

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention
du diplôme d'ergothérapeute

Ergothérapie et prévention primaire chez les personnes âgées

Soutenu par Séverine Mailly

Sous la direction de Marine Legros

Session Juin 2022

Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* Mailly Séverine étudiant(e)
en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 22/05/22

Signature :



*NOM, Prénom

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

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnées pour la réalisation de mon mémoire.

Je remercie mon maître de mémoire Marine Legros pour ces conseils, son soutien et sa disponibilité durant la réalisation de ce travail.

Je remercie également Anne Regnacq et Virginie Morizé pour leur aide dans mes recherches.

Je remercie également les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon enquête.

Merci à mes enfants, qui ont fait preuve d'une belle autonomie durant ces trois années.

Je remercie mon mari pour son soutien indéfectible dans mon projet de reconversion.

Liste des abréviations

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

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

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

HAS: Haute autorité de santé

INSEE: Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

Table des matières

Introduction	1
PARTIE CONCEPTUELLE	3
I. Vieillesse	3
1. Données épidémiologiques.....	3
2. Concept du vieillissement.....	4
a. Définition au niveau biologique	4
b. Vieillesse et vieillissement	4
c. Processus et conséquences du vieillissement	6
d. Le concept de fragilité.....	6
e. Bien vieillir.....	7
f. Comportements favorables au bien vieillir.....	8
II. Prévention dans le vieillissement	9
1. Définitions et généralités.....	9
2. Prévention en matière de vieillissement	10
3. Politique de prévention en France en faveur des personnes âgées	10
4. Ateliers de prévention primaire	12
III. Ergothérapie et prévention primaire.....	14
1. Ergothérapie et généralités	14
2. Ergothérapie et ses fondements	15
3. Modèle conceptuel MOH	16
4. Prévention primaire et approche occupationnelle	19
5. Etats des lieux des pratiques de prévention collectives en France	21
PARTIE EXPERIMENTALE.....	24
I. Méthodologie.....	24
1. Objectifs	24
2. Population.....	24
3. Outil d'investigation.....	25

II.	Résultats bruts de l'enquête et analyses	27
1.	Présentation des ergothérapeutes.....	27
2.	Présentation des participants et des ateliers.....	27
a.	Age et description des participants.....	27
b.	Recrutement des participants, format des ateliers, supports et outils de communication	28
c.	Support et outils utilisés	29
3.	Démarche ergothérapique.....	29
a.	Objectifs des ateliers	29
b.	Actions et rôle de l'ergothérapeute.....	31
4.	Impact des ateliers de prévention primaire.....	35
III.	Discussion	37
IV.	Limites et intérêts de l'étude	39
1.	Limites.....	39
2.	Intérêts.....	39
	CONCLUSION	41
	BIBLIOGRAPHIE	42
	ANNEXES	I
	Annexe 1 : grille d'entretien.....	I
	Annexe 2 : entretien ergothérapeute.....	II

Introduction

La France, tout comme les pays occidentaux, est confrontée au vieillissement démographique de sa population. Cela représente un défi multidimensionnel majeur aussi bien sur le plan médical, que politique, social, culturel ou encore économique. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population œuvrait déjà dans ce sens. La crise sanitaire liée au covid est un véritable révélateur des disparités sociétales sur ce thème. Qu'en est-il des autres solutions prônant le « bien vieillir » ? Si aujourd'hui encore, les politiques publiques se veulent favorables au maintien à domicile, qu'est-il réellement mis en place pour le rendre possible, le faciliter ? Enfin, si la prévention secondaire et tertiaire pallient des troubles dits pathologiques ou bien encore des situations de handicap liées à l'âge, que penser de la prévention primaire ? Ne devrait-elle pas avoir une place plus prégnante ?

Toutes ces questions se sont imposées à moi, lors de ma formation en ergothérapie et ont débouchées sur l'élaboration de ce mémoire. Ce travail de recherche et de rédaction n'est donc pas issu d'une situation, spécifiquement, rencontrée lors d'un stage mais repose plutôt sur des questionnements, de véritables réflexions issues des cours théoriques et pratiques de gériatrie, mais aussi de lectures de rapports et d'articles...

J'ai pu, tout d'abord, constater des effets du vieillissement lors de l'utilisation du simulateur du vieillissement. Ce dernier consiste à reproduire quelques effets au niveau moteur et sensoriel du vieillissement par l'utilisation d'une combinaison et divers accessoires. Il permet, ainsi, de ressentir des troubles de l'équilibre, des troubles visuels, des troubles posturaux qui vont, notamment, lors de mise en situation, sur des actes de la vie quotidienne, engendrer, par exemples, des difficultés dans la marche, dans la descente et la montée des escaliers, dans la préparation des repas...

Cette immersion m'a, non seulement, permis de percevoir, mais surtout, de comprendre une partie des incapacités liées au vieillissement et aux difficultés rencontrées dans les activités.

Bien que les problématiques du vieillissement, mises en évidence, ne soient pas exhaustives (ce simulateur ne permet pas d'aborder la sphère cognitive), cette expérience a eu une forte résonance en moi : je n'avais qu'une connaissance parcellaire du processus du vieillissement et de ses effets.

D'autres éléments furent mis en exergue lors des cours, tant sur l'adaptation du domicile que sur la notion du vieillissement important de la population qui va s'accroître au cours des prochaines années.

Ces préambules sont indispensables à ma bonne compréhension de l'impact des effets du vieillissement sur la vie quotidienne.

Cela été l'occasion de rechercher le rôle de l'ergothérapeute dans sa pratique en matière de prévention primaire. Comment prend-il sa place au sein des dispositifs de prévention mis en place telles les actions collectives ?

Aussi cela m'a amené à la problématique suivante : **: de quelle manière l'ergothérapeute lors des ateliers collectifs de prévention primaire favorise le bien vieillir chez les personnes âgées ?**

PARTIE CONCEPTUELLE

I. Vieillesse

1. Données épidémiologiques

Le vieillissement de la population est un phénomène qui touche l'ensemble de la population mondiale. Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps et ont une espérance de vie supérieure à 60 ans (OMS, 2021). L'OMS estime qu'au niveau mondial le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va progresser de plus de la moitié, passant de 962 millions (2017) à 1,4 milliard (2030). D'ici à 2050, cette proportion dans la population mondiale va plus que doubler, pour atteindre 2,1 milliards. (OMS, 2021)

En France, d'après les projections de l'INSEE, un individu sur trois aura 60 ans et plus en 2050 alors qu'ils étaient un sur cinq en 2005. Cette hausse entre 2005 à 2050 devrait représenter 80% en 45 ans. (INSEE, 2020).

De plus la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus (INSEE, 2020).

Ce vieillissement de la population résulte en grande partie d'une augmentation de la durée de vie après 65 ans. Cet aspect est notamment lié à une amélioration de la santé des populations française mais également de l'avancée en âge des générations du baby-boom. (Gaymu, 2017). L'augmentation de l'espérance de vie, constatée depuis plusieurs décennies en France, est principalement liée à des mesures collectives améliorant le milieu de vie, de travail, ainsi qu'à la protection sociale et les progrès médicaux. En France, en 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes (DREES, 2021).

Il faut distinguer allongement de l'espérance de vie et espérance de vie sans incapacités. L'espérance de vie sans incapacité correspond « *au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes* ». Elle s'établit à 65,9 ans pour les femmes et à 64,4 ans pour les hommes (DREES, 2021).

En 2050, les plus de 60 ans seront 25 millions, dont 4 millions en perte d'autonomie (DREES, 2020).

Cet état des lieux nous amène à nous interroger sur précisément ce qu'est le vieillissement et la vieillesse.

2. Concept du vieillissement

a. Définition au niveau biologique

L'OMS caractérise le vieillissement par : « *le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès* » (OMS, 2018). Le vieillissement est physiologique. Il est le résultat d'une réduction progressive des réserves fonctionnelles de l'individu.

Selon le professeur Aquino plusieurs qualificatifs le caractérisent : sa progressivité, son universalité et le caractère délétère et irréversible (Aquino, 2015).

Néanmoins si la définition s'établit comme telle au niveau biologique, il n'en demeure pas moins que les différents mécanismes responsables du vieillissement sont encore mal définis et sujet à controverses. Cette complexité repose sur plusieurs facteurs : le vieillissement concerne l'ensemble des organes, varie en fonction des facteurs internes (physiologiques) mais aussi externes (environnementaux).

Dans la société occidentale, le vieillissement est souvent perçu comme quelque chose de négatif. S'il est souvent synonyme de perte d'autonomie et/ou d'indépendance, il est important de rappeler que le vieillissement fait partie d'un processus normal de la vie.

b. Vieillesse et vieillissement

Les changements observés chez l'être humain ne sont pas linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement liés au nombre des années.

Ainsi la perception de la vieillesse a bien évolué au long des années, qui peut réellement dire à quel âge devient-on vieux ? Les termes pour parler de la vieillesse marquent cette évolution : seniors, aînés, personnes âgées, âge d'or remplacent peu à peu les termes vieux ou vieillard (Juhel, 2014).

L'âge de la vieillesse est une représentation sociale. Il est habituel de catégoriser les populations selon leur âge. Il est usuel de parler de personnes âgées lorsque celles-ci ont atteint ou dépassé 60 ans. Cet âge fait plus ou moins référence à l'âge légal du départ à la retraite, âge qui évolue au gré des réformes des régimes de retraite. Autre marqueur de l'entrée dans la vieillesse est l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) délivrée, sous certaines conditions, aux personnes de plus de 60 ans nécessitant une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Bien que ce critère d'âge ne soit pas le plus pertinent, il permet cibler un public déterminé.

Le Centre d'analyse stratégique met en avant dans son rapport intitulé « vivre ensemble plus longtemps » qu'il paraît plus approprié de tracer les frontières de la vieillesse en fonction de l'état de santé physique et psychique ou le degré de fragilité ou de dépendance. Ainsi par l'hétérogénéité des personnes âgées, des groupes d'âge sont représentés en fonction d'un croisement entre critères de santé et âge :

- Les « seniors » désigne l'ensemble des individus ayant entre 50 et 75 ans, encore en emploi ou à la retraite, ils sont bien insérés dans la vie sociale ou économique. Ils sont en bonne santé, à nuancer selon leur appartenance à une catégorie sociale, où des différences importantes sont retrouvées.
- Les personnes âgées de 75 ans où la santé se dégrade durablement et où des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. « La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer ».
- Un sous-groupe désigne les personnes âgées de 75 à 85 ans qui, malgré la dégradation de leur état de santé, restent autonomes (désignés sous l'expression « troisième âge »).
- Enfin, un groupe « grand âge » pour les personnes dont l'âge se situe au-delà de 85 ans, pour qui le risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne augmente très fortement. (Gimbert & Godot, 2010)

L'homme ne devient pas vieux sitôt passé 60 ans. Ce processus lent, qu'est le vieillissement, ne permet pas de définir une personne âgée type. Ainsi on peut parler non pas de vieillissement mais des vieillissements.

L'OMS par son rapport mondial sur le vieillissement en santé rapporte qu'il n'existe pas de modèle-type définissant la personne âgée (OMS, 2018). En effet, chacune d'entre elle a un vécu, un parcours singulier qui est le reflet de sa situation actuelle.

Les trajectoires de vie ont été modélées non seulement par les conditions socio-économiques de départ, par la carrière professionnelle, l'état de santé mais aussi les dynamiques familiale et amicale. Les politiques publiques et l'environnement culturel peuvent également fournir des occasions d'améliorer la situation initiale ou réduire les effets indésirables d'événements de vie (divorce, chômage, maladie, deuil, etc.) ; elles peuvent au contraire les amplifier et rendre difficile l'ajustement à des accidents de parcours (Richard, Barthélémy, & Pin, 2013).

Ce processus de vieillissement peut donc être accéléré par nos habitudes de vie et par la survenue de pathologies chroniques qui en résultent.

Ce phénomène traduit une transition démographique accompagné de transition épidémiologique lié à l'augmentation des maladies chroniques en raison de l'allongement de l'espérance de vie. La médecine

qui est très spécialisée répond à l'accroissement de ces maladies chroniques par un traitement curatif, mais cette approche uniquement curative impacte les chances de bien vieillir (Guilbaud, Mailliez, & Boulanger, 2020).

Selon une enquête, la proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques passe de 15 % pour les 15-24 ans à 76 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (Sermet, Catherine, 2013).

Aussi, face à cet accroissement des pathologies chroniques sources d'incapacités, des mesures doivent être envisagées pour prévenir et accompagner afin d'agir en faveur du maintien de l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible.

c. Processus et conséquences du vieillissement

S'il n'existe pas de linéarité en termes de vieillissement, les spécialistes s'accordent à définir des modalités évolutives du vieillissement en distinguant les trois types suivants :

- le vieillissement réussi, à haut niveau de fonction, ou robuste, se caractérisant par le maintien des capacités fonctionnelles.
- le vieillissement usuel ou habituel, qui s'en distingue par la réduction des capacités ou de certaines d'entre elles, sans que l'on puisse attribuer cet amoindrissement des fonctions à une maladie de l'organe concerné.

Cet état intermédiaire est également associé à la notion de fragilité.

- le vieillissement polypathologique qui mène à l'état de dépendance, ce stade étant irréversible (Guilbaud, Mailliez, & Boulanger, 2020).

d. Le concept de fragilité

Un état intermédiaire existe entre ces deux extrêmes, : il s'agit du statut « fragile ». Ce dernier consiste en un statut qui a la possibilité d'être réversible vers un état de robustesse, si une action précoce et adaptée est mise en place. Ce terme de fragilité développé par Linda Fried en 2001 est caractérisé par : « *un syndrome gériatrique multidimensionnel expliqué par une diminution des réserves fonctionnelles de l'individu ; il est alors plus vulnérable aux facteurs de stress endogène et exogènes favorisant la survenue de pathologies* ». Les individus dits « fragiles » sont ainsi à plus haut risque de chutes, d'hospitalisations, de pertes d'autonomie et de mortalité, par rapport aux sujets dits non fragiles et « robustes » (Guilbaud, Mailliez, & Boulanger, 2020). L'apparition de la fragilité, et son évolution, sont très variables selon les individus. En l'absence d'une prise en charge préventive spécifique, elle conduit à la perte d'autonomie et/ou au renforcement de situations morbides complexes et de polypathologies.

C'est pourquoi les spécialistes s'accordent à dire que pour retarder au plus tard les effets du vieillissement, il est nécessaire d'axer sur des politiques de prévention. Bien que physiologique, le vieillissement peut néanmoins être accéléré par nos habitudes de vies et de la survenue des maladies chroniques qui en découlent.

e. Bien vieillir

Plusieurs termes sont utilisés dans la littérature pour désigner le concept de bien vieillir ; ainsi on peut retrouver également les termes de « vieillissement actif » ou « vieillissement en santé » ou encore « vieillissement réussi ». Tous traduisent un vision plus positif du vieillissement. Ce dernier n'étant plus considéré sous l'angle de la pathologie et du déclin. La priorité n'est plus d'allonger l'espérance de vie mais de vieillir en bonne santé et d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes.

