

**Le rôle de l'ergothérapeute dans
le maintien au domicile des
personnes âgées :**

Accompagner pour favoriser
l'acceptation du changement



*Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat en Ergothérapie*

Fabienne Husson

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, 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, soussignée Fabienne Husson, étudiante en 3ème 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 informée 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 3 juin 2019

Signature :

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 remercie sincèrement,

Bastien ZEMB, pour son accompagnement et ses conseils dans la réalisation de ce mémoire,

Les ergothérapeutes et les personnes âgées qui ont pris le temps de participer à cette étude,

Mon mari et mes enfants, pour leur soutien et leur patience durant ces trois années,

Mes amis, pour leurs encouragements dans les moments difficiles.

« Le premier pas vers le changement est la prise de conscience.

Le second est l'acceptation »

(Nathaniel Branden)

Sommaire

1.	Introduction.....	1
2.	Cadre conceptuel.....	4
2.1.	Modèle de référence	4
2.2.	Le domicile et ses différentes dimensions.....	5
2.2.1.	L'environnement de référence pour les personnes âgées	5
2.2.2.	Le centre et le reflet des occupations	6
2.2.3.	Le prolongement de la personne : aspects personnels et spirituels	7
2.3.	Le maintien au domicile pour les personnes âgées	7
2.3.1.	Définition	7
2.3.2.	Personnes âgées et niveau de dépendance.....	8
2.3.3.	Les motivations et contraintes	9
2.3.4.	Les acteurs-clés.....	10
2.3.5.	L'intervention au domicile	11
2.4.	L'intervention de l'ergothérapeute	12
2.4.1.	Le rôle de l'ergothérapeute.....	12
2.4.2.	Les modalités d'intervention : contextes et structures	13
2.4.3.	L'évaluation du domicile	14
2.4.4.	Les préconisations	15
2.5.	Les modifications du cadre de vie et l'acceptation des changements	16
2.5.1.	Les modifications du cadre de vie	16
2.5.2.	L'acceptation des changements.....	17
2.5.3.	L'accompagnement	18
3.	Cadre expérimental.....	21
3.1.	Méthodologie d'enquête.....	21
3.1.1.	Objectifs de l'enquête	21
3.1.2.	Population	21
3.1.3.	Outils d'investigation	23
3.2.	Analyse des données recueillies	24
3.2.1.	Analyse des entretiens	24
3.2.2.	Analyse des questionnaires.....	36

4.	Discussion	43
4.1.	Retour sur le cadre conceptuel.....	43
4.2.	Considérations sur l'hypothèse et limites de l'étude	49
5.	Conclusion	51
	Bibliographie	52
	Annexes	55

1. Introduction

L'allongement de l'espérance de vie, si elle est encourageante, n'est pas sans générer des questionnements quant à ses conséquences et aux dispositions associées pour éventuellement accueillir les personnes fragilisées dans des structures adaptées. En effet, l'âge moyen de l'entrée en institution, qui marque la perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance, est en actuellement de 85 ans et 2 mois¹. Selon l'INSEE (Ministère des solidarités et de la santé, 2018), le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. La perte d'autonomie constitue donc aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur. Par ailleurs, la dépense publique consacrée à l'autonomie a été estimée en 2010 à 24 Milliards d'euros, dont notamment 14 Milliards pour le financement des soins, 5,3 Milliards au titre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et 2,2 Milliards pour l'hébergement (Santé, 2018).

Les actions pour le maintien au domicile sont dans ce contexte fondamentales pour contribuer à accompagner ces évolutions sociétales. Elles s'inscrivent dans le cadre de la prévention tertiaire. Elles permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en préservant leur intégration sociale.

Depuis quelques décennies, la prise de conscience de la situation face aux projections démographiques exposées plus haut a conduit à mettre en place des études et actions de grande envergure. Le programme national « bien vieillir » (2003-2007) a débouché sur un véritable plan de santé publique (plan national « bien vieillir »). Plus récemment, l'importance et l'urgence de la situation ont été prises en compte et concrétisées par la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (dite « lois ASV »), entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Cette loi dite « *de justice et de progrès social pour les personnes âgées, leur entourage, pour faciliter et améliorer leur quotidien* » (Dicom, 2016) vise à revaloriser l'APA, reconnaître l'action des « proches-aidants », soutenir le secteur de l'aide au domicile et enfin améliorer les droits individuels des personnes en perte d'autonomie.

Cette question est encore aujourd'hui une grande préoccupation des pouvoirs publics puisque le récent rapport issu de la concertation grand âge et autonomie (Libault, 2019) fait état de la consultation de grande ampleur sur le sujet. Il inclut des propositions qui seront étudiées pour mettre en place des mesures adaptées. Parmi ces propositions, il évoque notamment (proposition 8) l'idée d'« *Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée* » et précise que ces bilans permettront « *d'envisager l'intervention d'un ergothérapeute* ».

Les évolutions démographiques et sociétales des dernières décennies et les problématiques qu'elles génèrent ont fait émerger de nouveaux besoins jusqu'alors peu essentiels. Le maintien au domicile par exemple a induit la nécessité d'adaptation du logement, de préservation du lien social et de prévention. Face à ces besoins, les ergothérapeutes ont été amenés à faire évoluer leur pratique pour

¹ Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet 2017

accompagner ces changements (Caire, 2012). Ils ont dû par exemple développer des compétences plus spécifiques en matière d'accessibilité, d'aménagements, d'aides techniques...

J'ai pu me rendre compte par moi-même, au cours d'un stage, de cette nécessité d'adapter les pratiques lors d'une évaluation pour un retour d'hospitalisation. Le conjoint avait déjà reçu avant notre visite les conseils d'un artisan et d'un pharmacien qui lui avaient chacun proposé des aménagements et aides techniques bien différents. Cette personne s'est retrouvée avec une troisième « liste de préconisations » de l'ergothérapeute et s'est dite « perdue ». Cette situation m'a amenée à me questionner sur les spécificités du métier et en quoi les apports de l'ergothérapeute se différenciaient de ces autres intervenants, chacun légitime dans son domaine. Je me suis donc intéressée à l'approche méthodologique suivie lors de l'évaluation. En effet, elle me paraissait structurante car systémique, basée sur les fondamentaux que sont la personne, ses occupations et son environnement (Trouvé & Corlay, 2016). Après avoir orienté mon questionnement sur cet aspect méthodologique et interrogé des professionnels experts comme Elisabeth Hercberg² ou Frédéric Morestin³, j'ai pris conscience du fait que la question de la pratique ergothérapique n'était pas essentielle. Je me suis alors recentrée sur la personne et ses besoins, sur le véritable objectif de la visite au domicile : l'aider à accepter les préconisations d'adaptation proposées par l'ergothérapeute. Ce questionnement m'a conduite à explorer la problématique suivante :

<p style="text-align: center;">Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter l'acceptation des préconisations envisagées pour le maintien au domicile ?</p>

Mes recherches autour de ce questionnement m'ont permis d'établir le cadre conceptuel qui pose ma réflexion, objet de la première partie de ce mémoire. Sur la base du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel structurant mon approche, j'y ai approfondi tout d'abord la question du domicile dans ses multiples dimensions à la fois matérielles, sociales et psychiques. Je m'intéresse ensuite à l'importance que revêt le besoin de « rester chez soi » pour les personnes âgées : quelles sont leurs motivations et contraintes, quels sont les acteurs clé qui y contribuent et en quoi l'intervention de ces professionnels au domicile est à la fois délicate et ambivalente. J'aborde ensuite plus spécifiquement le rôle de l'ergothérapeute dans cet exercice : ses modalités d'intervention, l'évaluation du domicile et les préconisations qui s'en suivent. Puis, je me questionne sur les modifications du cadre de vie induites par ces préconisations et ce qu'elles engendrent pour la personne. Je m'interroge ensuite sur l'importance de son acceptation face aux changements de son environnement et enfin la nécessité de l'accompagner dans ce changement.

² Consultante en Accessibilité et Qualité d'Usage. Notamment experte à l'ANFE et "logement et personnes âgées" : concertation loi Autonomie et rencontres avec les Ministères, AGIRC ARRCO, CNSA, ANAH...

³ Consultant dans le cadre du déploiement Bien chez Moi Agirc Arcco

Cette réflexion m'a donc conduit à poser l'hypothèse suivante :

**L'accompagnement par l'ergothérapeute favorise l'acceptation des préconisations issues de
l'évaluation du domicile**

Dans une deuxième partie, après une présentation synthétique de la méthodologie expérimentale, j'exposerai les résultats et l'analyse de mon enquête pour terminer par la réflexion qu'ils ont pu générer.

2. Cadre conceptuel

2.1. Modèle de référence

Les modèles en ergothérapie structurent la réflexion et permettent de guider et argumenter la pratique (Morel-Bracq, 2017). Je me base pour cette réflexion sur la problématique évoquée plus haut sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) –Voir Annexe 1. En effet, ce modèle conceptuel est centré sur la personne ; il prend en compte sa subjectivité, ses désirs et ses besoins sur trois dimensions fondamentales :

- ▶ **La personne**, qui comprend les dimensions affective, cognitive et physique ainsi que spirituelle. Elle est entendue plus largement dans le sens du client, terme à considérer au sens anglo-saxon qui englobe la personne et ses proches. Ainsi, dans le cadre de la réflexion touchant le domicile de la personne âgée, l'ergothérapeute doit considérer la personne elle-même mais également ses aidants, vivant ou non au domicile mais participant au processus de décision qui l'implique (Lucas, 2016).
- ▶ **L'occupation**, définie comme « *ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification.* » (Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013, p. 444) . Elle comprend les notions de productivité, loisirs et soins personnels. L'occupation structure le quotidien de la personne et interagit très fortement avec le domicile où la personne passe, avec l'avancée en âge, plus de temps. Aussi « *les aspects temporels qui caractérisent les routines de la personne au fil du temps sont importants à considérer* » (Trouvé, Rousseau, & Morel-Bracq, 2016).
- ▶ **L'environnement**, qui est au cœur de la problématique du domicile. Il prend en compte les aspects à la fois matériels et humains ; il est à considérer aussi bien comme élément physique (entre autres le lieu de vie) que social (l'entourage), culturel ou institutionnel.

À l'origine, le MCREO mettait l'accent sur le rendement occupationnel. Aujourd'hui, ce modèle s'intéresse aussi à l'engagement occupationnel, qui se définit comme « *l'action de s'impliquer, de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager* » (Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013, p. 28). Il implique la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations signifiantes. Cette notion d'engagement est fondamentale dans la question du maintien au domicile car l'implication de la personne est nécessaire dans la mise en œuvre des dispositions prises pour y rester. Le fondement de ce cadre conceptuel se base donc sur cette approche de l'ergothérapie en considérant ces trois dimensions et leurs interactions comme colonne vertébrale de la problématique.

2.2. Le domicile et ses différentes dimensions

Le domicile fait l'objet de nombreuses réflexions dans la littérature, analysé tant par les économistes, les urbanistes, les sociologues, les psychologues... Ma réflexion, en lien avec le MCREO, sera donc structurée selon les trois dimensions de référence que sont l'environnement, l'occupation et la personne.

2.2.1. L'environnement de référence pour les personnes âgées

UN LIEU D'HABITATION

Le code civil retient le domicile comme étant « *le lieu dans lequel une personne possède son principal établissement* »⁴. Dans le langage courant, le domicile est souvent entendu comme un lieu de résidence, c'est à dire au sens du dictionnaire le « *lieu habituel d'habitation* »⁵. Il est dans ce sens synonyme de « habitation / habitat ». Le domicile est donc dans son sens premier un lieu physique qui abrite la personne de son environnement extérieur. Avec l'avancée en âge, les sorties se font de plus en plus rares ; le domicile est donc le lieu où se réalise la plus grande partie de la journée pour les personnes âgées ; il prend une place centrale dans la vie de la personne. Cette tendance au repli sur l'espace domestique, comme le mentionne E. Djaoui (2006), peut s'expliquer par de multiples facteurs : affaiblissement des capacités physiques, diminution du réseau socio affectif ou encore intégration difficile dans un environnement social extérieur austère où les personnes âgées sont bien souvent mal considérées.

