* » et qu'elles « *correspondent tout à fait* » à son domaine d'intervention. Selon lui, cette démarche apparaît positive dans le sens où cela montre que les personnes « *ont compris* »

le rôle de l'ergothérapeute et l'intérêt de la prévention ». Par ailleurs, l'ergothérapeute 1 sait que les personnes sont « très satisfaites » grâce au questionnaire de satisfaction transmis par la structure. Cependant, il dit ne pas être en mesure, pour le moment, « *d'évaluer vraiment l'impact réel de son intervention* ».

Auprès d'un public de plus de 75 ans, l'ergothérapeute 2 dit avoir peu de visibilité sur la mise en place de ses préconisations. Il constate une réelle « *résistance au changement* ». Selon lui, en prévention primaire, ces personnes « *écoutent* », elles « *comprennent le message* » mais elles « *ne vont pas forcément appliquer* ». Pour lui, la prévention primaire devrait être réalisée plus précocement : « *elle doit être faite plus tôt dans la vie, quitte à être répétée* ».

Pour l'ergothérapeute 3, « *la prévention primaire est encore difficile* ». Bien que les personnes qu'il rencontrent soient « *très souvent contentes* », il dit devoir s'assurer de leur motivation, en leur donnant tous les éléments et en les investissant dans le projet réaliser. Mais il confirme se heurter à différents freins. Selon lui, « *les représentations du logement et du vieillissement sont très prégnantes* » et les aides techniques peuvent « *refléter la dépendance* ». Il constate également que nombre de personnes sont dans « *le déni du vieillissement* ». Il parle du « *vieillissement inéluctable, le vieillissement naturel qui provoque des ralentissements et des risques* ».

➤ **Analyse des résultats**

Les personnes âgées apparaissent majoritairement satisfaites de l'intervention réalisée par l'ergothérapeute. Cette satisfaction est évaluée à partir de questionnaires de satisfaction ou bien au travers d'appels ou de courriels reçus par les ergothérapeutes. Pour autant, il semble que la satisfaction ne soit pas toujours un facteur suffisant pour encourager l'individu dans la mise en œuvre des préconisations. D'une manière générale, les ergothérapeutes ont peu de visibilité sur l'impact réel de leurs interventions. Ces résultats sont en concordance avec une majorité de ceux relevés dans la littérature qui affichent que 50 à 75% des personnes satisfaites envisagent les changements. A contrario, l'expérimentation du programme Life Style Redesign a pu mettre en évidence son efficacité sur la participation et l'engagement pour les personnes à fort degré d'autonomie.

Selon les ergothérapeutes interrogés, les freins aux changements de comportements qu'ils ont pu constater concernent la résistance des individus au changement, les

représentations du logement ou encore le déni du vieillissement qui apparaissent très présents.

5. Discussion

La littérature mettant en avant le fait que peu d'ergothérapeutes exercent aujourd'hui en prévention primaire, il s'est donc agi en premier lieu, dans le cadre de cette enquête, de s'assurer que les ergothérapeutes interrogés exerçaient bien dans ce cadre afin de pouvoir prendre en compte les éléments recueillis lors de leurs entretiens. Ce point a été confirmé au travers des résultats de l'indicateur de positionnement de l'intervention de l'ergothérapeute, qui met bien en évidence que les ergothérapeutes interrogés interviennent avant l'apparition des difficultés ; ce qui est en adéquation même avec la définition de la prévention primaire.

La finalité de ce mémoire consistait à rechercher : « **En quoi l'intervention d'un ergothérapeute en prévention primaire peut contribuer au vieillissement en santé des personnes âgées à domicile** ».

Si l'on reprend la définition du concept de vieillissement en santé, présentée dans la partie théorie comme étant un : processus permanent d'optimisation des possibilités pour améliorer la santé, le bien-être et conserver l'autonomie et la qualité de vie, alors les éléments recueillis lors des entretiens permettent d'avancer trois hypothèses de réponse à la question de recherche.

La première hypothèse correspond à celle qui a été émise à l'issue du cadre conceptuel : **l'ergothérapeute permet à l'individu de continuer à participer et à s'engager dans ses occupations, en l'accompagnant dans l'adaptation de son logement et des activités importantes pour lui.** Cette hypothèse théorique est donc validée mais il est apparu qu'elle doit être modérée. En effet, l'individu âgé va vivre différents changements lors de la vieillesse. Afin de pouvoir vieillir en santé, il va devoir s'adapter à ces changements. Or les préoccupations des individus au regard de ces changements qui ont été mises en relief lors des entretiens mettent en avant le lieu de vie et les activités, les individus ayant exprimé le souhait de pouvoir vivre à domicile en toute indépendance et autonomie le plus longtemps possible et de pouvoir continuer à réaliser toutes les activités qui font sens pour eux. L'ergothérapeute apparaît donc incontournable pour répondre à l'enjeu. Par le biais de son

intervention à domicile, en prenant en compte ce qui fait sens pour l'individu et en proposant des solutions adaptées et acceptables, l'ergothérapeute accompagne ainsi l'individu dans la mise en place de ces changements en lui offrant la possibilité de continuer à s'investir, ce qui contribue par conséquent à favoriser son ressenti de bien-être et de qualité de vie. L'efficacité de l'accompagnement apparaît renforcée, dès lors que la structure pour laquelle l'ergothérapeute exerce lui permet de réaliser plusieurs visites et ainsi d'accompagner l'individu de bout en bout de la démarche, c'est-à-dire de l'évaluation jusqu'à l'utilisation du matériel. L'accompagnement, en particulier lors de la phase de mise en œuvre, apparaît essentiel pour favoriser l'acceptation du changement. Cependant, les entretiens ont mis en relief que malgré l'accompagnement, la motivation et l'intérêt pour la démarche de prévention, les changements peuvent s'avérer difficiles à accepter. Selon l'âge des individus, l'ergothérapeute peut se trouver confronté à une résistance au changement qui entraîne le sentiment « d'arriver trop tard » ou bien à un déni du vieillissement dès lors que l'individu ne présente pas de difficultés ou a mis de lui-même en place des stratégies pour les compenser. De même, les représentations du logement ressortent comme très prégnantes à partir d'un certain âge. Ce sont donc autant de facteurs qui peuvent freiner l'adhésion à la démarche.

Pour tenter de lever ces freins, **les ergothérapeutes interviennent également pour favoriser la prise de conscience, à la fois des conséquences du vieillissement, des impacts de l'environnement sur la santé et donc de la nécessité d'adopter des comportements préventifs pour vieillir en santé.** Ceci constitue la seconde hypothèse de réponse à la question de recherche. L'ergothérapeute intervient dans différents lieux. Dans son intervention, il met à profit les avantages de chacun d'eux pour favoriser cette prise de conscience. En effet, au sein du domicile, présenté comme un environnement à la fois réel et intime, il met en situation l'individu pour le confronter aux risques du logement et aux conséquences de son avancée en âge. En structure, l'ergothérapeute réalise des ateliers autour de ces thématiques. Il apparaît que l'aspect convivial de ces ateliers, induit par le collectif, favorise les échanges et le partage d'expérience des participants, qui s'avèrent être des facilitateurs de cette prise de conscience et donc de l'adhésion à la démarche.

Enfin, la troisième hypothèse de réponse à la question de recherche qui ressort des entretiens est la suivante : **l'ergothérapeute informe sur les solutions d'aménagement possibles et sur l'ergothérapie pour que les individus disposent des connaissances leur permettant d'être acteurs de leur prévention.** Pour que l'individu devienne acteur de sa

prévention, il doit connaître, en plus des risques du logement et des conséquences du vieillissement, les solutions existantes qui vont lui permettre d'agir par lui-même, lorsqu'il le souhaite. Pour cela, l'ergothérapeute, au travers d'actions d'information sur l'aménagement du logement et les aides techniques, fournit les connaissances indispensables pour que l'individu puisse anticiper par lui-même les risques de son domicile et mettre en œuvre les adaptations nécessaires à sa prévention. Mais adopter ainsi un comportement préventif n'apparaît cependant pas ancré dans les habitudes de vie. Les individus peuvent avoir besoin de temps pour accepter de devoir modifier leur environnement ou leur manière de faire. Les ergothérapeutes interrogés constatent que le changement nécessite souvent du temps. Donc l'ergothérapeute, lors des actions de formation, va sensibiliser également sur son rôle, de sorte que l'individu, lorsqu'il se sentira prêt, sache qu'il peut faire appel à un ergothérapeute pour l'accompagner. Mais ces actions de sensibilisation réalisées par l'ergothérapeute ne ciblent pas uniquement les personnes âgées. Elles s'adressent également à leur entourage et à tous les professionnels dont l'activité s'intéresse à l'indépendance et à l'autonomie de la personne âgée.

Il est à noter en complément que la notion de qualité de vie divise tant les ergothérapeutes interrogés que les individus âgés. Abordée sous le regard de l'ergothérapeute, elle apparaît ne pas être systématiquement prise en compte dans les objectifs des interventions mais plutôt corrélée aux attentes des individus en ce sens. Abordée sous le regard de la personne âgée, son importance semble liée à l'histoire de vie de l'individu. Ce concept étant cependant totalement subjectif, la place que lui accorde la personne âgée et qui a été mise en relief dans les entretiens est donc à considérer avec précaution.

6. Limites et ouvertures

Cette étude, basée sur l'expérience de trois ergothérapeutes, a permis de faire émerger les activités spécifiques de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées et permettant de favoriser leur vieillissement en santé. Cependant, plusieurs limites sont apparues au cours de cette étude. Tout d'abord, le fait que seuls trois ergothérapeutes aient participé à l'enquête. Un faible échantillon ne peut être considéré comme représentatif et ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Ceux-ci se révèlent donc être plus une « tendance » qu'une confirmation d'hypothèse. Ces résultats permettent d'ébaucher une première image du rôle

de l'ergothérapeute dans ce domaine mais ils s'avèrent malgré tout insuffisants pour avoir une image complète de son champ d'action, au regard notamment de la diversité des structures s'inscrivant dans cette démarche. Compléter l'étude par d'autres entretiens d'ergothérapeutes exerçant dans des structures et des régions différentes aurait peut-être permis de confirmer la tendance des premiers résultats ou d'apporter des éléments nouveaux de réponse.

Ensuite, les éléments relevés lors de la recherche théorique tendent à démontrer l'efficacité de la prévention primaire pour accompagner l'individu dans la perception d'un vieillissement en santé. Ces éléments sont corroborés par le ressenti des ergothérapeutes interrogés, cependant, ils sont, selon leurs dires, uniquement basés sur leur propre ressenti et non sur des données factuelles. Il pourrait donc être intéressant que ce travail de recherche puisse être complété en interrogeant les personnes âgées elles-mêmes ce qui permettrait d'apprécier factuellement l'efficacité de la prévention et le réel ressenti des personnes quant à son impact sur leur qualité de vie. Une autre possibilité consisterait aussi à envisager de déployer des études longitudinales sur des cohortes de population car cela offrirait la possibilité d'observer les comportements des individus dans le temps. Bien que la mise en œuvre de telles études reste complexe et coûteuse, cela pourrait cependant permettre de mieux évaluer le processus de changement et l'impact des actions de prévention primaire sur l'évolution des comportements.

Conclusion et perspectives

Le thème de l'autonomie, abordé depuis plus d'un demi-siècle au travers des différentes politiques du vieillissement, depuis une dizaine d'années avec la mise en place d'actions de prévention et aujourd'hui par la création de la cinquième branche de la sécurité sociale, s'inscrit de plus en plus au cœur de notre société et des préoccupations des individus et des pouvoirs publics.

Vivre le plus longtemps possible à domicile et pouvoir continuer à s'engager dans des activités après la retraite tout en affirmant son sentiment de satisfaction au quotidien, tels sont les défis qu'impose le vieillissement et qui doivent être relevés aujourd'hui. A cette fin, les pouvoirs publics ont placé l'autonomie au centre de la politique de vieillissement et ont

choisi de renforcer le développement de la prévention primaire. Au regard de l'aspect multifactoriel des conséquences de l'avancée en âge, la démarche de prévention primaire se doit donc d'être pluriprofessionnelle. Ce mémoire d'initiation à la recherche a donc permis, d'une part de confirmer que l'ergothérapeute doit faire partie des acteurs impliqués dans la démarche et d'autre part, de relever les spécificités de son intervention qui font de lui un professionnel indispensable de la prévention.

Le vieillissement se caractérise par des changements inéluctables auxquels l'individu doit s'adapter. Son environnement de vie va petit à petit entrer en jeu comme source de majoration des risques induits par ces changements. Pour faire face à ces problématiques, l'individu vieillissant peut ainsi trouver en l'ergothérapeute, en tant qu'expert de l'occupation et du domicile, un professionnel qui peut l'accompagner dans la traversée de ces changements, dans sa quête d'autonomie et de bien-être au quotidien.

Cependant, aujourd'hui surtout identifiés comme professionnels de la rééducation, de la réadaptation et de la réhabilitation, les ergothérapeutes sont encore peu nombreux car peu connus dans le domaine d'intervention de la prévention primaire. Mais il semble que ceci devrait être amené à évoluer. En effet, les récentes propositions du Sénat, émises pour accroître l'efficacité de la prévention primaire, impliquent explicitement la participation des ergothérapeutes, en préconisant leur recrutement massif dans le cadre de la systématisation des bilans vers 75 ans. De même, un premier pas concret a été fait récemment en ce sens, en leur ouvrant le droit à la prescription des aides techniques, ce qui devrait permettre de faciliter l'accès aux individus à des aides techniques adaptées pour soutenir leur autonomie. Ces propositions constituent un pas de plus pour favoriser l'implication de la société dans une démarche de prévention. Et c'est sans compter sur l'émergence future de nouveaux dispositifs ergothérapeutiques de prévention primaire qui devraient compléter cette offre et venir renforcer l'adoption de comportements favorables à la santé.

Glossaire

AFEG	Association Française des Ergothérapeutes en gériatrie
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
AGIRC-ARRCO	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres – Association pour le Régime de Retraite Complémentaire
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA	Allocation Personnalisée d’Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre Communal d’Action Sociale
CLIC	Centre Local d’Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de solidarité pour l’autonomie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIP	Groupement d’Intérêt Public
HAS	Haute Autorité de Santé
IFOP	Institut Français d’Opinion Publique
INED	Institut National d’Etudes Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economique
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
LSR	LifeStyle Redesign

MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRIF	Prévention Retraite Ile-de-France
RSI	Régime Social des Indépendants
SOLIHA	Solidaires pour l'Habitat

Bibliographie

Ouvrages, chapitres et articles

- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*. p. 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>
- Arbuz, G. (2013). Le départ à la retraite : perceptions et accompagnement. *Retraite et société*. p.168-178. <https://doi.org/10.3917/rs.065.0168>
- Aquino, J.-P., (2012). Vieillesse et politiques publiques. *Gérontologie et société*, vol. 35 / hs 1(5), p. 273-279. En ligne <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/g.s.hs01.0273>
- Bazerolles, M.-C. (2009). Les spécificités de l'intervention à domicile auprès des familles et des aidants, dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, p. 63-83. Marseille : Solal.
- Caire, J., Morestin, F., Chabaille, A., (2012). Accompagner la transition épidémiologique : Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, vol. 35 / 142(3), p. 41-55. [doi : 10.3917/g.s.142.0041](https://doi.org/10.3917/g.s.142.0041)
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 28-41. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0028>
- Charret, L., Thiébaud Samson, S., (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*.p.17-36. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/cont.045.0017>

- Corlay, H. et Trouvé, E., (2009). L'aménagement du domicile des personnes âgées. Dans *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal.
- Dalgalarondo, S., Hauray, B. (2015). Interpréter son vieillissement. *Gérontologie et sociétés* vol.37, p.23-33.
- De Luca Barrusse, V., (2016). *La population de la France*. Paris: La Découverte.
- Dejardin, P., (2012). Conception d'actions innovantes et modélisation : L'exemple des centres de prévention AGIRC-ARRCO. *Gérontologie et société*, vol. 35 / hs 1(5), p.119-126. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/g.s.hs01.0119>
- Djaoui, E. (2011). Approches de la « culture du domicile ». *Gérontologie et société*, vol. 34 / 136(1), 77-90. <https://doi.org/10.3917/g.s.136.0077>
- Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » : Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123(4), p. 153-167.
- Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138(3), p. 127-142. <https://doi.org/10.3917/g.s.138.0127>
- Gaille, M., (2016). La longévité : un désir à l'épreuve de la vieillesse. *Gérontologie et société*, vol.38, p.151-161
- Kafoa, N., Roumilhac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ?. *Cliniques*. p.180-194. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0180>
- Le Guernic, Y. (2019). De la perte au grand âge, dans A. Simon, (dir.), *Vieillir aujourd'hui : Perspectives cliniques et politiques*. p. 31-41. Nîmes, France : Champ social.
- Meyer, S. (2013). Les formes du « faire » : l'occupation, l'activité et la tâche. Dans : *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.
- Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*. p 174-181. En ligne <https://doi.org/10.3917/rs.062.0174>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. Marseille : Solal.
- Morestin, F. et Cauvin, S., (2011). Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude SADEER. *Gérontologie*

et société, vol. 34 / 136(1), p.141-155. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/g.s.136.0141>

- Van Campenhoudt, L., Marquet, J et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff : Dunod.
- Renault, S. (2011). Parcours de vie et vieillissement ordinaire données de cadrage. *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138(3), p. 13-34.
- Roesler, V. (2019). Vieillissement, dans A. Vandeveldde-Rougale, (dir.), *Dictionnaire de sociologie clinique*. p. 677-680. Toulouse, France : ERES.
- Tétreault, S., et Guillez, P., (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation : Méthodes, techniques et outils d'intervention* (1^{ère} édition). Louvain-la-Neuve : De Boeck-Solal.
- Trouvé, E. (2009). Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille : Solal, 385 p., p 11.
- Van den Bosch De Aguilar, P., (2015). Vieillir : un carrefour des temps biologiques. *Gérontologie et sociétés*, vol.37, p.59-69.
- Vercauteren, R. (2011). V, Dans *Dictionnaire de la gérontologie sociale : Vieillesse et vieillesse*. p. 246-249. Toulouse, France : ERES.
- Warchol, N. (2012). Autonomie. Dans : *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition*. p. 87-89. Toulouse, France : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0087>
- Wilcock, A. A., (2006). *An Occupational Perspective of Health*. SLACK Incorporated.

Revue

- Alet, C., (2014). Les trois âges de la vieillesse. *Alternatives Économiques*, 333(3), p. 62.
- Alvarez, S., (2016). Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. *La Revue de l'Ires*, 88(1), p.33-61.
- Blanché, A. (2010). Vieillesse et retraite : approches psychanalytiques. *Le Journal des psychologues*, 282(9), 22-27.
- Coret, P. (2010). Le suicide. *Gestalt*, 38(2), 137-148.
- Pison, G., (2019). Pourquoi l'espérance de vie augmente-t-elle moins vite en France ? *Population & Sociétés*, N° 564(3), 1. <https://doi.org/10.3917/popsoc.564.0001>

- Samama, G., (2010). Du vieillir. *Esprit*. En ligne <https://esprit.presse.fr/article/guy-samama/du-vieillir-35723>
- Soleymani, D., Berrut, G., Campéon, A. (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. Dans : *La santé en action n°443* (p.8-43)

Actes de rencontres scientifiques

- Morel-Bracq, M., -C., (2015). Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : l'exemple du Lifestyle Redesign de Florence Clark aux Etats-Unis. *Ergothérapies*, n°58. P. 15-22.
- World Federation of Occupational Therapist, (2010). *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. En ligne //www.wfot.org/resources/statement-on-occupational-therapy

Rapports ou recommandations

- Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux, (2018). *Eléments de cadrage. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, Repérage, Accompagnement*. En ligne https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_de_cadrage_prise_en_compte_de_la_souffrance_psychique_de_la_personne_agee.pdf
- Haute Autorité de Santé (2015). Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. En ligne https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

Sites internet

- AGIRC-ARRCO, (2020). Centre de prévention Bien vieillir AGIRC-ARRCO. En ligne [Centre de prévention Bien Vieillir Agirc Arrco \(centreprevention.com\)](http://centreprevention.com)
- AGIRC-ARRCO, (2020) Favoriser l'autonomie des personnes âgées. Consulté le 06 décembre 2020. A l'adresse <https://www.agirc-arrco.fr/action-sociale/action-sociale-aupres-des-personnes-agees/personnes-agees>
- AGIRC-ARRCO, (2020). [L'Espace Idées Bien chez moi : pour bien adapter son domicile | Essentiel Autonomie \(essentiel-autonomie.com\)](http://essentiel-autonomie.com)

- AGIRC-ARRCO, (2020). [Des conseils d'un professionnel pour adapter son domicile \(essentiel-autonomie.com\)](http://www.essentiel-autonomie.com)
- Aquino, J.-P., (2013). *Comité avancée en âge prévention et qualité de vie. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société.* En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Aquino.pdf
- Aquino, J. -P., (2015). *Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie.* En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2018). *Contributions des ergothérapeutes dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.* En ligne <https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Contribution%20des%20ergothérapeutes%20dans%20la%20mise%20en%20œuvre%20de%20la%20SNS%202018-2022.pdf>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes, (2019). *Contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie.* En ligne https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Contribution_des_ergothérapeutes_pour_la_concertation_grand_age_et_autonomie.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes, (2019). *Définition.* En ligne <https://www.anfe.fr/definition>
- Buzyn, A., (2019). *Remise du rapport Libault.* En ligne https://solidarites-santé.gouv.fr/IMG/pdf/190328-discours_de_segur.pdf
- Cardinal, L., Langlois, M.C., Gagné, D. Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.* En ligne https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
- Centre d'analyse stratégique, (2010). *Vivre ensemble plus longtemps.* En ligne http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/vivre_ensemble_plus_longtemps.pdf
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2020). *Résultat de l'enquête d'évaluation du portail.* En ligne <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/resultats-de-lenquete-devaluation-du-portail>

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2020). *L'ergothérapeute*. En ligne <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/ergotherapeute>
- De Jaeger, C. (2017). Physiologie du vieillissement. Institut de Jaeger. En ligne <https://www.institutdejaeger.com/sites/default/files/PHYSIOLOGIE-DU-VIEILLISSEMENT-EMC-2017.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (2017). *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Etudes & Résultats*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (2020). *La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2012%20-%20La%20perte%20d'autonomie%20et%20les%20aidants%20des%20personnes%20âgées.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (2020). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1141.pdf>
- Flajolet, (2008). Rapport Flajolet. Annexe 1. La prévention : définitions et comparaisons. En ligne <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Harrys Interactive (2015). *Les français et le bien-être*. En ligne https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-le-bien-etre/
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, (2018). *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*. En ligne https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_tome_2_vf.pdf
- Institut français d'opinion publique, ((2019). *"85 % des Français interrogés souhaitent vieillir à domicile"*. En ligne <https://www.ifop.com/publication/85-des-francais-interroges-souhaitent-vieillir-a-domicile/>
- Institut national d'études démographiques, (2020). Transition démographique. En ligne <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-demographique/>

- Institut national d'études démographiques, (2020). Transition épidémiologique. En ligne <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>
- Institut national d'études démographiques. (2020). Vieillesse démographique. En ligne <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/>
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie, dans Occupation Humaine et Santé. En ligne <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Diplôme d'Etat d'ERGOTHERAPEUTE. Référentiel d'activités. Consulté le 14 décembre 2020. A l'adresse [Ministère de la santé et des sports \(sifef.fr\)](http://sifef.fr).
- Ministère des Solidarités et de la Santé, (2019). *En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-l-espérance-de-vie-sans-incapacité-est-de-64-5-ans-pour-les-femmes-et>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, (2019). *Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France. Communiqué de presse*. En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_mars_2018_remise-rapport-libault.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, (2020). *En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2019-l-espérance-de-vie-sans-incapacité-a-65-ans-est-de-11-5-ans-pour-les>
- Nations Unies, (1992). *Année internationale des personnes âgées 1999*. En ligne <https://www.un.org/french/esa/socdev/iyop/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé, (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. En ligne <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé, (2016). *Vieillesse et qualité de la vie*. En ligne <https://www.who.int/ageing/events/international-day-older-persons/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé, (2017). *Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. En ligne