Il englobe une approche multidimensionnelle des éléments fonctionnels, cognitifs, psychologiques sociaux et économiques et se rapproche de la définition de la santé définie par l'OMS, à savoir « *un bien être physique, social et mental de la personne* » (Bréchat P.-H. , et al., 2008).

Mais définir précisément le bien vieillir serait une gageure puisque cette définition varie en fonction du contexte culturel, des approches (holistique versus biomédical) et de la perspective des personnes (chercheurs / personnes âgées). « *Il demeure toutefois qu'aucun modèle n'intègre encore toutes les dimensions et tous les déterminants potentiels du « bien vieillir »* » (Gangbè & Ducharme, 2006).

Néanmoins pour les personnes en bonne santé âgées de 65 ans, l'objectif est de rester le plus longtemps possible dans cet état de bien-être. Aux États-Unis, John W. Rowe et Robert L. Kahn⁵ ont proposé le concept de « *successful ageing* ». Ce modèle résulte de la combinaison de trois éléments : l'absence de maladie et de facteurs de risque de maladies chroniques, le maintien des capacités physiques et cognitives et l'engagement dans des occupations (Rowe & Kahn, 1997). Le bien vieillir est donc un état, une condition objectivable mesurable à un moment donné, un état meilleur que celui du vieillissement normal.

En France, c'est le concept de « bien vieillir » qui a été introduit. Santé publique France le définit comme « *une approche globale et positive de la santé qui sous-entend que les déficiences, maladies et incapacités, habituellement associées à l'avancée en âge, peuvent être retardées, voire supprimées, par une hygiène de vie et par le dépistage précoce des déficiences* ». Il insiste également sur le fait de rester actif comme critère principal du « bien vieillir ». « *Il s'agit de renforcer les compétences des personnes âgées pour prolonger leur autonomie et soutenir santé et qualité de vie à domicile le plus longtemps possible* » (Santé publique France, 2019).

f. Comportements favorables au bien vieillir

L'objectif est d'accompagner l'acquisition de comportements favorables à la qualité de vie (alimentation, activité physique, lien social, suivi médical régulier) et de modifier certains comportements à risques, tout en permettant aux personnes de faire des choix de santé éclairés.

Tel que défini dans le plan national Bien vieillir 2007-2009, s'inspirant lui-même des recommandations issues du groupe de travail européen « Healthy Ageing », *un vieillissement en bonne santé passe par l'adoption de comportements favorables et protecteurs pour la santé physique, mentale, sociale et environnementale, permettant ainsi aux personnes avançant en âge d'être actives socialement, sans discrimination, et de jouir, en toute indépendance, d'une bonne qualité de vie* (Aquino, 2008).

De nombreuses mesures et actions, individuelles et collectives, ont été développées et ont fait preuve de leur efficacité en prévention et promotion de la santé (Barthélémy, Bodard, & Feroldi, 2014).

Selon le plan Bien Vieillir 2007-2009 en France, les principales recommandations du bien vieillir sont les suivantes :

- « continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique
 - prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée ;
 - prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité
 - avoir une activité physique ou sportive régulière
 - adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé;
 - adapter son environnement physique et social
 - conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels
 - lutter contre l'isolement
 - valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement.»
- (Barthélémy, Bodard, & Feroldi, 2014).

Il apparait donc que le bien vieillir ne se limite pas aux aspects purement fonctionnels mais intègre un contexte plus vaste qui devient une condition parmi d'autres. Si certaines exigences pour bien vieillir sont indépendantes de la volonté de la personne, d'autres en dépendent notamment comme l'engagement dans des activités sociales ou encore des comportements qui sont bons pour la santé.

Les comportements favorables favorisent donc la bonne santé et de ce fait, le « bien vieillir ». Alors, accompagner l'acquisition de comportements favorables à la qualité de vie (alimentation, activité physique, lien social, suivi médical régulier) et modifier certains comportements à risques (consommation de tabac, d'alcool et mésusage de médicaments), tout en permettant aux personnes de

faire des choix de santé éclairés, deviennent des objectifs incontournables. De nombreuses mesures et actions, individuelles et collectives, ont, non seulement, été développées, mais, ont aussi fait preuve de leur efficacité en prévention et promotion de la santé. Parmi ces processus, il existe les actions de santé publique globale, indispensables pour prendre en compte la grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées.

Les résolutions de politique de santé s'orientent en faveur de la prévention avec pour objectif un vieillissement en bonne santé.

II. Prévention dans le vieillissement

1. Définitions et généralités

La prévention : La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités (HAS, 2016).

Il existe 3 types de prévention :

- « La prévention primaire : Ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux et sociétaux mais également les facteurs consolidants et structurants tels que les compétences psychosociales.
- La prévention secondaire : Intervention qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire : Elle intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les complications et les risques de rechute. Il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement » (Barthélémy, Bodard, & Feroldi, 2014).

En matière de vieillissement la prévention primaire conduit à un vieillissement actif.

Elle peut comprendre des vaccinations et des actions de promotion de la santé pour permettre aux personnes âgées de choisir des comportements favorables à leur santé. (Bréchat, Vogel, Bérard, &

Lonsdorfer, 2008). La prévention secondaire agit pour diagnostiquer et repérer les fragilités encore réversibles afin que le sujet reste robuste et la prévention tertiaire permet d'éviter aux maladies chroniques de s'aggraver et au patient de décompenser (Guilbaud, Mailliez, & Boulanger, 2020).

Cependant Aquino, dans son rapport « prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge », souligne cette une approche trop centrée sur les maladies, loin d'une approche positive et psychosociale des actions de prévention réalisées ; privilégiant une approche à partir du parcours de vie de la personne (Aquino & Corbin, 2018).

2. Prévention en matière de vieillissement

Bien vieillir ne regroupe pas spécifiquement l'absence de maladies mais également représente surtout un état de bien-être. Pour l'OMS, vieillir en santé ne signifie pas ne pas avoir de pathologies, puisqu'il y a des maladies à tous les âges de la vie, mais c'est « *garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous et continuer à être ce que l'on est au fond de soi* » (Takeda, Guyonnet, & Vellas, 2020).

Ainsi pour l'OMS mener une action de santé publique face au vieillissement nécessite « *des approches axées sur la personne et sur l'environnement qui, non seulement, compensent en partie les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial* » (OMS, 2021).

Une action de santé publique globale est donc nécessaire pour tenir compte de cette diversité au sein de la population âgées.

Pour favoriser un vieillissement en bonne santé, différents axes de prise en charges sont nécessaires.

Un des axes majeurs est principalement la prévention, quand est-il des politiques de santé en France ?

3. Politique de prévention en France en faveur des personnes âgées

Selon l'article Art. L. 1417-1 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé la politique de prévention : « a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » (Légifrance).

La prévention est, en mesure, par les réponses concrètes qu'elle apporte, de favoriser le vieillissement réussi, de prévenir la perte d'autonomie et d'améliorer la qualité de vie du plus grand nombre (Aquino, 2008).

Aussi, depuis plusieurs décennies en France des politiques de santé en matière de vieillissement s'accumulent. D'une politique de gestion de la dépendance a progressivement laissé place à une politique conduisant à l'autonomie des aînés.

De la création de la Sécurité sociale en 1945 et du système des retraites, s'est poursuivie une politique des modes de vie qui fait du maintien à domicile et de l'insertion sociale des personnes âgées l'objectif prioritaire. L'établissement d'une politique de la dépendance puis de prévention de la dépendance ont permis d'investir les questions de vieillesse et de vieillissement de manières différentes en fonction du contexte économique et social et de l'évolution démographique notamment.

Le premier rapport qui fait figure d'initiateur en matière de prévention est le rapport Laroque en 1961 qui s'alarme des conditions de vie des personnes âgées, avec une vision moderniste du vieillissement et dont la priorité était clairement accordée au maintien au domicile considérant le troisième âge comme actif et autonome (Alain, 2016). Ce rapport a largement influencé les politiques plus récentes en matière de prévention.

La prévention de la perte d'autonomie est une notion qui s'est élargie depuis 2003 pour adopter une approche de plus en plus globale de la personne. Celle-ci fait l'objet d'une intervention publique depuis le début des années 2000. Ces actions de prévention se sont d'abord limitées à l'activité physique et la nutrition.

A partir du plan « bien vieillir » en 2007-2009, il n'est plus question d'augmenter l'espérance de vie ni de la gestion de la dépendance mais de préserver la qualité de vie associé à l'autonomie et à l'intégration sociale des aînés (Dechamp-Le Roux, 2012).

Ce plan s'adresse aux personnes concernées par la période de la « péri-retraite ». Il est possible pour cette population d'organiser une prévention ciblée permettant à terme de prévenir ou de retarder l'apparition des incapacités.

En 2015 est promulguée la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement visant à construire une société où chacun puisse « bien vieillir ». Elle propose d'améliorer et de faciliter le quotidien des personnes âgées et de leur entourage, notamment des plus fragiles mais également d'anticiper pour les générations futures le vieillissement de la population (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, J.O.2015).

Parmi les cinq mesures phares du plan figurent des ateliers de prévention de la perte d'autonomie à destination des personnes âgées de plus de 60 ans. Il s'agit d'actions collectives par les résidences autonomie, les services d'aide à domicile, les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile), les CCAS (centre communal d'action sociale). Elles sont élaborées à travers des ateliers collectifs sur l'équilibre, le sommeil ou la mémoire, sensibilisation à la prévention des chutes, aide à l'acquisition de matériel adapté...

Un portail internet fut conjointement créé par l'INPES et les caisses de retraites afin de diffuser des messages préventifs en faveur du bien vieillir. Il s'adresse aux seniors et personnes âgées ainsi qu'aux professionnels du médico-social.

Depuis cette loi de 2015, des rapports se sont succédés dont le rapport sur la concertation « Grand Age et Autonomie » de Dominique Libault ou encore le rapport interministériel de Luc Broussy « Nous vieillirons ensemble ...80 propositions pour un nouveau pacte entre générations ». Dans ce dernier la profession d'ergothérapeute est mise en valeur, ainsi que la nécessité de former et de recruter davantage d'ergothérapeutes et d'ouvrir le droit à la prescription d'aides techniques (Broussy, 2021).

A cela s'ajoute la création de la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (gérée par la CNSA).

Cette liste de rapports, de plans et de lois est loin d'être exhaustive mais tous convergent vers un changement sur le regard que l'on porte sur le vieillissement et que l'on doit le considérer non plus comme un déclin mais une évolution, une étape de la vie qu'il faut accompagner.

Ainsi dans un article en lien avec la stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2018-2022, les auteurs en déduisent : « *prendre soin de la santé des aînés, sans stigmatiser les personnes les plus fragiles ou vulnérables, nécessite, dans la mise en place d'un parcours de vie préventif, que l'on s'intéresse aux événements, accidents, points de bascule qui peuvent la jalonner* » (Deville & Said, 2020).

4. Ateliers de prévention primaire

Les actions collectives de prévention primaire sont financées par le biais de la conférence des financeurs. (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2020). Cette dernière a pour objectif de coordonner les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. Parmi les 6 axes stratégiques, une concerne les ateliers de prévention. Il s'agit d'« *actions individuelles ou collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie.* »

Plus précisément les thématiques principales de ces actions sont les suivantes :

- La santé globale/bien vieillir dont (la nutrition, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et des ateliers équilibre/prévention des chutes, le bien-être et l'estime de soi)
- L'habitat et cadre de vie (dont sécurité domicile) ;
- La sécurité routière
- L'accès aux droits

- Le lien social
- La préparation à la retraite. (CNSA, 2016)

Le passage à la retraite constitue un moment de vie susceptible de modifications dans les comportements de santé et propice à des actions de prévention (Aquino & Corbin, 2018).

L'objectif des actions collectives de prévention est la transmission des savoirs, savoir-être et savoir-faire aux retraités pour faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé.

Elles sont construites sur plusieurs séances, selon les principes de l'éducation à la santé. Elles comprennent « des supports et techniques d'animation spécifiques » (diaporamas, outils pédagogiques) adaptés au profil des participants afin de favoriser leur adhésion et leur implication. Elles sont organisées en cycles par petits groupes de 12 à 15 personnes. Elles offrent la possibilité de confronter leur préoccupation, de réfléchir sur leur façon de faire dans l'optique d'envisager une évolution dans leurs comportements. « *Les ateliers contribuent ainsi à renforcer les comportements protecteurs de santé.* » Les cycles sont planifiés à un rythme régulier, généralement une fois par semaine, sur une durée de quelques mois selon les programmes (MSA, 2014).

L'ergothérapeute fait partie de ces acteurs effectuant ces ateliers collectifs. Il réalise le plus souvent des ateliers sur l'aménagement de l'habitat et de prévention des chutes. Néanmoins pour cette dernière précision cela reste un avis subjectif de ma part tant il est difficile de recenser l'exercice des ergothérapeutes dans ce domaine car il existe un manque notoire de littérature. Seuls des témoignages d'ergothérapeutes sur le site internet « pour bien vieillir » ou des actions collectives proposés sur des sites d'entreprises sociales et solidaires permettent de définir leur pratique au niveau des ateliers. Ceci n'a donc pas de valeur scientifique mais permet de connaître les actions des ergothérapeutes et les types d'ateliers qu'ils réalisent.

Le format collectif de ces actions présente plusieurs intérêts : il offre aux participants la possibilité de confronter leurs préoccupations et leurs problématiques face au groupe. Cela permet de dédramatiser certaines situations. De plus il favorise le partage de leurs représentations, ce qui contribue, non seulement à faire évoluer des comportements favorables à la santé, mais également à identifier des personnes ressources. Enfin, il offre un moment de partage, de convivialité, luttant ainsi contre l'isolement.

Aussi l'observation des modifications de comportements seront objectivés par l'intention d'agir du participant. Au préalable il est nécessaire de recueillir ses représentations, ses croyances liés au comportement favorable ainsi que sa perception de son efficacité personnelle par rapport au comportement favorable.

L'importance est d'impliquer le bénéficiaire tout au long des différentes actions. Pour Aquino et Corbin l'approche de la prévention « *doit se déployer en fonction d'un modèle participatif qui implique les bénéficiaires ; partir de la personne d'une manière non culpabilisante et non stigmatisantes est un pré requis* » (Aquino & Corbin, 2018).

Qu'en est-il du rôle de l'ergothérapeute dans cette prévention primaire ?

Dans ces différents plans et rapport en lien avec le vieillissement de la société l'ergothérapeute y a indéniablement une fonction. Le rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population de 2013, rédigé par Broussy, inscrit la place de l'ergothérapeute au sein de ces mesures politiques : « *développer le nombre d'ergothérapeutes en France, c'est servir la cause d'une médecine préventive* » (Broussy L. , 2013).