Le domicile est donc un refuge, un repaire. Il constitue le lieu protecteur des agressions extérieures. Ces agressions peuvent être tout à la fois physiques et humaines. Être chez soi, c'est aussi être à l'abri des autres, choisir d'être en contact avec eux ou pas. « *Lorsqu'une personne a choisi de rester à son domicile, le premier choix fondamental qui lui reste est de ne pas ouvrir sa porte...* » (Ennuyer, 2009). Le terme de « foyer » est également souvent retenu pour évoquer le lieu de vie et sa dimension protectrice. En effet, le foyer désigne⁶ à la fois le « *lieu où habite la famille, demeure* » mais aussi le « *lieu où l'on fait le feu, l'âtre* » source de chaleur ou encore la cellule familiale elle-même. Il s'agit donc d'un espace de vie qui rassure.

UNE REPRESENTATION SOCIALE, UN SYMBOLE

Ce lieu de vie physique a aussi vocation de représentation sociale. Il permet de choisir son implication dans la société. C'est le lieu où l'on peut s'isoler volontairement des autres, se replier

⁴ Code civil Art 102 et suivants

⁵ Grand Larousse illustré, 2018

⁶ Grand Larousse illustré, 2018

volontairement sur soi pour fuir la société. A contrario, il est possible de rester enfermé chez soi mais d'y recevoir ses amis, ses proches et donc d'exister socialement au travers de ces échanges.

Par ailleurs, selon sa situation géographique, sa taille ou encore ses aménagements intérieurs, le domicile est représentatif du milieu social de la personne qui y vit, « *ce lieu parfaitement intime et individuel qui justifie ma place dans la société* » (Laroque, 2011). La chanson « Auteuil-Neuilly-Passy » ou encore l'adage « Dis-moi où tu habites... et je te dirai qui tu es ! » témoignent de cette représentation sociale du lieu de vie (Truong, 2012). Le domicile est donc aujourd'hui devenu symbole social. Habiter telle ou telle ville ou tel ou tel quartier est souvent interprété comme reflet significatif du milieu social.

Le fait même d'avoir ou non un domicile est signe d'appartenance et d'intégration dans la société. Une personne sans abri qui vit dans la rue est considérée comme errante, instable et incapable de s'intégrer dans la société. Le « sans domicile fixe » symbolise aujourd'hui une personne exclue de la société.

2.2.2. Le centre et le reflet des occupations

Le domicile, c'est aussi la maison, définie par P. Dreyer comme « *le lieu où vit l'homme, où il mène certaines activités publiques et sa vie privée* » (2016). Il est le lieu central de réalisation des occupations. En référence au MCREO (voir §2.1 « Modèle de référence »), les occupations incluent à la fois productivité, loisirs et soins personnels. Comme souligné par E. Djaoui, le domicile est le lieu naturel du prendre soin ; « *Soigner est d'abord, avant tout, un acte de vie, dans le sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la vie et à lui permettre de se continuer ou de se reproduire* » (2011).

Aussi, le domicile est empreint du quotidien de la personne. Son aménagement est ainsi révélateur de l'usage qu'elle en fait. Il est organisé de manière fonctionnelle en relation avec ses modes de vie. « *La dimension d'usage du logement se manifeste à travers les habitudes quotidiennes des habitants, l'emploi des équipements ou des objets du domicile, les cheminements, l'utilisation des pièces et des espaces. Chez les générations les plus âgées, l'espace est parfaitement délimité entre les pièces avec une fonction attribuée à chacune* ». (Trevidy, d'Ivernois, Gagnayre, & Jean-Jacques, 2011). Par exemple, dans un logement habité par plusieurs personnes, la recherche d'un espace personnel pourra donner lieu à l'aménagement d'un « coin bureau » par l'un des habitants ou bien une zone de jeux pour les enfants ou encore espace dédié à la lecture; Une personne vivant seule pourra organiser sa pièce de vie selon un usage plus personnel, lui permettant par exemple de regarder la télévision tout en prenant ses repas dans le séjour, ou au contraire d'installer une télévision dans sa cuisine.

2.2.3. Le prolongement de la personne : aspects personnels et spirituels

Bien au-delà d'un simple lieu d'habitation, le domicile revêt une dimension à la fois matérielle et psychique. Il est repaire mais aussi repère (Jean-Paul Deremble, 1984). Ce n'est pas seulement une protection de l'environnement physique ou humain mais aussi un lieu où la personne se retrouve avec elle-même. Il « *permet de définir un espace intérieur, intime, au sens de ce qui est au plus profond de nous-mêmes, un lieu que l'on peut rendre inaccessible aux autres, physiquement et psychiquement, pour y constituer notre moi à l'abri des influences et éventuellement des menaces ou attaques du dehors* » (Ennuyer, 2009). A son image, la personne y entrepose ses souvenirs, ses objets qui représentent son passé, son histoire de vie. E. Djaoui montre dans son écrit « *approche de la culture du domicile* » (2011) qu'il renvoie à l'image de soi et reflète en miroir la personnalité de son occupant : « *il est le signe de ce que l'on est mais aussi de l'image que l'on aimerait donner aux autres* ». Cet auteur le considère même comme une « *extension de l'image du corps propre* » (2006) : la personne et son domicile sont liés, le domicile « *fait corps* » avec l'habitant au point que celui-ci vienne à l'identifier avec son propre corps. Boris Vian dans « *l'écume des jours* », associe les dimensions affectives de Colin et Chloé à la taille de leur maison : à mesure que les jours passent et que leur moral décroît, leur maison rétrécit : les murs se resserrent, elle devient triste et obscure à l'image de leur affect. Cette assimilation prend concrètement forme dans de nombreuses situations comme par exemple après un cambriolage, qui laissent au travers de la violation du domicile un sentiment de violation du corps, de salissure de l'intimité.

Le terme « *chez soi* » utilisé dans le langage courant est significatif du lien étroit tissé entre le lieu de vie et la personne. C'est un lieu « *que l'on fait sien et cette appropriation du lieu permet la constitution d'un soi, donc d'une existence psychique* » (Ennuyer, 2014). Cette attache entre soi et le domicile est propre à chaque habitant. Les différentes pièces donnent sens de manière différente selon chacun. Par exemple dans une maison familiale, l'atelier de bricolage du père pourra représenter pour lui un lieu chaleureux de plaisir où il réalise une activité signifiante alors que la mère ne percevra dans cet espace qu'une valeur fonctionnelle.

2.3. Le maintien au domicile pour les personnes âgées

2.3.1. Définition

Avant d'aller plus loin sur cette vaste question du maintien au domicile, il est important d'en définir le sens. Rappelons avant tout que d'un point de vue étymologique le terme vient de main, et tenir : tenir en main, ne pas lâcher. Aujourd'hui, il est entendu comme « *Action de faire durer, de conserver* »⁷. Ainsi, maintenir une personne au domicile intègre une notion de continuité, l'idée

⁷ Le grand Larousse illustré, 2018

d'avoir été et donc de rester au domicile. B. Ennuyer explique qu'il s'agit de « *lui permettre de rester sur le long terme chez elle, tant que cela répond à sa demande* » (2014).

2.3.2. Personnes âgées et niveau de dépendance

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la vieillesse se caractérise par « *l'apparition de plusieurs états de santé complexes qui ne surviennent généralement que tard dans la vie et ne constituent pas des catégories de maladie distinctes* ». Au regard de cette caractéristique, il est donc important de prendre en considération l'ensemble de la population « vieillissante », sans distinctif de pathologie particulière. Cette même organisation précise que le terme générique de « personnes âgées », regroupe l'ensemble des personnes ayant atteint ou dépassé les 60 ans. Pour ces personnes, la question de rester chez soi est bien souvent au cœur des préoccupations. En effet, 90% d'entre elles affirment préférer demeurer chez elles (Cours-des-comptes, 2016) plutôt que de rejoindre une institution. Pourtant, dans les pays développés comme la France, l'âge où « l'on devient vieux » est estimé en moyenne à 69 ans (Ennuyer, *A quel âge est-on vieux?*, 2011). Muriel Boulmier (2019), distingue trois âges : « *les 60-75 ans, seniors actifs, les 75-85 ans qui peuvent connaître de "pluri-mini-handicaps", et les plus de 85 ans pour lesquels "statistiquement" les effets de la dépendance deviennent visibles* ». On voit ainsi apparaître l'âge charnière de 75 ans à partir duquel peuvent commencer à survenir des « *pluri-mini-handicaps* » qui engendrent des situations de handicap pouvant questionner le maintien au domicile. C'est ce même âge que retient l'organisme AGIRC-ARRCO pour proposer sa prestation d'évaluation du domicile par un ergothérapeute (voir plus loin §2.4.2). Par contre, il n'est pas, comme le souligne le rapport de la DREES⁸, l'âge de l'entrée en dépendance positionné lui à 85 ans et 2 mois. La dépendance est « *un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne* » (INSEE, 2014). En France, le niveau de dépendance est mesuré par la grille nationale AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (voir Annexe 2: Grille nationale AGGIR). Cette grille attribue un niveau de GIR (Groupe Iso Ressource) selon des critères d'autonomie et d'indépendance de la personne (CNSA, 2008). Ce niveau va de « 1 » : personnes « *qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenant* » à « 6 » : personnes « *indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante* ».

Le niveau « 2 » en particulier désigne des personnes :

- Qui « *nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit* ».
- Dont « *les fonctions mentales sont altérées* ». Les troubles cognitifs peuvent être de différente nature : trouble de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, trouble du

⁸ Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet 2017

langage (compréhension, expression / oral, écrit), apraxie gestuelle, agnosie, troubles du comportement (agressivité, passivité, dépression, désinhibition ...).

Dans ces deux conditions, ces personnes se trouvent donc déjà en grande difficulté dans leur quotidien et la question du maintien au domicile se pose dans des termes complexes, relevant de dispositifs lourds.

Dans le cadre de cette étude, on s'intéressera donc en particulier aux personnes âgées de 75 ans et plus, ayant un niveau de GIR > 2 sans considération particulière de pathologie spécifique mais ne présentant pas de troubles cognitifs.

2.3.3. Les motivations et contraintes

Conformément à la définition retenue, le maintien au domicile réside donc d'un choix exprimé par la personne et qui doit lui permettre de s'accomplir, de conserver ses occupations dans son environnement physique, familial et social. « Vouloir vivre chez soi, ce n'est pas rester enfermé dans son logement » (Dreyer, 2017). Il s'agit bien de s'y accomplir. Ainsi, le « *chez-soi* », *c'est donc avant tout le lieu de « ses choix »* (Ennuyer, 2018). Des études ont été menées pour mieux comprendre les motivations essentielles qui poussent ce choix d'habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie (Dreyer, 2017). Les travaux de recherche conduits dans le cadre de l'étude « j'y suis, j'y reste » (Delsalle, 2016) ont permis d'identifier et d'analyser les quatre motivations principales :

- ▶ **La liberté** : être chez soi, c'est être libre de faire ce que l'on veut quand on veut. Être libre d'agir mais aussi de décider : recevoir des amis ou rester seul, ne pas s'habiller de la journée s'il n'y a pas de nécessité, manger à des heures incongrues... Comme le souligne B. Ennuyer (2009), le domicile est « *le lieu où l'on est maître chez soi* », libre d'ouvrir la porte ou non à la personne qui se présente.
- ▶ **Le confort** : cette notion reste très subjective et chacun la conçoit à sa manière en fonction de son vécu issu de l'enfance, de ses conditions de vie, de sa perception physiologique...
- ▶ **Le bien-être** : il s'agit là d'un bien-être au sens sensoriel mais également physique et psychique. Ce terme peut paraître ambiguë pour les personnes âgées bien souvent dans une souffrance physique plus ou moins présente au quotidien (arthrose par exemple) et qui se rappelle à elles à chaque geste. Il ne se limite donc pas à une sensation corporelle mais également psychique.
- ▶ **La sécurité et les risques** : rester chez soi donne le sentiment que l'on peut y prendre des risques sans se mettre en danger car l'environnement est connu et maîtrisé. Sur ce point, les différences de vues sont notables. En effet, la perception du risque par les personnes âgées est bien éloignée de celle perçue par leur entourage et les professionnels.

Avec l'avancée en âge, rester chez soi devient plus difficile. La personne est amenée à faire des concessions, à trouver des compromis pour lui permettre de pouvoir continuer à vivre comme elle

l'entend, avec le *rendement occupationnel*⁹ (Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013, p. 446) qui est le sien. Lorsqu'elle n'est plus en capacité de faire seule, il devient alors nécessaire de se faire aider. Différents recours sont possibles selon les besoins : faire appel à des aides humaines, des services de livraison, recourir à aides techniques ou des aménagements du cadre bâti. Grâce aux politiques successives favorisant le maintien au domicile, les acteurs dans ce domaine sont aujourd'hui nombreux.