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109%20eng.pdf?sequence=1>

- Organisation Mondiale de la Santé, (2018). *Vieillesse et santé*. En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ouicare, (2019). *Petite histoire de politique vieillesse*. En ligne <https://ouicare.com/fr/bienvieillir/petite-histoire-de-politique-vieillesse/>
- Petits frères des pauvres (2020). *Journée internationale des personnes âgées : 7 chiffres à retenir sur la vieillesse en 2020*. En ligne www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/journee-internationale-des-personnes-agees-7-chiffres-a-retenir-sur-la-vieillesse-en-2020#:~:text=900%20000%20personnes%20âgées%20sont,très%20rarement%20d%27autres%20personnes.
- Prévention Retraite Ile-de-France, (2020). *Les ateliers du parcours de prévention*. En ligne <http://prif.fr>
- Santé publique France, (2014). *Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. En ligne <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/actions-collectives-bien-vieillir-.reperes-theoriques-methodologiques-et-pratiques>
- Santé publique France, (2018). *Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé*. En ligne <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-theoriques-et-pratiques-pour-les-actions-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
- Sénat, (2021). *Rapport d'information sur la prévention de la perte d'autonomie*. En ligne www.senat.fr/rap/r20-453/r20-4531.pdf
- Service public, (2020). *Qu'est-ce que la grille AGGIR ?*. En ligne <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229#:~:text=La%20grille%20Aggir%20est%20utilisée,et%20sociales%2C%20dites%20activités%20illustratives.>
- Trincaz, J., (2015). *Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui*. En ligne http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/expcol_2015_chutes_02com.pdf?sequence=9

- Van Bruggen, H., (2016). *Conférence ENOTHE. Le vocabulaire de l'occupation*. En ligne
http://enothe.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conférence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf

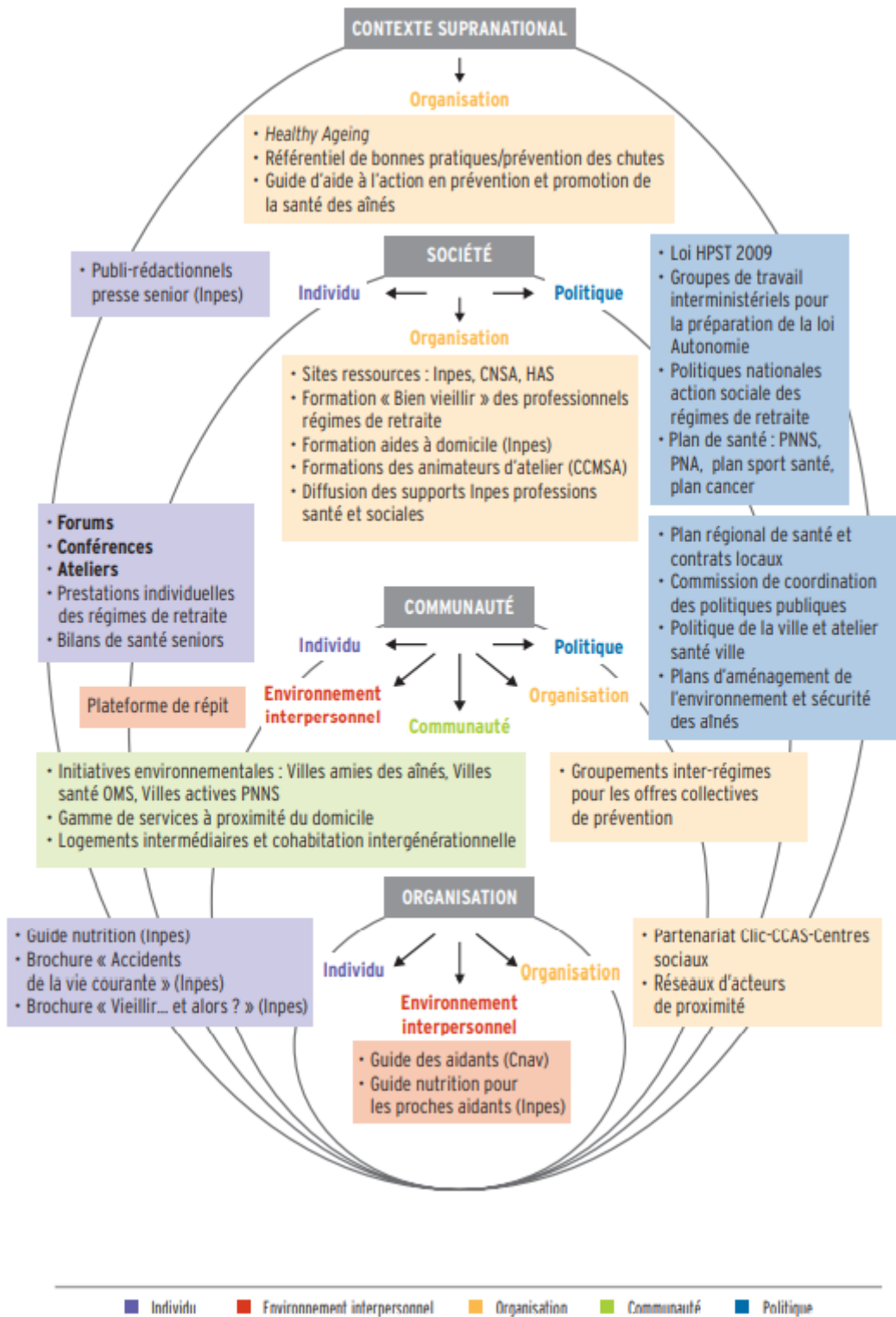
Audio, vidéo

- PRIF (2021). Le PRIF a 10 ans en 2021 [Vidéo]. Consulté à l'adresse <https://youtu.be/6YxnBOFJQV4>

Annexes

Annexe I : Modèle écologique des actions « Bien vieillir » en France	I
Annexe II : Schéma du modèle de l'occupation humaine (MOH)	II
Annexe III : Tableau de synthèse d'interventions en ergothérapie en prévention primaire	III
Annexe IV : Grille d'entretien	IV
Annexe V : Entretiens	V

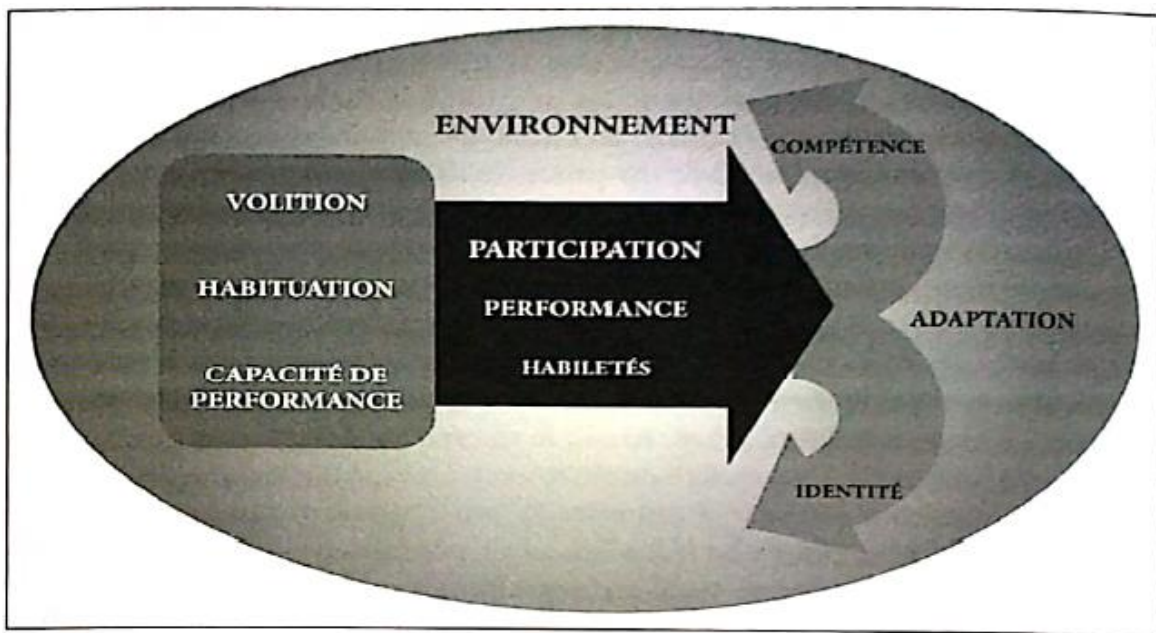
Annexe I : Modèle écologique des actions « Bien vieillir » en France (INPES, 2014)



Annexe II : Schéma du modèle de l'occupation humaine (MOH)

Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle

(Kielhofner, 2008)



Annexe III : Tableau de synthèse d'interventions en ergothérapie en prévention primaire

Structure	Communication	Chiffres	Acteurs	Type d'intervention	Population	Lieu d'intervention	Objectifs	Actions	Efficacité
AGIRC-ARRCO	Courrier, internet	Depuis 2001 En 2019 - 27 000 personnes âgées et 600 aidants rencontrés à domicile	Ergothérapeute	Individuelle	Personnes de plus de 75 ans vivant à domicile	Domicile	Anticiper les barrières du maintien à domicile	Diagnostic "Bien chez moi" - Identification des situations à risque en termes de sécurité et de confort - Réalisation d'un diagnostic des risques - Proposition de solutions et conseils en aides techniques, en aménagement du logement et travaux, en techniques de compensations	
		- 5 000 conférences - 15 300 personnes en ateliers collectifs	Ergothérapeute	Collective	Personnes à partir de 50 ans Professionnels	Structure	Favoriser l'adaptation du logement	- Accompagnement dans la visite d'un appartement témoin - Espace Idées - Réalisation de conférences et d'ateliers	
PRIF	Recrutement par communication en local	Depuis 2011 - 87 000 personnes rencontrées	Ergothérapeute	Collective	Retraités franciliens à partir de 60 ans vivant à domicile et GIR 5 ou GIR 6 ou non GIRés	Structure	Rendre l'individu acteur du maintien de son bien-être - Prévenir la perte d'autonomie en encourageant les aménagements préventifs - Conseiller sur les comportements à adopter	Ateliers "Bien chez soi" (5 séances) - Sensibiliser les seniors aux problématiques de l'adaptation du logement - Informer sur les aides techniques - Optimiser le confort et la sécurité en tenant compte des activités de vie quotidienne et du lieu de vie	Enquête de satisfaction - 98 % se disent satisfaits - 57% envisagent des travaux non pensés avant
Centre Hospitalier de La Rochefoucauld	- Affiches dans l'hôpital - Courrier aux médecins - Notes d'informations aux mairies et aux pharmacies	Programme d'expérimentation auprès de 76 personnes	Ergothérapeute en équipe pluriprofessionnelle (Kiné, diététicien, infirmier, professionnel APA)	Collective	Personnes à partir de 70 ans vivant à domicile Moyenne d'âge de 80 ans	Structure	- Prévenir la perte d'autonomie par la prévention et le repérage de la dépendance physique - Favoriser l'identification voire la modification de comportements favorables à la santé	- Ateliers sur les bénéfices de l'activité physique, sur l'équilibre alimentaire et la prévention des chutes - Ateliers de sensibilisation et d'informations à la prévention de la dépendance pour amener la personne à réfléchir sur ses occupations et ainsi intégrer quelques modifications de comportements dans ses routines quotidiennes	Enquête de satisfaction - 96% se disent satisfaits - 79% pensent qu'ils vont effectuer des changements - 70% pensent pouvoir le faire seuls contre 12% pensent ne pas y arriver seuls
Droupement d'intérêt public du Territoire de Colombey-les-belles	Recrutement par les médias locaux	Depuis 2012	Ergothérapeute de proximité	Individuelle	Personnes à partir de 60 ans vivant à domicile	Domicile	- Repérer les personnes fragiles - Accompagner pour prévenir la dépendance - Se faire connaître pour que la personne sache où trouver l'information quand elle en a besoin	- Evaluation des besoins par des mises en situations dans les activités de vie quotidiennes - Priorisation des objectifs avec la personne pour favoriser l'acceptation au changement - Réalisation d'un diagnostic des risques - Communication avec le médecin traitant - Rencontre avec les autres professionnels (médecins, kiné, orthophoniste, diététiciens, ...)	- Constat de demandes de bilans de plus en plus précoces par le médecin - De plus en plus de demandes directes par les personnes et les familles
			Ergothérapeute de proximité	Collective	Personnes à partir de 60 ans vivant à domicile	Structure	- Permettre de continuer à avoir de l'activité physique - Faire passer des messages	- Développement d'ateliers sur l'activité physique	
Equipe ReSanté-Vous en Gironde (Life Style Redesign)		Programme d'expérimentation de 15 semaines auprès de 47 personnes	Ergothérapeute et psychomotricien	Individuelle et collective	Personnes âgées à partir de 60 ans Sans condition de GIR mais majoritairement GIR 5 ou GIR 6 ou non GIRés Majorité de femmes Moyenne d'âge de 80 ans	Domicile et structure	- Lutter contre la fatalité des problèmes de santé - Permettre la compréhension du lien entre l'occupation et la santé	Combinaison d'ateliers de groupe avec des mises en situation et de séances individuelles à domicile sur les thèmes de la mobilité, de la nutrition, de la sécurité au domicile et dans la ville, de la prévention des chutes et de l'impact des activités de vie quotidienne sur la santé	Enquête de satisfaction - Augmentation des capacités fonctionnelles uniquement pour les personnes avec fort degré d'autonomie (GIR 5 et plus) grâce à l'engagement dans les ateliers - Evolution positive de l'implication dans les activités significatives

Annexe IV : Grille d'entretien

THEME 1 : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DE L'ERGOTHERAPEUTE EN PREVENTION PRIMAIRE			
Q1	Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel dans le domaine de la prévention primaire ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? ▪ Depuis combien de temps exercez-vous en prévention primaire ? ▪ Dans quelle région exercez-vous ? ▪ Au sein de quelle structure exercez-vous en prévention primaire ? ▪ Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ? ▪ Pouvez-vous me présenter brièvement la structure ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques de l'activité des ergothérapeutes exerçant en prévention primaire en gérontologie ▪ Caractéristiques des structures
Q2	Quand intervenez-vous par rapport à l'apparition des difficultés ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes que vous rencontrez présentent-elles déjà des incapacités ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Critères de déclenchement de l'intervention pour confirmer que l'ergothérapeute intervient en prévention primaire
THEME 2 : LES PERSONNES DANS LA DEMARCHE DE PREVENTION PRIMAIRE			
Q3	Pouvez-vous me présenter les profils des personnes que vous rencontrez lors de vos actions de prévention ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle tranche d'âge se situent-elles ? ▪ Selon vous, un sexe est-il prédominant parmi vos clients ? ▪ Quelle est en général leur situation familiale ? ▪ Habitent-elles à domicile ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques des personnes rencontrées lors des actions de prévention primaire
Q4	Quels sont les caractéristiques de leur lieu de vie ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitent-elles en général plus souvent en pavillon ou en appartement ? ▪ Sont-ils plutôt situés en centre-ville ou à la périphérie ? ▪ Leur logement vous semble-t-il adapté ? ▪ Quels types d'obstacles constatez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prépondérance d'un type de logement dans l'inadéquation habitant / habitat ?
Q5	Quelles sont, selon vous, les motivations des personnes à entrer dans une démarche de prévention ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment sont-elles arrivées dans la démarche ? ▪ Selon vous, se sentent-elles concernées par la nécessité de la prévention primaire ? ▪ Quels besoins ou attentes expriment-elles ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoins et attentes des personnes ▪ Intérêt porté à la prévention
Q6	Selon vous, quelle place accordent-elles à la qualité de vie dans leur quotidien ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous une idée du ressenti de la qualité de vie pour les personnes que vous rencontrez ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les facteurs influençant la qualité de vie et l'autonomie ▪ Liens entre les attentes et la perception de qualité de vie
THEME 3 : L'INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE ET SES APPORTS			
Q7	Quels avantages ou inconvénients les lieux dans lesquels vous intervenez présentent-ils pour la démarche de prévention ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle différence pouvez-vous relever sur l'efficacité de la prévention en fonction du lieu dans lequel vous intervenez ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les facilitateurs et les obstacles de la démarche en fonction du lieu d'intervention
Q8	Quelle est la finalité recherchée dans vos interventions ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur quels risques de l'avancée en âge intervenez-vous en particulier ? ▪ Lors de vos interventions, quels sont vos objectifs ? ▪ Comment les déterminer vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissances des risques sur lesquels l'ergothérapeute intervient ▪ Connaissance des objectifs poursuivis dans les interventions
Q9	Quels types d'actions de prévention êtes-vous amené à réaliser pour répondre aux objectifs ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels types d'actions de prévention êtes-vous amené à réaliser pour répondre aux objectifs ? ▪ Comment mettez-vous en œuvre ces actions ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des différentes activités de l'ergothérapeute en prévention primaire
Q10	Selon vous, en quoi la nature de l'intervention, individuelle ou collective, peut-elle influencer son efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients d'une intervention à domicile ou en collectif ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les éventuels impacts de la nature de l'intervention sur son efficacité
Q11	Quel retour de la part des individus avez-vous à l'issue de vos interventions ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels ont été, selon vous, les apports de votre intervention pour l'individu ? ▪ Constatez-vous des changements de comportement à l'issue de vos interventions ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier l'adhésion de l'individu à la démarche et s'il y a eu des changements de comportements
Q12	Selon vous, quels sont les facteurs de succès ou bien les freins de la démarche d'intervention en ergothérapie en prévention primaire auprès d'une personne âgée ?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les atouts de l'ergothérapie dans la démarche de prévention primaire

Annexe V : Entretiens

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1 (E1)

V : Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel dans le domaine de la prévention primaire ?

E1 : Alors domaine de la prévention primaire auprès des plus de 60 ans ?

V : C'est à vous de me dire justement auprès de qui vous intervenez.

E1 : Je suis ergothérapeute de depuis 2003 et depuis 2015 j'ai une certification INRS PRAP 2S et donc dans ce cadre-là j'ai aussi l'occasion de travailler sur la prévention primaire aussi auprès de salariés et d'étudiants qui souhaitent se former mais plutôt dans le cadre de la manutention et la prévention risques liés à l'activité physique. Donc voilà c'est une forme de prévention mais dans un autre domaine et sinon après je considère que j'ai toujours plus ou moins fait de la prévention en tant qu'ergothérapeute puisque ça fait partie de notre champ d'action donc depuis que je suis diplômée, quelque part et que je travaille, j'ai toujours fait un peu de prévention dans les différents accompagnements que j'ai pu faire, mais de façon vraiment ciblée prévention, vraiment officialisée, on va dire ciblée, depuis 2018 auprès du public de plus de 60 ans sur XXX. Ce qui représente 24 communes donc en intervention à domicile et en intervention sur le xxx qui a ouvert en septembre 2019 avec des ateliers de prévention et des entretiens individuels à domicile et au CREAT. Ces deux lieux de travail me permettent de faire de la prévention primaire auprès de ce public-là, des plus de 60 ans.

V : Pouvez-vous en quelques mots me présenter votre structure ?

E1 : Oui, alors XXX, c'est une collectivité territoriale qui a pris une compétence dans le médico-social depuis 2016 avec la loi NOTRe qui a ouvert la possibilité aux métropoles. Donc euh dans le champ du médico-social il y a un service qui s'appelait mission gérontologique sur XXX qui a permis d'embaucher un ergothérapeute pour intervenir en complément de l'action des clics, donc les centres locaux d'information et de coordination, qui sont au nombre de 8 mais qui n'avaient pas de compétence ergo jusqu'alors et qui étaient effectivement dans du conseil de premier niveau sur des petites aides techniques, de la prévention justement aussi et de l'aménagement de l'habitat mais qui n'avaient pas d'ergothérapeutes pour travailler ensemble. Et donc il y a une mutualisation du poste sur ces 8 clics, donc un poste ergo mutualisé sur les 8 clics pour venir compléter l'intervention des

évaluatrices des clics pour apporter des conseils et faire des essais et accompagner sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie et donc sous le l'angle de la compensation par l'aide technique notamment.

Et donc ça, c'est un poste qui est créé grâce à la CNSA et la conférence des financeurs qui finance pour grande partie le poste et autrement le reste est financé par XXX. Donc ça c'est le poste du service gérontologique de xxx et dans ce même service gérontologique a été créé un centre de ressources et d'expertise en aides techniques qu'on appelle le CREAT et qui, lui, est un lieu ressource qui met en lumière et en avant des aides techniques et c'est toujours le même cadre d'intervention, c'est toujours un cofinancement conférence des financeurs - XXX pour pouvoir appuyer des actions de prévention auprès des plus de 60 ans, toujours sous l'angle des aides techniques.

Donc c'est un lieu de présentation, de démonstrations et d'essais de matériel aides techniques mais sous l'angle de la prévention. Donc on a à peu près 160 aides techniques pour l'instant et les personnes peuvent venir découvrir sur ce lieu des aides techniques, les manipuler, les tester, toujours accompagnées d'un ergothérapeute.

Voilà. Et dans ce lieu, on a aussi la possibilité de proposer des ateliers de prévention. Et donc aujourd'hui on est en capacité de faire des ateliers sous l'angle de la prévention des chutes, prévention autour du bien manger en fait, avec une nutritionniste diététicienne, euh ... un autre axe qui est la prévention dans les manutentions pour les aidants : aidants familiaux et aidants professionnels, euh ... un atelier de découverte du lieu et des aides techniques, donc voilà, qu'on appelle atelier découverte d'ailleurs. On a également un autre atelier qui est un jeu défi, donc c'est un jeu autour de la prévention donc qui se joue en équipe, un jeu collaboratif autour de la prévention qui utilise toujours notre espace, notre lieu qui est en fait un logement comme un logement témoin. On a reconstitué un logement avec des pièces et avec des techniques par pièce. Voilà.

Voilà les 2 structures. Donc il y en a un, c'est vraiment un lieu d'accueil au public et l'autre, mon autre poste, c'est d'aller à domicile vers les gens et notamment ceux qui ne peuvent pas se déplacer au CREAT.

V : Et alors, pour le coup, par rapport aux personnes que vous rencontrez dans vos différentes missions vous intervenez la plupart du temps à quel moment par rapport à l'apparition des problématiques ou des besoins qu'elles pourraient avoir ?

E1 : Alors le CREAT se fixe comme objectif de faire découvrir du matériel, des solutions avant même que les problématiques n'arrivent. C'est pour ça qu'on est vraiment dans la prévention primaire à ce niveau là parce que on a vraiment du matériel qui va être par exemple euh des systèmes qui permettent d'ouvrir un bocal plus facilement. Donc voilà on est vraiment sur quelqu'un qui commence à être en difficulté pour ouvrir une bouteille d'eau, un bocal, qui commence à avoir des petits troubles de la vue et du coup et ben on va proposer des aides techniques qui vont des loupes, mais des loupes vraiment basiques justement, pas la déficience visuelle forte mais vraiment pour avoir plus de confort, confort dans la lecture, confort dans les jeux, avec des cartes à jouer un petit peu plus grosses, donc voilà, du confort, du confort dans l'utilisation au quotidien, des aiguilles de couture avec un système plus facile pour mettre, pour faire passer, en fait le chat, pour faire passer le fil. Donc voilà, on est vraiment sur un champ qui peut être vraiment pour faciliter le quotidien et garder son autonomie donc on est dans la prévention de la perte d'autonomie et vraiment primaire. Et on va plus loin évidemment, on va aller aussi traiter la question de personnes qui auront déjà eu, commencé à avoir des difficultés, des déficiences, voilà, des troubles cognitifs ou autres. Mais ce lieu-là, il est vraiment fait pour faire découvrir en première intention le fait qu'il y a plein de solutions qui existent et que le public lambda, en fait, n'en n'a pas forcément connaissance de ces produits-là.

Voilà, et en tant qu'ergo on est vraiment dans le faire découvrir le matériel mais aussi donner des petits conseils, sensibiliser en fait sur les risques qu'ils prennent quand ils se lèvent la nuit sans allumer leur lumière, euh, le fait qu'ils laissent, qu'ils gardent une sortie de lit par exemple au pied de leur lit. Bon bah voilà, c'est pas forcément des gens qui ont déjà chuté, mais on va les sensibiliser au fait que, voilà, ça peut être un risque potentiel, que du coup, ça vaut le coup peut être de réaménager son espace, de ... d'éviter d'encombrer une pièce, de ... d'éviter de faire 3 choses à la fois, enfin voilà. Donc on est vraiment dans ces échanges, ce type d'échanges, moi ce que j'appelle vraiment prévention primaire pour le coup.