III. Ergothérapie et prévention primaire

1. Ergothérapie et généralités

La définition de la fédération mondiale de l'ergothérapie définit ce métier comme : « *une profession de santé, client centrée, visant à promouvoir la santé et le bien-être au travers de l'occupation. Son but premier est de permettre aux personnes de participer à la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne* » (WFOT, 2018).

L'ergothérapeute intervient dans les secteurs sanitaire et social. « *Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne., en tenant compte ses habitudes de vie et de leur environnement.* » (Ministère de la santé et des sports, 2010).

Ce professionnel de santé est donc un spécialiste de l'autonomie et de l'indépendance. Ces deux termes sont fréquemment utilisés dans le langage courant pour dire la même chose. Ils peuvent donc sembler similaire aux yeux du grand public. Pourtant il existe une véritable différence, que l'ergothérapeute définit avec la plus grande précision. En effet pour ce dernier, l'autonomie pour une personne repose sur sa capacité à choisir et à gérer sa vie en toute conscience alors que l'indépendance désigne sa capacité à réaliser ses activités seule au niveau fonctionnel.

L'ergothérapie en gériatrie est une spécificité. Selon Anaïs Villaumé « *le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie a un double objectif à la fois de maintenir les activités de la vie journalière et de prévenir les complications liées au grand âge par sa démarche scientifique et ses techniques* » (Villaumé, 2019). Il intervient au sein des structures accueillant les personnes âgées classiques et spécialisées.

Une association : l'AFEG (association française d'ergothérapie en gériatrie) a d'ailleurs été créée afin de promouvoir le rôle et l'action de l'ergothérapeute en gériatrie. Elle intervient, entre autres, en défendant les compétences spécifiques auprès des instances et autres professionnels. Elle participe également à l'élaboration de recommandations tout en développant une dynamique de recherche (afeg, s.d.).

2. Ergothérapie et ses fondements

Selon le référentiel d'activité relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, l'ergothérapeute « *exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie* ».

Aussi, depuis quelques années, l'ergothérapie s'oriente progressivement du paradigme fonctionnel, centré sur l'importance du fonctionnement des systèmes internes (musculosquelettiques, nerveux, cognitifs...) dans leurs améliorations afin de permettre l'activité ; vers un autre paradigme centré sur l'interaction personne- occupation et environnement. Ce dernier a pour but de faciliter l'engagement dans les occupations afin de favoriser la participation sociale (Morel-Brack, 2017). Ce changement de paradigme est en lien avec le développement de concepts issus de la science de l'occupation.

La science de l'occupation apparaît à la fin des années 1980 aux États-Unis. Elle est la conséquence d'une maturation de la profession d'ergothérapeute depuis son émergence au début du vingtième siècle. Elle a pour volonté de créer une discipline académique qui génère « *de la connaissance sur l'occupation humaine et soutient l'exercice de l'ergothérapie* ». (Meyer S. , 2018)

Le terme occupation désigne selon Sylvie Meyer : *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs* » (Meyer, 2013).

L'activité selon ENOTHE est « *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* ». L'activité revêt un caractère signifiant pour la personne quand elle lui confère un sens propre à son histoire et à son projet de vie. Elle est dite significative quand elle répond à un sens social donné par l'entourage.

Selon la WFOT, les principes de base de l'ergothérapie, qui guident la pratique, sont issus « *d'une perspective occupationnelle des humains et de la santé* ».

Ces concepts principaux sont les suivants :

- « • Les humains ont un besoin inné et la capacité de s'engager dans les occupations.
- L'occupation influence la santé et le bien-être
- L'occupation organise le temps et structure la vie
- Les occupations sont riches et remplies de sens (individuel et contextuel)
- L'engagement dans une occupation est unique (individuel et contextuel)
- L'occupation a un potentiel thérapeutique » (WFOT, 2010)

L'ANFE est convaincue que « *l'activité est un des facteurs essentiels de la santé des individus et que l'action du professionnel dans le développement de l'engagement et de la participation aux activités sont nécessaires* »(ANFE, 2018).

Sylvie Meyer définit l'approche occupationnelle comme une intervention basée sur les dysfonctionnements occupationnels (par opposition aux diagnostics médicaux) dont les buts et les moyens sont les occupations. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette approche, elle est cependant toujours en cours de recherche. Sylvie Meyer souligne les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes dans l'utilisation de cette pratique basée sur les occupations par une culture encore trop imprégnés du modèle biomédical, s'intéressant aux fonctions corporelles (Meyer S. , 2020).

L'approche occupationnelle oriente l'ergothérapeute vers une pratique centrée sur le patient et ses besoins mais également sur les occupations de la personne dans son environnement. « *La centration de l'occupation consiste à comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement* » (Meyer S. , 2020).

Afin de répondre au mieux à cette approche, l'ergothérapeute utilise certains modèles conceptuels. Parmi ceux-ci, se trouve le Modèle de l'Occupation Humaine que j'ai choisi de développer dans le cadre de ce mémoire.

3. Modèle conceptuel MOH

Le MOH est un modèle conceptuel développé fin des années 1980 par Gary Kielhofner, ergothérapeute américain.

Pour Kielhofner, l'**occupation** est essentielle dans l'organisation de la personne. Pour lui, c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont.

Ce modèle intéresse la personne, l'occupation (activités de loisirs, de vie quotidienne et productives) et l'environnement (social, physique).

Il permet de comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne, quel que soit sa situation.

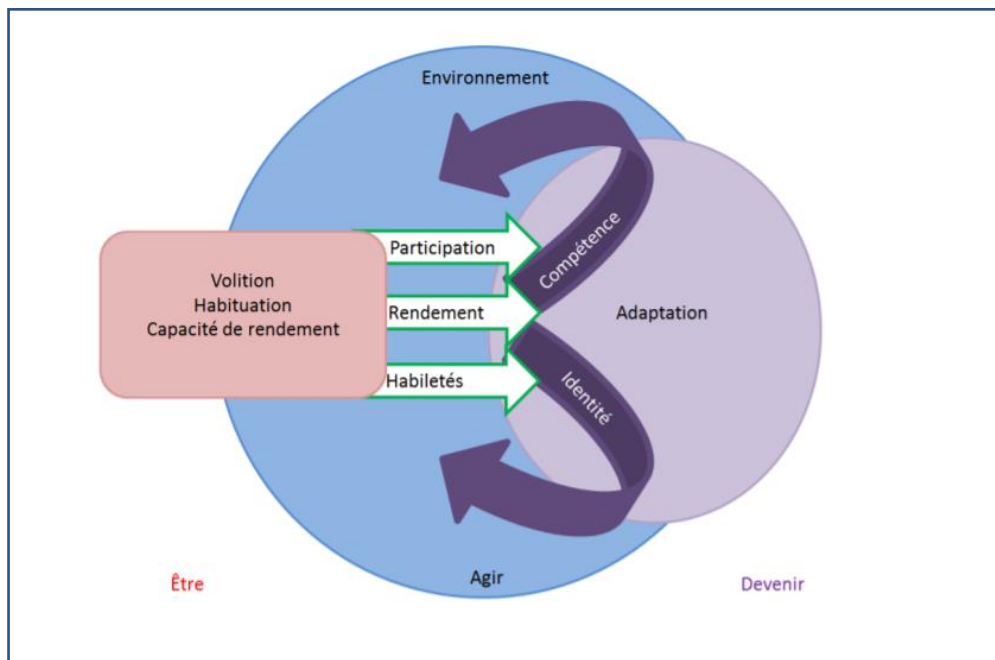


Figure 1 : modèle conceptuel MOH

Ses concepts :

Les concepts du MOH se décomposent en trois grandes parties : l'Être, l'Agir et le Devenir

L'Être : il regroupe 3 composantes :

- La volition : qui correspond à la motivation de la personne à agir sur l'environnement par ses valeurs (ce qui est important pour elle), ses centres d'intérêts (ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre), sa causalité personnelle (ce que la personne pense et connaît de son efficacité et de sa capacité à réaliser une activité).
- L'habituation : qui renvoie aux rôles de la personne et de ses habitudes
- La capacité de performance correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives (physiques et mentales) et l'expérience subjective du corps.

L'Agir : définit par 3 niveaux d'actions lorsque la personne agit :

- La participation occupationnelle : c'est-à-dire l'engagement de la personne dans ses activités de productivité, de loisirs, de vie quotidienne dans un contexte spécifique.
- La performance occupationnelle constitue le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement. Cette démarche volontaire de la personne inclut tout le processus menant à la réalisation de l'occupation ou de l'activité mais aussi son résultat.
- Les habilités (motrices, opératoires, de communication et d'interaction)

Le devenir qui est la résultante de l'identité occupationnelle de la personne par l'accumulation de ses différentes expériences et de sa compétence occupationnelle qui permet de définir ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir.

Ces 3 éléments sont en lien avec un contexte environnemental (physique et social) qui offre à la personne des opportunités, des ressources mais aussi des exigences et des contraintes et qui vont influencer la participation. (Morel-Bracq, 2017)

Il est intéressant de recueillir au sein d'une activité l'engagement et la participation de la personne pour d'une part connaître leur perception du devenir et d'autre part, amener à une réflexion quant à ses occupations et d'en définir ce qu'elles projettent pour leur avenir dans la réalisation de celles-ci.

Aider la personne à contextualiser ses occupations dans son environnement par son engagement et sa performance occupationnelle est intéressant pour faciliter la transmission du message préventif.

Comprendre également sa représentation subjective est importante. Qu'est-ce qui motive la personne à faire telle ou telle activité ? A l'inverse qu'est-ce qui l'amène à son désengagement ? Ses habiletés ? Son rôle au sein de la société ? La représentation qu'elle a d'elle-même quand elle fait cette activité ? son environnement ? Ce qu'elle y projette ?

En termes de prévention primaire, il est donc intéressant de recenser les occupations, de définir l'engagement occupationnel et de faire le lien avec le devenir. Comprendre la participation de la personne dans l'activité pour en dégager la problématique permet d'ajuster la transmission du message préventif et ainsi, améliorer sa participation dans les occupations en continuant de s'engager dans cette activité.

4. Prévention primaire et approche occupationnelle

Le rôle préventif de l'ergothérapeute s'inscrit sous la compétence 5 du référentiel d'activité de l'ergothérapie. Il a la compétence pour mener « *des actions de prévention, de conseils et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé* » (Ministère de la santé et des sports, 2010).

L'ANFE promeut des actions qui engage l'ergothérapeute dans les politiques de prévention pour que ce dernier soit davantage au centre des collectivités. Dans son rapport sur la contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie, l'ANFE affirme que « *les enjeux du vieillissement concernent la prévention de l'autonomie nécessite donc le développement d'une culture de la prévention* » (ANFE, 2019).

Comme précédemment mentionné, l'objectif des politiques publiques est de favoriser le bien vieillir et non d'allonger l'espérance de vie : la prévention primaire cherche à lutter contre les facteurs influençant l'évolution vers un état de faiblesse ou d'instabilité, que ce soit au niveau des habitudes de vie ou des pathologies. Parmi ses recommandations figure l'engagement dans des activités. Dans l'article « *bien vieillir : le point de vue de l'ergothérapie* », les auteures s'accordent à définir le bien vieillir comme « *un processus qui, à travers l'engagement dans des occupations, optimise le fonctionnement tant social et cognitif, que physique et psychique des personnes âgées* » (Désormeaux-Moreau, Lambert, & Brousseau, 2012).

Continuer pour les personnes âgées à prendre part à leurs activités quotidiennes comme faire ses courses, entretenir son domicile, recevoir sa famille, préparer à manger... permettent d'utiliser et de conserver des compétences physiques, sociales et cognitives. Marie-Chantal Morel Bracq (2008) affirme que l'équilibre au niveau des différentes activités est tout autant nécessaires que l'équilibre nutritionnel. D'ailleurs, les limitations d'activités de la vie quotidienne précèdent et accompagnent la fragilité d'une personne âgée. La rupture ou le déclin de la réalisation d'activités est donc un signal d'alerte du risque de fragilité. Ann Wilcock (1998) a montré qu'un déséquilibre prolongé entre les activités entraîne fatigue, stress et ennui ; menant à une baisse de l'immunité vis-à-vis de la maladie et donc à une augmentation du risque d'accident.

Morel Brack souligne que le travail de prévention, en milieu ordinaire, doit mettre l'accent sur l'importance de l'activité pour le maintien de la santé. La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne à participer aux occupations de la vie. Le maintien d'un niveau suffisant d'activité est donc identifié comme primordial dans la prévention primaire (Trouvé, 2011) . Lors de son étude, E. Trouvé a démontré le lien entre l'engagement dans des occupations avec la santé et la qualité

de vie des personnes âgées. Celui-ci affirme que « *toute action de prévention visant à maintenir les capacités fonctionnelles doit également s'intégrer dans le cadre de développement d'activités* ».

Au titre des ateliers de prévention, cette réflexion des participants sur leurs occupations leur permettent de reprendre, de modifier ou de créer des occupations.

Le départ à la retraite représente un moment de réorganisation de sa vie. Ces actions préventives qui s'adressent aux retraités doivent permettre à la personne de repenser ses activités selon ses valeurs.

C'est donc bien par ce type d'approche que des programmes de prévention primaire importé des Etats-Unis tentent de sensibiliser les participants afin de promouvoir des comportements favorables.

Outre Atlantique, un programme nommé le Lifestyle Redesign a été développé. Il s'agit d'une intervention ergothérapique préventive créée par des chercheurs de la Californie. Il a été développé par l'ergothérapeute américaine Florence Clark il y a une vingtaine d'années dans le cadre de deux études de grande ampleur sur le « Bien Vieillir ». Elle a pour objectif de : « *promouvoir des changements réalistes et durables sur le plan du mode de vie, en vue d'améliorer la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des personnes âgées* ». Le LSR s'appuie sur une compréhension des habitudes de vie des personnes âgées. Par cet accompagnement global au changement, ce programme de six mois, réparti en 12 modules, aide les personnes à analyser leur mode de vie, à identifier les activités qui leur sont importantes et à en optimiser les modalités. À l'issue du programme, les personnes bénéficiaires doivent avoir la capacité d'avoir un regard critique sur leurs habitudes de vie ainsi que de développer des stratégies et de les adapter en vue d'un mieux-être. « *Elles s'affirment ainsi comme des actrices à part entière du maintien de leur autonomie dans la durée* » (Soum-Pouyalet, 2019).

Une étude canadienne portant sur un recensement des effets cliniques du Lifestyle Redesign rapporta « *qu'une intervention ergothérapique de promotion de la santé, centrée sur les forces et les défis individuels des aînés, permet de réduire le déclin associé au vieillissement en améliorant la santé physique et mentale tout en représentant un investissement rentable* » (Lévesque, Trépanier, Sirois, & Levasseur, 2019).