2.3.4. Les acteurs-clés

Pour permettre à une personne de demeurer chez elle le plus longtemps possible, il devient à un moment nécessaire de recourir à des aides de différentes formes. Selon les besoins, de nombreux interlocuteurs peuvent agir et y contribuer dans leurs périmètres de compétences respectifs.

Au premier rang des acteurs du maintien au domicile se trouve souvent l'entourage proche : aidants familiaux, voisins, amis... Selon une étude de la DREES (Soullier, 2011), en moyenne huit personnes âgées aidées sur dix le sont au moins par leur entourage, dont une sur quatre est aidée au moins par un proche qui réside avec elle (cohabitant). Le rôle de l'entourage est prépondérant dans l'aide à la vie quotidienne et un soutien moral. Mais cette aide devient souvent au fil du temps de plus en plus difficile à assumer pour les proches dont la santé finit elle aussi par être impactée. Le recours à l'aide de professionnels devient alors souvent nécessaire. D'après cette même étude, la répartition des aides entre l'entourage, les professionnels et le mixte des deux évolue avec l'âge au bénéfice de l'aide professionnelle qui concerne 56 % des personnes âgées de 75 à 84 ans et 73 % des 85 ans ou plus. Les personnes âgées vivant seules recourent plus souvent que les autres à l'aide d'un ou plusieurs professionnel(s) : 69 % des personnes âgées aidées vivant seules reçoivent l'aide de professionnels, contre 39 % de celles qui ne vivent pas seules. Les professionnels qui concourent au maintien au domicile sont nombreux et leurs rôles sont extrêmement variés. On compte notamment (Ennuyer, 2014) :

- Les aides au domicile : sous ce terme générique s'entendent les auxiliaires de vie sociale, aujourd'hui diplômés d'un DEAES¹⁰. Ces personnes ont pour rôle de « *réaliser un accompagnement social au quotidien (...) et à permettre à la personne de définir et de mettre en œuvre son projet de vie* » et notamment contribuent à *la qualité de vie de la personne, au développement ou au maintien de ses capacités à vivre à son domicile*¹¹. L'aide à la vie quotidienne apportée par ces professionnels se concentre sur les soins personnels et les tâches

⁹ Le *rendement occupationnel* est défini comme étant « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction ».

¹⁰ Le Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES) est le nouveau diplôme qui remplace depuis 2016, le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP).

¹¹ Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social

ménagères (Soullier, 2011). Bien souvent, ce sont elles les plus proches des personnes aidées au sens où elles vont régulièrement au domicile ; leur présence à la fois en termes de fréquence et de durée en font souvent celles qui connaissent le mieux les personnes.

- ▶ Les médecins généralistes : pour les personnes âgées en particulier, le médecin généraliste reste le référent du soin, celui qui connaît le mieux la personne d'un point de vue médical et qui souvent l'a suivie de longue date dans son parcours de soin. Il est quelqu'un de confiance et ses paroles sont incontestablement légitimes. Il se rend parfois au domicile lorsque les déplacements ne sont pas/plus possibles. En tant que prescripteur des soins, il assure la cohérence des actions et leur suivi.
- ▶ Les infirmiers(ères) libéraux(ales) : ils(elles) délivrent les médicaments et dispensent les soins, permettant ainsi d'assurer une assistance au domicile. Leur intervention s'inscrit bien souvent sur la durée. Ces soignants sont donc proches des personnes car amenés à les côtoyer régulièrement. Ils sont à la fois acteurs directs et relais des autres professionnels de santé (médecin, pharmacien, hôpital...) mais également avec les aidants du quotidien, qu'il s'agisse des professionnels (aides au domicile) ou non (proches).
- ▶ Les acteurs hospitaliers : les contextes d'intervention de ces acteurs pour le maintien au domicile peuvent être très différents. Il ne s'agit pas là d'un acteur particulier en tant que personne mais plutôt d'une institution, telle qu'un centre de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), des équipes mobiles ou un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ce domaine n'inclue pas l'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui s'inscrit pour sa part dans une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne¹².
- ▶ L'assistante sociale : moins connue sur ce registre, elle a pourtant un rôle notable dans le maintien au domicile. Elle aide les personnes qui rencontrent des difficultés économiques, sociales ou psychologiques. « *Lorsque l'on est confronté à une situation de perte d'autonomie, le soutien d'une assistante sociale peut être précieux pour faire valoir ses droits, déposer des dossiers de demande d'aides et coordonner toutes les demandes d'aides en cours* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).
- ▶ Les ergothérapeutes sont eux aussi des acteurs-clés du maintien au domicile. Leur rôle spécifique dans le cadre de leur intervention sera approfondi plus loin au §2.4.

2.3.5. L'intervention au domicile

Comme nous l'avons vu précédemment, avec l'avancée en âge, le maintien au domicile induit l'intervention de professionnels qui accompagnent la personne au regard de ses besoins spécifiques dans ses activités de vie quotidienne. Mais comme le souligne Bernard Ennuyer (2014) « *le mot intervenir (inter : entre et venire : venir), signifie, selon le dictionnaire : « se trouver entre,*

¹² Code de la santé publique - Article R6121-4-1

interrompre, se mêler à » ». L'intervention est donc, dans son sens originel, bien éloignée de l'intention première et des notions de continuité évoquées dans le terme de « maintien » (voir § 2.3.1 Définition). Comme exposé au §1. *Le domicile et ses différentes dimensions*, le lieu de vie représente bien plus qu'un simple lieu d'habitation et d'occupation. Il revêt également une dimension psychique et spirituelle fondamentale ; il incarne le « *sanctuaire de l'intime* » (Djaoui, Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, 2011). Pénétrer chez quelqu'un n'est donc pas seulement entrer physiquement sur son territoire mais c'est aussi pénétrer son intimité psychique. Le terme de « chez soi » renvoie d'ailleurs à cette identité intérieure qui ne se limite à l'espace physique du lieu de vie.

Intervenir au domicile place donc les professionnels dans une situation bien plus délicate qu'il n'y paraît. L'ambivalence de cette situation où ils se veulent « aidants » mais deviennent « intrus » (Ennuyer, 2018) montre toute l'ambivalence de fond du maintien à domicile : la plupart du temps, la personne qui souhaite rester chez elle ni ne souhaite ni ne demande à se faire aider. La conscience de ses difficultés la contraint à accepter cette aide. Selon son rôle et la mission pour laquelle il intervient, le caractère intrusif du professionnel peut s'avérer plus ou moins important.

2.4. L'intervention de l'ergothérapeute

2.4.1. Le rôle de l'ergothérapeute

Comme évoqué plus haut, l'ergothérapeute est lui aussi un acteur clé du maintien au domicile. L'ergothérapie est une profession réglementée par l'article L.4332-1 du code de la santé publique. Elle se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* » (Ministère, 2010). C'est une profession aux multiples facettes qui peut intervenir tant sur de la rééducation et de la réadaptation que dans le domaine de la psychiatrie, de l'aménagement du domicile, etc. Elle trouve des champs d'application auprès des populations allant de la pédiatrie à la gériatrie et aussi bien en hôpital, qu'en centre de rééducation, en EHPAD, auprès d'association, en libéral.... Dans le cadre de la réadaptation et du maintien au domicile des personnes âgées, l'ergothérapeute est amené en particulier à évaluer l'adaptation du domicile à la situation de la personne et à préconiser des solutions pour lui permettre d'y vivre dans les meilleures conditions de confort et de sécurité. Il est conduit à mettre en œuvre un grand nombre de compétences issues de son référentiel (Ministère, 2010, pp. 177-Annexe II). En effet, il s'agit de prime abord de concevoir et conduire un projet d'aménagement de l'environnement (compétence C2) et d'adapter et préconiser des aides techniques et assistances technologiques (C4). Mais ces finalités

supposent également d'être capable d'évaluer une situation -celle de la personne chez elle et de ses besoins (C1) -, de conduire une relation avec cette personne (C6) et de la former et l'informer (C10).

Le cadre de son intervention est donc réglementé et il se doit d'agir conformément à son périmètre d'action dédié en relation avec les autres professionnels impliqués.

Il est important de rappeler que « *l'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige* » (Ministère, 2010) . Cette prédisposition permet d'engendrer un lien entre son action et le suivi médical de la personne, dans la continuité de sa prise en charge par son médecin traitant. Ainsi, l'engagement du médecin peut appuyer les actions mises en œuvre par l'ergothérapeute.

2.4.2. Les modalités d'intervention : contextes et structures

Les contextes dans lesquels l'ergothérapeute intervient au domicile d'une personne âgée pour une évaluation sont multiples. Il peut s'agir :

- ▶ Directement d'une demande d'un particulier ou de ses proches, suite à la prise de conscience de difficultés dans le quotidien ou dans le but d'obtenir des financements de la part de l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat). Certains organismes comme les caisses de retraites complémentaires tel qu'AGIRC-ARRCO incitent à suivre une démarche d'évaluation en contribuant très largement au financement de la visite de l'ergothérapeute : « *une participation des bénéficiaires est prévue sur le coût total (environ 5 % du prix réel soit 15 €* » (AGIRC-ARRCO, Le diagnostic Bien chez moi (Conseil en Ergothérapie), 2019). Ce diagnostic « Bien chez moi », instauré suite aux conclusions de la mission « Vivre chez soi » (Franco, 2010) fait de plus en plus d'adeptes. Il est proposé aux retraités bénéficiaires quels que soient leurs niveaux d'autonomie et de ressources dès lors qu'ils ont au moins 75 ans. Dans ce contexte, plus d'un tiers des demandes sont motivées par une démarche de prévention des risques.

Ce dispositif ne prévoit, d'un point de vue contractuel et financier entre l'ergothérapeute et la caisse de retraite qu'une seule visite et un compte rendu synthétisant les préconisations qui en sont issues. Toutes les interventions annexes et consécutives à cette visite ne sont pas intégrées et doivent donc être convenues entre l'ergothérapeute et la personne sur le plan de la forme et du financement.

- ▶ D'une sollicitation par un organisme tiers : suite à une demande d'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) en vue d'évaluer les besoins pour établir un plan d'aide, un bailleur social suite à la visite d'une assistance sociale dans le cadre de la réhabilitation de son parc, d'une résidence autonomie... Dans ce cas, l'organisme demandeur propose à la personne la visite d'évaluation par l'ergothérapeute et la prend en charge financièrement.

- ▶ De l'hôpital ou d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour un retour au domicile suite à une hospitalisation. Dans ce cas, la visite s'effectue souvent quelques temps avant la date de retour pour prévoir les besoins et mieux cibler la rééducation ou réadaptation. Notons que ce contexte d'intervention diffère des deux précédents. En effet, l'hospitalisation fait suite à un incident/accident ayant généré une rupture, donc un changement brutal de situation entre le moment où la personne a quitté son domicile et son retour. Elle est donc encore souvent dans une phase difficile de remise en question de sa situation et d'acceptation de son état. Ce contexte, dans lequel elle a d'ailleurs souvent bénéficié d'un suivi préalable par un ergothérapeute, n'est pas pris en compte dans cette étude.

Selon le contexte d'intervention, l'ergothérapeute peut être rattaché à différentes structures souvent en lien avec l'origine de la demande. Dans le cadre d'une demande issue de la personne, ses proches ou un organisme tiers, il peut par exemple intervenir au nom de son cabinet libéral, d'une association ou autre société indépendante, être salarié d'une caisse de retraite, d'une mutuelle ou d'une structure sociale type CCAS¹³, CLIC¹⁴ et bien d'autres types de structures.

2.4.3. L'évaluation du domicile

Lorsqu'il est mandaté pour une évaluation du domicile, le métier d'ergothérapeute « *consiste à évaluer les aides nécessaires, à les confronter aux attentes et aux besoins nécessaires de la personne puis à proposer des aménagements ou des aides techniques, voire technologiques* » (Heddebaut, 2009). Il se rend donc physiquement sur place où il rencontre la personne éventuellement accompagnée d'un proche. Il s'agit, dans le cadre retenu ici, d'une première rencontre au cours de laquelle il lui faudra recueillir toutes les données nécessaires à son analyse. Le recueil d'informations s'effectue grâce à différentes sources :

- ▷ Des éléments transmis au préalable par le demandeur ou ses proches : données médicales, intégrités et déficiences.
- ▷ Un échange avec la personne et éventuellement ses proches, en général par un entretien semi-directif au domicile. Cet entretien permet de recueillir les capacités/ incapacités et d'identifier les situations de handicap. Il est complété d'une visite du domicile, qui permet de visualiser les problématiques évoquées. Des éventuelles mises en situation peuvent être faites pour apprécier en situation écologique les difficultés réelles ; il peut être par exemple demandé à la personne de monter dans sa baignoire, descendre de son lit, enfiler des chaussures... L'ergothérapeute écoute et observe pour apprécier les besoins. Il expose à la personne ce qu'il peut proposer pour l'aider dans son quotidien (voir §2.4.4 Les modifications du cadre de vie et l'acceptation des changements

¹³ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

¹⁴ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

▷ .