V : **Et concernant les personnes que vous rencontrez, pouvez-vous me présenter leur profil ?**

E1 : Euh alors, c'est vrai qu'on a ouvert depuis peu et euh donc le CREAT est ouvert depuis peu et avec la situation sanitaire, on a finalement très peu de recul en termes de nombre de personnes. Et en fait, la population du CREAT, c'est aussi toucher les aidants et les professionnels qui peuvent être une ressource pour donner des informations, pour en fait,

pour être relais de notre discours. Donc il y a aussi cette phase-là qui est très intéressante et ça, qui a pu beaucoup plus se faire parce que ce sont des professionnels qui se sont organisés pour venir, qui malgré les restrictions sanitaires ont réussi à venir découvrir le lieu. On a moins facilement touché la population cible qui peut être des particuliers en fait. On les a beaucoup moins touchés même si on en a quand même qui sont venus. Donc on va dire que dans les aidants, on a une tranche de professionnels aidants donc ils vont avoir de 20 ans à 65 ans j'ai envie de dire, puisque ce sont des professionnels du coup en activité et qui vont se faire le relais et parfois qui trouvent des choses très intéressantes pour eux-mêmes et aussi relais pour les personnes qui les accompagnent et aussi pour leur famille, parce que pour le coup on a tous un parent, un père, une grand-mère enfin voilà et du coup ça fait écho.

Donc ça marche plutôt très bien là-dessus, euh et sur la population cible, on va dire particuliers, euh bah ça peut être assez large parce que je trouve que les personnes qui ont tout juste entre 60 et 70 ans, qui pourraient tout à fait être dans la prévention primaire, ce qu'elles viennent chercher au CREAT, enfin la porte d'entrée pour le CREAT, ça pourrait être de se dire : tiens, je referais bien ma salle de bain, ça fait longtemps que ma salle de bain est un petit peu vieillotte ou ma cuisine est un petit peu vieillotte ou ma maison d'une manière générale est un peu vieillotte, j'ai envie de réaménager mais effectivement entre 60 et 70 ans, on se dit bah tant qu'à faire, autant faire quelque chose sur du long terme surtout, mais qui pourra être adapté le plus longtemps possible même au vieillissement.

Mais on va vraiment être sur cette porte d'entrée de réaménager son logement, ça c'est une vraie porte d'entrée, même si nous on fait pas de l'aménagement de logement dans notre lieu en fait, mais par contre, c'est une vraie porte d'entrée où ils vont se poser des questions et donc du coup nous, de recevoir ce public-là, ça peut permettre de leur faire prendre conscience qu'effectivement, il y a peut-être des choses qu'il faut vraiment bien aménager mais peut-être pas et que parfois il suffit juste de réfléchir à une barre d'appui bien placée, un siège de bain, voilà, qui pourrait être aussi mis sur une baignoire et finalement est-ce qu'il faut vraiment faire une douche qui va être techniquement très compliquée dans certains logements et très onéreux alors qu'ils aiment bien leur baignoire et qu'ils aiment bien de temps en temps pouvoir se continuer à être dans une baignoire.

Voilà on va réfléchir à tout ça ensemble. On parle aussi de la logique d'utilisation d'une maison, de l'entrée de la maison au parcours à l'intérieur de la maison, vraiment c'est très global. Mais du coup c'est une des portes d'entrée qui est dans la prévention même si nous

on est sur l'aide technique. Mais c'est une vraie porte d'entrée. Par contre, ce public-là est très réceptif à tout ce qu'on aborde mais pour leurs propres parents, c'est à dire des parents, leurs parents qui vont plutôt avoir 80-90 ans et en fait ils se projettent très bien pour leurs propres parents et se projettent moins pour eux dans les aides techniques en se disant : je n'ai pas encore besoin de ça mais par contre pour leurs parents, ils se projettent très très bien. Donc en fait, on touche une population des 60-70 ans qui viennent nous voir. Finalement ils vont sensibiliser leurs propres parents aux problématiques et par contre on reçoit quand même des personnes qui vont avoir plutôt 80-85 ans, elles vont être accompagnées par des aidants. D'une manière générale, ils ne viennent pas spontanément, c'est vraiment les aidants qui ont eu connaissance ou qui les accompagnent et là pour le coup ça fonctionne assez bien aussi parce que là ça peut vraiment être des problématiques.

Une dame que j'ai reçue la semaine dernière, elle disait clairement que elle, elle venait voir ce qui pouvait l'aider pour marcher parce que elle disait : ah bah oui, j'ai juste un petit peu plus de mal à marcher mais voilà, elle avait 84 ans je crois, elle n'avait aucun problème jusqu'à présent, elle était vraiment très autonome cette dame et donc venir là c'était vraiment quand même de la prévention primaire malgré son âge parce que elle n'était pas dans une problématique où elle n'était pas forcément encore en danger, quoique. Mais elle ne se voyait pas comme quelqu'un avec des déficiences ciblées qu'elle pouvait nommer mais elle disait : bah oui c'est vrai, j'ai un petit peu plus de mal à marcher quand même, s'il y a des choses ça m'intéresse de voir, voir ce qui existe.

Donc de fil en aiguille, on entre dans plein de thématiques, mais son fils étant présent, il se faisait le relais. Il dit : Ah bah oui maman, là aussi t'as pensé à ça ? tout ça voilà, c'est intéressant. Il y a un échange entre 2 générations qui est assez intéressant. Alors que c'est vrai que pour l'instant, je ne suis pas sûr qu'on ait reçu spontanément des personnes de 80 ou plus qui seraient venues spontanément dans nos locaux. A chaque fois il y avait des aidants familiaux ou professionnels.

Sinon à domicile, je fais aussi de la prévention primaire quand j'interviens à domicile mais là, pour le coup, souvent la porte d'entrée, elle peut être souvent la maladie, les chutes, des choses comme ça et du coup on est déjà sur des gens qui ont des problématiques de dépendance qui commencent. Mais comme on aborde différentes thématiques de la vie quotidienne, il y a plein d'échanges qui sont quand même de l'ordre de la prévention primaire parce que ce n'est pas un problème en soi actuellement chez ces personnes mais que du coup,

ça va permettre de sensibiliser à la prévention. Et puis on a quand même aussi parfois quand même des collègues qui ont bien repéré que les gens étaient preneurs d'informations et on arrive quand même à aller à domicile auprès d'un public qui a finalement, mais souvent quand même, qui est quand même dans cette dynamique toujours, très souvent de dire bon ma maison, est-ce qu'elle est encore adaptée pour moi, voilà, ils se posent ces questions-là.

Et donc ils sont intéressés d'avoir un regard, le regard d'un ergothérapeute sur cette question parce que, parce qu'ils sont encore dans cette réflexion. Donc c'est aussi la prévention primaire de l'ordre de l'aménagement de l'habitat pour le coup. Voire aide technique du coup, ça va ensemble.

V : Et les personnes qui viennent au CREAT, comment l'ont-elles connu ?

E1 : Alors on commence tout juste à communiquer dans la presse, sur internet et tout ça. Donc il y a quand même ce biais-là. Là aujourd'hui, on commence à être connu sous cette forme là et puis après c'est le réseau, tout le réseau de professionnels qu'on a, à qui on a envoyé des dépliants, de l'information, voilà, toute la com qu'on a commencé à faire ouais dans le réseau, beaucoup beaucoup le réseau en 2020. Et puis là, depuis le début d'année 2021, ça y est, on communique officiellement. Il va y avoir normalement, ça a déjà été repoussé deux fois donc on verra bien, mais normalement xxx, qui est le maire de xxx, devrait aussi venir visiter les lieux avec la télévision qui la suivrait, donc forcément ça aussi c'est un écho sur la population au moins locale. Et puis voilà, après, ça se fait aussi évidemment par le bouche-à-oreille, nos partenaires. Voilà, le réseau beaucoup le réseau pour l'instant c'est vraiment beaucoup ça.

V : Et donc par rapport à ces personnes, est-ce qu'il y a des caractéristiques types du lieu de vie pour ces personnes ?

E1 : On n'a pas identifié ça pour l'instant. Là on touche globalement un public métropolitain, ce qui fait que on n'est pas trop en milieu rural, voilà, ça c'est une particularité de là où on est situé et pour l'instant notre réseau, comment on communique, ça fait qu'on fait venir pour l'instant plutôt des personnes qui sont sur xxx donc on va avoir aussi bien de la maison nantaise, pavillonnaire, qu'une maison de ville, voilà, que des appartements, que des résidences autonomie, mais pas trop rurale. Voilà moi je dirais ce qu'on a moins aujourd'hui, c'est plutôt des gens qui pourraient être isolés en campagne. Pour l'instant, notre communication fait qu'on n'a pas trop touché ces gens-là, euh donc globalement c'est assez divers mais c'est pas trop la précarité rurale qu'on peut trouver parfois avec des personnes

qui vivent vraiment dans des situations de logements insalubres ou des choses comme ça. Moi j'ai pas trop repéré ça mais c'est vraiment la situation géographique qui veut ça là actuellement. Ça pourrait évoluer mais bon, mais aujourd'hui c'est plutôt ça et puis non j'ai pas les problématiques du logement, ça va être souvent autour de l'accès au logement. Est-ce qu'il y a des marches à l'entrée ou pas, est-ce que c'est une maison à la nantaise donc ce qu'on appelle maison à la nantaise c'est à dire que toute la partie de vie se trouve à l'étage, donc il y a un escalier intérieur, un escalier à l'extérieur du logement et en fait on n'a pas le choix, il faut passer par un escalier forcément pour accéder vraiment aux pièces de vie. Donc ça, c'est les maisons à la nantaise qui sont bah voilà pas du tout du tout adaptées au vieillissement, clairement. Et donc on a régulièrement ce type de maison. Et puis autrement des appartements, des maisons, pas mal de maisons pavillonnaires ou des maisons de ville qui fait qu'on va retrouver voilà, il n'y a pas de choses très typiques à part des marches à l'entrée et puis après la maison elle peut être avec une baignoire, une douche et c'est vraiment, non non, enfin moi je ne vois pas de choses qui reviennent plus régulièrement que d'autres.

V : Selon vous, quelle place, les personnes que vous rencontrez, accordent-elles à leur qualité de vie au quotidien ?

E1 : On va avoir parfois des personnes qui minimisent en fait l'impact, c'est à dire que, elles font avec. Elles évoluent, elles vieillissent et puis il y a beaucoup quand même ce discours : c'est comme ça, c'est normal, en fait c'est normal de ne plus réussir à faire ça et puis aussi si je le fais plus, c'est pas grave, je fais avec ou je demande à mon conjoint parfois ou à mes enfants quand ils sont là, et puis euh j'ai finalement pas souvent des personnes qui sont dans cette revendication de : je veux absolument continuer à faire coûte que coûte ou bien alors dans les déplacements ça c'est un truc peut être qu'on va retrouver, c'est des personnes qui vont prendre des risques dans leurs déplacements parce que les déplacements, marcher dans leur logement ou à l'extérieur, et qui vont se mettre en danger parce que ça c'est difficile de lâcher de lâcher là-dessus, de se dire ben si, il faudrait quand même que je prenne un déambulateur, non non surtout pas. Donc ils vont continuer avec une canne mais qui n'est plus adaptée et donc ça on va retrouver assez régulièrement je trouve, c'est assez typique, là, du déplacement mais autrement sur les autres points je trouve que bah ils vont dire : Ah Ben je me lave plus aussi bien qu'avant mais c'est pas grave, ah bah je fais moins souvent.

Moi qui ai bossé dans une association où c'était plutôt du handicap et du handicap moteur avec troubles associés mais un handicap moteur avec vraiment des personnes très dans la

revendication de leurs droits, de l'accès à tout, comme tout le monde, enfin voilà, c'est vrai que moi j'avais vraiment l'habitude d'être avec des gens militants et qui revendiquent leurs droits. Moi c'est une grosse différence que je vois avec cette population, on va dire la population des 80 ans et plus. Ils sont plus dans la résignation et de se dire : bon, mais voilà ! Du coup, c'est vrai que moi ça m'arrive régulièrement d'avoir le discours : mais c'est dommage ! parce que si vous arrivez, vous pourriez avec, peut-être des aides techniques ou en faisant autrement, vous pourriez de nouveau le faire seul et en fait c'est comme si, justement, on arrivait trop tard et que du coup, bah, il s'était habitué à faire sans, soit ça leur paraissait trop compliqué et voilà, avec cette idée de bon ben c'est comme ça quoi, c'est comme ça. Donc c'est vrai que moi, c'est quelque chose que j'observe dans le discours et dans les faits aussi, donc voilà.

V : C'est plus de la résignation donc des personnes qui seraient plutôt satisfaites mais résignées et pourtant, comme vous disiez, les personnes qui sont plus jeunes, se sentent peut-être moins concernées ?

E1 : Oui, c'est ça. C'est vrai que on a du mal, sauf que il y a un âge, en tout cas entre 55 et 70 ans, je dirais ouai largement, ouais entre 55 et 70 ans, on pourrait se dire tiens là y'a vraiment une carte à jouer, on est dans la prévention primaire, et voilà, et en fait, ce public-là il entend, il se projette très bien pour ses parents, enfin voilà, c'est pour des personnes qu'ils ont en tête mais qui ont plus de 80 ans et la prévention primaire, ça ne leur parle pas tant que ça pour eux en fait, pour eux-mêmes. Oui vraiment, ça c'est assez généralisé.

V : Vous me disiez donc que s'il y a une problématique de qualité de vie qui vous est remontée, elle ressort essentiellement plutôt sur les déplacements. Mais comment ça s'exprime dans les demandes qui vous sont faites ?

E1 : Globalement, la perte de qualité de vie, elle tourne beaucoup autour des déplacements. Mais que ce soient les déplacements de quelques mètres ou de centaines de mètres, vraiment se déplacer, marcher, accéder, pouvoir se déplacer dans son propre logement, sortir de son propre logement et accéder à la boulangerie qui est à 200 mètres. Donc cette problématique-là qui va vite les impacter et qui va être vraiment une source de perte d'autonomie et de qualité de vie, mais même sur les transports, les déplacement un petit peu plus longs, plus lointains, euh c'est vrai qu'il y a une vraie problématique mais ça on l'entend partout et nous on peut que le confirmer et l'observer. La problématique de déplacement c'est à dire une personne qui ne peut plus conduire par exemple ça c'est très très régulier, elle arrête de

conduire pour x raisons : troubles de la vue, perte des réflexes, fatigue. Alors voilà, puis elle finit par dire : bon j'arrête de conduire. Quelque part elle devient raisonnable et c'est super. Moi j'aurais plutôt tendance à valoriser ce type de comportement en disant : ben voilà c'est chouette, c'est aussi faire attention aux autres aussi. D'arrêter de conduire passé un certain âge quand on repère des problématiques mais en fait on n'a quasiment rien pour offrir à la place. C'est à dire que du coup, c'est soit des transports en commun ou la majorité des personnes que j'accompagne de se sentent pas en sécurité parce que ça va trop vite, quand ça freine et s'ils ne sont pas assis, mais même en étant assis, ils vont avoir peur, il faut sortir vite du bus, le bus il s'arrête mais il faut sortir vite, le tram c'est pareil. Quand on a des problématiques de déplacement et qu'on ne marche pas de façon aisée, les transports en commun c'est très très compliqué, il n'y en a pas beaucoup si on n'est pas dans xxx, c'est à dire que là moi y'a xxx et puis sa périphérie et je ne parle pas de la ruralité, parce que pour le coup je n'interviens pas mais la ruralité c'est encore pire.

Donc la problématique vraiment du transport et des déplacements pour les personnes âgées c'est un vrai vrai vrai thème, une vraie difficulté. Donc effectivement là l'autonomie dans les déplacements elle est vite impactée, très très vite impactée et handicapante et source de perte de qualité de vie. Donc il faut se réorganiser, il faut trouver d'autres solutions mais qui ne sont pas forcément pas évidentes, ni à la hauteur de ce que souhaiterait la personne. Il n'y a pas de solution alors ou bien alors on a beaucoup beaucoup d'argent et on prend un taxi à chaque fois qu'on se déplace. J'en connais pas trop.

V : Vous avez dit que vous intervenez aussi bien à domicile qu'au centre CREAT. Selon vous, quels avantages ou inconvénient ces lieux peuvent-ils présenter dans vos interventions ?

E1 : Alors l'avantage du domicile c'est que on vient auprès des personnes donc c'est vrai que là les personnes apprécient beaucoup qu'on puisse se déplacer à domicile. Une des limites, ça pourrait être justement aussi le fait que on soit dans l'intimité de la personne et c'est parfois difficile aussi pour certaines personnes de nous accueillir chez elles, elles n'ont pas forcément envie qu'on rentre dans leur logement, dans leur lieu de vie. Donc c'est vrai que nous on fait vraiment une intervention, c'est pas du tout forcé, on n'est pas dans du sanitaire, on est dans du médico-social. Il n'y a pas de prescription médicale, on intervient vraiment avec la motivation, le souhait des gens. Donc ça facilite drôlement notre travail, c'est-à-dire que c'est rare qu'on ait des personnes en face qui ne soient pas contentes de nous

voir ou qui en tout cas qui ne souhaitent pas nous voir, ça marche pas, on n'ira pas. Donc effectivement globalement, l'intervention à domicile est très appréciée et nous facilite notre travail d'ergo parce qu'on va être dans le lieu de vie de la personne et donc on va observer vraiment la personne en activité chez elle avec son environnement, avec ses habitudes de vie, avec voilà toutes les problématiques réelles qu'elle a domicile ou au contraire ce qui peut être facilitant et donc ça permet vraiment d'avoir une évaluation la plus proche possible, enfin la plus réelle et réaliste et adaptée à vraiment ce que vit la personne quoi. Voilà ça c'est le domicile. Des contraintes, ça peut être parfois qu'effectivement on a du mal à se concentrer à domicile parce que, il va y avoir beaucoup de monde, beaucoup de passage ou que la personne a du mal justement à se concentrer sur ce qu'on lui dit parce qu'elle va nous raconter plein plein de choses qui n'ont rien à voir, ou parce que, elle est contente de recevoir quelqu'un. Donc c'est vrai que le lieu de vie, parfois, moi c'est ce que je peux observer, c'est que, des fois, j'ai du mal à saisir la personne et la ramener au sujet parce que bah, elle est tellement à l'aise finalement que elle a plutôt envie d'être dans un échange cordial qui doit être très sympathique hein mais qui nous éloigne un peu parfois du sujet. Donc voilà, il faut ramener la personne. Donc je pense que, enfin, le travail à domicile, moi, ça fait très longtemps que j'en fais, donc vraiment c'est quelque chose que j'aborde avec plaisir et en même temps avec sérieux, j'ai envie de dire et de professionnalisme.

J'essaye vraiment à chaque fois de rester à ma place et de vraiment recentrer. On n'intervient pas pareil quand on est à domicile que en structure. C'est nous qui sommes les intrus dans un logement individuel et vraiment je trouve que la posture du professionnel doit être complètement autre, surtout que nous on n'intervient pas, on n'est pas du sanitaire où on a une prescription médicale pour venir faire un pilulier. Et du coup, ben, ce n'est pas pareil, on est plus sur une intervention obligatoire alors que là, pas du tout du tout. Donc on vient parce que la personne le veut bien et qu'elle est en attente aussi de choses donc bah voilà parfois il peut y avoir un petit décalage entre ce que nous, on propose et ce que la personne attendait, mais ça se réajuste et ça se passe bien.

Et puis si on doit ne faire qu'une visite et bien on n'en fera qu'une et on a aussi cette souplesse nous dans notre structure de pouvoir aller plusieurs fois à domicile. J'ai envie de dire, autant de fois qu'on veut, peut-être pas non plus, mais en tout cas d'une manière générale on intervient à domicile entre 2 et 5 fois. Ça, c'est les chiffres qu'on a.

V : Chez la même personne ?

E1 : Chez la même personne on va intervenir entre 2 et 5 fois pour pouvoir faire un vrai accompagnement entre notre évaluation de base enfin notre évaluation d'origine, les préconisations qu'on fait, les essais de matériel et la validation par la personne de ce qu'on aura vu avec elle. Et après nous on laisse un écrit et voilà. Donc euh parfois c'est vraiment une visite à domicile parce que il y a vraiment juste besoin de, par exemple de confirmer en fait ce que la personne avait déjà vu et identifié comme problématique et puis on vient juste donner un avis pour confirmer des choix qu'ils ont pu faire ou une orientation qu'ils ont faite, avec des aidants plus ou moins présents qui vont prendre le relais. Mais du coup nous on n'a même plus besoin de réintervenir en fait. Il y aura un relais pris derrière par les aidants et voilà. Parfois c'est vraiment une visite à domicile. Parfois c'est une visite à domicile parce que finalement les gens n'ont pas vraiment besoin ou voilà ils n'ont pas envie que ça aille plus loin donc on sent bien que bon on va faire un premier diagnostic, premier niveau de prévention justement, de conseils prévention primaire mais, s'ils ne veulent pas aller plus loin, bah voilà, ils auront eu déjà au moins une première information. Et parfois, quand on est dans une logique où il y a une demande, un besoin identifié, des essais bah on est plutôt entre 2 et 5 visites à domicile. Donc ça c'est sûr le domicile. Je suis un peu longue.

V : J'ai une question sur le domicile. Globalement les gens sont-ils plutôt enclins à poursuivre la démarche à partir du moment où vous avez fait la première visite ?

E1 : Oui oui, vraiment. Globalement, oui. Si le besoin a bien été identifié au départ et que ça a du sens, c'est vraiment très rare que finalement on rentre d'un entretien, frustré j'ai envie de dire, parce que ça arrive de temps en temps. On ressort et la personne ne veut pas aller plus loin alors que nous on sent qu'il y aurait besoin. Mais ça arrive rarement, vraiment ça arrive rarement heureusement. Rarement mais il y a aussi vraiment des fois où une seule visite suffit. Et vraiment ça suffit parce que il y a vraiment une situation, un environnement qui fait qui aura pas besoin de plus parce qu'on aura donné ou peut être déjà toutes les infos parce qu'il y aura peut-être un fils, une fille présente qui vont recueillir les informations. Ah oui oui, j'ai bien compris ce que vous ... voilà ce qu'il faut faire. Je vais prendre le relais et y'a pas de problème quoi. Donc ça arrive vraiment de temps en temps qu'il y est vraiment juste besoin.

Moi je sais que je suis intervenue une fois aussi dans une famille euh ils m'attendaient tous de pied levé, on était assez nombreux en entretien, et en fait ils avaient déjà bien identifié la problématique, ils souhaitaient mettre en place dans la maison de leur mère un ascenseur. La

question se posait donc là, parce que ça coûte très cher de mettre un ascenseur privatif, donc ils avaient besoin d'un regard de l'ergo, d'un professionnel et ils ne voulaient pas que ce soit un professionnel installateur même s'ils avaient déjà commencé à faire des devis donc ils avaient déjà en plus rencontré, ils savaient que techniquement c'était possible. Ils avaient fait venir un ou 2 installateurs déjà, mais ils étaient preneurs d'un temps avec un ergo pour balayer éventuellement d'autres solutions qu'ils n'auraient pas envisagé ou, au moins là en tout cas, dans cette situation, ça n'a fait que renforcer, confirmer l'intérêt de mettre en place un ascenseur privatif dans leur situation. Et et voilà, moi je n'ai fait que ça, c'est à dire que j'avais emmené un petit peu de documentation avec moi parce que je savais déjà qu'on allait parler de ça et euh et du coup on a rebalayé ensemble. Voilà, tout le monde a porté ses arguments, ses éléments et puis moi je n'ai fait que finalement valider le choix qu'ils avaient déjà fait.

Donc c'était vachement intéressant et en même temps c'est ce qu'ils attendaient. C'est vraiment ce qu'ils attendaient de moi et voilà, l'entretien s'est finalisé : on dit bon bah ok, c'est bon, on est rassuré, on est convaincu que on prend la bonne décision. Donc ça, voilà, on peut parler que c'est un peu de la prévention aussi. Mais en tout cas on peut être aussi dans cette démarche-là.

Et puis sur le CREAT, du coup, pour aller jusqu'au bout de la question d'origine, sur le CREAT, un des avantages peut être que on est sur un lieu reconstitué avec plein d'aides techniques donc ça permet de tester plein de choses qu'on ne pourra pas tester à domicile. Euh ça aussi ça dépersonnalise un peu le logement et du coup ça permet parfois de justement euh moins être coincé dans ses habitudes de vie et de pouvoir plus facilement se projeter en disant : Ah oui tiens j'aurais pas pensé à faire comme ça, ou les aidant ils vont dire : Ah bah oui ça serait pas mal pour papi pour mamie, parce que du coup c'est un petit peu moins frontal, on est un peu moins face à la réalité, parfois ça peut aider ça justement que ce soit dans un lieu neutre. On va plus facilement aborder des problématiques parfois difficiles. Donc ça peut être intéressant le CREAT pour ça je trouve. Et puis, euh, oui pour tout ça.