En Europe un projet basé sur le Lifestyle Redesign a été mené dans cinq pays de 2005 à 2008 (Grande Bretagne, Norvège, Pays Bas et Portugal). Ce projet de prévention avait pour objectif de favoriser le bien vieillir à travers une démarche centrée sur les activités des personnes âgées. Des évaluations réalisées avant et après le programme ont montré l'engagement de ces personnes dans des activités qu'elles ne pensaient plus pouvoir faire et la satisfaction qu'elles en ont retirés (Morel-Bracq M.-C. , 2015).

Si la prévention primaire trouve de plus en plus sa place à l'étranger, qu'en est-il en France ? Quelle place l'ergothérapeute peut y prétendre avoir ?

5. Etats des lieux des pratiques de prévention collectives en France

En France, la prévention primaire en ergothérapie est une pratique émergente. Selon Morel-Bracq les ergothérapeutes seraient trop enfermés dans le monde médical, les empêchant d'élargir leur champ professionnel en matière sociale. De plus la prise en charge des personnes âgées est essentiellement organisée autour de la mise à disposition d'aides à domicile dans le but de répondre aux besoins liés à une diminution des capacités (Morel-Bracq M.-C. , 2015).

Dans un rapport de 2021 « Nous vieillirons ensemble », Broussy insiste sur la nécessité de recruter des milliers d'ergothérapeutes. Pour lui, l'ergothérapie est « un métier essentiel pour permettre à la France de « prévenir » plutôt que « réparer, pour former » ». Il explique le sens de cette volonté : « *Non seulement parce que les ergothérapeutes ont fait la preuve sur le terrain de leurs compétences mais au-delà parce qu'ils incarnent une autre façon de penser le système de santé* » (Broussy L. , 2021). Pour ce dernier il est un acteur essentiel du maintien à domicile des personnes âgées.

L'ergothérapeute en prévention primaire est donc un acteur clé dans les politiques de prévention. Il réalise des actions individuelles au domicile des personnes âgées dans le cadre d'actions des caisses de retraite afin de prolonger l'autonomie des personnes au domicile. Par ses préconisations correspondant à des modifications d'habitudes de vie, des réapprentissage des gestes quotidiens, des compensations gestuelles, des aides techniques ou des modifications du bâti ; l'ergothérapeute permet aux bénéficiaires des changements nécessaires pour une amélioration de leur vie quotidienne.

Il intervient également au niveau des ateliers collectifs qui constituent : « *des axes innovants de prévention primaire qui, par la sensibilisation aux problématiques de vieillissement et d'habitat, engagent les personnes âgées vers une démarche de changements autonome.* ». (Caire, Frédérique, & Arnaud, 2012)

Mais au-delà du descriptif des actions préventives il est intéressant de s'attarder sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans ces ateliers de prévention.

B. Dennaveaux, ergothérapeute, a expérimenté avec une équipe pluriprofessionnelle d'un hôpital de jour gériatrique des ateliers de prévention pour un public âgé de 70 ans vivant à leur domicile. Ces ateliers avaient pour objectif de « bien vieillir, bien bouger, bien manger chez soi ». Ces actions basées sur une approche occupationnelle et inspirées de Redesign Lifestyle ont révélé après enquête que 79% des participants pensent changer leurs habitudes de vie à la suite de leur participation aux ateliers. Les modifications envisagées étaient par exemple d'acheter un marchepied, de ne plus monter sur une chaise, de faire son possible pour se relever d'une chute, d'aller moins vite, de faire attention au chaussage, de manger équilibré, d'adapter le cabinet de toilette avec des poignées...

Ainsi pour B. Dennaveaux, l'un des objectifs de l'ergothérapeute en prévention primaire est de permettre une réflexion de la personne sur sa propre situation, ses occupations, ses habitudes de vie et des éventualités de modifications de comportements dans ses routines. De plus elle considère que l'ancrage

du message préventif doit s'effectuer dans la réalité du patient. En somme, cette émergence de situations occupationnelles permet d'en dégager les activités signifiantes constituant un levier motivationnel en faveur d'une amélioration, d'une modification, d'une intensification, d'une adaptation de l'activité. (Dennaveaux, 2019). La personne âgée a ainsi la possibilité d'effectuer « des choix éclairés ». Cela la place au centre des décisions qui influent sur sa santé, sur sa capacité d'action en faveur de sa santé amenant un sentiment de contrôle sur sa vie. (Dennaveaux, 2019)

Cette notion de confrontation à la réalité du patient durant les ateliers de prévention sont nécessaires pour en attendre une modification ou à un changement de comportement. En effet, un message préventif efficace repose sur une attente de la personne d'un changement, de sa conviction que ce changement de comportement ou modification répondra à cette attente. Le dernier élément repose sur sa représentation d'elle-même sur son efficacité pour pouvoir adopter ce comportement ou modification. (Meeus, 2012)

B. Dennaveaux, insiste sur le fait que les actions préventives en faveur de la population vieillissante favorisent « *des changements de comportements dans la vie quotidienne* » hors des institutions et constituent une nouvelle opportunité dont l'ergothérapeute doit s'en saisir.

Par son expertise et de sa perspective originale fondée sur l'occupation, l'ergothérapeute trouve toute sa place dans les actions de prévention, en s'inscrivant dans un travail en pluriprofessionnalité (Dennaveaux, 2019). Néanmoins peu d'ergothérapeutes connaissent ces pratiques innovantes en prévention primaire comme le Lifestyle Redesign plaçant l'occupation porteuse de santé au centre des actions préventives. (Morel-Bracq M.-C. , 2015).

L'ergothérapeute a un nouveau champ à investir dans le domaine social en se situant comme le professionnel exerçant au cœur de la vie quotidienne des personnes âgées, lieu où s'élabore les modes de vie et leurs conditions qui affectent les occupations créatrices de santé. Il devient un « agent politique vecteur d'occupations » (Albuquerque, 2019). Cette démarche préventive s'inscrit donc dans une prise en charge multidimensionnelle, en partenariat avec les acteurs de la collectivité, les pouvoirs publics, associatifs ainsi que les entreprises.

C'est ce en quoi l'ANFE tente de promouvoir auprès des instances dirigeantes ; à savoir l'expertise des ergothérapeutes indispensable au sein des équipes médico-sociales pour répondre aux besoins de la population vieillissante. (ANFE, 2019)

Cette partie théorique m'amène à une hypothèse.

La problématique était : **de quelle manière l'ergothérapeute lors des ateliers de prévention primaire collectif favorise le bien vieillir chez les personnes âgées ?**

Ce qui amène à l'hypothèse suivante : **l'approche occupationnelle de l'ergothérapeute durant les ateliers collectifs de prévention primaire favorise les changements de comportements contribuant au bien vieillir.**

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Méthodologie

1. Objectifs

Dans le cadre expérimental de mon mémoire, je souhaite analyser la pratique des ergothérapeutes durant les ateliers de prévention et plus précisément savoir si leur démarche en lien avec les sciences de l'occupation favorise les changements de comportements contribuant au bien vieillir chez les personnes âgées.

Cette enquête a pour objectifs :

- Objectif 1 : identifier les objectifs ainsi que les actions et les démarches des ergothérapeutes durant les ateliers de prévention primaire pour les personnes âgées
 - ⇒ Critère d'évaluation :
 - analyse qualitative du champ lexical relatif à la santé, à la prévention et à l'habilitation aux occupations.
 - Recherche dans le discours des ergothérapeutes des liens entre occupations et santé, analyse du champ lexical en lien avec les sciences de l'occupation (engagement, participation occupationnelle, activités significatives...).
 - Recherche d'utilisation de concepts de modèles conceptuels occupation centrée mais également de modèles d'intervention préventive

- Objectifs 2 : analyser si les actions en lien avec l'approche occupationnelle favorisent le changement de comportement favorable au bien vieillir.
 - ⇒ Critère d'évaluation : analyse qualitative du ressenti de l'ergothérapeute par rapport à l'impact de son action préventive durant les ateliers sur les participants.

2. Population

Pour répondre aux objectifs, la population recensées sont les ergothérapeutes.

Il aurait été intéressant d'interroger des personnes ayant participé aux ateliers de prévention primaire, néanmoins le temps de la recherche est insuffisant pour évaluer de manière satisfaisante les personnes âgées.

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeutes effectuant tout type d'ateliers de prévention primaire chez les personnes âgées hors institution, dans toute la France.

Critères d'exclusion :

- Ergothérapeutes n'exerçant pas en France et ne parlant pas le français.
- Ergothérapeutes n'effectuant pas ou plus d'ateliers de prévention.

Le recrutement des ergothérapeutes s'est effectué via les sites internet auprès d'entreprises d'ergothérapeutes proposant des ateliers de prévention primaire (Adaptia, Bel'avie, Mercie Julie...).

J'ai également activé mon réseau « étudiant » en sollicitant les formateurs de l'IFE (l'une d'entre eux étant membre de l'AFEG). J'ai également sollicité les intervenants ergothérapeutes qui ont effectués des cours sur la gériatrie au sein de l'IFE. J'ai également fait des demandes auprès des autres étudiants, des ergothérapeutes de mes lieux de stage et bien sûr de mon maître de mémoire.

3. Outil d'investigation

Pour procéder au recueil des informations et répondre à mes objectifs j'ai utilisé comme méthode de recherche une recherche qualitative. « Les méthodes de recherches qualitatives couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données, elles visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie » (Kohn & Christiaens, 2014).

Cette méthode d'enquête qualitative s'est effectuée par des entretiens.

L'entretien selon Sifer-Rivière est : « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, l'analyse d'un problème délimité ou précis à travers les différents points de vue en présence, les enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation.* » (Sifer-Rivière, 2016)

Pour orienter précisément vers ma problématique, j'ai opté pour un entretien semi-directif. Il m'est apparu le plus approprié pour recueillir l'expérience et le vécu des ergothérapeutes.

Pour cela je les ai interrogés sur leur pratique des ateliers de prévention, leur objectifs, les méthodes utilisées.

Pour la réalisation des entretiens semi-directifs cela implique la prise en compte des différents éléments tels que les « *objectifs de l'étude, le cadre conceptuel, la question de recherche, des procédures méthodologiques et des ressources matérielles et temporelles disponibles* ». (Imbert, 2010)

Au préalable, j'ai élaboré un guide d'entretien composés de question qui a servi de repère, d'outil de relance mais également d'aide-mémoire pour obtenir un recueil de données le plus exhaustif possible (cf. Annexe I). Cet outil évolutif par le réajustement des questions, le guide d'entretien accompagne « *l'exploration progressive d'un terrain et intègre, en même temps, les connaissances qui en sont issues* » (Barbot, 2012).

Une vigilance particulière a été apportée durant les entretiens à savoir de garder en tant qu'enquêtrice ma neutralité. En effet : « *réaliser un entretien suppose que le chercheur adopte réellement une posture d'écoute attentive et soutenue de l'autre et lui pose des questions sans inférer, c'est-à-dire en évitant d'apporter des éléments de réponse* » (Imbert, 2010). En effet, ayant participé à des ateliers de prévention primaire, grande a été la tentation d'apporter mon vécu et mon ressenti.

Le recrutement des ergothérapeutes a été assez laborieux. La difficulté a résidé par le nombre restreint d'ergothérapeutes pratiquant des ateliers de prévention primaires hors institution et le faible taux de retour des ergothérapeutes à la suite de mes sollicitations.

Néanmoins, je suis parvenue à réaliser quatre entretiens avec des ergothérapeutes d'île de France et de province. Deux entretiens se sont effectués par visioconférence via zoom, et deux autres par appels téléphoniques.

Même si je n'ai pas eu d'exigence sur les thématiques des ateliers, je me suis aperçu que la pratique des ergothérapeutes interrogés réside essentiellement autour de l'aménagement du domicile et de la prévention des chutes.

II. Résultats bruts de l'enquête et analyses

Dans les tableaux ci-dessous sont rapportés les propos des ergothérapeutes lors des entretiens. Un entretien retranscrit apparaît en annexe II.

1. Présentation des ergothérapeutes

	Ergothérapeute E1	Ergothérapeute E2	Ergothérapeute E3	Ergothérapeute E4
Année de diplôme	2015	2000	2007	2019
Type d'exercice	Libérale	Salarié dans une entreprise de service d'aide à l'aménagement du domicile	Salariée dans une entreprise de service d'aide à l'aménagement du domicile	Salariée dans une entreprise de service d'aide à l'aménagement du domicile
Lieu géographique d'exercice	Province	Ile de France	Ile de France	Province

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes

L'ergothérapeute E1, libérale, effectue à la fois de la prévention primaire individuelle au domicile des personnes âgées dans le cadre du diagnostic « bien chez moi » porté par une caisse complémentaire de retraite. Elle effectue également des ateliers collectifs de prévention pour l'aménagement du domicile en lien avec une association de sa région depuis 2 ans.

L'ergothérapeute E2 a une grande expérience en termes de prévention primaire, puisqu'il effectue des ateliers depuis 2003. Les ateliers portent sur la prévention des chutes et l'aménagement de l'habitat notamment.

L'ergothérapeute E3 réalise des ateliers depuis un an sur le thème « bien vieillir chez soi » depuis 1 an. La dernière ergothérapeute E4 pratique des ateliers prévention des chutes/ d'aménagement du domicile au sein d'une association pour laquelle elle travaille depuis 1 an.

2. Présentation des participants et des ateliers.

a. Age et description des participants

E1 rapporte majoritairement une moyenne d'âge de 65 ans avec, cependant, des participants pouvant aller jusqu'à 85 ans. Elle définit cette moyenne d'âge comme des « seniors dynamiques » et précise

qu'ils « se connaissent souvent entre eux et qu'ils participent régulièrement à des activités proposées par la ville (comme des cafés-cinés).

La moyenne d'âge des participants aux ateliers évoquée par E2 et E3 est de 70 ans environ. Les deux ergothérapeutes décrivent des participants comme des personnes autonomes et indépendantes, généralement encore très actives et qui ont l'habitude de participer aux ateliers. L'une d'entre elle constate que la participation est majoritairement féminine.

L'ergothérapeute E4 décrit une population assez hétérogène, en termes d'âge avec « *pas mal de personnes très âgées encore assez autonome mais dont ça commence à devenir précaire* » et souvent isolées, dans son dans son département rural assez vieillissant (selon son estimation 80% des habitants auraient plus de 60 ans). Elle souligne une faible participation des personnes à ses ateliers.

L'âge des participants est assez hétérogène et diffère en fonction de leur zone d'habitation géographique rural et urbain.

Il en ressort que ce sont des personnes généralement bien informées qui participent à ces ateliers. E2 est conscient « *de passer à côté d'une frange de la population de personnes isolées, de personnes mal informées ou réfractaires au collectif* ». Ce constat est réaffirmé par E3 : « *c'est la limite de ces ateliers pour les personnes un peu plus isolées* ».

b. Recrutement des participants, format des ateliers, supports et outils de communication

Pour E1, E2 et E3, le recrutement des participants aux ateliers se fait par la ville.