À la suite de cette visite, il fait parvenir le compte-rendu avec les éléments discutés et d'éventuels compléments permettant de mettre en place les préconisations : plan d'aménagement, guide d'utilisation d'une aide technique, schéma de postures adaptées....

À ce jour, aucune modalité spécifique ne prévoit de donner suite à cette visite d'évaluation en dehors du compte-rendu et de la vérification de la conformité des travaux. Le diagnostic « Bien chez moi » ne prévoit pas non plus de disposition particulière sur ce point.

D'un point de vue méthodologique, chaque ergothérapeute procède selon une approche qui lui est propre. Il se base sur son modèle ergothérapique de référence et prend en compte les différentes dimensions qui s'y rapportent.

En référence au MCREO retenu ici, il s'intéressera à la personne (dimensions physiques, cognitives, affectives et spirituelles), ses occupations (productivité, loisirs et soins personnels) et son environnement (physique : le domicile) mais aussi son environnement social et culturel.

2.4.4. Les préconisations

L'évaluation conduit donc, *in fine*, à proposer un éventail de préconisations permettant à la personne de rester chez elle dans les meilleures conditions de confort et de sécurité. Ces mesures peuvent être de différentes natures (Ministère des solidarités et de la santé, 2018) :

► **Des aménagements du logement.** L'ergothérapeute propose alors d'effectuer des travaux pour rendre les pièces non adaptées plus fonctionnelles. Bien souvent, la salle de bain fait l'objet de modifications structurelles importantes : la baignoire devenue difficile d'accès et dangereuse doit être remplacée par une douche. Il peut s'agir également des WC, trop bas, qui doivent être surélevés ou encore de la nécessité de poser des barres d'appui, une rampe d'escalier, une main courante, un monte-escalier...

Dans ce cas, il propose sur la base d'un relevé métré un plan plus adapté et précis pour les artisans qui réaliseront les travaux les données structurantes : dimensions et positions relatives des éléments, type de portes (mi-hauteur ou toute hauteur, coulissante, pliante ou pivotante...).

► **L'utilisation d'aides techniques.** Ces aides peuvent concerner tous les domaines de la vie quotidienne : aussi bien la toilette (brosse au long manche, planche ou siège de bain), que l'aide à l'habillage (enfile bas, chausse-pied au long manche) les repas (couverts adaptés, ouvre boîte électrique...). Il peut s'agir également de **solutions technologiques** adaptées : détection de chute, capteurs de présence pour l'allumage de la lumière, fermeture électrique des volets...

L'intérêt et l'usage de ces aides est présenté et la personne peut faire valoir son intérêt ou non pour les produits présentés.

► **La mise en place de services d'aides à domicile et des conseils pour le quotidien :**

- ▷ Les services d'aides à domicile préconisés peuvent aussi bien prendre la forme :
 - D'aides humaines, souvent déjà identifiées voir mises en place. L'ergothérapeute peut réévaluer le volume nécessaire en fonction des besoins.
 - D'autres services tels que la livraison de courses, de repas, la coiffure à domicile... peuvent également être nécessaires lorsque les déplacements à l'extérieur sont difficiles.
- ▷ Les conseils pour le quotidien ont pour objectifs d'informer et de montrer des techniques facilitant les gestes de la vie quotidienne tel que se lever de son lit, s'asseoir, se baisser pour ramasser un objet.

Dans la majeure partie des cas, pour les personnes âgées, la sécurité est au premier rang des préoccupations de l'entourage et des professionnels. Cette préoccupation conduit à mettre au premier plan les risques de chute, induisant des recommandations sur les tapis, l'encombrement, l'éclairage. Comme le mentionne B. Ennuyer (2018), « *la tentation pour les professionnels, ces « experts » du domicile, est grande d'imposer leur point de vue et leur expertise dans ce qui convient le mieux à la personne...* ». Comme nous l'avons vu, les motivations essentielles du « rester chez soi » ne sont pas la sécurité -car justement la personne se sent en sécurité chez elle- mais c'est avant tout la liberté, le confort et le bien-être. C'est donc un enjeu majeur pour l'ergothérapeute que de résoudre cette difficile équation entre préconiser ce qu'il pense être nécessaire pour la personne et ce qu'elle conçoit être bon pour elle. Selon E. Djaoui (2006), les modifications doivent répondre à certaines conditions pour satisfaire l'intéressé : être pratiques et sécurisantes, respecter l'intimité et viser au maintien d'une image de soi valorisante.

2.5. Les modifications du cadre de vie et l'acceptation des changements

2.5.1. Les modifications du cadre de vie

L'intervention de l'ergothérapeute conduit donc à des propositions d'adaptations plus ou moins conséquentes selon les besoins qu'il identifie. Ces propositions ont pour but d'adapter le cadre de vie. Qu'il s'agisse de la mise en place de services, d'aides techniques ou d'aménagements, leur mise en œuvre génère des changements dans la vie quotidienne de la personne. Ces changements, qui peuvent paraître anodins, ont en fait des conséquences bien plus significatives qu'il n'y paraît. Par exemple, la mise en place d'un service de livraison des repas pour une personne qui aime cuisiner induit le renoncement à réaliser cette occupation signifiante pour elle. C'est son rendement occupationnel¹⁵ qui se trouve impacté dans son quotidien.

Beaucoup plus insidieux, les répercussions sur la personne des aménagements du cadre bâti sont souvent sous-estimées. Qu'il s'agisse de la simple pose d'une barre d'appui, du remplacement d'une

¹⁵ Voir définition § Modèle de référence.

baignoire par une douche ou d'un réaménagement total de l'espace, les conséquences de ces changements peuvent être très mal vécues par ses habitants. Comme expliqué au § 2.2 *Le domicile et ses différentes dimensions*, le domicile représente bien plus qu'un simple lieu d'habitation. Il est à la fois repère et repaire, reflet de l'identité de la personne. Tout changement au sein du domicile se répercute donc sur l'habitant. Mettre en place des aménagements adaptés suppose de prendre en compte bien plus que les normes standardisées issues de la loi du 11 février 2005. En effet, ces normes ne prennent pas en compte les conceptions de « l'habiter » et les modes de vie réels des personnes âgées. Aussi elles « entraînent la défiguration du lieu de vie, de la forme du chez soi et donc de l'image intérieure de soi à un moment de l'existence où la stabilité de cette représentation est essentielle à l'individu pour faire face à des transformations existentielles majeures ». (Dreyer, 2017).

La posture de l'ergothérapeute dans le cadre de son évaluation du domicile tel que présenté au §2.4.3 est doublement complexe : non seulement il est étranger à la personne et pénètre son intimité pour la première fois mais il a de plus pour mission de le conseiller sur les améliorations qu'il pourrait apporter à son cadre de vie. On conçoit donc qu'il est souvent difficile pour ces personnes d'accepter instantanément les propositions. Comme le souligne Geneviève Laroque (2011), « la décision peut être malaisée à prendre et l'aide de préconisateurs divers, ergothérapeutes par exemple, souvent tardive sinon refusée ».

Des études montrent en effet que la concrétisation des mesures proposées ne sont bien souvent pas suivies de faits. Une enquête du CREEDAT¹⁶ effectuée en 2016 auprès de personnes âgées ayant reçu la visite d'ergothérapeutes montre en effet que la majorité des préconisations sont incomplètement réalisées : non acquisition fréquente des aides techniques, projets non réalisés à hauteur de 54% (ANFE, 2016). Notons que ces retours sont faits sur une période allant de 1 à 3 ans.

2.5.2. L'acceptation des changements

La non mise en œuvre des propositions de l'ergothérapeute peut être liée à de multiples facteurs, tel que bien entendu des aspects financiers, pratiques ou encore juridiques (aval du propriétaire pour un locataire par exemple). Mais avant cela, il est fondamental de questionner l'acceptation de ces propositions, prérequis à toute amorce de démarche de mise en œuvre.

D'un point de vue étymologique, le mot « accepter » vient du latin *acceptare*, « recevoir, accueillir », de *capere* « prendre ». La définition commune est : « consentir à prendre, à recevoir ¹⁷ ». Au sens abstrait, on trouve également la notion de « considérer comme vrai »¹⁸. Aussi, pour « consentir à prendre » ce changement faut-il le concevoir comme légitime. Pour la personne concernée, le changement n'est pas légitime parce qu'un professionnel le lui recommande mais parce

¹⁶ Centre Régional d'Ergothérapeutes : Etudes, Diagnostics, Adaptations, Techniques.

¹⁷ Le grand Larousse illustré, 2018

¹⁸ Le petit Robert, 2019

qu'elle est elle-même convaincue de son intérêt. Aussi, « *il faut développer des aménagements qui ont du sens et rendre la personne actrice du changement pour qu'elle puisse l'accepter* ». (Trouvé & Corlay, 2016).

Accepter un changement suppose un cheminement qui peut être long selon l'objet concerné. En effet, changer suppose de faire le deuil du passé. La psychiatre Elisabeth Kübler-Ross a élaboré la théorie des cinq étapes du deuil : le déni, la colère, la négociation, la dépression et, enfin, l'acceptation. Dans l'exemple évoqué plus haut de la livraison des repas pour une personne qui aime cuisiner, faire le deuil de cette occupation ne peut se faire du jour au lendemain. Pour les personnes âgées, ce renoncement est plus difficile encore car il ne s'agit pas d'un renoncement temporaire mais bien souvent définitif qui les renvoie alors à leur grand âge.

De plus, comme le souligne E. Offenstein (Accompagner le changement, 2016), les regards du professionnel et de l'intéressé ne sont souvent pas les mêmes. Le professionnel porte un œil expert et repère en premier lieu les situations à risque. Cette expertise attendue l'engage à être le plus objectif possible compte-tenu des besoins observés et proposer ce qu'il estime de « meilleur » pour la personne. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute propose de supprimer les tapis, il y voit les précautions indispensables pour éviter les chutes alors que l'intéressé y voit pour sa part une diminution de l'atmosphère chaleureuse de sa pièce. Ainsi, « *la personne dispose donc de raisons solides et compréhensibles pour ne pas s'inscrire dans le changement. Ces raisons sont infinies, uniques à chaque individu et peuvent être bien ou mal fondées selon notre cadre de référence. Dans tous les cas, elles empêchent ou altèrent le processus de changement incité par l'intervention de l'ergothérapeute* » (Offenstein, 2016). Les aides proposées sont donc fréquemment en lien avec la sécurité. Elles sont pour beaucoup des équipements de matériel paramédical : lit médicalisé, barres d'appui et rehausseur, table roulante... Ce type d'équipement est souvent vécu comme stigmatisant pour la personne âgée ; il accentue encore plus le rejet puisqu'il met en exergue les difficultés liées à l'avancée en âge justement mal acceptées.

Les aménagements du domicile et plus largement du cadre de vie, avec tout ce qu'ils portent d'un point de vue psychique, demandent donc nécessairement du temps avant d'être acceptés. Stéphanie Heddebaut (2009) explique bien que l'appropriation des aides proposées « *signifie que la personne a accepté sa déficience et son incapacité, qu'elle a cheminé dans son travail de deuil de ses capacités antérieures, de son état de parfaite santé* ».

2.5.3. L'accompagnement

Ainsi, modifier ses habitudes de vie et son domicile est un changement profond, en particulier pour les personnes âgées. Le changement est un processus long qui ne s'envisage pas sur le court terme. Les stratégies d'intervention de l'ergothérapeute contribuent à ce processus. Comme le souligne Eric Trouvé (Trouvé & Corlay, 2016) , les actes mis en œuvre dans sa pratique « *aident,*

accompagnent, soutiennent cette acceptation du changement, donnent du sens à ceux-ci. Il est nécessaire de prendre la personne où elle se trouve dans son cheminement et de l'accompagner plus loin ».