Et peut-être l'inconvénient du CREAT, c'est que, il faut se déplacer et que c'est pas forcément hyper accessible en plus comme lieu. C'est un lieu qui est sur xxx pourtant, mais qui est dans un quartier de xxx qui n'est pas forcément très très bien desservi. Il n'y a pas de tram, il n'y a que du bus et ça peut paraître un petit peu éloigné pour beaucoup en tout cas, qui ont l'habitude de se déplacer facilement avec le tram et le bus et qui là pour le coup, se disent :

oh là là, mais c'est le bout du monde. Donc voilà, ça c'est une contrainte qui peut être repérée par les habitants de la ville plus particulièrement, puisque de toute façon ceux qui sont hors de xxx n'ont pas la facilité du tram et ont déjà cette contrainte du bus j'ai envie de dire.

V : Les interventions que vous menez au niveau du CREAT, est-ce que ce sont des interventions en individuel ou elles peuvent être en collectif ?

E1 : Les deux, effectivement. En individuel et en collectif, il y a les 2. On reçoit des personnes sur rendez-vous ou sans rendez-vous d'ailleurs et on a des ateliers de prévention qui sont des ateliers sur inscription et de groupe du coup.

V : D'accord. Et donc quelle est la finalité qui est recherchée dans vos interventions ?

E1 : C'est ce que je vous décrivais tout à l'heure. C'est des ateliers découverte, découverte de qu'est-ce qu'une aide technique, à quoi ça peut servir. Donc on est vraiment dans la découverte de l'aide technique. Ça peut être la sensibilisation aux risques dans un logement, dans les déplacements, dans voilà dans la cuisine, dans les différentes thématiques autour de qu'est-ce qui peut être un peu à risque dans une maison et comment faciliter les choses ou en tout cas éviter ce type de risque.

Donc on essaie de pas trop être soulant, d'éviter les risques et que ce soit tout de suite euh en fait d'un point de vue négatif si on peut dire ça comme ça, et plutôt parler d'autonomie, de garder son autonomie, des objets qui facilitent le quotidien, voilà. On essaye plutôt d'être sous cet angle-là. Mais voilà, mais forcément on tourne aussi autour de la notion de risque dans une maison aussi forcément.

V : Pour le coup qu'entendez-vous par risque ?

E1 : Perte d'autonomie, risque de chute, risque de brûlure dans la cuisine, voilà mais aussi avec en finalité un risque de perte d'autonomie effectivement parce que si on chute on peut se blesser ; qui dit de se blesser, d'être hospitalisé ben il y a une perte d'autonomie possiblement derrière, donc oui effectivement. Mais ce qui va créer une perte d'autonomie ça peut être notamment la chute mais ça peut être de moins de moins bien voir donc de moins lire et finalement comme on ne lit plus trop, on est moins bien informé aussi, on va moins lire le journal donc on perd aussi finalement effectivement en autonomie dans pouvoir s'occuper de ses papiers. On va demander à ses parents, à ses enfants, peut-être aux aidants d'aider à remplir un document administratif qu'on pourrait très bien finalement faire en utilisant du matériel qui permettrait d'avoir accès aux documents plus facilement et puis de

continuer à pouvoir le remplir parce que le crayon on a du mal à le tenir. Et finalement en changeant, en modifiant la préhension, la prise du stylo, ben finalement on arrive à continuer à remplir le document administratif et on n'a pas besoin de demander à quelqu'un.

Donc oui, il y a tous ces risques là en fait de perte d'autonomie, même d'un point de vue social, de s'isoler d'un point de vue social parce que ..., ben quand on va jouer aux cartes avec les copains, ben finalement, ben on voit bien qu'on va moins vite qu'avant parce qu'on n'arrive pas bien à voir quelle carte on a en main. Et puis finalement bah en changeant, en modifiant le jeu de cartes et ben on peut de nouveau rejouer aux cartes. Je donne cet exemple mai il y en a plein d'autres.

Voilà donc effectivement perte d'autonomie, d'un point de vue social, tout type d'autonomie possible.

V : Et quand vous intervenez, comment déterminez-vous les objectifs que vous allez suivre ?

E1 : On part essentiellement de la demande de la personne de toute façon. Donc les objectifs c'est la personne qui nous les fixe en fait, vraiment c'est : quelles sont ses attentes, quels sont ses besoins, qu'est-ce qu'elle a identifié comme difficultés, sur quoi elle aimerait qu'on travaille ensemble et on part de là et c'est d'abord ces objectifs-là qui sont traités. Et puis après, nous on va affiner, on va élargir, mais les objectifs de base vraiment c'est la personne qui les fixe finalement.

C'est qu'est-ce qui lui parle, qu'est-ce qui est pour elle difficile à faire et on va aller creuser dans ses activités de vie quotidienne, ses occupations, bah qu'est-ce qu'elle continue de faire, qu'est-ce qu'elle ne fait plus alors qu'elle faisait avant, est ce qu'elle a de nouveau envie de le faire ou pas. Voilà on va la questionner la dessus pour fixer des objectifs communs avec la personne en fait. Quelles sont ses priorités, voilà et parfois nous on se fixe des objectifs que la personne elle n'a pas du tout envie de travailler. Bah on va pas y aller enfin clairement. C'est vraiment, l'objectif est fixé par rapport aux priorités que la personne se fixe.

V : D'accord et alors quel type d'action de prévention en particulier vous êtes, vous, amenée à réaliser pour répondre aux objectifs de la personne ?

E1 : Quel type d'action ... nous ça va être vraiment autour, enfin là où je travaille, c'est vraiment autour de l'accès aux aides techniques dont il y a vraiment toute une expertise, une

évaluation et un travail de recherche sur quelle aide technique pourrait être la plus adaptée en fonction des capacités de la personne et de sa demande.

Donc euh c'est vrai qu'en tant qu'ergos on a une connaissance et enfin, en tout cas, moi j'ai beaucoup travaillé dans ce domaine-là où il y a une veille documentaire et euh ... et un intérêt, en tout cas pour moi, j'ai toujours eu un intérêt de connaître un peu les différents produits qui se faisaient et comment ça évoluait dans ce domaine donc c'est vrai qu'il y a une connaissance de je sais où aller chercher l'information, je vais creuser et j'ai j'aime ça en plus, aller chercher l'aide technique qui va correspondre à ce que j'ai identifié comme difficulté, ou à ce que la personne m'explique comme ce qu'elle aimerait faire ou comment elle aimerait le faire, quelles sont ses difficultés et du coup, il y a vraiment cette idée d'aller creuser et prendre ce temps de recherche et d'affiner au maximum pour trouver les bons produits et la bonne réponse.

Donc ça c'est sûr que c'est vraiment, je trouve, un boulot d'ergothérapeute. Je ne vois pas trop d'autres professions qui pourraient faire ça aussi précisément en tout cas. Il y a des revendeurs des fois qui, des revendeurs de matériel qui vont parfois des fois même être une ressource. Dès fois, je fais appel à eux parce que je recherche exactement ça, est-ce que vous n'auriez pas une idée et puis je m'appuie aussi sur leurs compétences. Mais globalement ils ne vont pas avoir le temps de faire ça là. Ce sont vraiment des recherches très personnalisées, très pointues, voilà.

C'est ce que j'aime faire donc ça c'est vraiment mon expertise d'ergo. La plus-value d'un ergothérapeute, après, c'est la connaissance, on a un champ de compétences tellement large en ergo que du coup on arrive à vraiment aborder beaucoup de thématiques que ce soit sur un plan du logement, du bâti que sur le plan de la santé, l'évolution des maladies, de savoir, oui quel type de maladie risque d'entraîner telle conséquence. On peut anticiper assez aisément vers quoi la personne va aussi dans son environnement et puis euh oui, on a vraiment plein de cordes à notre arc qui nous permet d'être aussi dans la coordination et de savoir que on peut faire appel à tel professionnel. Enfin, moi je trouve qu'on a une bonne connaissance en tant qu'ergo du réseau qu'on peut aller solliciter.

C'est à dire que par exemple, un orthoptiste euh, beaucoup de personnes, même dans la santé alors j'ai envie de dire, des collègues ou dans le médico-social ou dans le social, qui ne vont pas être clair sur ce que peut faire un orthoptiste. Donc moi, auprès des personnes âgées euh

c'est vraiment une orientation qui m'arrive très souvent de donner, c'est d'aller faire un bilan fonctionnel avec un orthoptiste parce que je sais ce que l'orthoptiste peut apporter.

C'est donc une connaissance comme ça du réseau de la santé qui permet de savoir à quelle porte, à quelle porte taper, vers qui orienter la personne. Je trouve qu'on a une bonne connaissance. C'est notre formation qui nous amène à ça, je trouve, beaucoup, à aller travailler en réseau, à aller travailler avec les partenaires, à aller ... à pas travailler seul en fait dans son coin et j'ai envie de dire contrairement à d'autres professions. Mais je trouve qu'on est vraiment une profession qui s'ouvre au maximum vers les autres et qui essaie de, enfin en tout cas, enfin c'est ce que j'essaie de faire, de vraiment tirer le meilleur de chaque profession et de chaque partenaire pour toujours le même objectif. C'est pour la personne, qu'elle soit le mieux accompagner possible et voilà. Donc il y a vraiment ce travail, moi j'apprécie de pouvoir aussi être en lien avec la famille, les aidants pour avoir différents regards, pour croiser les regards, faire de la médiation parfois. En tout cas, on arrive à faire des écrits qui vont un petit peu prendre en compte tout ça et, j'ai le sentiment, je me trompe peut être complètement, mais j'ai le sentiment que les écrits que je fais euh ils sont vraiment très pratico pratiques et ils balayent le maximum d'éléments pour que la personne puisse avoir le maximum d'informations, et qu'elle s'en saisisse ou pas mais qu'au moins elle ait toutes les cartes en main.

Donc ça moi, c'est vraiment quelque chose que j'essaie de faire à chaque fois que je fais un écrit, que je laisse un ... que je donne un écrit à une personne. C'est vraiment qu'elle ait le maximum d'info, qu'elle puisse être autonome justement aussi derrière, que l'écrit lui serve et comme rappel de ce qu'on s'est dit et que du coup elle n'ait plus forcément besoin de revenir vers moi parce que je lui donne toutes les infos par écrit et elle s'en saisit ou pas, mais au moins j'ai l'impression de vraiment avoir été jusqu'au bout de mon travail.

Donc voilà il y a ça aussi. Je ne sais plus qu'elle était la question, je suis partie loin.

V : Non non, pas du tout, au contraire. Et justement ça m'amène à la question suivante : quel retour de la part des individus avez-vous à l'issue de vos interventions ?

E1 : Alors un des points qui peut me rassurer, si on peut dire ça comme ça, j'ai pas besoin d'être rassurée, mais qui vient de dire que bon les personnes ont au moins apprécié ou en tout cas bien compris quel pouvait être mon rôle, c'est quand ils me resollicitent. Et que quand ils me resollicitent, c'est adapté. Parce que normalement, en première intention, on n'est pas sollicité en première intention puisque c'est mon partenaire, clic, qui euh, je parle du

domicile, je suis vraiment sur le domicile, c'est là où j'ai le plus d'exemples et puis de retours d'expérience en fait.

Le domicile aujourd'hui, les personnes, elles n'ont pas accès directement à nous. C'est à dire que c'est par l'intermédiaire des clics, les clics identifient un besoin et nous envoient la personne, enfin proposent à la personne qu'on intervienne. Donc c'est vrai qu'en première intention, on va dire, c'est presque systématiquement les clics qui font appel à nous, euh ils nous envoient une fiche de demande de la personne. Nous on contacte la personne derrière. Mais une fois qu'on est intervenu une fois, la personne elle a nos coordonnées. Moi je laisse mes coordonnées à la personne. Ils savent, voilà y a un compte rendu avec mon nom, mes coordonnées, voilà ils peuvent me rappeler. Et donc c'est vrai quand là maintenant bah j'ai commencé en mars 2018 donc ça a fait 3 ans, et là depuis, ça fait déjà un petit moment, mais on va dire c'est encore plus vrai maintenant, depuis début d'année, là j'ai 4 personnes qui m'ont rappelé et qui avaient des demandes tout à fait adaptées et qui savaient pourquoi ils m'appelaient. Et ça correspondait tout à fait à ce que je pouvais faire. Ils avaient bien compris quel était l'intérêt de me faire ré intervenir et donc dans les 4 situations, je suis réintervenue ou je vais réintervenir là, prochainement chez une dame. C'est parce qu'ils m'ont appelé, donc je me dis : bon quand même, c'est déjà pas mal, ça veut dire que les gens ont confiance parce qu'ils me rappellent et en plus ils ont bien compris sur quel champ j'intervenais. Donc ça c'est plutôt rassurant.

Et puis sinon, on a les questionnaires de satisfaction. Alors bon ça reste un questionnaire de satisfaction. Mais bon, c'est anonyme. Bon voilà, les gens peuvent y mettre ce qu'ils veulent mais le questionnaire, globalement, on a des très très très bons retours sur les questionnaires de satisfaction. Les gens sont très satisfaits. Ça reste des questions assez généralistes, mais ils sont contents de l'intervention d'une manière générale. Ils pensent que ça a répondu à leurs besoins. Bon après quand sur les questions un peu plus ouvertes de qu'est-ce que vous auriez aimé, qu'est-ce qui vous a manqué, sur les questions ouvertes on a moins de réponses forcément, mais sur les questions fermées globalement les gens sont satisfaits, ils sont satisfaits du nombre d'interventions, ils sont satisfaits de la conclusion de l'intervention.

Donc voilà, on peut dire que ça fonctionne bien. Après, après je pense que, enfin en tout cas moi ce que j'observe, c'est qu'on n'est pas assez nombreux pour répondre à tout ce qui pourrait ... voilà. On ne communique finalement pas beaucoup mais il vaut mieux qu'on ne

communiqué pas beaucoup parce qu'en fait on est déjà, on a largement de quoi faire en communiquant très peu finalement.

Donc si vraiment on communiquait en plus auprès d'un public cible et notamment auprès des services d'aide humaine, ce que l'on ne fait pas, que à l'occasion comme ça, mais autrement on ne cible pas les services d'aide humaine, qui eux, sont amenés à vraiment rencontrer ce public à domicile. Je pense qu'on serait vite surchargé de demandes en fait, donc ça c'est, au moins à mon niveau, je trouve que c'est vrai que ce serait bien qu'il y ait plus de postes comme ça en fait, vraiment vraiment, ça vient vraiment répondre à un besoin. On est enfin, si on peut parler d'un objectif, c'est vraiment faire en sorte que la personne reste autonome chez elle, qu'elle évite la case hospitalisation aussi.

C'est vraiment ça qu'on veut éviter, c'est que la personne reste chez elle le plus longtemps possible, en sécurité, en confort et en autonomie voilà. Donc ça c'est les grands objectifs.

V : Et avez-vous pu constater des changements de comportements ?

E1 : Je dirais que ce serait plutôt le petit point négatif de l'organisation actuelle, c'est que on a l'intention de prendre des contacts à distance, à 3 mois, à 6 mois de l'intervention, pour faire des bilans à distance. Ça c'est notre intention, ce n'est pas ce qu'on fait. On n'y arrive pas pour l'instant. Je dis on parce qu'on est 2 ergothérapeutes en fait à intervenir à domicile, sur un temps plein mais on est 2 et aujourd'hui on n'a pas réussi à mettre ça en place, sauf vraiment exception et du coup c'est très difficile d'évaluer vraiment l'impact que ça a pu avoir, l'impact réel, au-delà du questionnaire de satisfaction. Vraiment l'impact c'est difficile, après, on a en tête les personnes qui ont, on sait qui a acheté le matériel, qui a mis une barre d'appui là ou pas, mais globalement comme on n'a pas de contact à distance ou qu'on ne retourne pas, c'est très difficile d'évaluer aujourd'hui vraiment l'impact.

Si les personnes ont changé des habitudes ou pas. Moi j'ai beaucoup de mal à évaluer ça et c'est ce qui me manquerait aujourd'hui ouais.

V : Vous me disiez donc que vous avez aussi des interventions qui sont collectives, vous faites quoi concrètement lors ces interventions ?

E1 : En collectif, donc, découverte du lieu, des aides techniques. C'est en groupe. Les personnes, on leur fait faire des jeux, on les fait réfléchir, on les fait jouer dans le logement et manipuler le matériel, réfléchir : tiens ! à quoi ça peut servir ça, est-ce que ça pourrait être utile, enfin, voilà.

On est vraiment sous la forme la plus ludique la plus ludique possible en utilisant tout l'espace, en utilisant les aides techniques. On fait un atelier autour de la préparation de repas avec la nutritionniste diététicienne donc ça permet de découvrir et les aides techniques mais aussi la prévention dans le bien manger, faire attention de bien s'alimenter. Les personnes âgées ont tendance à ne pas assez manger, pas assez manger de protéines notamment. Enfin voilà, des choses comme ça. Donc on les sensibilise, on les fait réfléchir sur cette thématique-là.

Il y a la prévention des chutes avec le kiné et l'ergo. Donc on utilise pareil l'espace et les aides techniques. La prévention dans les transferts avec du matériel et avec des aidants voilà, des choses comme ça.

V : D'accord et alors selon vous en quoi la nature de l'intervention donc individuelle ou collective peut avoir une influence sur son efficacité ?

E1 : On ne touche pas forcément le même public. Les personnes qui s'inscrivent à des ateliers, souvent des gens très moteurs, beaucoup plus autonomes que à domicile, souvent parce que justement ils vont pouvoir se déplacer tout seul, venir sur le lieu. Voilà ils sont motivés parce que bah souvent ils viennent euh elles viennent, c'est beaucoup des femmes, là pour le coup, il y a une population féminine beaucoup plus marquée. On parlait de ça tout à l'heure. C'est pareil homme femme mais quand même globalement c'est beaucoup plus féminin.

Sur les problématiques à domicile, c'est un petit peu plus féminin mais j'ai envie de dire c'est aux reflets de la société. Mais comme on vient plus tôt parce qu'on a une préconisation d'un clic qui aura vu une perte d'autonomie on va vraiment avoir beaucoup d'hommes aussi. A domicile c'est plutôt un critère lié à la société qui est que quand on vieillit, il y a plus de femmes que d'hommes. Voilà donc globalement on se retrouve avec ce pourcentage-là qui est lié à la société.

Par contre dans les ateliers c'est pas du tout pareil. Les ateliers c'est des gens qui viennent, qui sont moteurs, qui prennent l'initiative de venir sur un atelier alors là pour le coup c'est des femmes. C'est les femmes qui viennent entre copines, qui viennent voilà parce qu'elles ont entendu, elles ont vu cet atelier là ou il y a quelqu'un qui leur a parlé de cet atelier-là, c'était bien, du coup elles ont décidé de venir. Mais ce sont des femmes globalement, c'est vraiment rigolo, mais vraiment c'est les femmes. Donc elles viennent ouais elles viennent

découvrir, s'amuser et passer un temps pour s'enrichir dans leurs connaissances, confirmer ce qu'elles ont déjà en tête.

C'est des ateliers gratuits, ça joue aussi, on est sur des choses gratuites, qui ne sont pas des ateliers trop trop longs non plus, donc ça va leur prendre toute la journée. On a fait en sorte que les ateliers soient globalement plus l'après-midi parce que voilà, de ce qu'on observe, c'est plutôt des personnes mais ça pourrait fonctionner le matin aussi mais euh mais l'après-midi ça fonctionne bien. Elles viennent de 14 à 16 et puis voilà ça fait un petit temps d'après-midi.

V : Pensez-vous que le collectif peut avoir un effet positif sur l'efficacité de la prévention ?

E1 : Oui, enfin, de toute façon c'est complémentaire. C'est 2 axes forts, 2 angles d'attaque on va dire différents. Comme souvent les personnes qui viennent dans des ateliers collectifs, voilà comme je le disais juste avant, ils sont motivés, c'est qu'elles savent où elles mettent les pieds, elles savent qu'elles vont être à plusieurs et c'est des gens qui vont déjà globalement apprécier euh, être dans des échanges, le côté social, le côté euh ... ben voilà des personnes qui vont être facilement à échanger et à donner leur avis.

Enfin on n'est pas tout à fait sur le même type de, effectivement, de public. Et ça fonctionne bien parce que c'est ce qu'elles viennent rechercher, elles viennent chercher de la convivialité aussi. Vraiment côté social et convivial et puis conforter ce qu'elles ont déjà en tête ou découvrir des choses. Mais c'est pas la même approche qu'une personne en individuel qui viendrait au CREAT.

Souvent c'est qu'il y a déjà quand même une problématique bien identifiée et elles viennent chercher une réponse beaucoup plus ciblée euh et voilà, elles viennent chercher la compétence ergo vraiment parce que bah parce qu'elles ont besoin de cette compétence là, ce regard-là.

Sur les ateliers, il y a vraiment c'est beaucoup plus ludique parfois, enfin même souvent, ils ne savent pas ce qu'est un ergothérapeute. C'est l'occasion de leur présenter le métier et nos compétences mais elles sont plus attirées par la thématique, euh les personnes sont plus attirées par la thématique que par une problématique qui les concerne et viendraient chercher une réponse à leur problématique. C'est moins ça en fait. C'est plus : ah ben tiens, c'est intéressant : ah ben tiens, c'est un atelier sur l'équilibre et la prévention des chutes, bah

pourquoi pas, ça va me faire du bien, voilà, il y a un kiné, il y a un ergo, ça va me faire du bien, on va passer un petit moment sympa.

Puis en ce moment c'est vrai qu'il y a très peu de choses qui sont possibles donc je pense aussi, il y a aussi ça en ce moment, hein, qui fait que les personnes, elles sont demandeuses et elles apprécient beaucoup. Donc il y a un contexte un peu hors norme en ce moment.

V : Et qui va favoriser aussi ou qui peut favoriser

E1 : Qui peut favoriser ou qui va justement ne pas favoriser du tout. Parce que je pense qu'il y a des gens qu'on aurait vu autrement et qu'on ne voit pas parce que le contexte fait qu'elles ne viennent pas. Mais les personnes qui viennent le disent, que ça leur fait du bien, que c'est agréable, que c'était sympa, qu'on a passé un bon moment. En plus c'est des tous petits groupes pour le coup, parce qu'on fait des groupes 2 fois plus petits que ce qu'on envisageait de faire. Donc c'est vraiment des tous petits groupes alors la dynamique de groupe est un petit peu moins présente pour le coup, parce qu'il y a un peu moins de débats un peu moins d'échanges, mais ça fait aussi des groupes un peu plus intimistes et c'est assez agréable aussi.

Je pense qu'elles savent en fait en inscrivant les personnes, combien elles vont être dans le groupe. C'est marqué : 5 - 6 donc elles savent que ça va être un petit groupe donc quand elles s'inscrivent ouais elles savent où elles vont aussi. Donc elles ne sont pas surprises que ce soit un petit groupe et peut être c'est aussi ce qu'elles peuvent parfois apprécier, c'est que ce soit un tout petit groupe.

V : D'accord. Et donc j'en viens à ma dernière question. Selon vous, quels sont les facteurs de succès ou bien les freins de la démarche de prévention, enfin d'intervention en ergothérapie en prévention primaire auprès de la personne âgée ?

E1 : Je pense que ce qui fait que c'est pour moi ... qu'on peut être très bon en tant qu'ergo là-dessus, c'est vraiment ce que je disais tout à l'heure, ça fait écho avec ce que je disais tout à l'heure, c'est vraiment qu'on a une palette de compétences, de connaissances, de réseau qui fait que on peut aussi s'adapter au public qu'on a en face de nous. Je trouve qu'on a on a une capacité oui, d'adaptation, qui est assez riche et je me dis un kiné, par exemple sur la prévention des chutes, le kiné va aborder de son point de vue beaucoup plus, physiologique kinésiologie tout ce qu'on veut, enfin d'un point de vue du corps en fait. Il va plus aborder la question d'un point de vue du corps, de sensibiliser les personnes à l'intérêt de bouger, des risques qu'elles prennent quand voilà quand le corps s'est positionné comme si, voilà enfin

c'est très intéressant, c'est très riche, c'est très instructif et c'est très vrai et en même temps euh c'est parfois trop pour moi, de mon point de vue, parfois trop culpabilisant, trop un côté sanitaire qui est parfois trop loin de la réalité de ce que vivent les personnes à domicile ou pas à domicile d'ailleurs. Mais moi je trouve qu'en tant que ergo, en tout cas moi c'est comme ça que je vois mon métier, c'est que j'essaye de prendre la personne vraiment dans sa globalité dans tout ce qui fait qu'elle fonctionne comme ça, son environnement au sens large et du coup, c'est ce qui va me permettre d'être au plus près de sa réalité et de ses attentes et d'être à l'écoute de ce qui fait frein, de ce qui ou au contraire de ce qui lui parle, de ce qui la motive et venir à chaque fois m'appuyer là-dessus et être en résonance par rapport à ça. Et être le plus, alors tout en abordant, tout en apportant des informations peut être très médicales parfois ou très statistiques. Mais euh, mais je vais accentuer au maximum sur ce qui parle à la personne et en étant le plus près de sa réalité en fait.