Pour E4, effectuant ces ateliers en communes rurales, le recrutement est différent. C'est la poste qui va à la rencontre des personnes âgées pour les informer d'une action de prévention au sein de leur commune.

Le format des ateliers diffère selon les ergothérapeutes. Le tableau suivant en explique les modalités pour chacun des professionnels concernés :

	E1	E2	E3	E4
Format des ateliers	2 séances de 2 heures	5 séances de 2 heures	5 séances de 2 heures	1 séance de 2 heures

Tableau 2 : format des ateliers de prévention

Il serait possible de supposer que le format des ateliers impacte le message préventif. Les informations sont plus réduites et le message préventif véhiculé différemment selon le temps qui lui est dédié. Ainsi

pour E4 ses objectifs et ses modalités de pratiques pourraient être différents par rapport à un autre ergothérapeutes.

Tous les ergothérapeutes effectuent les ateliers seuls.

c. Support et outils utilisés

E1	« on m'a donné un cahier des charges, c'est-à-dire on m'a dit il y a 2 ateliers et il faut que dans les 2 ateliers il faut que vous abordiez ça et ça comme sujet »
E2	« il y a un cahier des charges établi »
E3	« on a un support de communication que l'on doit utiliser »
E4	« cahier des charges définie par la conférence des financeurs et auquel on doit répondre »

Tableau 3 : support et outil utilisés au cours de l'atelier

Tous les ergothérapeutes rapportent la présence d'un cahier des charges auquel il doit se référer. Celui-ci est donné par l'organisme financeur. A préciser également que tous les ergothérapeutes utilisent un power point durant leurs ateliers. Ce support de communication est également transmis par l'organisme financeur. Il est à supposer que ce cahier des charges, base conductrice des ateliers, peut être aussi bien un facilitateur pour l'ergothérapeute car il peut s'y référer mais il peut également être un frein pour mener ses séances.

3. Démarche ergothérapique

a. Objectifs des ateliers

E1	« Sensibiliser les retraités aux solutions de prévention et de compensation de perte d'autonomie afin d'avoir un maintien à domicile en toute sécurité, de connaître des solutions alternatives d'aménagement et d'alternative au domicile, des conseils pratiques »
E2	« il y a déjà le lien social, ça fait partie du premier objectif, c'est de faire venir les gens en groupes »

	<p>« ...les informer sur des techniques qu'ils ne connaissent pas (...) déstigmatiser un petit peu la part des aides techniques qui sont assez stigmatisantes (...) les convaincre du bénéfice de ces techniques »</p> <p>« modifier un petit peu leurs habitudes de vie et mettre en œuvre des aménagements ou même des changements dans la prise de risque, de pouvoir leur permettre de vivre correctement chez eux »</p> <p>« c'est de se dire voilà vous perdez des capacités en vieillissant et ben il faut maintenant ajuster vos activités , ajuster vos habitudes de vie »</p>
E3	<p>« connaissance des choses qui existent »</p> <p>« de savoir aussi qu'au niveau des aides techniques, il y a une multitude d'aide techniques »</p> <p>« au niveau de l'aménagement , tout ce qui est possible de faire »</p>
E4	<p>« prise de conscience des gens qu'il faudra bien penser un jour à faire attention à son environnement et qu'ils n'auront pas toujours les capacités pour survivre à tout entre guillemet »</p> <p>« pouvoir laisser les gens au maximum chez eux le plus longtemps possible »</p> <p>« faire accéder à cette population là à mieux vivre au domicile »</p>

Tableau 4 : objectifs des ergothérapeutes

L'objectif principal qui ressort pour chacun des ergothérapeutes interrogés est la transmission des connaissances sur l'aménagement de l'environnement et sur les aides techniques. Conseiller, informer sensibiliser sont également des termes récurrents chez $\frac{3}{4}$ d'entre eux.

E2 se démarque en allant au-delà du conseil. Pour ce faire, il en évoque l'objectif de modifier les habitudes de vie ou de favoriser des changements de comportements qui seraient à risque pour leur santé. Ses objectifs sont au-delà du conseil et d'une simple présentation des solutions qui existent pour l'aménagement du domicile. La modification de mauvaises habitudes de vie impacte la santé et donc le « bien vieillir ». Il fait émerger une prise de conscience par rapport au processus du vieillissement (tout en le déstigmatisant) et des conséquences. Son but étant d'amener les participants à réfléchir sur leurs activités et leur projection dans l'avenir. En s'intéressant aux activités de la personne, il fait le lien entre les occupations et la santé.

Enfin, une notion singulière apparaît chez E2 c'est le lien social qui est pour lui un objectif essentiel. Outre l'apport de messages préventifs de l'atelier, par son format collectif, est également un vecteur de rencontres, d'échange et donc de participation sociale.

E4, pour sa part, aborde davantage l'aspect fonctionnel via la diminution inéluctable des capacités et semble plus fataliste dans son discours : « *qu'il faudra bien penser un jour à faire attention à son environnement et qu'ils n'auront pas toujours les capacités pour survivre à tout entre guillemet* ».

b. Actions et rôle de l'ergothérapeute

Description de leur intervention :

E1	<p>« la première séance c'est vraiment la vie quotidienne dans son logement, donc c'est vraiment de recueillir les représentations des participants et aussi leurs attentes et de faire le point sur quel type de domicile, s'ils ont des difficultés qu'ils ont déjà rencontré ou alors envisageable par rapport à la personne dans son ensemble »</p> <p>« ...aborder vraiment les situations quotidiennes récurrentes comme le lever, le coucher, les tâches ménagères, ramasser un objet, comment porter ses courses ...</p> <p>« on fait du général et les participants spontanément vont poser des questions par rapport à leur situation et je les incite à la faire »</p> <p>« au début on fait un tour de table et je leur pose des questions par rapport à eux et à leur difficultés »</p> <p>« identifier les professionnels dont ils ont besoins pour mener à bien leur projet »,</p> <p>« trouver le bon professionnel via les aides financières qui existent »</p>
E2	<p>« les faire participer au maximum, oui l'idée c'est de faire participer les gens »</p> <p>« c'est de les faire manipuler les aides techniques »</p> <p>« d'aller un peu titiller les gens sur du personnel , sur des anecdotes (...) les faire réagir pour dire oui, ca n'arrive pas qu'aux autres »</p> <p>« déstigmatiser , pas de faire de l'âgisme »</p> <p>« j'adapte mon atelier en fonction des activités signifiantes de chacun »</p>
E3	<p>« tous dépend aussi du feeling des groupes parce que les groupes sont un peu différent, j'essaie de les faire participer au maximum, qu'ils évoquent des idées »</p> <p>« j'essaie de faire en sorte qu'il y ait du partage en tous cas »</p> <p>« essayer de dédramatiser »</p> <p>« des personnes ont une problématique particulière et je prends la liberté de montrer ce dont la personne a besoin à ce moment-là »</p>
E4	<p>« explications de la situation de handicap »</p> <p>« On passe par des mises en scène à l'aide d'un power point et on leur demande ce qui parait adapté dans l'agencement dans la maison »</p> <p>« on a pas mal d'aide techniques à leur montrer »</p> <p>« des choses qui n'ont pas besoin de trop travaux, qui coute pas très cher et qui est facile à avoir »</p> <p>« on parle aussi des aides financières »</p>

Tableau 5 : descriptif de l'intervention ergothérapeutique

Trois ergothérapeutes sur quatre prennent en compte l'individualité de chacun en recueillant leurs attentes, leurs besoins ou leurs activités significatives.

E1, E3, E4 s'écartent ainsi du collectif et s'intéressent aux problématiques du quotidien, aux activités significatives. Ils adaptent ainsi leur discours en ne restant pas le cadre préétabli. E3 évoque le terme de « prendre la liberté », E2 parle de « s'adapter » ; s'affranchissant donc du discours imposé par la ligne conductrice.

E1 met en avant des exemples significatifs avec des activités de la vie quotidienne s'appuyant sur le discours des participants afin de véhiculer le message préventif. En s'intéressant à la personne, ils évaluent au travers du discours de celle-ci leur participation et leur performance occupationnelle.

Le tableau ci-dessous reprend les réponses concernant la spécificité du rôle de l'ergothérapeute pendant ces ateliers et ce qui le différencie par rapport à un autre professionnel pouvant animer ces ateliers.

E1	<p>« lorsque je parle de telle ou telle aide technique, c'est parce que je la connais, je l'ai déjà mise en situation »</p> <p>« d'aller voir des personnes, de voir des situations des obstacles, des situations de handicap, de perte d'autonomie et puis du coup d'avoir des exemples à leur expliquer »</p>
E2	<p>« je pense que déjà, l'ergothérapeute il a plus ce regard d'individualisation de l'atelier par rapport aux activités et aux besoins propres de la personne »</p> <p>« la compétence en aides techniques »</p>
E3	<p>« l'ergo est plus dans le détail quotidien, elle va réussir à attraper le besoin surtout pour la prévention primaire parce que c'est beaucoup plus subtil »</p> <p>« ...donc l'ergo je pense que c'est elle la mieux placée pour trouver les difficultés du quotidien »</p>
E4	<p>« l'ergo apporte d'autres connaissances des activités de la vie quotidienne, des positions pour jardiner par exemple , (...), des conseils de la vie quotidienne »</p> <p>« mais c'est compliqué de faire comprendre nos valeurs, ce qu'on nous a appris à notre formation » « ou je travaille on utilise pas forcément notre formation, on ne connaît pas forcément notre rôle »</p>

Tableau 6 : Caractéristiques de l'ergothérapeute en atelier de prévention primaire

E2, E3 et E4 souligne le rôle singulier de l'ergothérapeute dans ces ateliers notamment par sa connaissance des besoins spécifiques des personnes âgées. En effet, la différence de l'ergothérapeute par rapport aux autres professionnels est la formation. L'ergothérapeute est un professionnel de santé aux multiples compétences. Il s'intéresse durant les ateliers aux activités de la vie quotidiennes et de l'impact du vieillissement sur celles-ci. Il est davantage dans l'analyse de cette activité durant l'atelier. Du fait de cette expertise ils sont en mesure de répondre à leur problématique ou la projection d'une éventuelle problématique future. Dans le cadre de cet atelier, une des réponses concrètes est la mise en place des aides techniques, pour lesquelles E1, E2 et E3 soulignent la compétence de l'ergothérapeute dans ce domaine.

E3 s'interroge néanmoins sur de la légitimité de l'ergothérapeute par rapport à un autre professionnel « on a un sentiment en disant c'est nous les meilleurs mais ça reste à prouver ». Il aborde le manque de données probantes sur l'expertise de l'ergothérapeute dans ce domaine de prévention. De plus il met en exergue la nécessité pour l'ergothérapeute d'avoir une formation de qualité concernant ce type d'exercice. A cela il ajoute la nécessité d'avoir de bonnes de compétences d'animation et de gestion de groupe, indispensables pour faire véhiculer le message préventif.

Il faut également souligner le ressenti de l'ergothérapeute E4 qui déplore le manque de connaissance de sa profession par son employeur, limitant ainsi ses actions possibles en termes de prévention primaire. Son souhait étant d'effectuer d'autres types d'atelier sur un temps plus long avec d'autres associations partenaires.

Cette spécificité ergothérapique m'amène à les interroger sur l'utilisation des concepts ergothérapiques ou de méthodes préventives tel que le Lifestyle Redesign. Voici les résultats ci-dessous :

E1	« je pense que j'utilise des concepts ergothérapiques mais dans ma pratique je serais pas dire que j'utilise tel ou tel concept »
E2	« oui, je connais le Lifestyle Redesign mais je ne m'en inspire pas pour ce type d'ateliers »
E3	« non, je n'en utilise pas spécialement », « j'avoue je ne connais pas tout ça », « Par manque d'intérêt car je suis sur beaucoup de missions »
E4	« non, je n'utilise pas de modèle, conceptuel »

Tableau 7 : concepts ergothérapiques et méthodes préventives

Seul E2 connaît la démarche préventive du Lifestyle Redesign, mais ne s'en inspire pas pour ce type d'atelier. Les autres ne connaissent pas cette approche.

Concernant des modèles conceptuels, E2, E3 et E4 rapportent ne pas les utiliser durant leurs ateliers. Seul E1 estime que sa pratique est imprégnée des enseignements et des concepts ergothérapeutiques de manière générale. E3 et E4 justifient l'absence d'utilisation particulière par manque de temps et d'intérêt. Les ateliers constituent une petite partie de leur exercice professionnel, ce qui ne leur permet pas de s'y investir pleinement.

J'ai interrogé les ergothérapeutes sur des éventuels freins rencontrés durant leurs interventions et les actions mises en œuvre pour lever ces freins :

E1	<p>« pas vraiment, ils ont fait la démarche de s'inscrire et ils connaissent le but, ...ils ont choisi de venir écouter et échanger et parler autour du bien vieillir chez soi, donc finalement c'est des gens qui ont déjà fait psychologiquement un grand pas »</p> <p>« ce genre de personnes c'est facilitateur , il y a pas trop de frein »</p> <p>« de le voir (le rollator) et de pouvoir l'essayer certains se rendent compte qu'en fait c'est juste une aide supplémentaire pour prévenir la chute »</p>
E2	<p>« venir à domicile et mettre les aides techniques en situation écologique (...), c'est comme ça aussi qu'on arrive à lever les freins »</p>
E3	<p>« pas vraiment de réticence »</p> <p>«la réticence est lié à la méconnaissance des aides techniques (...) donc l'idée c'est de faire manipuler les aides techniques »</p>
E4	<p>« ils osent pas parler, parce qu'ils connaissent pas les participant »</p> <p>« les aidants qui traînent derrière eux une personne réticente, en transmettant leurs inquiétudes introduisent des évolutions de réflexion chez ces personnes »</p>

Tableau 8 : freins et leviers rencontrés durant l'atelier

E1 n'observe pas de freins durant la réalisation de ses séances. Elle l'explique par la motivation des personnes à recevoir des informations et leur démarche volontaire pour s'inscrire à ces ateliers. La motivation des participants constituant un élément facilitateur pour l'ergothérapeute durant ses séances. La motivation des participants serait un facteur facilitant pour véhiculer le message préventif.

Des mises en situation par l'utilisation des aides techniques semble également facilitatrice pour lever toute défiance sur les aides techniques qui peuvent être stigmatisantes aux yeux des personnes âgées.

Il semblerait pour E4 que l'effet collectif soit un frein pour la participation de la personnes âgées durant l'atelier. Toujours pour cette même personne la participation des aidants à l'atelier peut, cependant, être un levier pour amener à une réflexion de la personne sur son environnement et ses activités.

Pour E2 quant à lui, pense que ces ateliers peuvent constituer une première étape avant une visite à domicile qui serait un levier pour l'adhésion du message préventif.