Accompagner, selon le petit Robert¹⁹ c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui, aller de compagnie avec* ». Malgré cette définition qui peut sembler claire et précise, cette notion reste floue. Il n'y a pas d'accompagnement dans l'absolu mais l'accompagnement de quelqu'un. Chaque accompagnement est propre à la situation de chaque personne et suppose pour les professionnels une constante adaptation. Comme l'explique Maela Paul (2012), il ne s'agit pas d'une compétence acquise mais d'un savoir-être qui se construit avec l'autre, une posture à adopter.

Maela Paul (2012) distingue deux types d'accompagnement : l'« accompagnement/maintien », impliquant la présence auprès d'une personne et l'« accompagnement/visée », qui consiste à « *dynamiser cette personne dans la réalisation d'un projet* ». Par ailleurs, elle explique que tout accompagnement a un double objectif, à la fois productif : « *se décide comme investissement et s'apprécie comme résultat* », et constructif : « *se réalise dans le projet d'autonomisation de son porteur et s'apprécie comme enrichissement* ». La personne accompagnée s'approprie les objectifs et en devient elle-même actrice. On peut donc entrevoir au regard des rôles des différents acteurs défini plus haut les spécificités de l'accompagnement attendu de chacun d'entre eux :

- Beaucoup interviennent dans le cadre d'un « accompagnement/maintien », avec une fonction de présence dans le quotidien pour agir en substitution de ce que la personne ne peut plus réaliser seule. Il s'agit entre autres des proches (aidants familiaux, amis, voisins), des aides professionnels au domicile mais aussi de l'assistante sociale.
- Pour les ergothérapeutes, le cadre d'intervention est centré sur l'« accompagnement/visée », qui consiste à autonomiser la personne : l'objectif est de faire en sorte que son aide ne soit plus nécessaire.

E. Offenstein (Accompagner le changement, 2016) s'est attaché à comprendre ce que doit faire l'ergothérapeute pour accompagner une personne dans les modifications de son environnement. Tout d'abord, il explique qu'« *accompagner le changement pour l'ergothérapeute demande déjà de déplacer son regard de l'aménagement de l'environnement à réaliser, à l'ensemble de tous les changements que cet aménagement provoque* ». Il propose trois axes sur lesquels il doit intervenir dans cet accompagnement pour encourager la personne à s'engager dans les changements. L'auteur s'appuie sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), modèle humaniste qui conceptualise l'homme sous trois composantes : volition²⁰, habitude²¹ et capacités de performance²². Il retient donc ces trois dimensions comme base pour l'accompagnement du changement par l'ergothérapeute :

¹⁹ Le petit Robert, éd. 2019

²⁰ Correspond à la motivation de la personne à agir sur l'environnement ; elle comprend les valeurs, les centres d'intérêt et la causalité personnelles (Morel-Bracq, 2017)

- ▷ La motivation de la personne (définie par Le petit Robert (2013) comme « *ce qui pousse quelqu'un à agir* ») plus précisément sa motivation intrinsèque, c'est-à-dire ses propres perceptions et attentes vis-à-vis d'une situation.
- ▷ L'élaboration de l'expérience, soit le principe de tester pour s'approprier, avec l'idée que « *pour changer, il faut connaître* ».
- ▷ Les dispositions potentielles accessibles à la personne, c'est-à-dire l'ensemble de ses capacités physiques, psychiques et mentales à soutenir le changement. Il s'agit là simplement des fondements de l'approche ergothérapeutique qui s'attache à s'appuyer sur les capacités propres à chaque personne pour une prise en charge pertinente.

Ainsi, ma problématique : **Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter l'acceptation des préconisations envisagées pour le maintien au domicile ?**

m'a donc conduite à poser l'hypothèse suivante :

L'accompagnement par l'ergothérapeute favorise l'acceptation des préconisations issues de l'évaluation du domicile

²¹ Renvoi à l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familial. Elle comprend les habitudes et les rôles (Morel-Bracq, 2017)

²² Correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes subjectives sous-jacentes et à l'expérience subjective du corps (Morel-Bracq, 2017)

3. Cadre expérimental

3.1. Méthodologie d'enquête

3.1.1. Objectifs de l'enquête

Il s'agit de répondre à la l'hypothèse, à savoir valider ou non le fait que l'accompagnement favorise l'acceptation. Pour ce faire, il est nécessaire de décomposer cet objectif en sous-objectifs plus précis permettant d'objectiver la question. J'ai donc cherché au travers de l'enquête expérimentale à :

- ▶ Evaluer l'écart entre les attentes et motivations de la personne avant l'intervention de l'ergothérapeute et après sa venue :
 - ▷ Quelles étaient les attentes et motivations préalables à sa venue ?
 - ▷ Quels ont été les apports de l'ergothérapeute suite à sa visite d'évaluation ?
 - ▷ Quelles sont les satisfactions et insatisfactions ?
- ▶ Déterminer le degré d'acceptation des préconisations suite à l'évaluation du domicile par l'ergothérapeute :
 - ▷ Quels sont les écarts entre ce qui est préconisé et ce que la personne a la volonté de réaliser ou acquérir (ou a déjà réalisé ou acquis) ?
 - ▷ Quels sont les motifs de mise en œuvre (ou de non intention de mettre en œuvre) des préconisations ?
- ▶ Déterminer les besoins et attentes en termes d'accompagnement de la personne par l'ergothérapeute suite à l'évaluation du domicile :
 - ▷ Nature des besoins / attentes suite à la visite.
 - ▷ Points d'amélioration pouvant être proposés pour donner suite à la visite.

3.1.2. Population

Afin d'apporter des réponses les plus exhaustives possibles, je me suis intéressée aux deux populations concernées :

Les personnes âgées

Premières bénéficiaires, elles sont au cœur de la problématique et sont les mieux placées pour formuler des éléments de réponse sur l'acceptabilité de ce qui leur est proposé. Je me suis intéressée plus précisément à deux types de populations :

- ▶ Les personnes ayant récemment reçu la visite de l'ergothérapeute, donc n'ayant pas été (encore) accompagnées.
- ▶ Les personnes ayant bénéficié d'une visite puis d'un accompagnement par l'ergothérapeute.

Pour ces deux types de population, elles ont été « recrutées » par le biais des ergothérapeutes ayant effectué une visite à leur domicile. Pour les premières, six à huit semaines auparavant : cette durée est suffisamment courte pour conserver un souvenir de la visite mais assez distante par ailleurs pour avoir un recul suffisant sur les préconisations (Nicole Seve Ferrieu, 2010) Pour les secondes, plusieurs mois après, et suite à une phase d'accompagnement. Cet accompagnement a notamment porté sur l'interface avec le bailleur social, le suivi de l'avancée des travaux et la coordination avec la demande d'APA. Il a également porté pour l'une d'entre elles sur l'essai d'Aides techniques après la visite.

Ces personnes répondent aux critères suivants :

- ▷ Elles sont âgées de 75ans et plus, âge notamment retenu dans le cadre du diagnostic « Bien chez moi » proposé par AGIRC-ARRCO.
- ▷ Elles vivent à leur domicile, seules ou non.
- ▷ Elles n'ont pas bénéficié d'un suivi ergothérapique préalable à la visite.
- ▷ Leur GIR est > 2
- ▷ Elles ne présentent pas de troubles cognitifs altérant leur capacité d'échange et d'analyse de leur propre situation lors d'un entretien. Ce critère a pu être évalué par l'ergothérapeute qui a effectué la première visite et pu observer les capacités de la personne sur ce point.
- ▷ Elles ne sont pas dans le cadre d'un retour au domicile suite à une hospitalisation.

Ce dernier critère de non inclusion, permet de mieux cibler la problématique de l'acceptation. En effet, les personnes âgées vues par les ergothérapeutes dans le cadre d'un retour au domicile suite à une hospitalisation ont souvent subi des pertes de fonctions plus ou moins brusques suite à des traumatismes ou maladies. Elles sont au moment du retour bien souvent encore fragiles et la problématique de l'acceptation est spécifique.

LES ERGOTHERAPEUTES

L'avis des ergothérapeutes, en tant que préconisateurs au cœur des pratiques, est également indispensable à la compréhension des facteurs de réponse à l'hypothèse. Les participants à l'enquête répondent aux critères suivants :

- ▷ Ils sont sollicités directement par un particulier, ses proches ou par un organisme tiers (CCAS, CLIC ...) suite à une demande d'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) ou dans le cadre d'un diagnostic « Bien chez soi » par exemple.
- ▷ Ils travaillent dans des structures dans le cadre desquelles ils ne suivent pas les patients (avec des prises en charge préalables à la visite type hôpital, SSR, HAD, SSAD, SSIAD... etc.). Il s'agit donc davantage d'ergothérapeutes exerçant en libéral ou dans des structures type caisses de retraite, caisses complémentaires, SOLIHA, d'associations telles que « Merci Julie » ou des sociétés indépendantes comme « Bel'Avie ».

3.1.3. Outils d'investigation

ENTRETIEN SEMI-DIRIGE AUPRES DES PERSONNES AGEES

Cette démarche a été conduite :

- ▷ Sous forme d'un entretien semi-dirigé car des données qualitatives riches et nuancées (Luc Van Campenhout, 2011) sont attendues. Il s'agit indirectement de questionner « la vie intérieure de l'individu » (Alain Blanchet, 2015). Ces données doivent permettre d'étayer la compréhension des réponses aux questions posées sur le délicat sujet de l'acceptabilité et des attentes sur l'accompagnement ; il est nécessaire pour cela de laisser les individus s'exprimer librement avec les mots qu'ils souhaitent. J'ai donc rencontré trois personnes ayant reçu une visite récente, donc non encore accompagnées et trois ayant été accompagnées suite à une visite plus ancienne.
- ▷ A leur domicile, car ce lieu et les occupations impactées par les préconisations proposées sont au centre du questionnement et comme le souligne Alain Blanchet (2015) « le lieu communique des significations qui sont susceptibles d'être mises en acte dans le discours de l'interviewé ». Il est donc important de comprendre avec la personne chez elle ce qu'elle pourra évoquer au cours de l'entretien. De plus, cette population reste dans la culture de l'échange et la communication orale directe.

QUESTIONNAIRE AUPRES DES ERGOTHERAPEUTES

Afin d'enrichir les réponses issues des interviews et de croiser les points de vue entre les regards des professionnels et les attentes des patients, un questionnaire auto-administré (L.Parizot, 2012) a été envoyé aux ergothérapeutes. Il doit contribuer à objectiver les modalités d'accompagnement possibles (Singly, 2016) et à comprendre la vision du professionnel en regard des attentes de leurs patients. Ce questionnaire mixe des questions ouvertes et fermées.

Il a été communiqué par voie électronique auprès d'environ 200 ergothérapeutes effectuant des évaluations du domicile. La liste des 214 ergothérapeutes libéraux travaillant en gériatrie de l'ANFE a notamment servi de base. Ce volume est proportionnellement important au regard de la population totale des 1.432 ergothérapeutes travaillant en libéral en 2018 et qui sont relativement peu nombreux à travailler en gériatrie. Cette base a été complétée par des professionnels exerçant dans des structures de type SOLIHA (SOLIdaires pour l'HAbitat) ou des sociétés proposant des évaluations du domicile type « Bel'Avie » ou « Merci Julie ». Au total, 42 ergothérapeutes ont répondu.

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré car cette population est très sollicitée et n'a pas nécessairement beaucoup de temps à consacrer à des modalités trop lourdes ; Par ailleurs, cette population est jeune et habituée à utiliser ce type d'outil. L'envoi a été effectué par voie électronique (Google Forms) pour des raisons pratiques, écologiques et opérationnelles.

3.2. Analyse des données recueillies

3.2.1. Analyse des entretiens

Cette analyse est basée sur les six entretiens menés auprès des personnes dont les profils sont précisés §3.1.2. Ces entretiens ont été réalisés suivant un guide d'entretien (voir Annexe 4 : Guides d'entretien) et ont été entièrement retranscrits. La retranscription de deux d'entre eux figure en Annexe 7 : Entretiens. Afin d'établir une analyse comparative et structurée, un tableau de synthèse a également été réalisé sur la base des thèmes abordés. Ce tableau récapitulatif figure en Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens.

L'ORIGINE DE LA DEMANDE ET LES ATTENTES DE LA VISITE DE L'ERGOTHEPEUTE

Origine de la demande

Dans quatre cas sur six, la demande de visite s'est faite de manière indirecte ; la personne ne s'est pas tournée d'elle-même vers l'ergothérapeute pour solliciter ses services mais un organisme tiers le lui a proposé :

- En lien avec une demande d'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) dans trois des cas : le référent APA propose qu'un ergothérapeute vienne au domicile évaluer les besoins. « *L'évaluatrice de l'APA nous l'a proposé mais il fallait quand même qu'on donne notre accord et donc on a dit oui* » (Fille de Madame F).
- Suite à la proposition de la caisse de retraite complémentaire : « *Ils m'ont contacté pour savoir si j'avais besoin d'aide à mon domicile ; que c'était un conseil et que je pouvais en bénéficier* » (Monsieur D).