Je trouve, enfin moi c'est ce qui fait la richesse d'un ergo, je trouve, c'est vraiment qu'on arrive avec nos évaluations et notre regard et être au plus près de ce que vit la personne et ce qui peut faire qu'on va la toucher dans ce qu'elle est vraiment et dans ce qui lui fait écho pour elle et pas des informations hyper généralistes que tout le monde pourrait donner ou trop médical ou trop dans la culpabilisation des fois.

Je trouve que voilà, il y a un discours parfois qui peut être un peu, il faut faire ça, il faudrait, il n'y a qu'à, oh là là, moi j'aime pas du tout ces discours-là, moi j'en suis très loin, déjà dans ma vie perso, c'est vraiment des discours que j'aime pas du tout et j'aime pas les entendre pour moi donc j'aime pas avoir ce discours-là.

Donc vraiment, je pars de ce que me donne la personne, de tout ce qu'elle est et après j'essaye de m'en nourrir et de retransmettre mon regard effectivement, ce que là où elle pourrait, sans parler de s'améliorer, c'est pas le bon terme, c'est justement sur quoi elle peut s'appuyer quoi. Et je trouve que l'ergothérapeute a vraiment cette place-là de regard, une globalité de pouvoir évaluer tout ça, enfin voilà. Voilà l'idée, je trouve que l'ergothérapeute a vraiment toute sa place et on a vraiment une très bonne connaissance de tout ce qui fait la personne en fait. Et on est très bon dans l'évaluation d'origine, je trouve de par notre formation d'origine et notre approche en ergo, de s'appuyer sur qui est la personne et, voilà, où elle veut aller, quelles sont ses motivations et on va s'appuyer là-dessus.

Mais je pense qu'on n'est pas une société, la société française, on n'est pas habitué à être dans la prévention, on est plutôt à agir une fois qu'on est au pied du mur, une fois qu'il nous

est arrivé un malheur ou une fois qu'on a quelqu'un dans notre famille qui a été touché. Pour la prévention de la perte d'autonomie, il faut vraiment trouver le moyen et je pense que les ergos sont suffisamment créatifs pour ça, aussi c'est une autre valeur de l'ergothérapie, c'est être créatif et de savoir et s'adapter mais aussi trouver des astuces pour intéresser la personne. Plus on agit tôt mieux c'est. C'est aussi pour ça que les personnes quand elles me rappellent, je suis assez contente. Aussi je me dis peut être que sur le moment elles n'ont pas pris ce que j'avais pu leur dire mais elles ont quand même été suffisamment à l'écoute et touchées par ce que j'ai pu apporter comme élément pour se dire : Ah ouais, non mais là il y a quelque chose et un an, 2 ans après, elles sont dans l'idée peut être que justement il y a quelque chose à mettre en place. Mais c'est bien parce que j'en ai parlé il y a un an ou 2. Je me dis bah quand même c'est pas par hasard qu'elles me rappellent, c'est qu'elles sont déjà dans l'idée que l'ergothérapeute peut les aider dans leur réflexion. C'est un public, en tout cas les 55-65 ans, pour qui il faut vraiment que ce soit ludique pour justement que ça ne leur fasse pas peur. C'est super intéressant, enfin moi j'aime beaucoup faire de la prévention.

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2 (E2)

V : Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel dans le domaine de la prévention primaire ?

E2 : Moi je suis ergo depuis le siècle dernier et la prévention primaire moi je l'ai pratiquée auprès de collègues sur la prévention des risques des troubles musculo squelettiques et puis dans le cadre aussi de formation que j'ai données à des éducateurs, à des AMP, à des soignants et des aides-soignants sur de la prévention des risques des troubles musculosquelettiques et des risques manutention des personnes. Ça c'est mon activité que j'ai fait il y a quelques années et que je pratique moins en fin de compte maintenant. Et puis en prévention primaire, c'est autour des diagnostics domicile que je fais avec Agirc-Arrco et aussi dans le cadre de mon activité ESA, puisque j'interviens auprès des aidants et pour essayer de les informer et de les prévenir de l'évolution possible et probable des troubles et de la nécessité de mettre en place des aides au sens large.

V : Depuis combien de temps vous exercez pour Agirc-Arrco ?

E2 : Ça fait 7 ou 8 ans

V : D'accord. Et dans la structure ESA ?

E2 : Dans la structure ESA ça fait 10 ans.

V : **Et vous êtes dans quelle région ?**

E2 : Lot et Garonne

V : **Est-ce que vous pouvez brièvement me présenter vos 2 structures ?**

E2 : L'Agirc-Arrco, moi j'interviens dans le cadre d'une activité libérale c'est à dire que je suis mandaté, j'ai des offres de mission qui me sont envoyées par Agirc-Arrco qui me demande d'intervenir ponctuellement chez les usagers qui eux-mêmes ont formulé une demande via leur caisse de retraite. En fin de compte, les caisses de retraite ont informé via des flyers publicitaires de la possibilité d'avoir un diagnostic domicile et certains des bénéficiaires Agirc-Arrco s'en saisissent, téléphonent à la plateforme DOMPLUS, DOMPLUS qui me missionne quand il s'agit d'une intervention dans mon secteur géographique et ensuite je vais au domicile des gens pour faire cette prestation avec un rapport circonstancier écrit à l'issue de la visite qui est adressé au bénéficiaire et ensuite une synthèse du rapport qui est adressée à la caisse de retraite. Donc ça c'est une activité libérale.

V : **oui**

E2 : Et puis après une activité salariée où j'interviens sur un territoire un peu identique dans le secteur du département quoi. C'est pour accompagner des gens qui ont des troubles cognitifs de type Alzheimer au sens large, plutôt en début de pathologie ou des gens qui sont encore dans l'activité ou dans la possibilité d'interaction sur des activités de réhabilitation. Et je fais ça à 70 pourcents 2 montants en fin de compte. J'ai un contrat à 70 pourcents de mon temps en salariat. J'ai peu de pratique en tant qu'ergothérapeute auprès des patients si ce n'est au moment de l'évaluation et du bilan final après je délègue. Les structures ESA sont un peu particulières, on intervient sur prescription médicale et l'ergothérapeute doit déléguer à des assistants de soin en gérontologie les activités de réhabilitation cognitive. Donc voilà c'est un peu, on a un peu perverti le système et quelque part j'adhère, enfin j'adhère puisque j'y travaille, à ce système puisqu'on demande à des non-ergothérapeutes de faire un travail d'ergothérapeutes confié par des ergothérapeutes. Donc des fois ça fonctionne bien et des fois ça fonctionne moins bien. Ça dépend des ASG avec qui on travaille. Mais sur la partie conseil auprès des aidants c'est principalement moi qui la fais cette information.

V : On va prendre les personnes que vous voyez à domicile dans le cadre de l'Agirc-Arrco, vous diriez que vous intervenez à quel moment par rapport à l'apparition des difficultés ?

E2 : Ça dépend à chaque fois de la situation c'est difficile de généraliser mais euh on va dire une fois sur deux, c'est des gens qui sont vieillissants sans trouble et la fois sur 2 restante, c'est des gens qui sont vieillissants. À l'Agirc Arrco la spécificité c'est que les gens ont tous plus de 75 ans. Donc ça fait déjà un peu de tri quoi. On est dans la prévention mais pour des gens qui ont déjà 75 ans. Donc est ce qu'on peut réellement parler de prévention à 75 ans ? Voilà, ça c'est un autre débat. Donc c'est des gens qui ont plus de 75 ans et donc certains, 1 sur 2 en gros, ne présente pas de difficultés sur les activités de la vie quotidienne où très peu. Et le restant c'est à dire les 50 pourcents, c'est des aidants qui font appel à moi car il y a une situation qui s'est dégradée au niveau des capacités et où il y a besoin de mettre en place des solutions d'aménagement du domicile. C'est notamment par rapport au financement. Il y a 1/3 des interventions qui correspond à une demande de l'ANAH qui demande à ce qu'un ergothérapeute fasse un diagnostic domicile pour participer au financement des aménagements. Donc il y a beaucoup de personnes qui rentrent dans cette demande-là par la contrainte qu'impose l'ANAH à avoir un diagnostic d'ergothérapeute. Je suis clair ou pas ?

V : L'ANAH c'est pour

E2 : L'ANAH c'est l'agence nationale de l'amélioration de l'habitat. C'est l'organisme public qui vient financer l'aménagement de domicile quand il s'agit de faire une réhabilitation du domicile en ce qui concerne l'énergétique. C'est à dire que si, par exemple, je veux isoler une maison, l'ANAH peut participer au financement de l'isolation de la maison. Si vous voulez réaménager une salle de bain pour la rendre plus accessible parce que c'est une personne vieillissante ou vous imaginez que vous allez être dans un besoin, vous pouvez demander à ce que l'ANAH finance une partie de l'aménagement, classiquement on va dire, de la suppression de la baignoire pour mettre une douche. Donc l'ANAH c'est ça. Mais l'ANAH demande, et c'est pas mal, à ce qu'il y est un diagnostic fait par un ergothérapeute. donc c'est dans ce cadre-là que les gens me font intervenir, pour ceux au moins, au moins 1/3 de mes rapports Agirc-Arrco se conclut par la fourniture d'un rapport complet pour le bénéficiaire et en plus d'un courrier spécifique pour le financeur ANAH, où je fais un résumé, je vais pas inventer la vie des gens, mais où je mets le cœur de ma préconisation en terme d'aménagement du domicile, classiquement avec des préconisations autour de la salle de

bain, la fourniture d'un plan, enfin d'un schéma plutôt, qui vient identifier de manière visuelle ce que j'ai préconisé en terme d'aménagement.

V : Qu'est-ce que vous pourriez me dire des profils des personnes que vous rencontrez ?

E2 : Ben, ça dépend quel secteur d'activité. Sur Agirc-Arrco, c'est des gens qui ont plus de 75 ans, qui s'inscrivent dans une dynamique de prévention des risques puisqu'ils sont demandeurs pour les 2/3 et puis pour les autres, ils sont dans la contrainte liée à l'ANAH qui leur demande un diagnostic pour le financement. Et après sur l'ESA, si c'est des Alzheimer, la population est complètement différente. Ce sont des gens qui ont des troubles cognitifs. Il n'y a pas de critère d'âge. Les patients les plus jeunes c'est 50 ans et les plus âgés, il n'y a pas de limite non plus. Mais dans le cadre de l'ESA, la prévention elle s'exerce le plus auprès des aidants, c'est-à-dire que j'ai plus un rôle de guide et de conseil auprès des aidants que directement auprès des bénéficiaires qui sont plus en difficulté pour mettre en pratique mes préconisations.

V : Et en fait toutes ces personnes habitent à domicile

E2 : Oui

V : et vous intervenez exclusivement à domicile ?

E2 : Oui. Ça c'est quasiment à 100 pourcents, parce que sont considérés comme le domicile les MARPA. Vous allez me demander ce que sont les MARPA ?

V : Oui, c'est ça.

E2 : MARPA : maison d'accueil rurale personnes âgées. Foyer logement. Voilà. C'est des résidences dédiées aux personnes âgées avec des services, c'est du collectif, c'est de l'individuel collectif. C'est-à-dire que les gens ont leur appartement dans un collectif souvent de plain-pied avec un petit jardin et puis il y a le bénéfice des tronc collectif pour les activités de l'après-midi, pour éventuellement ou pas les repas, pour des services ménage, pour des services courses voilà.

V : c'est comme des résidences autonomie ?

E2 : Ouais ouais ouais

V : Mais sans service médical associé

E2 : Ce n'est pas médicalisé, mais ça ne va pas plus loin que la résidence autonomie parce que j'ai l'impression que les résidences autonomie, les résidences services seniors c'est vraiment l'appartement, c'est encore plus léger que la MARPA. La MARPA, il y a quand même une femme de, on appelle ça une maîtresse de maison, alors ça peut être un maître de maison mais bon en réalité c'est souvent des maîtresses de maison. Ce sont des femmes qui jouent un rôle dans la structure qui est celui de responsable dirigeante, elles font le secrétariat. Ce qu'il n'y a pas forcément dans une résidence service je pense. La MARPA ça va un peu plus en avant sur l'accompagnement. Mais ça représente sur 100 pourcents, il y a peut-être un ou 2 pourcents de gens que je vois à domicile dans des MARPA. C'est plutôt atypique. Généralement ils sont chez eux chez eux.

V : **Ces personnes, quelle est leur situation familiale ? Est-ce que ce sont des personnes qui vivent seules, elles sont encore en couple ?**

E2 : Il y a de tout. Oui oui. Il n'y a pas de spécificité. Autant pour l'Agirc-Arrco que pour l'ESA.

V : **Il n'y a pas une prédominance d'une situation sur une autre ?**

E2 : Euh, j'aurais tendance à dire si parce que plus on avance en âge, plus les couples se défont ou pas, par le décès tout simplement. Voilà donc, je ne sais pas quel est le pourcentage de personnes qui vivent en couple et le pourcentage de personnes qui vivent seules mais plus on va avancer en âge et plus le pourcentage de personnes qui vivent en couple va se réduire de fait. Agirc-Arrco, c'est plus de 75 ans, j'entends la question mais je ne sais pas trop comment y répondre.

V : **OK**

E2 : Mais il n'y a pas une spécificité femme seule où couple, non non, il n'y a pas de spécificité. Je pense que l'on est représentatif de la population.

V : **Et donc selon vous, qu'est-ce qui motivent ces personnes que vous rencontrez à entrer dans une démarche de prévention ?**

E2 : Bah ça dépend lesquelles. Ceux que je rencontre à l'ESA, c'est plutôt les aidants et eux ils subissent une pathologie. Donc ils ne sont pas forcément à l'origine d'une demande. Sauf que, quand je les rencontre, les rendez-vous avec les aidants ça varie entre 1h30-2h parce que j'ai besoin moi de recueillir des informations et puis j'ai besoin d'en donner aussi. C'est des gens que je vais voir seulement une seule fois ou 2 au grand maximum et j'ai un rôle

aussi quelque part sociale, dans l'information. L'objectif final c'est le maintien à domicile donc si on veut que le maintien à domicile puisse se réaliser sur des gens qui sont dégradés dans leurs capacités, il faut mettre du palliatif ou de l'aidant. Et cet aidant-là, on sait pertinemment que si c'est l'aidant naturel, il y a un facteur d'épuisement qui va arriver. Donc moi mon rôle c'est d'informer les aidants naturels qui sont le conjoint, les enfants, qu'ils vont s'épuiser. Et je leur dis clairement. Ça ça fait partie de la prévention primaire, en leur disant vous n'allez pas tenir. Et donc pour ça, si vous voulez, on fait en sorte que vous puissiez tenir le plus longtemps possible dans l'accompagnement de votre mère, de votre mari, il va falloir transiger et mettre en place des aidants qui seront autres, alors, d'autres parents, d'autres professionnels mais d'autres personnes en tout cas. Pour partager la charge. Parce que là on est dans une histoire de fardeau qui peut s'alourdir dans la dégénérescence des personnes. Donc c'était quoi la question à l'origine ?

V : C'était une question sur les motivations des personnes à entrer dans la démarche, mais alors dans ce cas-là, peut être plus les personnes que vous rencontrez dans le cadre de l'Agirc-Arrco.

E2 : Ah oui exact ! C'est différent là ! C'est une démarche volontaire ! Vous avez bien compris que sur l'ESA, en fin de compte, les personnes sont en pathologie. Ils subissent et c'est moi qui les contacte. C'est à dire que concrètement enfin, c'est moi qui les contacte, euh, pas systématiquement, des fois, ce sont les aidants qui m'appellent, parce qu'ils ont une prescription. Mais parfois c'est moi qui les appelle parce que j'ai reçu la prescription où l'information d'un gériatre qui me dit voilà : Il faut peut être que tu ailles intervenir chez Madame untel et c'est moi qui contacte les aidants.

V : Mais là c'est une prescription pour les aidants ?

E2 : Non c'est une prescription pour l'ESA. Quand on regarde le cahier des charges de l'ESA au niveau national, il est bien dans l'accompagnement de l'aidé et de l'aidant. C'est clairement énoncé comme ça. On n'intervient pas que auprès de l'aidé. Enfin on sait très bien que ce qui maintient la personne au domicile c'est les aidants. Donc il faut absolument qu'on s'intéresse à eux. Et qu'on les considère.

Et donc pour finir sur le deuxième pan de la demande, pour l'Agirc-Arrco, là, c'est les gens qui se sont saisis, pour les 2/3 spontanément d'un avis d'un ergothérapeute, et puis pour le tiers restant, parce que ça a été imposé par l'ANAH en fin de compte, ou par les financeurs.

V : Et justement, est ce que quand vous les avez rencontrés, vous avez perçu qu'elles se sentaient concernées par la nécessité de la prévention primaire ?

E2 : oui oui oui oui oui parce qu'elles font la demande elles sont curieuses de savoir ce que je vais dire de leur intérieur. Souvent, pas tous, mais souvent leur intérieur il est bien brique, et on voit que certaines choses ont été éliminées comme certains tapis au sol par exemple.

V : Vous pensez que volontairement ils savent déjà que le tapis est une problématique et donc ils l'enlèvent pour éviter

E2 : Oui, ou il le mette de côté. Mais j'ai les yeux qui traînent partout. J'arrive à les repérer les tapis qui ont été posés sur la baignoire. Certains c'est pour sécher et d'autres pour masquer le fait qu'ils étaient au sol. Et donc délicatement ou un délicatement tout dépend comment on le perçoit je reprends le tapis, je le mets au sol, je mets le pied dessus et je fais mine de tomber enfin de glisser. Ça dépend qui j'ai en face de moi. Il y a des gens à qui je peux faire ça, quand je sens qu'ils sont à l'aise avec moi et que je peux les titiller sur la mise en avant des problématiques, je ne me gêne pas de le faire, mais sous l'aspect humoristique quoi, en leur disant : voilà ! C'est pas très sérieux. Ils répondent : oui, je savais que vous alliez me dire ça ! Voilà ! Il y a un petit jeu qui se fait pour justement les sensibiliser au fait que eux aussi peuvent être acteur de leur prévention et certains le reconnaissent. Et puis s'ils disent : je le savais ! Ou s'ils disent, quand je leur demande : vous faites comment pour changer l'ampoule qui a grillé au plafond ? Ils disent, certains, je monte sur la table ! Certains me disent je monte sur l'escabeau ! Et je ne peux pas manquer de leur dire : ce n'est pas très sérieux par rapport au fait que vous avez 85 ans. Juste avant j'ai fait une évaluation d'équilibre, parce que je me sers aussi de ça, je fais des évaluations de l'équilibre, le Get up and go et le Tinetti, où je les mets en difficulté. C'est clair, on peut facilement mettre quelqu'un en difficulté en lui faisant fermer les yeux et en lui demandant d'être sur une jambe. Je force un petit peu volontairement le trait pour ensuite rebondir sur le fait que, ben, c'est peut-être pas sérieux au regard de la situation d'équilibre qui naturellement se dégrade avec l'âge. C'est pas sérieux d'aller changer l'ampoule ou de continuer à décrocher les rideaux, à monter sur un escabeau et que c'est peut être des choses qu'il faudrait confier à des aidants professionnels, au moins pour des choses qui sont régulières. Et c'est là que j'embraye sur le fait que d'avoir des aidants professionnels à domicile c'est pas forcément très très cher et ça peut être financé par des caisses de retraite ou quelque chose comme ça.

Donc sur Agirc-Arrco, les personnes qui demandent une intervention avec une dynamique de prévention primaire c'est le cœur de la cible, c'est les gens qui veulent avoir un avis, on leur a fait une proposition à un moment donné, l'Agirc-Arrco leur a envoyé une pub, ils s'en sont saisis pour effectivement savoir. Donc quand je vais chez eux je leur dis tout ce qui ne va pas. Et je leur dis clairement ça au départ. Je leur dis voilà, moi mon rôle, et c'est pour ça que vous m'avez fait venir, vous êtes en train de me faire venir pour mettre le doigt sur éventuellement ce qui pourrait causer problème dans votre vie et dans votre logement. Donc je ne vais pas me priver. Après je leur dis clairement aussi en simultané : moi je vous dis des choses, après vous êtes chez vous, vous êtes suffisamment grand pour choisir si vous faites ou si vous ne faites pas. Et je leur donne des exemples tout simples : je leur dis, vous savez moi depuis 40 ans je prends ma voiture et tous les jours je mets ma ceinture de sécurité, elle ne m'a jamais servi et pourtant je la mets. Voilà ! C'est pour ça que je leur dis vous voyez, le tapis que vous avez devant la salle de bain, vous allez pouvoir encore vous en servir pendant 15 ans et il ne se passera rien mais c'est un facteur de risque. Et donc j'essaye de citer comme ça, dans leur domicile, tout ce que moi j'identifie comme facteurs de risque qui pourrait venir parasiter leur autonomie.

V : Et ces personnes, est-ce que quand vous les rencontrez, elles expriment des besoins particuliers ?

E2 : Très peu. Effectivement ça fait partie d'une de mes questions de début d'entretien, pourquoi je suis là ? Qu'est-ce que vous attendez de moi ? Et ça reste très vague ! J'ai voulu voir, j'ai vu ça, je voulais savoir ce que vous en pensiez. Et ça tourne souvent autour de la salle de bain. Ils ont identifié que la salle de bain pouvait être une zone accidentogène. Donc voilà c'est souvent ces demandes-là.

V : Et quand vous échangez avec elles, est-ce qu'elles parlent de leur qualité de vie ? quelle place elles accordent selon vous à la qualité de vie et à leur autonomie au quotidien ?

E2 : C'est difficilement quantifiable. Ce n'est pas des sujets que j'aborde spontanément.

V : Mais est-ce que vous vous avez une idée au travers de vos échanges dans leur ressenti de leur qualité de vie ?

E2 : Non parce qu'ils ne se posent pas forcément les questions dans ce sens-là. Je n'ai pas l'impression en tout cas. Je n'ai pas l'impression qu'elles sont forcément attachées à ce concept de qualité lui.

V : Donc on pourrait dire que ça ne fait pas forcément partie de leurs préoccupations ?

E2 : Non, leur préoccupation c'est de rester le plus longtemps possible à domicile. Ça c'est clairement identifié et c'est verbalisé. Elles, leur souhait c'est ça. Pas de finir en maison de retraite et aménager leur domicile pour pouvoir rester le plus longtemps à domicile. Alors est ce que c'est ça la qualité de vie ? Et très honnêtement, je ne pars pas moi non plus dans cette voie-là.

V : D'accord.

E2 : Pourquoi ? Je ne sais pas.

V : Et selon vous, quel avantage ou peut être inconvénient il peut y avoir d'intervenir directement au domicile des personnes ?

E2 : Je suis en train de chercher les inconvénients et je n'en trouve pas. Euh ... non, pour moi, ça n'a que des avantages. Parce que c'est dans le milieu écologique en fin de compte. Voilà. Et puis c'est sur leur territoire, ils sont chez eux. C'est eux qui accueillent et ce n'est pas dans le même rapport. Ils sont, je pense, plus à l'aise. Ça m'arrive de faire des entretiens avec des aidants à mon bureau parce que moi j'aime bien que les entretiens avec les aidants, l'aidé ne soit pas là, pour que l'aidant ait la parole qui soit libre. Il y a des fois où l'aidant et l'aidé vivent ensemble et l'aidant me dit : si vous voulez qu'on se voit tous les 2 ça ne va pas pouvoir être à la maison. Je leur propose d'aller soit dans un café, mais en ce moment c'est un peu grillé, soit de venir à mon bureau. Mais on n'a pas forcément le même rapport quand eux viennent dans mon bureau que quand moi je suis sur leur territoire.