Deux ergothérapeutes E1 et E2 affirme que leur message préventif s'inscrit aussi dans la politique de prévention plus globale. En effet, les personnes âgées sont maintenant davantage sensibilisées aux recommandations pour favoriser un vieillissement réussi. E1 rapporte « maintenant on leur a tellement rabâché pour le tapis (...) qu'ils les retirent »

E2 explique : « les messages des médias, des caisses de retraite complémentaires, des mutuelles, des assurances font que le message préventif passe petit à petit chez les gens ».

La diffusion par les médias, les organismes sociaux et complémentaires serait un levier pour favoriser la transmission du message préventif.

4. Impact des ateliers de prévention primaire

E1	« ma carte est à disposition et ils me demandent de leur donner » « j'en suis convaincue » « les personnes ont les clés en main pour bien vieillir chez soi »
E2	« les messages que l'on va donner vont avoir un bénéfice » « Il commence à se dire c'est vrai qu'on vieillit, les personnes qui à un moment donné quand ils refont une salle de bain et bah ils se disent je ne vais pas mettre de baignoire, oui, je vais mettre une douche » « oui, oui ça porte ses fruits » « l'ergothérapie est un peu plus connue pour les personnes âgées »
E3	« Quand il y aura une petite difficulté ils arriveront plus facilement au matériel que s'ils n'en n'ont pas du tout connaissance »
E4	« je pense que oui, il y a quand même un impact positif » « on a pas mal de retour positif », « elles me disent ah ba moi je connaissais pas comme par exemple les détecteurs de lumière » « après il y a des gens qui viennent faire des dossiers chez nous (...), ils ont trouvé des réponses à leurs questions »

Tableau 9 : impact des ateliers

Tous expriment la difficulté de connaître l'impact des ateliers et de leurs messages préventifs. Ces messages pouvant être utiles sur le moyen ou long terme et pas nécessairement dans l'immédiat. E2 rapporte que « la préconisation d'aide technique ne sera pas forcément nécessaire pour une personne de 60ans. » Il suggère qu'il faudrait rappeler les personnes à plus long terme sur 36 mois, et qu'il serait intéressant de réaliser une étude dans ce sens.

E1, E2 et E3 interrogées rapportent qu'ils n'ont pas de contact avec les participants une fois les ateliers terminés. Une enquête de satisfaction est réalisée à la fin de l'atelier par l'organisme financeur mais ils n'en ont pas de retour.

Néanmoins des éléments davantage objectivables peuvent attester de l'adhésion au message préventif, voire une modification de leur comportement. Cela se traduit par leur assiduité des personnes âgées pour E1, E2 et E3 à participer à toutes les séances. E1 rapportent : « à chaque fois ils reviennent tous ».

A cela s'ajoute la participation active des personnes présentes en intervenant, en relatant leurs expériences durant les ateliers, en répondant aux questions ainsi qu'en participant aux mises en situation. E1 observe une prise de conscience des participants face à leurs difficultés ou à leur environnement architectural. C'est la transposition du discours de la première séance à leur mode de vie ou à leur environnement architectural qui leur permet de faire ce constat. E1 souligne l'intérêt de l'atelier sur 2 séances. Pour elle ces dernières permettent aux participants une réflexion car elles les amènent à se poser des questions en fonction de leur propre expérience ainsi que par rapport à ce qui sera vu à la séance suivante. Aussi, des ateliers de plusieurs séances seraient un élément requis pour favoriser la réflexion sur ses propres difficultés par transposition dans leur réalité. Le message de prévention s'ancre alors dans la réalité du patient. L'accompagnement en termes de prévention primaire serait nécessaire sur la durée, et non pas de simples actions ponctuelles.

E1 constate un changement de regard sur les aides techniques parfois perçues comme stigmatisantes.

Les participants perçoivent au décours de l'atelier l'intérêt de ces aides techniques dans la pratique quotidienne.

Pour E4 l'impact se traduit par des personnes qui viennent la voir à la fin de l'atelier pour poser des questions mais aussi pour faire une demande de dossier afin d'envisager des aménagements au sein de leur domicile : « il y a des gens qui viennent faire des dossiers chez nous donc on peut voir qu'ils ont trouvé leur réponse à leurs questions ».

Enfin selon E2, la participation des personnes aux ateliers permet également de faire connaître le métier d'ergothérapeute.

A la question pensez-vous que les ateliers de prévention primaire favorisent les changements de

comportements contribuant au « bien vieillir », tous sont unanimes pour répondre de façon positive.

III. Discussion

Les résultats de l'enquête démontrent que le message préventif transmis par les ergothérapeutes aux personnes âgées répond bien à la demande des pouvoirs publics. En effet, ils ont une démarche de sensibilisation, d'information. Ceci est en corrélation avec la demande de la conférence des financeurs : « ces actions (...) collectives destinées aux personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie. »

A travers l'accompagnement des ergothérapeutes, j'ai voulu identifier la présence d'une approche centrée sur les occupations. Bien que les réponses à mes questions ne l'explicitent pas totalement, j'ai pu identifier quelques éléments abondants dans ce sens. Pour certains ergothérapeutes, il y a donc une prise en compte de la personne dans sa globalité. L'action des ergothérapeutes ne se cantonne pas à diffuser un savoir, un conseil mais au préalable, il effectue une analyse holistique de la personne dans ses habitudes de vie et dans son environnement. En somme, l'ergothérapeute identifie les besoins de la personne à travers sa participation et sa performance et œuvre à la mise en place de différentes ressources. Ceci pour répondre au maintien ou à l'amélioration de la participation de la personne dans ses activités.

En outre, il apparaît que certains ergothérapeutes fassent émerger des situations ou des difficultés occupationnelles (« *au début on fait un tour de table et je leur pose des questions par rapport à eux et à leur difficultés* ») et amènent une réflexion des patients sur leur propre situation. Ce discours des ergothérapeutes en lien avec l'approche occupationnelle s'apparente aux objectifs de Dennaveaux en prévention primaire qui souligne l'importance d'une telle démarche. (Dennaveaux, 2019).

De plus, ces actions de prévention hors du domicile, permettent néanmoins une projection des habitudes de vie dans leur réalité, indispensable pour qu'elles puissent tendre vers un changement de comportement.

Certains ergothérapeutes ont aidé également les participants à se projeter dans leurs occupations, que l'on peut corréler avec la composante « devenir » du MOH définissant ainsi la personne sur ce qu'elle est et ce qu'elle souhaite devenir. Cette notion est essentielle en prévention primaire où le besoin n'est pas nécessairement immédiat. Analyser la participation de la personne au sein de son environnement permet à l'ergothérapeute d'identifier d'éventuelles futures difficultés occupationnelles. En effet, l'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui a des connaissances sur le processus du vieillissement et des incapacités qui en découle.

Néanmoins cette approche occupationnelle n'a pas été pas toujours présente chez tous les ergothérapeutes et l'une d'entre elles semble avoir une approche davantage biomédicale, en abordant davantage l'aspect fonctionnel. Cela pourrait être mis en lien avec le format de son atelier composé d'une seule séance qui ne permettrait pas d'inclure les préoccupations et les besoins des patient.

Toutefois les recommandations pour ces ateliers stipulent de les effectuer sur plusieurs séances, il existe donc des disparités territoriales quant à l'offre de ces actions préventives.

Mon second objectif a été de mettre en évidence le rapport indissociable qu'il existe entre l'approche occupationnelle et le changement de comportements favorables au bien vieillir par le biais du ressenti des ergothérapeutes. Comme énoncé précédemment, l'intérêt porté aux occupations n'apparaît pas clairement chez tous les ergothérapeutes. Or c'est ce qui ce qui caractérise l'ergothérapeute dans cette démarche par son expertise et cette singularité qui le différencie des autres professionnels (Dennaveaux, 2019).

Quel que soit leur démarche, tous constatent un impact positif des ateliers sur les personnes âgées. Cela s'objective par leur motivation, leur assiduité, leur implication durant les séances et par leur questionnement. La modification de comportement est aussi révélée par le souhait chez certaines personnes d'adapter leur habitat sitôt l'atelier terminé.

Néanmoins comme souligné par un ergothérapeute, il existe un manque de données probantes sur les actions de l'ergothérapeute. Des études s'avèrent donc nécessaire pour mesurer l'efficacité du message préventif. Un autre ergothérapeute fait également ce même constat et souhaiterait avoir davantage de retour à l'issue de ses ateliers afin d'améliorer sa pratique, n'étant pas satisfaite du format qui est « *imposé* » par la structure. Elle fait part également de son désir de collaborer avec d'autres professionnels pour d'autres types d'ateliers

Toutefois cette étude soulève d'autres impact intéressant à savoir la connaissance du métier d'ergothérapeute par les personnes âgées. À la suite des ateliers, ces dernières connaissent le professionnel et peuvent ainsi s'adresser, en autre, vers l'ergothérapeute quand elles décideront par exemple d'adapter leur domicile. En effet, l'ergothérapeute est l'un des professionnels ressource référent dans le parcours de vie de ces personnes. Il est donc un acteur, au sein des organisations pour répondre à des problématiques de santé publique. Ceci est en lien avec les propos de d'Albuquerque (2019) quant à la place de l'ergothérapeute au sein du champ social.

IV. Limites et intérêts de l'étude

1. Limites

Plusieurs limites ont été constatées à la suite de ce travail d'enquête.

Pour ce travail de recherche la population des ergothérapeutes interrogés est non représentative puisqu'il s'agit d'une enquête qualitative où seulement quatre ergothérapeutes ont été interrogés. Un plus grand nombre de personnes est nécessaire pour que l'échantillon puisse être représentatif à l'échelle des ergothérapeutes exerçant en France.

Par le format d'un entretien semi-directif, il est difficile d'être dans la juste mesure par rapport au questionnement. En effet, il faut savoir doser son discours pour éviter toute orientation ou parti-pris.

C'est pourquoi, je n'ai sciemment pas posé directement la question sur les occupations par exemple ou sur l'approche occupationnelle pour éviter d'orienter les ergothérapeutes dans leur réponse.

De plus, pour mesurer l'impact de l'action préventive, je ne me suis référée qu'au ressenti de l'ergothérapeute, notion très subjective et différente d'un ergothérapeute à l'autre.

Puis, pour véritablement mesurer l'impact de ces ateliers, il aurait été nécessaire d'interroger les personnes âgées quant à leur ressenti à la suite de leur participation. Mais le temps imparti ne m'a pas permis ce type d'enquête. Et la validité de ces résultats n'aurait été que limitée ; la mesure de l'impact de la prévention repose sur des investigations sur du long terme et de manière répétée.

Enfin, une autre difficulté rencontrée réside en l'absence de littérature dans ce domaine de prévention. Comme rapporté dans la partie conceptuelle, les ergothérapeutes sont peu nombreux à investiguer le champ de la prévention primaire et encore moins nombreux à connaître l'intérêt d'une démarche préventive centrée sur les occupations. Ainsi, faire le lien avec les propos des ergothérapeutes et la littérature n'a pas été chose aisée. Et parallèlement peu d'études mesurent l'impact du message préventif sur les personnes.

2. Intérêts

Ce travail d'enquête m'a permis de connaître un autre champ d'exercice de l'ergothérapeute, mais également d'expérimenter les actions novatrices qui sortent du champ sanitaire, non pas dans un objectif de réparation mais de prévention.

Force est de constater qu'ils sont peu nombreux sur le terrain et souvent limités aux mêmes types d'ateliers notamment sur l'aménagement du domicile et la prévention des chutes. Mais par son approche spécifique occupationnelle et ses connaissances paramédicales il serait en mesure de répondre à

davantage de problématique du vieillissement et ainsi réaliser d'autres type d'ateliers préconisés par la conférence des financeurs.

Ce travail m'a permis d'apporter des connaissances sur les nouvelles pratiques plus ancrées avec les valeurs ergothérapeutiques. En effet, les études sur les impacts du Lifestyle Redesign ont apportés des données probantes quant à cette prise en charge s'opposant avec le modèle biomédical. Mais cette approche occupationnelle n'est pas forcément spontanée dans la pratique des ergothérapeutes et également en prévention primaire.

Deux éléments importants ont été soulevés au décours de l'enquête à savoir le lien social et les limites de ces actions préventives. En effet pour ce dernier élément il a été constaté que ces actions de prévention n'atteignent qu'une frange de la population, celle-là même qui est déjà bien informée sur la nécessité d'adopter des comportements favorables à la santé. Cela exclut les autres, ceux qui n'ont pas accès à l'information, les plus isolées ou réfractaires à l'idée du collectif et qui pourraient en avoir davantage besoins. Il serait intéressant pour répondre à ce manque de proposer d'autres méthodes pour véhiculer ces messages préventifs.

Par rapport au lien social, ces ateliers seraient propices aux interactions, aux échanges, aux partages mais aussi pour rompre l'isolement. Pour cela, il faut néanmoins mettre en place des ateliers sur plusieurs séances afin de permettre ce type d'interaction.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population conduit à des actions préventives auprès des personnes âgées afin de favoriser le bien vieillir. L'ergothérapeute fait partie des différents professionnels qui œuvrent dans la réalisation d'ateliers collectifs de prévention primaire. Ces actions collectives visent à promouvoir des comportements favorables pour maintenir les personnes âgées autonome et indépendantes.

L'hypothèse de départ est la suivante : l'approche occupationnelle de l'ergothérapeute durant les ateliers de prévention primaire favorise les changements de comportements contribuant au bien vieillir.

Une enquête qualitative a donc été effectuée auprès des ergothérapeutes pour comprendre leur démarche et l'impact de cette démarche sur les participants aux ateliers.

L'approche occupationnelle n'a pas été perçue chez tous les ergothérapeutes, peu de liens ont été établis entre la préoccupation des problématiques occupationnelles et le message préventif.

Ainsi, à l'issue de cette enquête, je ne peux que valider partiellement mon hypothèse.

Cette étude démontre les disparités tant au niveau du format des ateliers, qu'au niveau de la démarche ergothérapique, même s'il en ressort un impact positif constaté chez les participants de la part des ergothérapeutes.

Pour autant, des recherches seraient souhaitables afin de promouvoir une pratique centrée sur les occupations pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes, tout comme ces actions innovantes tel que le Lifestyle Redesign qui a fait ses preuves aux Etats-Unis.

La réingénierie de la formation initiale des ergothérapeutes est envisagée afin d'augmenter le nombre d'années d'étude pour faire face à leurs nouvelles missions. Une formation plus approfondie en matière de prévention serait ainsi souhaitable pour répondre d'une part au défi démographique et d'autre part améliorer les compétences spécifiques à l'ergothérapeute dans le cadre de la prévention primaire.

De plus, un nouveau gouvernement vient d'être élu, nommant une nouvelle ministre des Solidarités et de la Santé, ancienne ministre déléguée chargée de l'autonomie. Ayant une sensibilité et une expérience dans les affaires sociales, il est souhaitable comme le demande l'ANFE d'avoir son soutien pour exploiter pleinement les possibilités de l'ergothérapie en partenariat avec les acteurs du champ social.

Cette transition démographique constitue un défi au sein de la société.