Dans les deux autres cas, les proches (famille ou amis) font part de leur expérience et la personne se renseigne pour faire venir l'ergothérapeute « *J'ai eu ses coordonnées par l'amie d'une amie* » (Madame A).

Connaissances du rôle de l'ergothérapeute

Au moment de la visite, le métier d'ergothérapeute n'est souvent pas connu des personnes. Seul Monsieur D, ayant travaillé en hôpital, en avait connaissance. Le périmètre d'action est souvent mieux cerné après la visite mais l'ergothérapeute reste identifié comme une personne s'occupant de l'aménagement du domicile sans considération particulière de la personne. Ainsi, lorsque Madame C se questionne sur le fait de ré interpellé plus tard un ergothérapeute, elle mentionne : « *Je la rappellerais peut-être... j'avais entendu que le gouvernement mettrait en place des aides pour les chaudières...* ». Des confusions demeurent donc parfois sur le réel cadre et périmètre d'intervention de l'ergothérapeute, même après les explications et la visite.

Les personnes ayant été accompagnées sont plus au fait des champs d'action car elles l'ont côtoyé sur une longue durée et le définissent plus volontiers comme « *la personne qui connaît mes besoins pour l'aménagement* » (Madame E).

Attentes et motivations préalables de la visite

Pour l'intégralité des personnes rencontrées, il n'y a pas lors de la visite de questionnaire dans l'absolu sur ce qui peut être fait pour faciliter leur quotidien. Les attentes concernant la visite proprement dite sont souvent floues, ceci probablement dû au fait que le rôle de l'ergothérapeute est mal connu : « *J'attendais... j'attendais... en fait je ne savais pas de quoi ça allait parler alors, j'en attendais rien du tout !* » (Madame B). Pourtant, pour chacune des personnes rencontrées, des besoins spécifiques et précis avaient été identifiés au préalable et sont à l'origine de la visite de l'ergothérapeute. Ces besoins sont souvent en lien avec la salle de bain ou les déplacements :

- Madame A : changement de la douche dont la marche est trop haute.
- Madame B : rénovation des marches extérieures pour l'accès à la maison et main courante.
- Madame C : mise en place d'un monte-escalier et d'une porte de baignoire.
- Monsieur D : changement de la baignoire en douche.
- Madame E : changement de la baignoire en douche.
- Madame F : mise en place d'un monte-escalier, acquisition d'un télé-agrandisseur et mise en place d'une douche à la place de la baignoire.

Rares sont ceux qui se questionnent sur ce que peut leur apporter la visite en dehors de ce à quoi ils avaient déjà réfléchi. Seul Monsieur D, pour qui la visite s'est effectuée suite au démarchage de sa caisse de retraite complémentaire et qui connaissait les ergothérapeutes n'était pas focalisé seulement sur sa douche et restait ouvert à toutes les propositions qui pouvaient lui être faites : « *Je me suis dit pourquoi pas* ».

La visite est souvent attendue pour le constat du besoin : « *C'est eux [l'APA] qui ont donné les directives et ont envoyé cette dame [l'ergothérapeute] pour poser des questions et constituer un dossier* » (Madame C). Au-delà de ce constat, il est même attendu de l'ergothérapeute qu'il justifie le besoin d'aménagement identifié auprès d'un organisme (le bailleur par exemple) « *C'est en parlant comme ça une fois avec Monsieur Be. ; J'ai dit « Ah ben tiens, faut que je fasse refaire ma salle de bain mais bon, je n'ai pas les moyens, ça coute trop cher pour moi » et il m'a dit « Ah mais attendez, moi j'ai une adresse ; essayez ! soit ça marche ou soit ça ne marche pas ! » (...)* « *Quand l'ergothérapeute est venu, j'avais juste un certificat médical du médecin pour que je donne à Logia [le bailleur social] pour qu'ils me fassent une douche* ».

L'ergothérapeute a donc souvent un rôle de justificateur, de « catalyseur » qui vient, par sa visite, débloquent la situation.

Avis sur l'intervention proprement dite

La plupart des personnes se disent satisfaites, voire très satisfaites de la visite proprement dite. « *Moi, j'étais enchantée !!! j'ai trouvé très très bien ; tout ce qu'elle a fait j'ai trouvé que c'était parfait* » (Madame A). On peut noter cependant que certains, sans le verbaliser directement, émettent des réserves. Souvent, le ressenti de l'intervention est en lien avec l'implication amont de la personne elle-même, en fonction de l'origine de la demande : si elle est directement demandeuse ou si elle vient d'un proche. Lorsqu'elle est directement demandeuse (comme Madame A, Monsieur D ou Madame E), elle est souvent très satisfaite. Dans le cas où la demande d'origine a été formulée par un proche, le degré de satisfaction n'est pas aussi fort. Par exemple Madame B, qui a reçu la visite suite à la demande de sa petite fille, est plus réservée : « *...enfin j'ai pas voulu la contrarier ... Parce que je me suis dit « c'est moi qui ai ça dans la tête » mais bon ...* » .

Par ailleurs, la relation avec l'ergothérapeute en tant que Personne influence beaucoup le vécu *a posteriori* de la visite. L'âge a été particulièrement noté à deux reprises et pour deux ergothérapeutes différentes. Dans un cas, il est davantage vécu comme un facteur positif, une agréable surprise (Madame A) : « *Elle est adorable. Ah oui, elle est très très gentille. Mais elle est tellement jeune ! J'ai été surprise vous pouvez pas savoir ! mais agréablement parce qu'elle est adorable, elle est très très gentille. Moi, j'étais enchantée !!!* ». Dans l'autre cas, ce paramètre semblait amener davantage de la distance (Madame B) : « *... ça me gênait un petit peu. Elle était jeune ! Elle était plus jeune que mes petites filles je suis sûre. (...) Après elle était gentille, gentille comme tout hein, on peut pas dire. C'est pas...* ». La notion de confiance en la personne semble fondamentale et très liée à un ressenti subjectif (Madame E) « *J'ai eu confiance en lui d'abord. Parce que je ne connaissais pas le fonctionnement du métier, moi* » .

Le lien avec les attentes et motivations préalables

Comme exposé précédemment, toutes les personnes rencontrées avaient déjà avant la venue de l'ergothérapeute des projets plus ou moins précis d'aménagement. Il est donc attendu de sa part qu'il valide ce projet tout en le précisant. Les autres préconisations qu'il est amené à faire selon les besoins qu'il constate sont accueillies avec plus ou moins d'enthousiasme. Madame A par exemple est agréablement surprise de ces propositions qu'elle n'attendait pas : « *J'étais étonnée mais euh... ; je ne dirais pas effarée mais presque ...de tout ce qu'elle pouvait apporter à mon confort... Non, honnêtement j'en attendais pas autant !* ». Par contre, d'autres comme Madame B restent très sceptiques « *Après moi, faut voir... Il y a juste vraiment ces marches à l'entrée avec la barre, là, pour se tenir. Le reste... J'ai retenu... j'ai retenu... je reconnais que ça peut être utile mais bon...* » .

Les préconisations non attendues sont souvent considérées comme secondaires et non essentielles, comme l'exprime par exemple la fille de Madame F : « *En fait, on a fait le plus*

prioritaire : le monte-escalier, la loupe... en fait le reste c'est tellement des petites bricoles que...» ou encore Madame E, au sujet des WC qu'il est nécessaire de rehausser mais qu'elle n'avait pas « prévu » : *« Je n'ai pas voulu car ils n'étaient pas esquinés et je n'ai pas voulu exagérer. Ce n'était pas nécessaire ».*

Même si l'ergothérapeute prend toujours soin de s'assurer lors de la visite que la personne comprend ses propositions et qu'il ne les spécifie au compte-rendu que si la personne s'est montrée « intéressée », l'acceptation n'est pas pour autant toujours effective.

L'ACCEPTATION DES PRECONISATIONS

Acceptation préalable

Pour la grande majorité des interviewés, le projet d'aménagement était déjà mûrement réfléchi depuis parfois plusieurs années : *« J'avais déjà demandé il y a 6 ans au moulin vert ! »* (Madame A), *« J'avais déjà fait venir quelqu'un il y a deux ans, une société, comme ça... »* (Madame C), *« En fait le monte-escalier, on en a parlé déjà il y a 3 ans. C'est pour dire, ce n'est pas nouveau ! »* (Madame F). Ainsi, la réflexion a souvent déjà été faite en amont, en tous cas sur les modifications importantes, celles pour lesquelles l'ergothérapeute est sollicité. Dans ce cas, l'acceptation est déjà effective avant même sa venue et il ne fait qu'appuyer une demande déjà acceptée.

Lorsqu'il s'agit de propositions non attendues, elles sont accueillies de façon variable. Madame A par exemple, reçoit avec enthousiasme l'idée d'une chaise haute pour faire sa cuisine. Madame C est également ravie de découvrir qu'il existe un ouvre-boîte électrique pour lui permettre de se faire à manger seule (*« J'ai beaucoup d'arthrose dans mes mains alors si il faut que j'attende que mes petits-fils soient là pour ouvrir ma boîte, on n'est pas couchés !!! »*). Par contre pour Madame B, l'acceptation est beaucoup plus difficile. Lorsque la question *« Donc pour vous, cela vous paraît-il adapté à vos besoins ? »* lui est posée au sujet de ce qui lui a été proposé en dehors des marches d'accès qu'elle attendait, elle répond : *« Pour l'instant, je dirais même non ! Parce que je me débrouille très bien toute seule ».*

Il est donc intéressant d'analyser plus en détail les raisons qui influencent l'acceptation des propositions qui ont pu être mis en évidence au cours des entretiens. Notons bien que les motivations et freins à cette acceptation n'incluent donc pas la question de financement des propositions considérées comme frein à la mise en œuvre et non à l'acceptation.

Freins et Motivations à l'acceptation

Les freins

► L'acceptation de soi

Accepter d'aménager son lieu de vie ou d'y intégrer des aides techniques signifiant des difficultés à y être parfaitement autonome suppose avant tout de s'accepter soi et ses incapacités liées à l'âge qui avance :

- ▷ Madame C par exemple n'accepte pas les préconisations qui lui ont été faites. En approfondissant les raisons qui la poussent à ce rejet, on comprend qu'il s'agit davantage d'un refus de vieillir et de perdre son autonomie que d'un réel refus de mettre en place les propositions : « *Là ça oui, alors ça je suis d'accord [au sujet des marches d'accès extérieures] Mais pour le reste... Oui c'est vrai, il faut penser pour plus tard. Vous voyez ma voisine derrière, là, elle est dans un état pitoyable et elle est plus jeune que moi, mais elle ne peut plus marcher, elle ne peut plus se laver, elle ne peut plus se lever de son lit, elle ne peut plus rien !* ». Elle s'évalue constamment par rapport à son entourage et met en avant le fait qu'elle est en meilleure santé : « *Je comprends parce que je suis entourée de personnes âgées. Vous comprenez, on est que des veuves dans le coin et je suis dans l'ensemble la mieux !* ». Plus tard, elle ajoute au sujet de sa maman : « *Fallait voir, elle avait 90 ans et elle faisait tout toute seule : elle prenait sa douche toute seule, tout, elle faisait tout toute seule (...)* Ben oui, parce qu'elle ne voulait pas s'avouer devenir comme ça ! Pis moi vous savez, j'suis un peu comme ça ! ».
- ▷ Madame A pour sa part a eu déjà un parcours de vie difficile et fait progressivement le deuil de sa mobilité. Elle accepte volontiers les différentes propositions.
- ▷ Madame F, qui a également fait le deuil d'une santé, accepte volontiers toutes les solutions qui peuvent lui permettre de rester chez elle : « *Et puis, ce qu'il y a c'est que, personnellement, j'ai du mal pour tout maintenant. Avec mes yeux, ça m'isole de tout. Je ne peux plus lire, je ne peux plus écrire... enfin, les petits rien de la vie, c'est compliqué* » (...) « *Oui, je suis diminuée mais il reste quand même un parcours* ».