Donc le domicile c'est que du plus. Et puis on peut, en visite à domicile, on met en situation les personnes, on leur fait voir ce que l'on pressent qu'il serait intéressant de faire au niveau de l'aménagement de la cuisine, le fait que, ben, avoir des aliments qui sont systématiquement rangés en hauteur et que systématiquement ils prennent un petit tabouret de marche, et ben c'est pas systématiquement intelligent. Que peut être il serait intéressant de revoir leur aménagement de placard pour faire en sorte qu'ils ne mettent qu'en hauteur, qu'ils ne mettent qu'à accès manuel que les éléments dont ils se servent au quotidien. Mais ça on peut le faire que quand on est en situation et quand on ouvre les placards chez eux. Et

dans le domicile on voit l'environnement au sens large, les voies d'accès à l'appartement ou à la maison, on parle du jardin, il faut être dans la vraie vie et là on est dans la vraie vie à être chez les gens. Tu vois l'état d'hygiène, tu vois l'état d'encombrement, les gens qui empilent des choses chez eux dont ils n'ont pas matériellement besoin et qui viennent gêner leur circulation, qui viennent entraver la circulation. Non, non, pour moi, ça ne peut se faire que à domicile.

Et puis dans le cadre de l'Agirc-Arrco, c'est la définition. On fait du diagnostic domicile. Ça ne peut pas se faire ailleurs.

V : Mais pour autant, ça peut être un avantage de rencontrer l'aidant hors du domicile. Comme vous disiez, la rencontre au domicile peut être plus un inconvénient avec l'aidant pour pouvoir

E2 : Ah oui, après, c'est pour avoir un espace de parole libre, effectivement. Mais dans le domicile, il y a plusieurs pièces sauf que quand on va chez Monsieur et Madame Durand, parce que Monsieur Durand il a une démence de type Alzheimer et que l'on s'enferme avec sa femme, et bien il peut lui passer plein d'idées par la tête. Il y a ceux qui sont anosognosiques et qui ne sont pas en capacité de comprendre à cause de leur pathologie et se demande pourquoi on est là. Il y a ceux qui sont conscients de leur trouble et qui ne vont pas forcément accepter que Madame parle avec moi de ses difficultés au quotidien. Donc là effectivement ça peut être gênant. Et puis après ça, on a ceux à qui ça ne gêne absolument pas que je prenne le mari ou la femme ou la fille dans la pièce à côté. Il y en a qui me prennent pour un médecin, donc le rapport au médecin en campagne, je dis en campagne parce que je ne sais pas comment ça se passe en ville, mais en campagne quand on arrive en tant que médecin, on fait de tout. Peut-être que je suis un homme, plus de 50 ans, j'arrive avec une mallette noire, ils m'appellent tous docteur. Ça peut servir, mais c'est le seul cas où le domicile peut être une gêne effectivement.

V : Sur quels risques de l'avancée en âge intervenez-vous en particulier ?

E2 : Sur quels risques de l'avancée en âge j'interviens ? Je ne comprends pas la question.

V : Avec l'avancée en âge les personnes vont être plus sujette à des risques. Quelle va être la finalité de votre intervention ?

E2 : Maintenir l'autonomie des personnes. Je suis ergothérapeute. Donc l'autonomie à la fois physique et cognitive et l'autonomie au sens large. Donc je ne fais pas de distinguo sur, après

concrètement quand je fais de l'Agirc-Arrco, euh, on s'orienter beaucoup sur une problématique physique quoi, les incapacités physiques. On essaie de prévenir ces incapacités physiques, de faire en sorte que si jamais elles survenaient, elles seraient les moins lourdes possible quoi. Sur Agirc-Arrco c'est essentiellement sur du physique. Après ça m'arrive d'identifier des situations d'isolement social au niveau des personnes que je vois chez Agirc-Arrco et où je leur préconise d'avoir des activités à l'extérieur, quoi. et puis concrètement je leur donne le nom d'associations pour faire de la gym, pour faire de la stimulation, et puis il y en a certain dans Agirc-Arrco que je renvoie vers des ESA ou vers des consultations mémoire car je m'aperçois qu'au niveau cognitif, il y a des choses qui ne sont pas ... j'ai un peu l'habitude quand même, sans faire de test, d'arriver à cerner les gens dans leur capacité cognitive de par donc que cette expérience-là. Et ça m'arrive parfois sur du diagnostic Agirc-Arrco de leur proposer, s'ils veulent, de leur faire un petit test de MMS et puis de leur dire : effectivement, niveau cognitif il serait peut être utile de consulter quoi. Donc je pars d'une situation où la demande est souvent sur de l'incapacité physique et puis, parfois je dérive vers de la désocialisation et du manque de stimulation, et de la désocialisation donc, ça fait partie de mes préconisations d'envoyer les gens aller consulter ailleurs.

V : Et donc vos objectifs en intervention, c'est finalement d'éviter les risques que vous venez de me donner ?

E2 : Voilà et puis c'est aussi d'être à l'écoute des demandes des personnes, parce que, quand je vous dis qu'elles ont du mal à formuler spécifiquement pourquoi elles me font venir, en tout cas dans le cadre d'Agirc-Arrco, à travers l'entretien que moi je mène où je leur demande déjà de se raconter au niveau histoire de vie, où ils sont nés, avec qui ils ont vécu, s'ils ont eu des enfants, quelle était leur profession. C'est une façon d'identifier assez rapidement leurs besoins et leurs attentes. C'est marrant ça me fait écho à la dernière, au dernier diagnostic que j'ai fait et c'était vendredi dernier. Vendredi dernier je suis arrivé chez une personne, seule, 76 ans. Et au bout de 10 minutes, on avait commencé l'entretien et au bout de 10 minutes je lui conseillais d'aller voir la psychologue parce qu'elle avait des choses à régler avec son fils, parce que c'est elle qui m'a amené ça en fin de compte. Elle m'a amené, quand je lui ai posé la question. C'est né du fait cette histoire-là, ma réflexion est née du fait qu'elle m'a parlé donc de son veuvage récent, du fait qu'elle avait déménagé. Son mari, lui-même avait eu une aphasie primaire progressive avec une démence qui s'est installée assez rapidement, et elle, le voyant partir à l'EPAHD et de manière définitive, habitant dans une

grande maison avec jardin dont elle n'avait rien à faire, elle n'aimait pas le jardin. Elle a pris l'option de vendre cette maison-là pour prendre un appartement en ville, ce qui était une démarche tout à fait cohérente. Et euh, dans son projet de vie en tout cas. Mais ça ne l'a pas été pour un de ses deux enfants, qui l'a très mal accepté, qui, pour lui, a considéré que sa mère condamnait, faisait une croix sur son père. Et donc depuis qu'elle est là, elle est en conflit avec son fils, elle a des problèmes de transit et euh donc, vous voyez, en 10 minutes de temps elle est venue poser son paquet sur la table. Et effectivement la demande était à l'origine pour avoir un conseil sur l'aménagement de son domicile où j'ai trouvé finalement très peu de choses. Mais en 10 minutes, elle m'a dit que, elle a fini, d'une manière ou d'une autre par me dire qu'elle était en difficulté sociale parce qu'elle ne voyait plus personne, elle était fâchée avec un de ses deux fils et que ça lui pesait. Et en un quart d'heure je l'ai fait pleurer. Pas par perversion mais en alimentant son discours, en lui disant qu'effectivement ça devait être difficile et que ça devait la nouer. Ça devait la nouer au niveau de l'estomac. Et donc je lui ai conseillé d'aller voir une collègue à moi qui est psychologue sur le secteur. Et donc, vous voyez, on est parti d'un diagnostic domicile, de la salle de bain pour se retrouver sur une orientation vers la psy quoi.

V : Mais c'est toute la richesse de la profession je pense.

E2 : Oui, on est là pour venir casser ce que les gens viennent te déposer. Après on fait en sorte de l'alimenter quoi. C'est-à-dire qu'on vient poser des questions à un moment donné qui viennent orienter le débat sur ce qu'on veut en apprendre de la situation. Et les gens se livrent assez, moi je suis toujours très étonné de la facilité que les gens se livrent. On va chez eux, rares sont les fois où je me fais mettre dehors. Ça arrive sur des démences frontales, il y en a qui sont particulièrement anosognosiques et ils demandent pourquoi on est là. Ça arrive mais c'est plutôt rare. Mais je suis très étonné de la qualité spontanée d'accueil et où les gens se livrent quoi.

V : Et donc lors de vos interventions, quelle type d'action êtes-vous amené à réaliser ?

E2 : C'est à dire que, sur Agirc-Arrco, moi j'y vais pour voir, pour faire un état des lieux de ce qui me semble nécessaire de mettre en place avec eux, donc je fais en direct des préconisations et je leur dis : voilà, il semble que dans la cuisine il serait peut être intéressant de faire ça, il semble que, par rapport à vos difficultés et votre niveau d'autonomie, je fais souvent passer des GIR. Dès que je sais qu'il faut un dossier ANAH, ça c'est une question

que je pose dès le départ aussi, si je sais que c'est pour une demande de financement ANAH, il faut absolument que je fasse le GIR. Vous voyez ce que c'est le GIR ?

V : Oui

E2 : Donc je suis obligé de faire passer la grille d'autonomie parce que dans notre département ils veulent la cotation GIR et la grille. Pourquoi ? J'ai essayé de résister à ne pas donner la grille, je pensais qu'il y avait des éléments qui étaient très personnels dedans, dans les capacités / incapacités mais ils exigent d'avoir la grille. Je pensais que la cotation suffisait. Donc ces gens-là on fait le tour aussi de l'évaluation de l'autonomie et puis au fur et à mesure, on vient décliner leur capacité dans leur environnement, ou leur incapacité dans l'environnement. Vous pouvez me reformuler la question que vous m'avez posée au départ ? J'ai perdu le fil.

V : Quel type d'action de prévention êtes-vous amené à réaliser pour répondre aux objectifs et comment vous les mettez en œuvre ?

E2 : Des conseils préconisations à l'oral et puis après des préconisations écrites Agirc-Arrco. Après sur l'ESA, ce ne va être que des conseils, des orientations vers des structures soit pour les aidants quand j'identifie que la personne n'est plus en capacité ou en difficulté pour faire sa toilette seule, ben j'interroge sur : est-ce que vous pensez que c'est à vous d'aller faire la toilette intime de votre mari ou de votre mère et j'oriente forcément vers des structures qui le font quoi, c'est à dire le médecin qui va pouvoir faire une prescription et un SSIAD ou un service infirmier qui va pouvoir passer prendre le relais pour cette activité là ou par rapport au traitement. Quand je posais la question : mais il fait comment pour prendre son traitement ? est-ce qu'il y pense ? est-ce qu'il est en capacité de se souvenir que tous les matins il a tel médicament, tous les midis il en a un autre et là les gens me disent : ben non d'ailleurs je bataille avec lui parce qu'il ne veut pas prendre les médicaments et là je fais des préconisations aussi d'intervenants extérieurs.

V : Mais là on est en prévention de l'épuisement de l'aidant familial ?

E2 : Tout à fait ! oui c'est ça. La prévention elle se situe surtout sur ce que moi je constate. Des fois, ce n'est même plus de la prévention, c'est de la prévention secondaire. On vient corriger des problématiques qui existent et puis parfois, quand on me dit mais non il se débrouille tout seul, alors ça c'est de la prévention primaire. Je fais passer le GIR en fin de

compte aux aidants. Je regarde avec les aidants ce que eux ont pu constater des capacités ou incapacités.

Et à la question : comment votre mari se débrouille pour sa toilette, pour sa douche ? Est ce qu'il y va seul ? Est-ce que vous êtes obligé de lui redire qu'on est lundi il faut qu'il se lave les cheveux ? Est-ce qu'il pense à se raser ? et quand les gens me disent : oui à ce niveau-là ça va bien, il sait le faire. Je leur dis : vous savez peut être qu'un jour, au niveau pratique, enfin je leur dis pas au niveau pratique, je leur dis : euh au niveau des fonctions exécutives, non ça je dis pas non plus, je leur dis peut être qu'un jour il ne sera plus en capacité de le faire, il aura perdu la programmation pour faire sa toilette parce que quand il s'agit de se raser, ben il faut penser à prendre du gel, se mettre du gel sur la barbe, prendre le rasoir, vérifier que le rasoir coupe bien. C'est un process qui est compliqué qui nous paraît simple au quotidien mais pour certaines personnes qui n'ont plus des capacités, sur une dégradation peuvent perdre ces capacités-là.

Donc je leur dis : peut être qu'un jour ça arrivera ou pas et peut être que vous aurez besoin, que votre mari aura besoin d'un accompagnement par un aidant. Et c'est là que je leur dis : mais vous savez qu'il existe, le médecin peut très bien faire une prescription pour qu'il y ait un aidant. Donc là je suis dans la prévention primaire.

V : D'accord

E2 : Et je leur dis : heureusement aujourd'hui il n'en a pas besoin et tout va bien, et puis il faut que ça reste le plus longtemps possible en autonomie. Mais peut être que un jour ce sera plus possible. Et chez des patients que nous on accompagne dans le cadre de l'ESA euh, ce un jour-là il est parfois très proche. Voilà donc on est dans la prévention primaire mais des fois à quelques semaines. Et c'est malheureusement des choses inéluctables. Sur des maladies neurodégénératives évolutives comme ça où les capacités se perdent au fur et à mesure donc.

V : Quels retours avez-vous des personnes à l'issue de vos interventions ?

E2 : Le retour au niveau de Agirc-Arrco, euh, 5 pourcents de retour. Des gens qui me remercient en m'envoyant un petit mot en me disant c'est bien ce que vous m'avez préconisé. Après, dans l'application réellement de ce que j'ai préconisé, j'ai 0 retour.

V : D'accord. Et vous avez une idée finalement de l'apport de l'intervention ?

E2 : Non. Il y en a certains qui prennent, une fois que j'au renvoyé mon rapport, ... Ah si, ça arrive, c'est pas 0 pourcent, c'est 99 pourcents. Récemment, j'ai vu, je suis intervenu dans une famille où madame a Alzheimer, monsieur A pensé qu'il était nécessaire de refaire une de leurs 4 salles de bain en supprimant une baignoire et en mettant une douche qui ne soit pas une douche fermée mais un peu plus ouverte. Il a fait à sa sauce il a fait intervenir un maçon, enfin un plombier qui lui a refait la salle de bain. Ensuite il m'a fait venir et je lui ai dit que rien n'allait. Et je lui ai fait un rapport. Il m'a demandé un courrier pour son artisan. Donc j'ai fait un rapport pour lui et un courrier pour l'artisan en disant ce qui n'allait pas et ce qu'il fallait faire et donc là il m'a rappelé parce que l'artisan ne veut pas faire les travaux parce que l'artisan ne lui a pas fait signer de devis. Voilà, donc j'ai clairement expliqué au demandeur, au bénéficiaire, mais ça je lui avais dit dès le départ : vous faites à votre sauce et après vous faites venir un expert pour avoir un avis. Donc l'expert il rend son avis, c'est moi. Et c'est pas pour autant que je peux contraindre votre artisan à refaire les choses comme il fallait le faire. L'artisan a fait des choses, il est pro en tant que maçon mais il n'est pas pro par rapport au handicap. Il n'a pas pensé à plein de choses. Et c'était pas de sa compétence ni de son intelligence, parce qu'il y en a où ils n'ont pas forcément l'intelligence, mais ils peuvent avoir la compétence acquise ou non, par expérience, de choses qu'il n'y a pas à réaliser dans une salle de bain. Quand on vient faire une douche à l'italienne, on ne met pas un bac à douche posé à 4 centimètres de hauteur. On l'encastre le bac à douche. Vous voyez ce que je veux dire ou pas ?

V : Tout à fait

E2 : Il a supprimé la baignoire et il a mis un bac à douche de 80 par 160, la taille d'une baignoire mais il l'a posé au sol, il ne l'a pas encastré. Sa femme elle est marchante donc pour aujourd'hui ça va encore mais pour demain quand elle sera en fauteuil ça n'ira pas. Et puis il a fait en fin de compte une douche tunnel avec les 2 grands côtés ils sont, d'un côté un mur, de l'autre côté il a mis une paroi de douche fixe donc on rentre par un petit côté du rectangle et la robinetterie est tout au fond. Donc elle rentrera avec un fauteuil en marche arrière mais l'aidant, il n'a pas accès à la robinetterie qui est au fond puisqu'il y a sa femme qui est devant. Et puis il a fait le bac à douche, euh, n'est pas antiglisse et sa femme est tombée. J'ai dit c'est évident que votre femme est tombée, c'est une savonnette.

Voilà donc je ne peux pas dire que je n'ai jamais de retour, j'ai eu ce retour-là. Et une fois aussi j'ai eu un retour parce que l'ANAH en passant au domicile avait proposé à ce qu'il y

ait les volets motorisés alors que moi j'avais pas préconisé parce que ça ne me semblait pas nécessaire de motoriser les volets au regard de la situation de capacité de la personne. à ce moment-là il faut motoriser tous les volets quoi, de tout le monde. Donc moi, quand je fais des préconisations c'est que ça correspond au besoin imminent quoi ou au présent. Surtout que lui il vivait en couple, il n'avait pas de souci il ne fallait pas motorisé il voulait me demander à ce que je pervertisse le système pour qu'il y ait une justification à une motorisation de tous les volets roulants du bâtiment pour faire une plus-value dessus. J'ai pas validé. Mais c'est plutôt rare.

Et puis en ce qui concerne l'ESA, euh, les retours de préconisation là par contre on les voit puisque moi j'interviens et j'ai ce discours là en début d'intervention et l'ESA intervient sur 3 mois. Donc je vois si c'est suivi des faits derrière, ce que j'ai pu préconiser.

V : Et là, vous constatez qu'il y a eu des suivis, des changements de comportement ?

E2 : Non ! pas toujours. Euh ... pour les aidés oui parce que, par exemple on met en place des outils qui leur permettent de reprendre l'information sur le repérage temporel par exemple. Quand on a des troubles cognitifs, un des trucs qui disparaît le plus rapidement c'est le repérage temporel : quel jour on est, quel mois, quelle date, voilà. Sauf qu'il y a des gens pour qui ça n'a peu d'intérêt de savoir qu'on est aujourd'hui mercredi et qu'on est au mois d'avril et pas au mois de mars et puis il y en a d'autres pour qui c'est important. Pour ceux que c'est important on met en place des outils qui leur permettent de se repérer, c'est à dire qu'on met en place avec eux soit des agendas, soit des calendriers dans leur pièce de vie souvent la cuisine, un grand calendrier simplifier au maximum où ils peuvent noter simplement les rendez-vous qu'ils ont. On met en place des outils qui permettent d'identifier la tâche du jour où l'information du jour avec un tableau Velléda qui est renseigné soit par la personne soit par son aidant. Donc ça on peut voir si c'est mis en place ou pas. Des fois c'est mis en place, ça fonctionne, des fois où ça a été tenté et ça n'a pas fonctionné.

V : Et vous savez pourquoi ?

E2 : Pourquoi ça n'a pas fonctionné ?

V : Pourquoi ça n'a pas été mis en place ?

E2 : Ben parce que les gens ne prennent pas pour argent comptant toujours ce que l'on préconise. Et puis il y a une résistance au changement. C'est le sentiment que moi j'ai, c'est à dire qu'ils sont prêts à entendre ce qui serait bon ou bien pour eux sans pour autant passer

à l'acte. C'est le cas typique. Le cas typique c'est : je suis dans le salon de Madame Durand, sous sa table de salon il y a un tapis qui glisse, non, ou mieux, je suis dans la chambre de Madame Durand et il y a une descente de lit qui est une savonnette. Et je lui dis : la descente de lit, là, quand vous vous levez, ça doit être un peu catastrophique quand même ! C'est dangereux quoi ! soit vous la supprimez soit vous mettez, si vraiment vous en voulez une, vous mettez quelque chose qui est réellement antidérapant. Et puis on repasse 3 mois après, la carquette elle y est toujours. Elles ont compris le message mais ... Et puis si, j'ai aussi des fois des retours sympathiques.

Où des gens m'envoient euh ... des photos, des choses qu'ils ont fait. Voilà. Quand j'ai préconisé à ce qui est une lampe à détection automatique dans les WC ou dans le cellier ou dans un couloir, euh ... je me rappelle une dame qui m'a envoyé des photos où j'avais préconisé la mise en place d'un tapis antidérapant en sortant de son domicile, côté jardin elle avait donc une marche qui descendait sur la terrasse et sur la marche elle avait une vieille serpillère glissante. Et je lui avais dit : écoutez, vous allez chez Lidl, vous prenez un tapis antidérapant à 5€, vous le coupez en deux, ça va vous coûter 2€ 50 par porte fenêtre et vous aurez un tapis antidérapant sur lequel vous pourrez vous essuyer et qui vous évitera de tomber. Et donc elle avait accepté ma proposition. Elle était allée chez Lidl ou un équivalent et elle avait acheté un petit tapis d'entrée, un caoutchouc très fin avec une moquette dessus. Elle avait fait le truc et elle avait pris en photo. Donc ça arrive. C'est la même qui m'avait pris en photo son plafond. Elle avait mis une lampe à détection de mouvements. Donc ça arrive mais c'est plutôt rare.

Et puis, je pense, il y a beaucoup de personnes qui sont là, je pense, pour écouter mais pas forcément appliquer. Surtout quand on va faire de la prévention primaire. Quand on leur dit, voilà, vous êtes toute seule maintenant dans une grande maison où vous viviez en couple avec vos trois enfants, euh ... maison à étage, 120m², 60 plus 60, il y a de quoi faire une salle de bain en bas mais il y a les chambres en haut, je dis aux personnes : voilà, est-ce que vous ne pensez pas que, par rapport à votre vieillissement, il est préférable de ne plus utiliser les escaliers et de vivre uniquement en bas parce que vous avez des troubles de l'équilibre, vous vivez seule, votre escalier, il est en bois ciré, il n'y a pas de rambarde, voilà. Plutôt que de prendre des risques, est-ce que vous ne pensez pas que vous pourriez aménager uniquement le rez-de-chaussée ? La réponse est oui et puis la mise en pratique est non. On ne change pas forcément ses habitudes aussi facilement. Mais après ils savent. Je sais pas, ils doivent aimer culpabiliser de ne pas faire, de procrastiner, je ne sais pas.

La plupart, dans Agirc-Arrco, ils ont demandé un avis. Ils l'ont et puis après, à nouveau les gens sont adultes.

V : Et à votre avis, si c'est quelque chose qui leur avait été préconisé plus tôt est-ce qu'ils auraient été peut-être plus enclin à faire le changement ou que plus tôt ils ne se seraient vraiment pas sentis concernés ?

E2 : Ah non, moi je pense qu'effectivement, ce sont des choses qu'on peut mettre en place de manière plus précoce chez les gens. La prévention primaire elle doit être faite plutôt dans la vie quitte à être répétée. C'est en répétant les choses que parfois elles sont acceptées. Et pour moi la prévention primaire ça s'adresse à des gens qui font ... je vais prendre le cas de mes parents. Mes parents, il y a 25 ans de ça, sont partis dans le sud et ont décidé de faire construire une maison. Bon, ils avaient la chance d'avoir un fils ergothérapeute. Je les ai bien tannés par rapport à l'aménagement de leur logement et de la nécessité de faire certaines choses, certains choix de circulation, de plain-pied, d'accès à la salle de bain. C'est des choses qu'ils ont fait par prévention primaire et parce que ça leur a permis d'avoir une douche à l'italienne par exemple et ça a été pratique pour eux en tant que valides mais maintenant c'est bien pratique en tant que personne de plus de 80 ans, oui.