La prévention primaire offre une stratégie pour favoriser le bien vieillir par une augmentation de la capacité d'agir et de pouvoir faire des choix personnels en matière de santé. Cette stratégie doit aussi s'inscrire dans une démarche plus globale en mettant en place des ressources (au niveau de l'urbanisme, du logement, de l'accessibilité, de l'offre de soins...) pour que les aînés puissent continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre eux et continuer à être ce qu'ils sont au fond d'eux.

BIBLIOGRAPHIE

afeg. (s.d.). Récupéré sur afeg: <http://afeg.asso.fr>

Alain, G. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie Sociale*, pp. 13-25.

Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie, au coeur des occupations des populations. *Ergothérapies*(73), 45-53.

ANFE. (2018). *Stratégies horizon 2022*. ANFE.

ANFE. (2019). *Contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie*.

Aquino, J.-P. (2008). Le plan national "bien vieillir ". *Gérontologies et société*, 31(125), 39-52.

Aquino, J.-P. (2015). Bien vieillir mode d'emploi. Dans *Vivre ensemble, jeunes et vieux. Un défi à relever*. (pp. 185-202). Eres.

Aquino, J.-P., & Corbin, S. (2018). *Perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge*.

Barbot, J. (2012). Mener un entretien de face à face. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 115-141). Presses Universitaires de France.

Barthélémy, L., Bodard, J., & Feroldi, J. (2014). *Actions collectives "bien vieillir": repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. Inpes.

Bréchat, P.-H., Vogel, T., Bérard, A., & Lonsdorfer, J. (2008). *Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi*.

Bréchat, P.-H., Vogel, T., Bérard, A., Landorfer, J., Kaltenbach, G., & Berthel, M. (2008). Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi? . 20(5).

Broussy. (2021). *Nous vieillirons ensemble...80 propositions pour un nouveau pacte entre générations*

Broussy, L. (2013). *L'adaptation de la société au vieillissement de la population: France: année zéro*.

Caire, J.-M., Frédérique, M., & Arnaud, C. (2012). Accompagner la transition épidémiologique : les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale. *Gérontologie et société*, 35(142), pp. 41-55.

CNSA. (2016). *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie: Guide technique*.

Dechamp-Le Roux, C. (2012). La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social? *Gérontologie et société, HS n°1*, pp. 81-91.

Dennaveaux, B. (2019). Bien vieillir! Bien manger! Bien manger! Chez soi! Une action de prévention pluriprofessionnelle centrée sur les occupations . *ErgOthérapies*(73), 15-22.

Désormeaux-Moreau, M., Lambert, E., & Brousseau, M. (2012). Bien vieillir: le point de vue de l'ergothérapie. *Vie et Vieillesse*, 10(2), pp. 12-15.

- Deville, N., & Said, O. (2020). Prévenir la perte d'autonomie pour les personnes vulnérables: l'instauration d'un rendez-vous prévention jeune retraité. *Regards*(57), 95-103.
- DREES. (2020). *Perte d'autonomie: à pratiques inchangées, 108 000 séniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030*.
- DREES. (2021). Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le " bien vieillir": concepts et modèles. *Medecine/ Sciences*, 22(3).
- Gaymu, J. (2017). Aspects démographiques du grand age en europe . *Revue européenne des sciences sociales*(55), pp. 19-40.
- Gimbert, V., & Godot, C. (2010). *Vivre ensemble plus longtemps*. La documentation française.
- Guilbaud, A., Mailliez, A., & Boulanger, E. (2020). Vieillesse une approche globale, multidimensionnelle et préventive. *Medecine/ Sciences*, pp. 1173-1180.
- HAS. (2016). Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), pp. 23-34.
- INSEE. (2020). *Statistiques et études*. Récupéré sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619>
- Juhel, J. C. (2014). *Bien vieillir au quotidien*. Presses de l'Université Laval.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, pp. LIII, 67-82.
- Légifrance. (s.d.). Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>
- Léon, C., & Beck, F. (2014). *Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyse du baromètre santé 20210*. INPES éditions.
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Sirois, M.-J., & Levasseur, M. (2019). Effects of Lifestyle Redesign on older adults: A systematic review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(1), pp. 48-60.
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (J.O.2015, decembre 29).
- Meeus, P. (2012). Le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de la dépendance des personnes âgées. Récupéré sur <https://www.jp.guihard.net/spip.php?article160>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck-ANFE-Solal.
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2).
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*, 37-44.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Morel-Brack, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie, introduction aux concepts fondamentaux*. Boeck Supérieur.

- Morel-Bracq, M.-C. (2008). Sciences de l'activité humaine et bien vieillir. *Ergoscope*(3), pp. 4-6.
- Morel-Bracq, M.-C. (2015). Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées: l'exemple Lifestyle Redign de Forence Clarck aux Etats-Unis. *Ergothérapie*(58), 15-22.
- MSA. (2014). *Bien Vieillir : l'offre d'action collective de la MSA*.
- OMS. (2018). *Viellissement et santé*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (2021, octobre). Récupéré sur OMS: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2020). Récupéré sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- Richard, L., Barthélémy, L., & Pin, S. G. (2013). *Intervention de promotion et de prévention à la santé pour les aînés: modèle écologique*. Inpes édition.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 3(97), 433-440.
- Santé publique France. (2019). *Bien Vieillir*. Récupéré sur Santé publique France: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
- Scaffa, M., Van Slyke, N., & Brownson, C. (2008). Occupational therapy services in the promotion of health and prevention of disease and disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 6(62), pp. 694-703.
- Sermet, Catherine. (2013). *Actualité et dossier en santé publique*, pp. 21-26.
- Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. . Dans J. K. éd, *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 86-101). Armand Colin.
- Soum-Pouyalet. (2019). *Lifestyle Redisgn: tout un programme!* Récupéré sur Resantevous: <https://www.resantevous.fr/blog/actualites/newsletter-avril-2019/>
- Takeda, C., Guyonnet, S., & Vellas, B. (2020). Politique de prévention de la perte de l'autonomie. Stratégie ICOPE de l'OMS, mise en œuvre opérationnelle en Occitanie. *Regards*(57), pp. 87-94.
- Trouvé, E. (2011). L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées. *Ergothérapies*(44), pp. 39-53.
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *Neurologie Psychiatrie Geriatrie*, 19(109), pp. 30-38.
- WFOT. (2010). Position Statement on Client-centredness in Occupational Therapy .
- Wilcock, A. (1998). *An occupationnal perspective of health*. Slack.

ANNEXES

Annexe 1 : grille d'entretien

QUESTIONS	ATTENTES	RELANCES
Description du parcours professionnel de l'ergothérapeute/ généralités		
<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ? • Pouvez-vous me présenter votre parcours en prévention primaire ? • 	Date de diplôme Lieu d'exercice Date de pratique de la prévention primaire	Quel type d'atelier de prévention pratiquez-vous ? Dans quelle structure ?
<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'âge moyen des participants ? • Quel a été le mode de recrutement des participants ? 		
Description de la pratique ergothérapique durant les ateliers		
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont vos objectifs pour la pratique de vos ateliers ? 	Terme portant sur la prévention primaire/ santé/ habilitation aux occupations	
<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me décrire votre pratique durant un atelier de prévention ? • Quels sont les freins rencontrés durant les ateliers ? 	Démarche occupation centrée/ Habilitation aux occupations/ Activités significantes/	<ul style="list-style-type: none"> • Cible sur les occupations significantes ? • Utilisation d'outil spécifique durant son ateliers (jeu, cartes ?) • MES ? • Utilise-t-il une base de modèle d'intervention de prévention (liftstyle redesign,) • Cahier des charges de la structure ou vous intervenez ?

<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les leviers sur lesquelles vous appuyez durant les ateliers ? • Quelle est la spécificité ergothérapeutique durant ces ateliers ? • Effectuez-vous les ateliers seuls ou avec d'autres intervenants ? Si oui qui sont-ils ? Quelle est la pertinence de cette co-animation ? 		<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui différencie les ergo des autres professionnels paramédicaux ou sociaux en matière de prévention primaire chez les PA
Discours de l'ergo quant à son ressenti sur l'impact de son intervention auprès des PA		
<ul style="list-style-type: none"> • En quoi les ateliers ont un impact sur les PA ? • Qu'est-ce qui vous fait penser que la personne adhère à cette démarche préventive ? • Quels sont les retours des participants sitôt l'atelier terminé ? • Avez-vous des retours à distance ? Des sollicitations ? • Pensez vous que la participation à l'atelier est vectrice d'un changement de comportement de la personne favorable au bien vieillir ? • Qu'est-ce qui selon vous permet l'adhésion de la personne à cette démarche ? • Comment l'objectivez-vous ? 	<p>Changements de comportements favorables au bien vieillir</p>	<p>Y a -til un questionnaire de satisfaction et/ ou d'évaluation à la fin de l'atelier ? Sont-ils en demande à la fin de l'intervention ? Documentation distribuée ?</p> <p>Remarquez-vous des changements d'opinion, des signes d'adhésion ?</p>

Ouverture

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avez -vous d'autres éléments ou information à rajouter ?• Avez-vous d'autres connaissances ergothérapeutes qui effectuent des ateliers de prévention susceptible d'etre interrogées ? | | |
|--|--|--|

Annexe 2

ENTRETIEN n°1, le 15 avril 2022

Durée : 24 minutes

E1 : oui allo

S : **allo oui bonjour je suis Séverine, vous venez de me contacter suite à mon message**

E1 : oui c'est ça

S : **je vous remercie de m'avoir recontacté. Mon mémoire s'intéresse donc à la prévention primaire chez les personnes âgées par le biais des ateliers collectifs.**

E1 : d'accord

S : **est ce que vous m'autorisez que j'enregistre l'entretien ?**

E1 : oui pas de souci

S : **oui d'accord okay bon ça devrait durer 15 à 20 minutes**

E1 : parfait très bien

S : **OK d'accord très bien. Ben merci beaucoup. Donc en effet mon mémoire porte sur la prévention primaire chez les personnes âgées et je m'intéresse notamment aux ateliers préventions.**

E1 : d'accord

S : **Alors en préambule pour une mise dans le contexte, je voulais savoir quel est votre parcours professionnel en ergothérapie ?**

E1 : ouais d'accord. Du coup moi je suis ergothérapeute diplômée depuis 2015. Ensuite quand j'ai eu mon diplôme je me suis installée en tant que collaboratrice à temps partiel en en libéral. Heu dans un

cabinet, on était plusieurs ergothérapeutes et j'ai eu aussi pendant jusqu'à 2019 j'ai eu un temps partiel un 40% dans un EHPAD où j'étais attaché au pôle PASA et accueil de jour.

S : d'accord

E1 : et depuis 2019, j'ai arrêté l'EPHAD et je suis à temps plein en libéral.

S : d'accord et quel est votre parcours du coup dans le cadre de dans la prévention primaire ?

E1 : alors en prévention primaire, il y a deux aspects pour moi à aborder, il y a déjà et je pense le fait que je suis conventionnée avec le groupe AGIRC ARRCO au niveau des caisses de retraites complémentaires.

S : oui

E1 : et en fait je fais partie de ce qui s'appelle le diagnostic « bien chez moi » heu « bien chez soi » pardon euh qui du coup AGIRC ARRCO propose à leurs retraités et aux allocataires de ces caisses là le diagnostic d'un ergothérapeute chez eux et du coup ça s'inscrit aussi dans de la prévention primaire parce que n'importe qui peut demander le diagnostic vraiment pour faire le point sur son domicile euh et avoir un regard d'ergothérapeute sur les préconisations, les adaptations possible ou non du logement et parler du bien vieillir chez soi. Donc ça c'est vraiment une demande spécifique et je me rends à domicile donc c'est vraiment auprès de la personne ; et depuis 2020 j'anime des ateliers euh sous forme de 2 fois deux heures c'est-à-dire que les personnes viennent pour une séance de 2h et ils reviennent la semaine suivante pour une 2e séance de 2h00 et là c'est vraiment sur sensibiliser les retraités aux solutions de prévention, et de compensation vraiment de perte d'autonomie afin d'avoir toujours un maintien à domicile en toute sécurité et de connaître des solutions alternatives, d'aménagement, ou d'alternative au domicile, enfin voilà.

S : d'accord

E1 : et donc ça ce sont des conseils pratiques pour le coup donc c'est des personnes âgées qui n'ont pas forcément de pathologie entre guillemets qui n'ont pas forcément de pertes d'autonomie encore et qui sont encore bien indépendant.

S : Et par quel organisme est-ce qu'ils sont proposés, les caisses de retraite ?

E1 : non du coup les ateliers c'est via l'ASEPT qui en fait est une association qui fait des actions de promotion de santé.

S : Donc c'est propre à la région ?

E1 : oui c'est propre à la région subventionnée par la MSA chez nous, mais c'est vraiment propre oui c'est une association vraiment propre je sais pas s'il y en a eu d'autres en fait en France mais pour le coup c'est vraiment ciblé autour de Nancy quoi.

S : d'accord okay heu et du coup est-ce qu'on vous démarche entre guillemets ou c'est vous qui avez fait une demande pour faire les ateliers ?

E1 : alors non, en fait moi j'ai signé la convention avant c'était notre ergothérapeute qui a changé de voix on va dire donc j'ai repris ça et du coup moi je démarche pas c'est vraiment l'association qui me dit bah il y a une ville c'est souvent une ville qui finance qui est intéressée pour ce genre d'atelier bon bah est ce que vous êtes disponible pour l'animer telle date donc etc, donc non non enfin c'est eux qui viennent me chercher entre guillemets pour me dire là on a des gens intéressés pour l'atelier et puis pareil pour le diagnostic DOM plus c'est vraiment l'allocataire qui fait la démarche d'appeler un conseiller retraite et qui demande le diagnostic. Et moi après on m'envoie la mission.

S : d'accord et dans le cadre des ateliers savez-vous comment se fait le mode de recrutement de ces personnes pour participer aux ateliers ?

E1 : alors souvent, souvent c'est la ville qui fait qui diffuse et qui fait des réunions un peu d'information et qui ben qui fait la promotion c'est à dire que la ville dit bah il va y avoir tel atelier, vous êtes libre de vous inscrire et souvent c'est quand même des groupes un peu seniors dynamiques qui se connaissent c'est à dire que c'est des gens qui ont l'habitude de se réunir une fois par semaine pour faire un atelier mémoire où qui aurait une habitude de se réunir pour faire des cafés cinés, enfin c'est quand même dans une certaine dynamique au sein de la ville en fait et c'est des gens qui se connaissent.

S : d'accord quel est l'âge moyen des participants ? Est-ce que vous avez une moyenne ou c'est hétérogène ?

E1 : c'est quand même jeune retraité donc on va dire à partir de 65 et puis bah ça peut aller je pense jusqu'à des personnes qui avaient 85 ans.

S : OK donc par rapport à la pratique des ateliers vous, comment ça s'effectue ? et quels sont vos objectifs ?