► Le lien affectif avec le lieu de vie

L'attache affective au lieu de vie et ce qu'il représente peut également constituer un frein à l'acceptation. Pour Madame C et Madame F par exemple, qui ont vécu toutes deux plus de quarante ans dans leur domicile, certaines solutions auraient été difficiles à accepter. La question ne s'est pas posée directement puisque d'autres propositions ont pu permettre de les contourner mais elles reconnaissent elles-mêmes qu'il aurait été difficile d'accepter certains aménagements :

- ▷ Madame C rêvait lorsqu'elle était enfant d'avoir une salle de bain rose. Son mari tenait absolument à ce que ce rêve se réalise et ils ont donc emprunté pour faire cette salle de bain qu'ils ont eu du mal à rembourser. Remplacer la baignoire par une douche eût été pour elle un « crève-cœur ». Elle a trouvé la solution de faire une porte de douche sur cette baignoire pour la conserver même si une partie de la baignoire doit être cassée : « *Et puis vous savez madame, j'y tiens tellement à cette salle de bains rose que je préfère mettre une porte que de*

retirer la baignoire !!! C'est sentimental vous savez !!! ». Elle dit par la suite penser qu'elle aurait fini par accepter de casser la baignoire s'il n'y avait pas eu d'autre solution...

- ▷ Madame F pour sa part est une personne qui a besoin d'espace pour vivre. Elle a toujours été habituée à occuper le rez-de-chaussée et l'étage. Pour elle, rester chez elle n'a de sens qu'à condition de pouvoir occuper tout l'espace, étage y compris. Le monte-escalier a rendu possible ce souhait mais si tel n'avait pas été le cas, elle n'aurait pas envisagé de rester chez elle : *« En fait vous voyez, je ne voulais pas revenir habiter ma maison pour habiter simplement le plein pied si vous voulez. Si c'est ça, autant la vendre »*. Puis, elle ajoute : *« Oui, si c'est pour m'enfermer uniquement dans le rez-de-chaussée, autant prendre un petit appartement dans un foyer »*.

Les motivations

▶ Le lien avec l'engagement occupationnel

Lorsque la proposition d'aménagement ou l'aide technique proposée fait sens pour la personne, qu'elle va lui permettre de se réaliser dans ses activités, elle est reçue avec enthousiasme et acceptée spontanément. Dans le cas de Madame A par exemple, la proposition de chaise haute dans la cuisine fait écho pour elle et elle adhère à l'idée. En effet, cet aménagement touche à son engagement occupationnel : cette chaise lui permettra de s'adonner à une occupation signifiante pour elle qu'est la cuisine : *« Parce que je fais à manger ; j'adore cuisiner pour mes amis et aussi mon fils et ma belle-fille mais quand je cuisine, je me cale et ce n'est pas bon pour mes genoux... »*.

▶ Le lien affectif avec le lieu de vie

Ce facteur a été évoqué plus haut comme frein à l'acceptation mais il peut également être moteur. En effet, la volonté de rester chez soi peut primer sur tout le reste et parfois quelles qu'en soient les conditions. On observe notamment cette motivation auprès des personnes qui vivent au même endroit depuis très longtemps :

- ▷ Madame A, lorsqu'elle évoque les raisons qui la poussent à faire des évolutions chez elle : *« Oui, parce que je veux rester chez moi ; Vous vous rendez compte, ça fait 45 ans que je suis ici »*.
- ▷ Madame C, qui vit depuis plus de 40 ans dans sa maison dit finalement au sujet de la mise en place d'une douche *« Après s'il avait fallu, je l'aurais fait la douche, faut savoir ce qu'on veut »*.
- ▷ Madame F, qui revient sur l'importance de rester chez elle : *« Oui, j'ai besoin d'espace vous voyez. J'ai été habituée mais c'est... ça fait 40 ans que j'habite ici alors vous voyez... »* et sa fille enchaîne *« C'est vrai, on n'en a pas parlé tout à l'heure alors que c'est peut-être le truc ... fondamental »*. Puis, évoquant plus tard ses bonnes relations avec le voisinage : *« Et puis ça m'a permis de rester dans ma maison, qui avait été quand même le but de notre vie à mon mari et à moi »*.

Ainsi, on constate qu'accepter les préconisations faites par l'ergothérapeute est dépendant de multiples facteurs, très variables d'une personne à l'autre. Mais reste encore un pas à franchir : celui de l'acceptation à la mise en œuvre.

► L'expérimentation

L'un des facteurs qui a facilité l'adhésion de Madame F au projet de monte-escalier est l'expérience dont elle a bénéficié avant. Cet élément semble avoir concouru au cheminement qu'elle a fait : lors d'un séjour dans un centre de rééducation, elle s'est rendue compte que monter et descendre les marches présentait pour elle un risque car elle n'était pas dans son environnement habituel. Elle a pu tester des moyens alternatifs et a pris conscience de ce que cela pouvait lui apporter : « *j'ai eu l'occasion de vivre 3 ou 4 mois au centre où il y avait des ascenseurs et des monte-cesti et monte-cela et que c'était sécurisant* ».

LA MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS

Projets et réalisations

Le passage de l'acceptation de la préconisation à la mise en œuvre effective n'est pas aussi évident qu'il peut paraître. Bien entendu, les deux groupes de personnes interviewées ne sont pas entièrement « comparables » sur ce point puisque celles n'ayant pas été accompagnées ont été rencontrées peu de temps après la visite de l'ergothérapeute alors que celles ayant bénéficié d'un accompagnement ont été interrogées à distance de la visite de l'ergothérapeute et ont déjà eu le temps de mettre en œuvre le projet. Quoi qu'il en soit, on distingue :

- Les préconisations qui étaient attendues avant la visite qui sont -comme exposé plus haut- préalablement acceptées : toutes les personnes rencontrées déclarent avoir l'intention de réaliser ou ont déjà réalisé les aménagements.
- Les propositions non attendues : la réalisation des travaux et l'acquisition des aides techniques (ou intentions de) ne sont que partielles.

La concrétisation du projet rencontre un certain nombre d'obstacles qui rendent l'aboutissement parfois difficile. Il est donc intéressant d'analyser les paramètres qui influencent la concrétisation des projets :

Le financement

Au premier rang des difficultés rencontrées pour réaliser les propositions, le financement est systématiquement évoqué.

Pour Mesdames C1, B et C3 ainsi que Monsieur D, des prises en charge ont été faites totalement ou partiellement par le bailleur social ou l'APA. Cela reste néanmoins un facteur clé qui malgré le réel besoin aurait empêché la concrétisation pour certains (Madame E) : « *C'est en parlant*

comme ça une fois avec Monsieur Be. ; J'ai dit : « Ah ben tiens, faut que je fasse refaire ma salle de bains mais bon, j'ai pas les moyens, ça coute trop cher pour moi » ». Monsieur D déclare également : « Si la caisse de retraite ne m'avait pas contacté, je ne l'aurais pas fait ! (...) Si non c'était à mes frais. Ils me proposaient 5000 € ! ». Pour Madame F, pour qui le montant des travaux et acquisitions était très élevé (notamment le monte-escalier et le télé agrandisseur), les contributions étaient cruciales ; sa fille lui rappelle : « Oui maman, et aussi il y avait l'argent. Parce que ça coute cher un monte-escalier. Parce qu'elle avait zéro aide. Donc c'était aussi un des facteurs ». Elle a cherché à minimiser le montant des travaux en faisant faire la douche par son fils : « Parce que là pour le coup, on a fait vraiment beaucoup moins cher que ce qui était préconisé puisque c'est mon frère même qui a fait l'installation » (fille de Madame F).

Cependant, certaines personnes sont prêtes à affronter des difficultés financières pour réaliser le projet : Madame C, qui n'était au moment de l'interview que dans l'intention de faire puisque la visite était récente déclare « Je vais faire ce qu'elle [l'ergothérapeute] m'a dit. Avec ou sans subventions, tant pis !! ». Elle n'a pourtant que peu de moyens : « On a eu du mal à la payer cette maison ». Elle connaît le montant des investissements et est prête à faire des sacrifices car pour elle il est crucial de rester chez elle (« Oui, parce que je ne veux pas aller dans une maison de retraite »).

Les démarches administratives

Pour Madame F, les démarches administratives ont été longues et difficiles. La complexité résidait dans la coordination du dossier APA nécessaire pour le financement et la réalisation des travaux. Sa fille a expliqué très longuement les difficultés administratives rencontrées : allers et retours permanents et attentes de réponses avec des délais peu compatibles qui ont généré beaucoup de stress et d'incertitudes : « Et puis j'ai attendu, j'ai attendu. On n'avait pas de nouvelles et là j'ai eu une période un petit peu critique. J'ai appelé l'APA et j'ai découvert qu'on avait rejeté tous les dossiers de remboursement de ma mère !!! Donc OK !! j'ai dit ... j'ai paniqué... ».

La jurisprudence

Pour le cas de Madame B, qui est locataire de son logement depuis 1960, l'une des difficultés rencontrées est la contrainte du propriétaire. En effet, elle ne peut financer seule le projet de refaire les marches extérieures accédant au domicile et son propriétaire refuse de le faire ; « Parce que j'ai demandé le papier, là, pour pouvoir les faire et elle m'a dit : « Ah, ben si vous êtes pas contente vous avez qu'à foutre le camp ailleurs ! ».

Le rôle des proches

Pour la très grande majorité des personnes rencontrées, on note une très forte influence de l'entourage, tant pour décider de faire que pour passer à l'acte : Madame E, au sujet de son avis sur mettre ou pas une barre dans son cagibi : « Je ne sais pas, j'en parlais avec ma petite fille et elle me dit « tu sais la barre dans ton cagibi c'est pas... enfin bon ; s'il faut la mettre ... on la mettra ». Puis,

au sujet des demandes d'aide de financement : « *Alors tout ça, c'est ma petite-fille qui s'en occupe. Moi je ne m'en occupe pas, ça me prend la tête* ».

Madame C, quant à elle, s'appuie beaucoup sur son aide-ménagère (« citer ») mais aussi son voisinage. « *C'est-à-dire qu'à nos âges, on a du mal à faire confiance alors on demande à son voisinage...* » et ses petits-fils.

Madame F, pour sa part, se repose intégralement sur ses enfants. D'un point de vue opérationnel, sa fille gère entièrement les aspects administratifs et son fils les aspects pratiques (travaux) « *En fait vous voyez, je suis bien entourée. Mon fils est venu m'aider. Il a habité chez moi pendant toute une période. Il est reparti hier alors vous voyez ! Et puis, comme Véronique s'occupe bien des papiers, alors du coup avec tout ce monde moi j'étais bien entourée* ». Sa fille a montré tout au long de l'entretien auquel elle a beaucoup pris part qu'elle très était investie dans les décisions. Concernant le monte-escalier par exemple, l'idée a été de longue date évoquée par ses enfants mais Madame F a mis longtemps à se l'approprier et à vaincre ses appréhensions : « *En fait maman au début, tu étais réticente au monte-escalier...tu étais réticente et ce n'est pas grave parce que l'on a le droit. Tu avais peur. Ce n'est pas grave maman mais tu m'as dit... et puis après tu m'as dit « ah non, en fait je monte là-dedans, je n'ai plus peur... »* ».

On voit donc au travers de ces quelques exemples que les décisions des personnes sont souvent influencées par les proches. L'acceptation se fait sur le long terme. Une fois cette étape passée et la décision effective, les proches continuent à être présents jusque dans l'accompagnement.

L'ACCOMPAGNEMENT

Les attentes a priori d'un accompagnement

► Un besoin spontanément non identifié

Lorsque l'on interroge les personnes n'ayant pas été accompagnées, il est difficile de faire émerger spontanément de vraies attentes concernant un accompagnement potentiel de l'ergothérapeute. Dans l'absolu, elles ne ressentent pas le besoin d'une suite à cette intervention de sa part. Une fois les préconisations proposées lors de la visite et formalisées au travers du compte-rendu, elles n'expriment pas le besoin de donner suite au-delà de l'évaluation. Par exemple, Madame A montre en première instance un grand étonnement lorsqu'il lui est demandé « quel serait l'intérêt pour elle que l'ergothérapeute reprenne contact ». Elle répond « *Ah aucun ! aucun !!* ». Cependant, en approfondissant avec eux la notion d'accompagnement et de ce qu'il pourrait être, quelques perspectives sont avancées :

► Un second appui pour la mise en œuvre, après les proches

La principale attente évoquée concerne la mise en œuvre des propositions (celles qui avaient été envisagées avant la visite surtout). Ils pensent cependant s'appuyer prioritairement sur leurs proches. Madame C dit clairement : « *Pour les travaux de toutes façons j'ai ma belle-fille et son compagnon qui seraient là pour vérifier... et même à la limite j'ai des voisins adorables qui seraient là pour vérifier. Après, je ne sais pas. Si je n'avais personne d'autre pour m'aider, alors peut être que je l'appellerais [l'ergothérapeute] mais bon* ». Pour Madame B également, sa petite-fille est la première personne vers qui elle se tournera ensuite, d'autant plus qu'elle travaille pour une société d'aide à la personne ... « *...et puis la gosse [sa petite-fille], elle sera toujours au boulot, elle m'aidera et mon fils aussi !* ». L'ergothérapeute doit donc être là en dernier recours, en cas de problème : « *Si j'ai un problème, je m'adresserai à cette dame là c'est sûr* » (Madame C).