Donc ils ne regrettent pas effectivement d'avoir fait ce choix à un moment donné. Et je pense que la prévention primaire elle devrait s'exercer plus tôt. Quand on dit à quelqu'un de 80 ans, à la demande du fils qui m'a fait venir, que il serait nécessaire de refaire la salle de bain, ben non ! on va pas la refaire pour ce qui me reste à vivre. Voilà. Et moi je surenchéris en disant : Vous savez, un col du fémur, c'est pas top quand même ! Si vous pouviez éviter, d'un point de vue coût sécurité sociale on va même pas aborder le sujet, mais pour vous quoi, parce que ça veut dire que ça va vous déraciner de votre domicile parce que vous n'allez pas forcément pouvoir revenir chez vous parce que vous êtes au premier étage. Voilà. Après les gens font des choix dans la vie. Je pense que notre rôle c'est aussi de les éclairer par rapport aux choix qu'ils font et qu'ils assument ces choix-là. Notre rôle en tant qu'ergothérapeute qui faisons de la prévention c'est éclairé. On met la lumière sur un point particulier et on demande aux gens de faire un pari. Quand ils prennent une assurance c'est ça en fin de compte. Quand on prend une assurance c'est qu'on a le choix entre différents niveaux d'assurance, on fait des choix. Si on a pris une assurance au tiers, il ne faudra pas s'étonner que quand on prête sa voiture et qu'elle est abîmée Eh bien on n'a plus rien. De la même manière, quand l'ergothérapeute va dire à la personne : c'est pas prudent d'utiliser votre baignoire ... alors

j'ai eu un cas, effectivement je pense encore à autre chose, comme situation, je vais à domicile, il y a 6 mois de ça dans le cadre d'Agirc-Arrco, le monsieur voulait refaire sa salle de bain pour mettre une douche à l'italienne, je lui dis c'est cohérent allons-y et dans ma préconisation je lui dis voilà : plusieurs niveaux, le premier, c'est en urgence en regard de vos capacités physiques, c'est de mettre une planche de bain, une planche de bain ça coûte 26€ et en attendant que les travaux se fassent, vous pourrez utiliser de manière sécurisée votre baignoire. Parce que quand on fait une demande de financement ANAH, il faut avoir le rapport de l'ergo ensuite il faut que ça parte à l'ANAH et que ce soit validé par l'ANAH, il faut trouver l'artisan, qu'il fasse les travaux. C'est un projet même pour une salle de bain simple c'est 6 mois au minimum. Et là je lui ai dit, je lui ai écrit sur mon rapport : je lui ai dit petit un, vous prenez une planche de bain à 26€ et petit deux, vous faites des travaux pour la suppression de cette baignoire. Ben j'ai appris par une connaissance à lui et à moi qu'il avait chuté dans sa baignoire mais qu'il n'avait pas acheté la planche de bain. Mais par contre il était prêt à avoir un financement de l'ANAH pour transformer sa baignoire en douche qu'à 50 pourcents et qu'il allait compléter d'un budget de 3 ou 4000€ pour faire cette transformation-là. Donc ça allait lui coûter très très cher de faire cette transformation. Mais quand vous lui demandez de sortir 26€ parce que ce serait quand même intéressant qu'il n'utilise pas sa baignoire en faisant le héron en montant dedans et bien il le fait pas. Et c'est pas force d'avoir insisté sur ça. Mais il l'a pas mis en application.

V : Et pour autant il était conscient du risque ?

E2 : Oui oui, il était conscient du risque. Mais il était parti sur son idée quoi. L'idée était qu'il fallait transformer et puis ça n'allait pas durer longtemps les travaux. Ils ne sont toujours pas faits et la demande de financement n'est toujours pas faite parce que l'artisan n'a toujours pas modifié son rapport, son devis en fonction de mon rapport pour des brouilles et donc ça traîne, ça traîne. Et donc il est toujours avec sa baignoire et il a toujours pas de planche de bain. Et il est tombé une fois peut être qu'il retombera ! Mais de ce que mon a dit notre connaissance commune, ce n'est pas la chute de la première fois qui a motivé le fait d'acheter une planche. La résistance des personnes est très étonnante parfois. La résistance au changement tout simplement, le changement d'attitude.

V : Selon vous, une de mes dernières questions, quels sont les facteurs de succès ou bien les freins de la démarche d'intervention en ergothérapie en prévention primaire auprès des personnes âgées ?

E2 : Ca je ne sais pas. J'ai du mal à identifier ce qui vient faire accepter ou pas les préconisations et la démarche de changement. J'arrive pas à savoir, il y a des fois où ça fonctionne parce que j'ai eu des retours positifs et puis il y a des fois où je sais que ça n'a pas fonctionné parce que les gens ne s'en sont pas saisi. Mais le déterminisme de ça ? J'arrive pas à l'identifier. Parce que si je l'avais identifié, je pense que j'aurais corrigé ma façon de faire.

Pour que ce dont je croie moi puisse être accepté par les personnes que j'accompagne. Mais c'est pas systématique. Et puis j'ai aussi une population âgée c'est peut être un frein, l'âge. Ils se disent bah voilà on va pas faire ou alors ils font à minima.

V : **Et donc ma dernière question. Elle va plus concerner la nature elle-même de l'intervention. Vous, vous intervenez en individuel, il y a des actions qui elles sont menées en collectif, selon vous, en quoi la nature de l'intervention peut avoir un effet sur son efficacité ?**

E2 : Quelles interventions en prévention primaire sont collectives ?

V : **Alors par exemple les actions qui ont plus lieu dans des centres ou il y a des actions d'information, de sensibilisation auprès de groupes.**

E2 : Je ne sais pas s'il y en a une qui peut être plus efficace que l'autre. En individuel, c'est chez la personne, on est dans son milieu écologique avec sa problématique à elle. Et en groupe, ce qu'il y a de positif c'est la dynamique de groupe. Si mon voisin change ses habitudes moi je peux aussi changer. Parce que quand on est en individuel, on est face à notre décision et après il y a des enjeux de pouvoir au niveau du domicile entre le couple, entre les enfants. C'est souvent les enfants qui sont promoteurs du changement et puis les parents qui freinent. Dans un groupe extérieur les gens viennent tous pour la même chose et ils ont tendance par effet de groupe, à, entre guillemets, gober plus ce que t'essaye de leur vendre comme concept. Par exemple en prévention primaire ça m'arrive souvent de préconiser des systèmes de téléassistance. Et donc il existe maintenant des dispositifs qui sont un peu plus évolués et qui ne fonctionnent pas sur une radio mais qui fonctionnent sur des puces de téléphone et donc qui permettent de t'identifier de te géolocaliser si tu es parti cueillir des champignons en forêt et que tu es tout seul et que tu as chuté. Il va y avoir une alerte qui est donnée. Mais je pense, on prend une population en groupe et à qui on vient faire la vente de ce produit-là, sur 8 personnes on va avoir 4 ou 5 qui vont le prendre. On prend les mêmes personnes et on vient à domicile leur faire le discours de présentation, je

ne pense pas qu'il y ait 3 ou 4 personnes qui prendront le dispositif parce qu'il y a je pense un effet de groupe, je pense. Mais je ne l'ai jamais testé je ne l'ai jamais vécu, ce n'est pas ma pratique.

Ce n'est qu'une impression, je ne l'ai pas pratiqué. Après, ça m'arrive d'intervenir sur des groupes France Alzheimer dans la formation aux aidants, et c'est de là que ça me vient en fin de compte, ce que je viens de dire, parce que quand je tiens des propos sur la nécessité de prévoir la dégénérescence des gens qu'ils accompagnent, je donne des exemples et des conseils au niveau d'un groupe, un groupe d'aidants, j'ai l'impression qu'il y a plus d'écho et que le fait que certains rebondissent favorablement, ça porte encore un peu plus le message. J'ai l'impression que la relation duelle, on essaye de vendre une préconisation, vendre, attention j'exagère volontairement la terminologie. Et là, parce que on a identifié une problématique et qu'il semble nécessaire qu'elle soit transformée pour faire diminuer le facteur risque et donc moi j'essaye de faire en sorte que ce que je préconise soit appliqué mais ça ne marche pas toujours. Mais je suis peut-être pas un bon vendeur. Moi je m'interroge en tant que professionnel, pourquoi il y a à mon sens pas assez de mises en application.

Et on revient à la question au cours de l'entretien dans laquelle vous me demandiez si j'ai beaucoup de retours. Bah finalement, j'ai pas tant de retours que ça dans ma pratique Agirc-Arrco mais sur l'ESA j'ai des retours. Je pense à une dame, pareil, je lui ai fait préconiser une planche de bain, je suis retourné 3 années de suite chez elle pour des séances ESA, et la première j'ai préconisé la planche de bain, la 2e j'ai préconisé la planche de bain avec des mises en application et la 3e année que j'y suis retourné je me suis aperçu que la planche de bain servait à mettre les produits de beauté. Voilà. Je pense que c'est plutôt le fils qui est passé l'acheter à la pharmacie mais pour autant la dame ne l'utilisait pas. Et chez cette même personne le fils se plaignait que sa mère était sans cesse à le solliciter pour qu'il l'aide à trouver des choses dans la cuisine, parce que la dame était une bonne cuisinière mais elle ne se souvenait plus de ce qu'elle avait dans ses placards. Elle avait oublié que les verres étaient rangés là, que les couverts étaient rangés là, que la farine était là-bas. Elle avait oublié voilà. On lui avait dit : vous ne pensez pas que ce serait plus simple de mettre des petites étiquettes à l'extérieur en disant, voilà, là, il y a les casseroles, mais elle n'avait jamais mis en application. Et dans cette dynamique de couple mère-fils, lui non plus n'avait pas insisté. Mais la fois suivante, il s'était à nouveau plaint du fait que sa mère n'arrêtait pas de le solliciter alors qu'avant elle se débrouillait toute seule pour lui faire à manger. Moi je lui

avais dit : mettez des étiquettes. Votre mère n'a pas voulu mais arrêtez de faire du palliatif, arrêter de lui répondre. Le jour où elle sera coincée dans sa recette, elle acceptera peut-être de mettre des étiquettes pour retrouver ses affaires. Il y a des choses qui sont simples mais pour autant qui ne sont pas suivies des faits. C'est les limites, c'est nos limites.

Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3 (E3)

V : Pour commencer, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel dans le domaine de la prévention primaire ?

E3 : Uniquement dans le domaine de la prévention primaire ou mon parcours professionnel ?

V : Votre parcours professionnel et aussi dans la prévention primaire, à savoir depuis combien de temps vous exercez, dans quelle structure par exemple.

E3 : Ok. Alors moi j'ai mon diplôme d'état d'ergo depuis 2002. J'ai exercé pendant 3 ans dans un centre de rééducation où là je faisais de la rééducation et de la réadaptation je dirais classiques mais j'avais quand même beaucoup de personnes âgées déjà. Mais c'était des suites d'AVC, il y avait des amputations, voilà c'était poly pathologies mais plus vers les personnes âgées et on faisait pas mal de visites à domicile. Donc ensuite en 2005, j'ai intégré mon poste actuel au sein de la caisse de retraite, donc la xxxx, et c'était à ce moment-là un poste qui ne faisait que du maintien à domicile, de personnes âgées, de personnes retraitées. Au début, on faisait toutes les personnes âgées quel que soit leur régime de retraite et quel que soit leur niveau d'autonomie. Et puis après, assez rapidement, il y a eu une division entre les conseils départementaux qui s'occupaient des personnes GIR 1 à 4, en action sociale j'entends et les actions sociales des caisses de retraite s'occupaient des personnes en GIR 5 et 6. Donc qui dit GIR 5 et 6 dit personnes qui sont encore autonomes et donc on a continué à faire des visites à domicile plus pour de la prévention ensuite pour les personnes âgées à domicile. C'est comme ça que je suis arrivé dans la prévention à domicile mais on fait également beaucoup de sensibilisation par des actions collectives, des conférences, des ateliers pour prévenir la perte d'autonomie des seniors, voilà alors on agit aussi indirectement sur les seniors mais par le biais des professionnels parce que on travaille beaucoup avec les évaluateurs des caisses de retraite qu'on forme sur le maintien à domicile, le vieillissement. Et on travaille également avec les techniciens des opérateurs habitat, par exemple c'est Soliha, c'est Urbam Conseil. Ce sont des opérateurs habitat qui sont conventionnés avec les

caisses de retraite pour chercher des aides financières pour les personnes âgées et donc moi, je les forme sur le vieillissement et sur principalement la prévention de perte d'autonomie, euh par le biais des aides techniques et de l'aménagement du logement.

Voilà, donc en fait, moi j'interviens et vers les professionnels et vers les personnes âgées directement. Et puis euh sinon pour revenir à mon parcours professionnel, il y a 3 ans j'ai fait un master le master autonomie résilience réseaux et ressources qui justement reprend tous les réseaux qui peuvent exister autour de la personne dépendante ou en perte d'autonomie. Et donc ça m'a permis de de voir globalement pour tous les parcours qui existaient pour aider la personne à se maintenir le plus en en autonomie.

V : Et quand vous intervenez auprès des personnes âgées, vous intervenez à quel moment par rapport à l'apparition de leurs difficultés ?

E3 : Euh ben c'est très variable. C'est en fonction de leur demande. Alors ça peut être la personne qui veut se maintenir à prévenir une perte d'autonomie ou qui présente déjà quelques difficultés, euh, et donc là, la personne va solliciter sa caisse de retraite en disant bah voilà j'ai un souci, est-ce que je peux avoir une aide par habitat et qui du coup fait faire appel à nous, ou éventuellement lors de l'évaluation globale des besoins par nos évaluateurs des caisses de retraite qui repèrent lors de leur visite à domicile, qui repèrent une mise en danger ou une difficulté et là ça remonte à notre service pour qu'on puisse intervenir à domicile. Donc ça peut être soit à la demande du bénéficiaire en premier soit à la suite d'une évaluation ou là c'est l'évaluateur qui a repéré des difficultés. Mais c'est toujours en accord avec la personne.

V : Toujours en accord avec la personne et toujours à domicile

E3 : Oui. Oui oui, c'est ça.

V : Et est-ce que vous pourriez me présenter le profil des personnes justement que vous rencontrez ?

E3 : Alors les personnes que je rencontre, ce sont des personnes vivant à domicile ou alors en retour d'hospitalisation mais qui vivent chez elles, en GIR 5 et 6, retraitées majoritairement de la xxx. C'est à dire que leur retraite est versée principalement par la xxx. Et alors après, c'est donc des plus de 55 ans parce que pour pouvoir bénéficier de la retraite, c'est 55 ans minimum, mais la moyenne d'âge, je sais pas, je dirais 83 peut être. J'ai pas le chiffre exact mais je pense que c'est entre 80 et 85 ans. Voilà.

V : Et donc les personnes que vous rencontrez suite à une hospitalisation donc en vue du maintien à domicile, là on est plutôt dans la prévention secondaire ?

E3 : Alors on va intervenir pour pallier des difficultés liées aux problèmes de santé récents mais parfois ils peuvent recouvrer une autonomie parfaite donc c'est vrai qu'on va aider à recouvrer cette autonomie, je dirais, grâce à cette technique. Ouais c'est plus ça. Il y a une difficulté temporaire liée à l'hospitalisation, aux problèmes de de santé, à la chirurgie enfin peu importe quoi et nous on va adapter le logement pour que la personne puisse être autonome malgré son problème de santé et peut être que les aides techniques n'ont plus lieu d'être une fois que ce sera consolidé.

V : D'accord et puis peut être même que une fois sur place vous allez pouvoir peut être anticiper d'autres potentiels problèmes ?

E3 : Bien sûr ! En fait, on est appelé pour une demande en particulier mais nous bah on est ergo donc on fait notre bilan global ou on visite toute la maison, on met en situation la personne donc on repère, on repère toutes les zones à risque et on conseille, bien entendu. On ne se contente pas de répondre à la demande. On analyse tout. C'est le principe de notre métier.

V : Et ces personnes, à domicile, quelles seraient les caractéristiques de leur lieu de vie ?

E3 : Vous voulez dire quel type de de logement par exemple j'ai le plus souvent ?

V : Oui.

E3 : Vous auriez dû me demander avant, j'aurais pu faire une recherche. Mais selon mon ressenti, je trouve que c'est beaucoup en milieu rural et c'est principalement des propriétaires de maison puisque, dès lors qu'il s'agit de travaux, il faut que la personne soit propriétaire. Donc c'est très souvent des propriétaires, à revenus modestes, puisque nous on répond à un critère financier hein puisque nos aides sont attribuables en fonction d'un critère de ressources. Donc je vois des gens avec des revenus modestes euh, et oui, donc propriétaires de maisons souvent plutôt en milieu rural.

V : Les problématiques des personnes que vous rencontrez ont-elles à trait au logement ou pas uniquement ?

E3 : Ben alors moi c'est spécifiquement logement. Donc souvent, la première difficulté c'est la salle de bain. Ça va être la baignoire, après ça va être les WC, les escaliers, parfois la chambre et les activités accès extérieur bien entendu. Il arrive aussi qu'on ait des difficultés dans la manœuvre des volets par exemple, donc plus dans la sécurisation du domicile. Des gens qui n'arrivent plus à manœuvrer leurs volets parce que c'est une manivelle ou parce que ce sont des volets en bois et qu'il faut sortir. Voilà et puis aussi des difficultés pour le chauffage, chauffage au bois. Moi je suis sur 7 départements dont les Vosges et dans les Vosges il y a beaucoup de maisons qui sont chauffées au bois et sauf que le chauffage au bois ça nécessite de la manutention, du port de charge, des déplacements avec le port de charge et euh il y a des risques des risques de brûlure, des risques de chute et souvent les gens sont en difficulté et demandent qu'on réussisse un nouveau mode de chauffage pour les maintenir en autonomie. Parce que sinon ils sont dépendants d'une personne qui leur remonte des buches et qui remplissent le fourneau.

V : Donc ça c'est peut-être un peu une caractéristique de la région ?

E3 : Alors oui, effectivement, j'en ai davantage quand on est dans les Vosges, effectivement. Mais ceci dit, même dans les autres, les autres départements, il y a beaucoup de maisons qui sont chauffées partiellement au bois et comme ça coûte moins cher que le fioul ou que le gaz, les gens aiment encore se chauffer au bois pour une raison économique et du coup ça pose problème, parce que après ils sont en précarité énergétique, précarité financière liée à un problème énergétique et donc ils veulent conserver le bois alors qu'ils n'ont plus physiquement la possibilité de l'utiliser.

C'est un problème à deux entrées. Il y a le problème énergétique donc l'isolation des murs mais ça, ça ne nous concerne pas en tant qu'ergo et puis le mode de chauffage qui peut être source de danger pour la personne.

V : D'accord. Et donc vous me disiez que vous intervenez sur 8 départements ?

E3 : 7 départements. En fait, oui, la xxx donc c'est la xxx du nord-est, elle regroupe 7 départements. Donc il y a la Champagne Ardennes, enfin l'ancienne Champagne Ardennes complète plus une partie de la Lorraine. Donc j'ai la Meurthe-et-Moselle, La Meuse, Les Vosges donc ça ce sont les 3 départements de la Lorraine et en Champagne-Ardenne c'est les Ardennes donc les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne et l'Aube.

V : Et c'est vous qui intervenez sur ces 7 départements ?

E3 : Oui alors bon historiquement, on était un gros service ou on tournait tous un petit peu partout. Maintenant je suis seul en tant qu'ergo et je n'interviens plus que sur des visites très complexe. C'est à dire que même si on est pour des personnes encore autonomes et plutôt en prévention de perte d'autonomie, parfois on va intervenir sur des pathologies évolutives et donc là les techniciens du bâtiment, des opérateurs habitat, n'ont pas les compétences pour anticiper ces évolutions. Et donc dans ces cas-là ils font appel à moi pour des visites un peu plus complexe mais ça c'est depuis 3 ans. Auparavant on faisait toutes les visites.

V : Donc là c'est plutôt votre compétence de connaissance des pathologies et de leur évolutivité qui va permettre d'anticiper en vue de conserver l'autonomie ?

E3 : Oui et puis c'est aussi, ça fait 16 ans que je suis dans le maintien à domicile donc j'ai une grande expérience, je travaille beaucoup avec les artisans du bâtiment, avec les techniciens du bâtiment des opérateurs donc techniquement j'ai une bonne maîtrise du bâtiment également, sans avoir fait de diplôme lié au bâtiment, euh, je sais quand on peut faire une douche extra-plate ou non. Bon enfin voilà, j'ai pas de difficultés liées au bâti donc et c'est surtout que je connais bien les normes, même si elles ne sont pas applicables dans le domaine privé. J'arrive à me projeter dans l'usage de la personne et ça c'est typiquement ergo, le fait de pouvoir mettre, d'intégrer l'usage de la personne et l'éventualité d'une évolution mais même l'évolution du vieillissement, quel qu'il soit, donc j'arrive à projeter, enfin oui, à faire un projet évolutif qui permet d'intégrer la personne en interaction dans son environnement de façon autonome mais éventuellement de façon dépendante avec tierce personne, éventuellement avec un fauteuil. Enfin voilà, j'arrive à projeter et ça, ça fait vraiment partie de nos compétences à nous ergo.

V : **Selon vous, quelles sont les motivations qui ont fait qu'elles sont rentrées dans une démarche de prévention ?**

E3 : Leur motivation, alors je vais faire par élimination.

Lorsque c'est une évaluatrice qui vient et qui fait le besoin global à domicile. Si par exemple, la personne appelle pour demander une aide à domicile, donc plus pour l'aide au ménage, l'évaluatrice, elle fait le tour et elle voit qu'il y a une baignoire et puis euh et puis elle dit comment vous faites ? Est-ce que vous enjambez ou pas et là, dans ces cas-là, on peut préconiser une aide technique pour que l'enjambement ne se passe plus et qu'on sécurise. Donc là, il n'y a pas vraiment au départ de motivation parce que c'est un professionnel qui va intervenir.

Si c'est une demande, euh vraiment initiale de la personne, il s'agira plus de besoin en aménagement. Et c'est souvent des gens qui se sont fait peur, par exemple, pour enjamber la baignoire, qui se sont retrouvés bloqués au fond une fois et qui du coup ne vont plus vouloir y aller alors qu'ils en sont encore capables. Mais du coup pour prévenir un nouveau risque, ils veulent remplacer leur baignoire par une douche.

Alors d'autres, ça va passer par des actions collectives, des informations où là ils vont savoir que en plus il y a des aides financières assez favorables donc que c'est peut-être le moment d'envisager des travaux. On travaille aussi beaucoup sur des actions collectives pour un petit peu engager les personnes à faire leurs travaux avant qu'il y ait une difficulté.

V : D'accord et qu'entendez-vous par action collective ?

E3 : Ah oui, j'ai pas précisé, c'est notre jargon à nous, excusez-moi. Alors les actions collectives donc ce sont des événements, des oui, des événements qui vont s'adresser à plusieurs personnes, donc ça peut être des sortes de salon, des forums, des conférences qui peuvent être sur le thème du maintien à domicile par exemple. A un moment, les caisses de retraite proposaient des forums « habiter bien habiter malin » lors desquels on abordait justement l'aménagement du logement, les aides techniques, enfin voilà on essaye de faire de la pub en fait, pour que les gens sachent se sécuriser au maximum.

V : Et comment vous intervenez, vous, par rapport à ces actions justement, ces forums ou ces salons ?

E3 : Alors moi souvent j'interviens lors de conférences, c'est moi qui mène les conférences liées à l'adaptation du logement. Et puis après, à l'issue de la conférence, je peux montrer des aides techniques ou alors ils viennent m'interroger individuellement et je les oriente pour les aides financières. Je leur explique ce qui existe. Voilà, après c'est plus du cas par cas.

V : **D'accord. Et selon vous, les personnes que vous rencontrez, donc que ce soit à domicile ou lors d'actions collectives, est-ce qu'elles se sentent concernées par la nécessité de faire de la prévention ou d'adopter la prévention ?**

E3 : C'est encore très difficile. Parce que, je vais vous donner un exemple très concret. La xxx vous propose ce qu'on appelle un kit prévention. C'est une somme que l'on propose aux personnes pour se sécuriser en aide technique donc pour acheter des barres d'appui, pour acheter une planche de bain, une main courante dans les escaliers par exemple. Et donc ce sont les évaluateurs qui peuvent proposer cette somme-là, en précisant bien que c'est

donnant-donnant. La xxx verse directement sur leur compte le forfait, donc ça va entre 100 et 300€. Et eux, les retraités, ils s'engagent à acheter le matériel. Et nous, chaque année, la xxx, on fait un contrôle aléatoire et on a à peu près 45 pour 100 des aides qui ne sont pas installées, qui ne sont pas achetées. Donc on voit bien que les gens ils disent oui quand on est chez eux, quand on discute avec eux pendant 3/4 d'heure 1h, on pointe du doigt des risques, mais en fait ils ont du mal à prendre en compte euh ces conseils très vite quand les évaluateurs partent de leur domicile, très vite c'est oublié ou alors ils disent, mais non c'est pas pour moi tout de suite. Par exemple je suis allé voir une personne la semaine dernière qui s'était acheté la barre et qui s'était acheté le siège de douche mais c'était dans sa chambre parce qu'elle dit « mais je mettrais ça quand j'en aurais besoin » et je dis « mais oui, mais vous en aurez besoin quand ? », elle dit « bah quand je tomberai », mais avant de tomber, il faudrait le mettre !