E1: alors je reprends la fiche que j'ai , c'est en fait on nous a donné un cahier c'est à dire qu'on m'a dit il faut que dans les 2 ateliers vous abordiez ça ça et ça comme sujet donc du coup heu la première séance en fait c'est vraiment la vie quotidienne dans son logement donc c'est vraiment recueillir les représentations des participants et aussi leurs attentes donc faire le point sur quel type de domicile ils ont, sur les difficultés qu'ils ont déjà rencontré ou peut être envisageable par rapport bah voilà on va dire à la personne dans tout son ensemble c'est aussi identifier les obstacles d'un logement donc là c'est un peu d'une manière générale on va faire le tour pièce par pièce et voir quels sont les obstacles qui peuvent être facilement évités en aménageant mieux l'habitat et c'est aussi une dernière partie sur vraiment appréhender les gestes et posture à adopter dans la vie quotidienne ou à son domicile et aborder vraiment les situations quotidiennes récurrentes comme le levé, le couché, les tâches ménagères et c'est beaucoup finalement de posture où de principes de prophylaxie un peu du dos heu sur comment ramasser un objet, comment porter des courses etc... donc c'est vraiment dans un on va dire dans une dynamique de prévention du risque de chute et je fais aussi une partie sur Ben qu'est-ce que le risque de chute, un peu le cercle vicieux du risque de chute Voilà de les sensibiliser un petit peu à chute .Donc ça c'est la première partie.

Et la 2e séance c'est vraiment parler des aides techniques, de l'aménagement du logement et des financements donc c'est présenter une sélection d'aide technique donc je viens avec des exemples concrets quoi je demande à un revendeur de matériel de me prêter des barres d'appui, puis des pinces, un tabouret, des chaises trois en un, des chaises picots, des bandes anti-dérapantes enfin je viens avec vraiment un panel d'outils de petites aides techniques que je leur présente. On refait le tour pièce par pièce, et du coup je leur diffuse aussi via un diaporama des exemples voilà je pense à des détecteurs de mouvements euh et c'est vraiment pièce par pièce. On prend des astuces des solutions simples on va dire coûteuses ou un peu plus coûteuse d'aménagements qui peuvent être mis en place et ensuite c'est identifier vraiment les professionnels pour mener à bien un projet donc comprendre déjà comment on peut réaliser un projet en me disant bah ce qu'il y a besoin de la venue d'un ergothérapeute pour faire le point est ce que c'est plus effectivement prendre contact avec un revendeur , vraiment voilà les accompagner pour trouver beaucoup donc le bon professionnel euh et les aides financières et on fait le point sur toutes les aides qu'ils peuvent demander avec tous les critères etc...

S : D'accord, Donc si je comprends bien c'est une présentation et est-ce qu'il y a un échange avec les participants qui témoignent ?

E1: Pardon je n'ai pas entendu ça a coupé

S : je demandais du coup est ce qu'il y a un échange avec les participants dans le sens où il y a des préoccupations spécifiques de chaque participant ?

E1 : oui voilà ok on fait du général. On parle par exemple précisément de la cuisine de la salle de bain et les participants spontanément vont eux poser des questions par rapport à leur situation personnelle qui c'est à dire qu'ils ont dit bah chez moi chez moi justement c'est une baignoire etc... donc ils vont forcément me poser des questions et en même temps je les incite à le faire quand même au début on fait un tour de table ou je leur demande un petit peu de se présenter et puis je leur pose des questions. Est ce qu'ils ont une maison ? des escaliers ? des marches ? du coup il disent pas tous spontanément mais comme on fait le tour pièce par pièce ils vont réfléchir eux à leur logement et ils ont des question par rapport à eux et à leur spécificité et surtout comme on se revoit 2 fois, c'est-à-dire qu'ils reviennent la semaine d'après et que vraiment la première partie elle est dans la vie quotidienne et vraiment de mettre en avant les obstacles, ce que sont vraiment les obstacles d'un logement finalement ils ont le temps de retourner chez eux et de regarder comment c'est éclairé, comment c'est encombré c'est des exemples et du coup ils reviennent la séance d'après en disant bah oui on ne s'était jamais rendu compte mais en fait oui en fait j'ai pas d'appui pour monter mes 3 marches extérieures enfin sur des choses où il ne s'était pas forcément rendu compte de de leur environnement architectural quoi et matériel.

S : d'accord okay et est-ce que les cours de la 2e séance ou avec les aides techniques est-ce que vous faites des mises en situation ? pour ceux qui le veulent ?

E1 : Normalement oui je suis censée le faire dans le sens où ils peuvent tester, on peut régler par exemple un tabouret pour leur montrer le bon réglage pour qu'il soit bien installé sauf que là on était en période COVID et on avait des masques et des distances et on devait encore bien garder ces gestes barrières +++ et donc du coup ça a été mis un peu de côté mais en théorie oui et j'espère que du coup sur les prochains samedis on pourra vraiment le mettre en pratique

S : d'accord très bien. Alors durant ces ateliers est ce que vous avez rencontré des freins durant votre présentation, des réticences de la part des participants ?

E1 : Pas vraiment parce qu'ils se sont inscrits ouais c'est dire qu'ils ont fait la démarche de s'inscrire et ils connaissent le but qu'ils connaissent un peu qu'est-ce qui va être abordé, ils ont eu une présentation succincte de ce que ça allait être, finalement c'est des gens qui ont choisi de venir écouter et échanger et donc parler autour du bien vieillir chez soi. Donc finalement c'est des gens qui ont déjà fait psychologiquement un grand pas déjà de dire Ben OK je n'ai pas de problème maintenant mais peut être que ça peut arriver et je vais penser à l'avenir et au final ce genre de personne ben c'est facilitateur n'y a pas trop de freins quoi non.

S : d'accord et qu'est-ce qui selon vous fait la spécificité ergo dans le cadre de ces ateliers par... rapport à un autre intervenant ?

E1 : précisément chaque situation mais voilà l'expérience d'être ergothérapeute d'avoir eu la formation et puis l'expérience d'être au jour le jour d'aller voir des personnes de voir des situations des obstacles des situations de handicap de perte d'autonomie et puis du coup avoir aussi des exemples eux s à leur expliciter hein je veux dire lorsque je parle de tel ou tel aide technique c'est parce que je la connais je l'ai déjà mis en situation je l'ai enfin je connais le matériel quoi

S : d'accord et est-ce que vous avez la possibilité où est-ce que vous faites ces ateliers en avec d'autres intervenants, un revendeur par exemple ?

E1 : Du coup il ne vient pas mais c'est lui qui me prête le matériel

S : d'accord

E1 : Donc je vais chercher en fait en à son agence entre guillemets mais après voilà c'est à dire que bah je donne aussi des noms c'est vrai donc je dis bah voilà sur le secteur il y a tel revendeur qui peut qui peut enfin je donne plusieurs noms hein comme on fait d'habitude en tant qu'ergo, on doit pas donné qu'un non mais du coup je sais plus c'était quoi la question

S : si vous coanimiez ...

E1 : mais si éventuellement leur vendeur ouais le vendeur qui va un petit peu participer mine de rien

S : mais ce n'est pas en coanimation vous ne coanimez pas par quelqu'un d'autre c'est vraiment vous êtes seul seul à bord je dirai

E1 : ouais ouais

S : OK merci. Alors du coup par rapport à ces ateliers en quoi les ateliers ont un impact sur les participants ?

I : alors bah ça c'est ça c'est dur à évaluer parce que finalement il y a pas de suivi, c'est à dire qu' ils viennent écouter un petit peu des solutions des choses qui existent mais on sait qu'il y a pas forcément besoin tout de suite à court terme et à moyen terme peut être donc l'impact je sais pas s'il y en a un

j'espère c'est le but mais moi j'ai pas de moyens pour l'évaluer en fait oui vous avez pas j'ai pas non j'ai pas de questionnaire ou je rappelle pas enfin il y a pas de suivi en fait

S : d'accord et à la fin de l'intervention, est ce qu'ils sont demandeur ?

E1 : après peut-être que l'ASEPT eux font un suivi parce qu'ils ont quand même un suivi qualitatif, peut être que eux à distance ils font une évaluation un peu plus, enfin de ce qui a été apprécié et cetera mais du coup moi je n'en ai pas connaissance

S : D'accord et mais ils ne viennent pas vous voir à la fin de l'intervention pour éventuellement une évaluation à domicile ?

E1 : alors tout ça ça arrive parce que du coup on on voilà moi je vous donne forcément bah les coordonnées je donne le numéro aussi de mon cabinet j'ai pas eu encore de personnes qui m'ont rappelé suite à un atelier mais quand même ils sont intéressés lorsque je leur donne ma carte donc on se sent enfin je les vois là et en fait ma carte elle est à dispo je leur distribue pas et on voit enfin il me demande de leur donner donc on voit qu'ils prennent quand même qu'on enfin ils prennent nos contacts

S : OK donc manière plus générale qu'est-ce qui vous fait penser que la personne adhère à cette démarche préventive ?

E1 : on va dire déjà il est revenu au 2e atelier bon après c'était un petit peu voilà quand ils s'inscrivent ils savent qu'il y a plusieurs ateliers et après c'est aussi du savoir-vivre quand on s'inscrit à quelque chose mais bon ils sont pas obligés non plus de revenir mais à chaque fois ils reviennent tous et puis et puis peut être aussi c'est vrai verbalement c'est à dire qu'à la fin des ateliers ils me remercient enfin ils sont contents et ils enfin ils verbalisent qui sont contents d'avoir participé à ces ateliers-là .

S : D'accord et pensez-vous que le fait de participer à cet atelier est vectrice, est vecteur pardon de changements de comportement de la personne pour favoriser le bien vieillir ?

E1 : Ben moi j'en suis enfin convaincue on va se dire en tant qu'ergothérapeute je, je c'est un peu le but quoi c'est à dire que la personne elle ait des clés en main pour bien vieillir chez soi donc j'espère oui oui

S : d'accord oui OK, vous m'aviez dit comment c'était ressenti précédemment. Est-ce que vous avez d'autres éléments où informations que je n'ai pas cité où d'autres questions que je n'ai pas posées ?

E1: non écoutez, non bah je réfléchis non c'est déjà bien

S : d'accord ha si juste une question qui me revient est ce que vous avez déjà constaté qu'au décours de l'atelier il y avait une idée bien arrêtée, bien précise d'un participant et du fait de vos explications, cela a modifié son point de vu ?

E1 : heu peut être enfin j'ai un exemple qui vient en tête c'est peut être sur les les aides à la mobilité comme les déambulateurs où les personnes elles ont vraiment une vision très je sais pas comment le dire très enfin ça c'est très perte d'autonomie en fait le fait d'avoir un déambulateur ou alors que du coup moi j'en amène un à 4 roues un rollator et du coup de de le voir et de pouvoir l'essayer certains ils se rendent compte qu'en fait ben c'est juste une aide supplémentaire pour prévenir la chute où voilà prévenir la perte d'autonomie mais ils se rendent compte que finalement ça va même enfin ça ressemble un peu à lorsqu'il pousse un caddie et que ça leur aide au supermarché et ils arrivent un petit peu à à se défaire du de l'image de de la petite mamie avec son déambulateur quoi

S : oui

E1 : c'est surtout par rapport à ça à l'aide à la marche là sinon sur l'aménagement euh je réfléchis s'il y en avait qui avaient des préjugés ou des choses non parce qu'enfin on est sur une génération maintenant on leur a tellement rabâché par exemple je pense au tapis ce genre de choses ne qu'en fait pas forcément voilà ils ne sont pas forcément attachés ils les retirent enfin n'est plus non non bah écoutez non

S : oui d'accord et je voulais savoir est ce que vous utilisiez des concepts particuliers, des modèles ?

E1 : des concepts voilà ouais je suis fameux concept, bah je vais être honnête je les étudié à l'école et tout ça je pense que je les utilise mais dans ma pratique je ne saurais pas dire que j'utilise tel ou tel concept c'est enfin je pense qu'enfin je suis même persuadée que oui parce que c'est comme ça qu'on a eu notre notre formation qu'on a appris à être ergothérapeute mais clairement quand je parle de telle ou telle chose je je, je, je dans ma tête je ne dis pas j'utilise telle ou telle concept

S : d'accord bah très bien en tout cas merci beaucoup pour cet échange

E1 : j'espère que ça vous aidera

S : oui merci

E1 : Ben bonne continuation bon courage pour la fin pour aller jusqu'au bout

S : je vous remercie

E1 : allez bonne journée

S : à vous aussi, au revoir

RESUME

La population française vieillit. Pour faire face à cette transition démographique, les politiques publiques s'orientent vers une démarche préventive auprès des personnes âgées pour favoriser le bien vieillir.

Aussi, des ateliers collectifs sont proposés aux personnes âgées pour acquérir et développer des comportements favorables pour leur santé tout en leur permettant de faire des choix éclairés. L'engagement dans des occupations est un des facteurs favorisant le bien vieillir, permettant d'optimiser le fonctionnement social, cognitif, physique et psychique. L'ergothérapeute est un de acteurs dans cette promotion du bien vieillir.

L'étude vise à démontrer si l'approche occupationnelle utilisée par l'ergothérapeute durant ces ateliers collectifs, promeut des changements de comportements favorables au bien vieillir.

Pour vérifier l'hypothèse des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes réalisant ces ateliers. Il en ressort que l'aspect occupationnel est peu mis en avant dans leur pratique, parfois davantage orienté vers l'aspect fonctionnel. Néanmoins un impact positif de leur action préventive auprès des participants est constaté de la part de tous les ergothérapeutes.

Des études seraient nécessaires pour mettre en avant l'expertise singulière des ergothérapeutes mettant en valeur l'engagement dans des activités significatives répondant ainsi aux besoins des populations vieillissantes.

Mots clés : prévention, ergothérapie, approche occupationnelle, ateliers collectifs, bien vieillir

ABSTRACT

The French population is ageing. To cope with this demographic transition, public policies are moving towards a preventive approach with the elderly to promote healthy ageing.

Group workshops are offered to the elderly to acquire and develop health-promoting behaviours while enabling them to make informed choices. Engaging in occupations is one of the factors that promote ageing well, allowing the optimisation of social, cognitive, physical, and psychological functioning. Occupational therapists are one of the actors in this promotion of ageing well.

The study aims to demonstrate whether the occupational therapy approach used by the occupational therapist during these group workshops promotes changes in behaviour conducive to ageing well.

To verify the hypothesis, semi-directive interviews were conducted with occupational therapists who carry out these workshops. It emerged that the occupational aspect is not given much emphasis in their practice, sometimes more oriented towards the functional aspect. Nevertheless, a positive impact of their preventive action on the participants was noted by all the occupational therapists.

Studies would be necessary to highlight the expertise of occupational therapists in engaging in meaningful activities, thus meeting the needs of ageing populations.

Keywords: prevention, occupational therapy, occupational approach, group workshops, ageing well