Et euh voilà en fait la prévention est encore difficile. Mais ça c'est lié à la prévention primaire. C'est vraiment prendre conscience qu'il y a un risque à prévenir et pas se dire j'ai subi et là maintenant c'est nécessaire. En fait on illustre très bien la prévention primaire avec le tapis que les personnes âgées ont chez elles, qu'elles ont chez elle depuis 40 ans et nous on leur dit mais attention votre tapis risque de vous faire chuter et là, à chaque fois la réponse est : mais non je le connais tellement, j'aurais déjà chuté. Je dis : « mais tous ceux qui ont chuté ont eu ce discours là avant de chuter ». Mais après c'est lié à la représentation du logement.

V : Mais alors pour le coup les personnes qui qui acceptent de de rentrer dans cette démarche elles expriment quelles attentes ou quels besoins ?

E3 : Euh, c'est la peur de tomber. C'est souvent la peur. Même si il n'y a rien eu, elles ont peur donc elles veulent se sécuriser. Mais c'est vrai que si je réfléchis un peu, dès lors qu'on parle de prévention primaire, c'est à dire qu'il y'a pas eu de chute, qu'il n'y a pas vraiment difficulté, euh soit on est sur un public très jeune, début de retraite qui sont encore actifs mais qui veulent du coup profiter de leur position encore active pour s'engager dans une prévention et ils se sentent aptes à supporter les travaux par exemple. Sinon ça viendra toujours de la part de la famille ou d'un professionnel. En général, c'est ça.

V : Et selon vous, y-a-t 'il une place qui est accordée à la notion de qualité de vie dans leur quotidien, dans leurs attentes ?

E3 : Pour la nouvelle génération de retraités, oui clairement, parce que ce sont des retraités qui ont connu pour la plupart une grande qualité de vie. Les plus anciens, ça l'est moins. Une toilette au lavabo ou à l'évier, ça les dérange moins. Alors que vous feriez pas faire ça à une personne de 70 ans.

V : Vous parliez tout à l'heure que vous intervenez en prévention primaire donc pas uniquement auprès des personnes âgées mais aussi auprès des professionnels. Quel type d'action vous menez auprès des professionnels ? Enfin quel type de professionnels et qu'est-ce qui les amène en fait à venir vous voir ?

E3 : Alors les professionnels que je forme, ça peut être n'importe quel professionnel. Lors des conférences par exemple pour les forums dont je vous parlais précédemment, là c'est ouvert à n'importe quel professionnel donc ça peut être des assistants sociaux, ça peut être les professionnels de la gérontologie, les clics, les conseils départementaux enfin voilà, ça peut être tous les professionnels liés au vieillissement dans le cadre de conférences. Et après, de façon plus précise, je forme vraiment donc les évaluateurs des caisses de retraites et les techniciens du bâtiment des opérateurs habitat. Donc ça ce sont des modules de formation que j'ai établis, c'est une formation, pour les opérateurs habitat c'est une formation de 3 jours, pour les évaluateurs c'est une formation d'une journée avec des rappels chaque année. Donc c'est quand même quelque chose de très suivi. L'idée étant d'avoir des prestataires puisque ce sont nos prestataires qui soient informés de ce qui existe et qui soient au point avec le public qu'ils rencontrent.

V : Ca veut dire que quand le public les rencontre, les sollicite directement, ils ont la compétence pour proposer le matériel ou choisir les technologies qui ...

E3 : Voilà. Alors déjà c'est pour qu'ils aient des compétences et puis qu'ils sachent aussi déléguer quand ils reconnaissent ne pas avoir les compétences. C'est-à-dire que quand, et c'est ça qui est très très important, c'est que en les formant, moi je crée une vraie relation professionnelle avec eux. Je ne suis pas juste le financeur de la xxx qui demande des choses à ses prestataires. Moi je les accompagne au long cours. Chaque jour j'ai un technicien d'un opérateur ou une évaluatrice au téléphone qui me demande ce que je ferai dans ce cas-là. Ça peut être un accompagnement juste par téléphone ou par mail mais au moins ils ont un appui. Ils ne sont pas seuls. Et c'est ça qui compte aussi, c'est que ils sachent orienter le dossier si ils sont à bout de compétences.

V : Donc vous intervenez soit à domicile soit

E3 : J'interviens à domicile et après les autres interventions, lors des formations par exemple, ça va être dans des salles de réunion ou des salles des fêtes pour les conférences. Mais j'ai pas de centre de rééducation ou de chose comme ça.

V : **Alors selon vous, quels peuvent être les avantages ou les inconvénients, s'il y en a, pour votre intervention dans ces différents lieux ?**

E3 : Quand c'est à domicile, c'est très personnalisé puisque j'ai la personne dans au sein de son environnement propre. Donc ce sont des conseils très personnalisés. Lors de conférences c'est plus les principes de base et les principes directeurs mais je ne vais jamais fait faire du cas par cas. Par exemple quand je forme les opérateurs habitat donc qui sont vraiment dans le traitement de dossier avec travaux, j'essaie autant que possible de trouver des appartements pédagogiques qui reprennent une douche, une baignoire, une chambre, un WC pour faire des mises en situation. Oui c'est ça que j'ai oublié de vous préciser, dans ces formations-là, je les mets en situation avec la combinaison de vieillissement pour qu'ils ressentent exactement ce que ce que vit une personne âgée au quotidien et je les mets en situation très concrète : s'asseoir sur un WC, faire ses lacets, essayer de se laver les pieds. Donc voilà des choses très très concrètes pour qu'ils comprennent vraiment et qu'ils n'oublient pas, parce que une fois qu'on a ressenti les choses on les oublie moins.

V : **Et donc dans vos interventions quelle finalité recherchez-vous ?**

E3 : Euh dans mes interventions, vraiment pour les seniors, je recherche la sécurité avant tout, l'usage, la sécurité, l'usage et puis de plus en plus maintenant le bien-être. Vous avez cité tout à l'heure un terme qui me plaît mais je l'ai plus.

V : C'était qualité de vie ?

E3 : Oui oui qualité de vie. Oui parce que on est de plus en plus sur une génération demandeuse et c'est vrai que quand moi j'étais jeune professionnel, c'était beaucoup moins ça, j'avais encore des gens qui n'avaient jamais une salle de bain par exemple, et là c'est plus du tout le cas. Et donc la qualité de vie est une recherche de la part des personnes âgées et du coup de moi aussi.

V : **D'accord. Et alors sur quel risque en particulier de l'avancée en âge vous intervenez ?**

E3 : C'est très vaste là comme question. Quel risque ? C'est plus lié à la mobilité. Oui oui c'est même quasiment tout le temps lié à un problème de mobilité lors des transferts ou des

déplacements au sein du domicile. Oui c'est beaucoup les transferts baignoire, WC, lit et les déplacements au sein de du logement.

V : Et comment vous vous déterminez les objectifs que vous allez suivre lors de votre intervention chez une personne ?

Alors, une fois que j'ai fait mon bilan enfin que j'ai fait la visite à domicile, que j'ai recueilli toutes les informations nécessaires, euh je fais un point sur ce qui me semble nécessaire et donc ça peut être des conseils de bon sens, des conseils en aides techniques, des conseils en aide humaine ou des conseils en travaux. Bon comme votre sujet c'est plus la prévention, je dirais que l'aide humaine c'est jamais mais pour les autres, le conseil de bon sens, le conseil en aide technique, le conseil en travaux, c'est tout le temps. Donc je leur explique, c'est 3 degrés, c'est 3 niveaux de conseil, moi je me le note dans mon compte-rendu mais après, eux sont libres de faire ce qu'ils veulent. On est dans du domicile privé donc s'ils me disent : « Ah oui je comprends, vous me parlez d'une barre enfin d'une main courante pour les escaliers mais moi j'ai pas envie parce que ça va faire moche devant ma maison », je ne peux rien faire, je ne peux pas m'y opposer. Donc voilà, moi j'expose tout ce qui me semble intéressant pour eux. Si je vois qu'il y a vraiment quelque chose d'indispensable pour leur sécurité je vais vraiment insister en leur expliquant par différents moyens pourquoi il faut passer par cette technique là mais voilà, après ça reste la personne âgée qui décide.

Et oui je fais une graduation par niveau en fait. Quand c'est juste de l'ordre du conseil, alors par exemple en conseil ça peut être très simple, retirer un tapis mais ça peut aller jusqu'à la réorganisation d'une cuisine pour que la personne ne soit plus en risque quand elle porte une casserole qui est trop basse par exemple quand elle va la chercher pour pas se faire mal au dos. Voilà je peux aborder ça par exemple en conseil de bon sens. Bon le conseil en technique, ça peut aller dans toutes les pièces et les travaux c'est très très souvent des travaux d'adaptation de salle de bain ou de sièges monte-escalier mais c'est un peu plus rare.

V : Quel retour d'une manière générale vous pouvez avoir de la part des personnes à l'issue de vos interventions ?

E3 : Dans 99% des cas ça se passe très bien donc elles sont contentes parce que je les mets en situation, je leur explique où il faudrait positionner les aides techniques, en en les remettant en situation, en leur montrant la prise d'appui spontanée, je leur explique que là il y a un besoin. Quand on commence à prendre un appui sur une poignée de porte, sur un coin de mur, sur un meuble, c'est qu'on a besoin qu'il y ait quelque chose qui nous soutiennent.

Donc le fait de les mettre en situation et de les confronter à leur façon de faire, il y a une vraie prise de conscience, beaucoup plus que quand c'est lors d'une conférence par exemple. On a beau leur dire que il y a 9000 morts liés aux chutes à domicile. Ça leur parle pas. Alors que là, quand je leur dis : « mais vous avez vu là ? vous vous êtes appuyé là, mais peut être si on mettait une barre là, vous auriez un véritable appui » et bien tout de suite ils comprennent : « Ah oui là effectivement ça serait bien ». Donc très souvent ils sont contents et puis quand il s'agit de travaux, je leur laisse un plan fait à l'échelle pour les investir dans le projet pour être sûr qu'ils cautionnent ce que je propose. Parce que si ils ne cautionnent pas je sais que ça n'ira pas au bout. Donc je les engage vraiment à me donner leur point de vue et du coup je m'assure vraiment qu'ils soient motivés par le projet pour que ça aille au bout des choses.

V : Et, selon vous, est-ce que cette motivation suffit ? vous savez que ça a été mis en place ou pas forcément ?

E3 : Alors pour quasiment toutes mes visites actuelles, il y a une suite. Les travaux sont faits. Les aides techniques sont achetées. Après je m'engagerai pas sur les autres visites quand on en faisait énormément auparavant, on pouvait pas avoir 100% de réussite. Actuellement quand j'interviens à domicile pour donc des cas complexes, ça va souvent au bout.

V : Comment vous expliqueriez ça ?

E3 : Mais parce que je les mets en condition. Parce que je prends le temps de leur expliquer, je les oriente quand ce sont des techniques, je les oriente vers des revendeurs de matériel médical, je leur explique la prise en charge, je leur fais essayer si ce sont des aides techniques que j'ai dans la voiture, type planche de bain ou barre de redressement au lit. Je fais un essai systématique et essayer une technique, ça entre vraiment dans le processus d'acceptation. Donc c'est ça notre vrai point, c'est le point clé de l'acceptation de l'aide technique. Et c'est pour ça que c'est super qu'il est envisagé qu'on puisse les prescrire parce que nous on va pas faire que les prescrire, on va les faire essayer, on va les mettre en situation.

V : Vous me parliez tout à l'heure donc d'actions plus collectives, vous m'avez parlé des conférences que vous donnez, est-ce qu'il y'a d'autres actions que vous menez autour de la prévention ?

E3 : Alors attendez les conférences ... Ah oui si si si en collectif mais c'est pas lors de conférences, je travaille également sur la réhabilitation des résidences autonomie par exemple. Donc il s'agit de résidences collectives pour les seniors qui ont leur propre appartement dans une résidence et quand ces structures-là veulent réhabiliter leur logement ou leurs lieux communs, ils font appel à la xxx pour avoir des subventions et moi je j'interviens pour les guider dans les travaux, les plans et cetera pour que justement les logements soient conçus en prenant en compte le vieillissement et l'évolution du vieillissement pour éviter les chutes, pour éviter une perte d'autonomie.

V : Et donc les résidences autonomie c'est des personnes qui ont encore justement toute leur autonomie ?

E3 : Complètement, ce sont des personnes qui veulent quitter leur logement initial parce que trop grand, parce que enfin peu importe pour quelle raison, qui veulent vivre plus dans un lieu collectif parce que ce sont des résidences qui proposent des activités, parfois qui peuvent proposer des repas collectifs. Donc les gens ont leur propre autonomie dans leur logement mais peuvent également bénéficier de temps en commun avec d'autres résidents pour être moins seuls en fait. Et l'objectif c'est que ces personnes puissent rester autonomes le plus longtemps possible dans leur logement donc quand les propriétaires de ces résidences ou les gestionnaires de ces résidences veulent refaire, parce que souvent ce sont des résidences assez vieilles, veulent refaire le logement et qui demandent des aides financières à la xxx, moi je leur dis : « Ben OK, on peut vous aider mais en contrepartie j'ai mon oeil à donner, enfin mon avis à donner sur votre projet et je vous conseille.

Donc là du coup je prends pas en compte une personne en particulier puisque c'est sur du collectif et chaque appartement sera fait à l'identique des autres mais là c'est du plus global, c'est réfléchir à comment toujours comment l'usager peut utiliser son environnement et donc proposer le positionnement des aides techniques, l'aménagement de la salle de bain, de la cuisine, pour que ce soit le plus fonctionnel possible.

V : **Et pour le coup alors selon vous, en quoi la nature de l'intervention donc en individuel ou en collectif peut avoir une influence sur l'efficacité de la prévention ?**

E3 : Vous pouvez répéter la question s'il vous plaît ?

V : Oui. En quoi la nature de l'intervention donc une intervention individuelle par rapport à une intervention collective peut influencer l'efficacité de la prévention ?

E3 : Je pense que j'ai déjà répondu à ça. Le fait d'être en individuel à domicile c'est du sur-mesure et comme je mets toujours en situation la personne, elle est complètement incluse dans son environnement et c'est son usage que je regarde alors que quand je suis en collectif je parle de l'usage commun de tous. Mais quand on est chez nous enfin chez soi on peut avoir des usages très particuliers et moi je m'adapte à cet usage-là. Et donc forcément une action en l'individuelle à domicile a beaucoup plus de poids par rapport à une action collective lors de conférences.

V : Et est-ce que vous avez constaté des changements de comportement à l'issue de vos interventions ?

E3 : Alors malheureusement je ne retourne pas à domicile ou très rarement donc je ne peux pas, je ne peux pas juger d'un changement de comportement. J'ai pas de suivi. J'interviens une fois voir deux s'il y a besoin parfois je reviens plus tard mais du coup c'est souvent quand les besoins ont évolué. Donc non là je suis désolé je ne peux pas répondre à votre question.

V : Et donc ma dernière question. Quels sont selon vous les facteurs de succès ou bien des freins s'il y en a dans la démarche de prévention en ergothérapie auprès d'une personne âgée ?

E3 : Alors clairement, les éléments facilitateurs c'est d'aller à domicile et que ce soit du personnalisé. Les freins, c'est le déni du vieillissement inéluctable, je ne parle pas du vieillissement pathologique mais même le vieillissement naturel provoque des ralentissements, des risques donc ça, il y a un vrai déni, on ne se voit pas vieillir c'est clair. Ça c'est un frein et puis un autre frein, mais c'est lié aussi au déni, je vous ai dit tout à l'heure les représentations du logement, elles sont très très prégnantes, parce que souvent ce sont des gens qui ont vécu de longues années dans leur logement actuel et ils se sont vus adultes, parents, actifs, grands-parents et maintenant vieillards. Sauf que ils se sont adaptés à leur logement et nous on arrive et on veut adapter le logement à eux sauf que ils ne voient pas qu'il y a une difficulté puisque eux ont adapté leur façon de vivre en fonction du logement et ils se voient, peut-être sont-ils encore dans la représentation de leur logement au moment où ils étaient jeunes parents, on sait pas dans leur tête comment ils se voient. Et ça en littérature c'est très très référencé les représentations du logement. Et c'est impressionnant parce qu'ils vont dire : mais non, mais moi j'ai pas besoin, j'ai pas besoin de calme ou j'ai pas besoin d'un déambulateur sauf que ils prennent des appuis partout où ils peuvent. Ils ne font pas un pas sans appui mais non, ils n'auront pas d'aide technique. C'est ça, c'est que

l'aide technique aussi peut être une représentation du vieillissement et de la dépendance et du coup refléter une difficulté à l'extérieur donc ça c'est un vrai frein, les représentations du logement.

V : Et en tant qu'ergothérapeute quelles sont les particularité de la profession qui seraient un avantage ?

E3 : La visite à domicile, l'expertise, connaître l'usage et mettre en pratique, présenter une aide technique. Enfin la faire tester, pas uniquement la conseiller en disant : « bah voilà il vous faut ça ». Non, j'arrive avec la technique, je la pose, on fait des essais, c'est ça qui change tout.

L'idéal aussi, mais ça moi je n'ai pas la possibilité technique de le faire, ce serait qu'il y ait un accompagnement au long cours, c'est à dire que il y a une première visite avec des conseils ensuite il y a des essais en aide technique et après on refait une visite pour vérifier l'usage. C'est ça qui serait optimal.

V : Il y a peut-être tout un réseau aussi qui est développé et des partenariats ?

E3 : Complètement. On a un grand réseau après il faut aussi savoir s'adapter normalement, c'est le propre de l'ergo, mais adapter quelque chose pour une autre personne c'est différent de s'adapter nous-mêmes. Mais c'est vrai que ce sont des postes qui demandent à savoir rebondir à s'interroger sur plein de choses. Et par exemple, là maintenant, moi je suis missionné aussi sur tout ce qui est suivi de la Silver économie. Donc je suis aussi des projets technologiques liés à la prévention de perte d'autonomie. Vous voyez par exemple, c'était ça que j'ai oublié de vous dire, on travaille vraiment sur un champ très large, mais toujours dans l'objectif de la prévention de perte d'autonomie

V : Et pour mon information, la Silver économie c'est quoi ?

E3 : Alors la Silver économie c'est, donc Silver c'est argent, donc les cheveux gris, ça représente les cheveux grisonnants des séniors et l'économie ben voilà c'est tout ce qui est lié, tout ce qui va être développé autour de la prévention de la perte d'autonomie et qui demande de l'argent. Donc on va accompagner des start-up qui vont développer des systèmes innovants pour pouvoir augmenter la prévention de la perte d'autonomie. Alors ça peut être, que je réfléchisse un peu, là on accompagne un projet de capteurs qu'on met à domicile pour repérer les changements de comportement de la personne dans son logement et qu'elle soit appelée avant qu'il y ait un problème. Donc il y a ça par exemple. C'est pour combattre la

perte d'autonomie mais ces start-up-là, elles ont besoin un peu d'argent. Donc les caisses de retraite sont là pour les aider.

V : Et vous, vous participez concrètement à

E3 : En fait, moi je suis vraiment la spécialiste de l'autonomie au sein de de la caisse de retraite parce que les autres, mes collègues, sont des agents administratifs en fait, et qui n'ont souvent pas vu une personne âgée à part leurs parents, donc ils ne savent pas de quoi il s'agit, donc là, moi, je donne mon point de vue vraiment en connaissance du public.

V : Donc vous intervenez pour faire du conseil et de l'information aussi auprès de toutes ces structures qui vont offrir ...

E3 : Oui, on les accompagne, on donne notre point de vue parce que parfois on a aussi des projets complètement loufoques qui correspondent pas du tout à l'usage de la personne âgée. Donc ben moi étant spécialiste maintenant du sujet âgé, on me donne l'opportunité de dire si je suis en accord ou pas avec ce qu'ils proposent. Mais, et puis on discute avec les porteurs de projets pour toujours améliorer leur système pour que ce ça puisse convenir à un maximum de personnes.

Il y a aussi tout ce qui est isolement social. Par exemple, nous, quand on intervient, qu'on a un signalement, une demande d'une personne, l'évaluatrice qu'on envoie initialement, elle fait un point sur l'isolement aussi social de la personne et ça fait ça fait partie des critères de fragilité. Une personne qui n'a pas de visite d'autrui, une ou plusieurs fois par semaine est en risque de fragilité accrue et ça fait partie des critères reconnus qui peuvent faire basculer la personne dans une fragilité. Donc oui, lutter contre l'isolement de la personne est aussi une façon de prévenir la perte d'autonomie et c'est pour ça que les caisses de retraites elles font aussi beaucoup d'informations. Donc là on a beaucoup parlé aides techniques, adaptation du logement mais on a aussi tout un champ d'action sur des actions, encore une fois, des actions collectives pour que les personnes fassent des ateliers de prévention des chutes, des ateliers nutrition, des ateliers, qu'est-ce que je peux vous dire, pas mal de choses qui leur permet aussi d'entrer en contact avec d'autres personnes et les faire sortir de chez elle et qu'elles puissent retrouver du lien social. C'est ça en fait.

V : D'accord et il vous arrive vous d'intervenir sur certaines de ces actions, peut être sur tout ce qui est prévention des chutes ou même le bien manger ?

E3 : Le bien manger non jamais, alors les aides techniques au repas, ça va être du personnalisé, ça va être lors de mes visites à domicile que je vais repérer des difficultés, je vais je vais aborder ce sujet-là, en revanche, en conférence ou chose comme ça, non je n'y connais absolument rien en termes de nutrition mais toujours dans nos conférences, on fait intervenir une nutritionniste par exemple. On a des forums qui s'appelaient, parce que là avec la crise du covid on n'en fait plus, qui s'appelaient « faites-vous plaisir seniors » et on abordait la sexualité des seniors, la nutrition et puis l'activité physique.

Donc nous faisons intervenir des professionnels vraiment liés à ça et puis c'était sous forme de conférences ou, alors du coup c'est très magistral malheureusement, mais c'est sympa comme tout, où aussi ils exposent comment bien manger, ce qu'il faut faire attention. Voilà c'est de l'information large, c'est pas personnalisé mais ça ouvre les esprits. Oui en fait, les caisses de retraite, elles ont quand même un grand rôle en terme de prévention puisque leur public, c'est un public de personnes qui sont encore autonomes donc l'idée c'est de les garder le plus autonome possible parce que une fois qu'elles basculent dans la dépendance et qu'elles sont aidées par l'APA du conseil départemental, c'est souvent des heures d'aide humaine et il est plus question de de prévention. C'est complètement de la compensation.

ERGOTHERAPIE EN PREVENTION PRIMAIRE

L'ergothérapeute, un acteur clé pour vieillir en santé.

Mots clés : *ergothérapie, personnes âgées, prévention primaire, vieillissement en santé*

La France doit faire face à un enjeu de santé publique majeur. Sa population vieillit et les personnes âgées, dont le nombre ne cesse de s'accroître, ne vivent pas toujours en bonne santé. Le renforcement de la prévention primaire, préconisé en réponse à ce constat, va de plus en plus impliquer les ergothérapeutes pour participer à relever ce défi. Ce mémoire s'intéresse par conséquent à comprendre en quoi l'intervention d'un ergothérapeute en prévention primaire peut contribuer à favoriser le vieillissement en santé des personnes âgées. Les entretiens semi-directifs menés auprès de trois ergothérapeutes exerçant dans ce contexte mettent en relief le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de la participation et de l'engagement dans les occupations. Il participe à rendre l'individu âgé acteur de sa prévention, par le biais d'un accompagnement personnalisé des changements et d'une sensibilisation à la nécessité d'adopter des comportements favorables à la santé. Mais malgré une adhésion sans conteste à la démarche actuelle, son efficacité semble cependant nuancée car assujettie principalement à l'acceptation des changements par l'individu. L'accompagnement du processus de changement apparaît donc être un axe essentiel à développer pour continuer à relever le défi.

Keywords : *occupational therapy, elderly, primary prevention, healthy aging*

France must face up to a major public health issue. Its population is aging. The number of the elderly are steadily increasing, and they do not always live in good health. The strengthening of primary prevention, recommended in response to this observation, will increasingly involve occupational therapists to participate to this challenge. This thesis is therefore interested in understanding how the intervention of an occupational therapist in primary prevention can contribute to promote healthy aging in the elderly. Semi-structured interviews with three occupational therapists working in this context highlight the role of the occupational therapist in maintaining participation and involvement in occupations. He helps to make the elderly person an actor in their own prevention, through personalized support for changes and awareness of the necessity to adopt healthy behaviors. However, despite adhesion to the current approach, its effectiveness nevertheless seems nuanced because it mainly depends on the individual's acceptance of changes. Supporting the change process therefore appears to be an essential axis to be developed to continue to meet the challenge.

Véronique MICHAUD-SCHOLKOPF

Sous la direction de Madame Marijane Provenzano-Loizillon, maître de mémoire