► Un recours en cas de problème

Par ailleurs, il doit être présent « au cas où » pour expliquer, justifier ce qu'il a préconisé auprès de ceux qui sont amenés à le réaliser. Madame A attend qu'il puisse intervenir en tant qu'intermédiaire si des difficultés ou incompréhensions survenaient de la part des intervenants à venir, qu'il s'agisse de son bailleur social ou d'artisans : « *Ah oui, pour qu'elle leur explique, oui. Pour leur faire comprendre que j'en ai vraiment besoin ! Elle servirait d'intermédiaire pour leur faire comprendre ; si elle peut bien si elle peut bien sûr !!*

► Un éventuel conseil social

En dehors de l'aspect purement concret de la réalisation des travaux, l'ergothérapeute est aussi éventuellement évoqué pour son rôle de conseil social, même s'il n'est pas non plus la première personne attendue dans ce rôle : (Madame C) « *Si j'avais un problème en vue du dossier [APA], c'est possible parce qu'elle pourrait peut-être me conseiller.... Je ne sais pas parce que je pourrais aussi voir avec l'assistante sociale aussi ; je pourrais voir avec elle. D'abord j'avais pensé pour mon dossier voir avec elle. Et puis je vois que ça se déroule pas mal, les choses se font très bien sans elle mais s'il avait... peut-être je m'adresserais à elle aussi* ».

Perception de l'accompagnement a posteriori

Les entretiens avec les trois personnes interrogées à distance de la première visite et ayant reçu l'accompagnement d'un ergothérapeute éclairent sur leur ressenti *a posteriori*. Elles peuvent donc avec du recul formuler en quoi cela a pu les aider.

► Au départ, des écarts entre le perçu et le réel

De prime abord, on note parfois des écarts entre l'accompagnement effectif de l'ergothérapeute et la perception de la personne. Par exemple Monsieur D, lorsque la question « comment l'ergothérapeute vous a-t-il accompagné ? » lui est posée, déclare spontanément : « *après ça, il ne m'a pas accompagné, il ne m'a plus accompagné* ». Pourtant dans les faits, il a été aidé par le biais de démarches et lettres au bailleur social prises en charge par l'ergothérapeute. Après un échange

plus approfondi sur la manière dont se sont déroulés les événements après la première visite de l'ergothérapeute et ce qu'il fait ensuite, il déclare : « *Ah bah, ça n'aurait pas marché !* ». « *Et c'est grâce à ça [les démarches portées par l'ergothérapeute] que ça a marché !* ». C'est donc souvent après avoir évoqué le parcours entre la première visite et la situation instantanée que les personnes mesurent le chemin parcouru et constatent l'intérêt du travail fait en aval. La fille de Madame F dit en effet : « *En fait, il y a deux choses : il y a le projet. Bon, ça c'est une chose, ça c'est sûr, on ne sait pas le faire parce que c'est de la technique si vous voulez. Mais je dirais que la suite, tout ce dont on vient de parler [les démarches de soutien], là, je dirais presque que c'est fondamental* ».

► Un soutien matériel dans les démarches administratives

De façon générale pour ces trois personnes, l'accompagnement a beaucoup porté sur les démarches vers les bailleurs sociaux ou le conseil départemental (demande d'APA). Suite à cela, c'est la notion de soutien qui est principalement mise en avant ; l'idée d'une personne qui est là pour expliquer la manière dont les choses vont se dérouler et pour porter le projet « en sous-marin ». Madame E par exemple dit : « *Il m'a apporté un soutien, il m'a expliqué* ». Le besoin est décrit comme un suivi tout au long des travaux « *Il prenait des nouvelles un peu comme un suivi, comme ça : « Ah bah ça y'est, est-ce qu'ils sont passés ?* », *en fait pour voir l'évolution des choses* » (fille de Madame F). Même s'il n'y a pas de besoin réel, l'attente porte sur le fait qu'il peut agir en cas de besoin. Madame E fait remarquer : « *Quand j'ai un problème je l'appelle !* ». Ce soutien tout au long du projet suppose un engagement de la part de celui qui a effectué les préconisations. Il est effectivement attendu qu'il assume en quelque sorte ses propositions jusqu'au bout. Madame E, satisfaite d'avoir été en contact tout au long des démarches avec son ergothérapeute, précise : « *Moi je n'aime pas les gens qui viennent, ils vous font un truc et après on a plus de nouvelles, ils vous laissent tomber* ».

► Un soutien moral

Le soutien évoqué est à la fois matériel, pour des démarches administratives, l'élaboration d'un dossier de financement... mais il est également moral car les personnes se trouvent dans des situations inconnues et ont besoin de sentir que quelqu'un connaît la situation et sait que faire si elles ne peuvent gérer seules des difficultés : « *Si vous voulez j'étais quand même rassurée parce que c'est quand même un domaine parfaitement inconnu l'aménagement d'une maison pour nous* » (...) « *Il a pris des nouvelles, il s'est assuré que les devis ont été faits, que les entreprises sont venues, même pour essayer la planche de bain même si ça ne convenait pas* » (fille de Madame F).

► Une nécessaire confiance

Par ailleurs, la relation avec l'ergothérapeute est fondamentale. Il est avant tout nécessaire qu'une relation de confiance soit instaurée dès le départ. Cette confiance semble basée sur le fait que la personne, n'ayant pas de connaissances spécifiques dans ce domaine, se repose sur ses compétences Madame E : « *J'ai eu confiance en lui d'abord. Parce que je ne connaissais pas le fonctionnement du*

métier, moi ». Mais au-delà de cette dimension « technique », le facteur humain est également évoqué au premier plan comme élément de base (fille de Madame F) : « *En fait c'est vraiment de la confiance basée sur rien je crois. C'est vraiment sur un contact... Et euh ...cette facilité d'accès ; On voit bien si les gens sont près ou si au contraire on nous fait une barrière à toute difficulté. Une écoute quand même par rapport à chaque fois qu'il y avait une demande ou un problème.* »

On constate donc qu'*a posteriori*, le niveau de satisfaction quant à l'accompagnement de ces trois personnes est bon. Mais notons cependant que l'accompagnement de l'ergothérapeute a porté systématiquement sur l'aide à la concrétisation d'un projet qui était déjà attendu en amont : la grande majorité des propositions faites étaient déjà acceptées lors de la visite. L'aide technique proposée et non « attendue » (planche de bain pour la baignoire de Madame F) a été essayée. Elle n'a pas abouti à l'acquisition du fait de la non compatibilité avec l'environnement et non en lien avec son refus.

Modalités opérationnelles

Sur le fond, l'accompagnement a donc porté comme exposé plus haut sur les aspects administratifs. Sur la forme, plusieurs modalités peuvent être identifiées :

▶ Des conseils pour la mise en place des démarches

L'ergothérapeute explique suite à sa visite les démarches à effectuer. Selon le contexte, chacun se les approprie ou se fait aider d'un tiers, voire de l'ergothérapeute lui-même...

▶ Des actions concrètes

Pour ces trois personnes, de réelles actions ont été entreprises vers des tiers pour soutenir la démarche. Par exemple pour Madame E et Monsieur D, la rédaction d'une lettre adressée au bailleur social pour attester de la nécessité d'aménager leur domicile ainsi que des appels téléphoniques vers ce même bailleur. Pour Madame F et sa fille, prise de contact directe auprès d'une personne siégeant à la commission pour l'APA (« *Monsieur Ch. a rappelé... il m'a rappelé en disant « j'ai contacté quelqu'un qui est à la commission... », alors là je ne sais pas, pour le coup ce n'est pas moi... (...)* « *Donc c'est un point d'appui* »). Ces actions auraient pu être entreprises par les personnes elles-mêmes mais le fait que l'ergothérapeute soit directement impliqué leur donne plus de poids et sont donc saluées par les intéressés.

▶ De simples échanges pour prendre des nouvelles

La simple prise de nouvelles régulières pour savoir où en est le projet est plébiscitée. Indépendamment des moments où le besoin d'aide est réel du fait de difficultés rencontrées, les personnes apprécient que l'on revienne vers elles : « *Oui, mais avant les difficultés il y avait quand même eu beaucoup d'échanges. Il a pris des nouvelles, il s'est assuré que les devis ont été faits, que les entreprises sont venues...* ». Pour ce faire, tous les canaux de communication sont possibles :

téléphone, emails, SMS...etc. du moment qu'ils sont efficaces : « *il m'avait peut-être dit « on peut échanger par mail ou par téléphone ».* Ou alors c'est lui qui a démarré peut-être les SMS et je me suis rendu compte qu'il y avait une continuité » (fille de Madame F). L'échange sous forme de rencontre physique (passage au domicile par exemple) n'est pas un besoin fort. Monsieur D et Madame E relèvent le fait que l'ergothérapeute devait passer pour voir le résultat mais cette visite n'est pas pour eux une étape fondamentale. Elle semble être vécue davantage comme une visite de courtoisie qu'une réelle attente qui clôturerait l'accompagnement : « *oui, il devait passer me voir pour prendre des photos des travaux une fois finis mais c'est vrai que je ne l'ai pas revu depuis, tiens !* » (Monsieur D).

La disponibilité est appréciée, parfois même de façon excessive pour un professionnel : (fille de Madame F) : « *On s'envoie des SMS même à n'importe quelle heure même des fois tard. Ce n'est pas des horaires de bureau, on peut se contacter n'importe quand* ».

3.2.2. Analyse des questionnaires

En parallèle des entretiens avec les personnes âgées, le questionnaire envoyé aux ergothérapeutes a permis de collecter leur vision de l'accompagnement qu'ils apportent ou pourraient apporter en tant que professionnels. Au total, quarante deux réponses ont été obtenues. Notons bien que sur ce total, quelques questions n'ont pas été comprises de la même manière par tous. En effet, pour ces questions, il était demandé de hiérarchiser par ordre d'importance de « 1 » à « 3 » ou à « 5 » des propositions. La forme de réponse proposées (voir Annexe 5 : Questionnaire) a prêté à confusion et seize d'entre elles ne sont pas exploitables (plusieurs choix pour une même valeur). Pour ces questions spécifiquement ne seront donc traitées que les vingt-six réponses conformes.

PROFIL DES REpondANTS

- Structure dans le cadre de laquelle les visites sont effectuées

Sans surprise compte-tenu de la base de données majoritairement exploitée, les ergothérapeutes ayant répondu exercent pour la plus grande partie (63%) en libéral. Les 19% « Autre » sont pour beaucoup des personnes exerçant dans un cadre associatif (type SOLIHA).

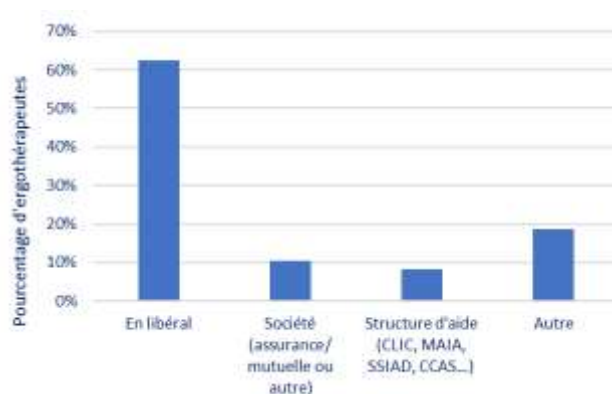


Figure 1: Structure d'exercice des ergothérapeutes

Nombre de visites moyennes mensuelles

On observe une répartition en trois sous-ensembles :

- Plus de la moitié (55%) font moins de 2 visites par mois
- Un sixième (17%) environ effectuée entre 3 et 9 visites
- Le petit tiers restant (29%) effectuée plus de 10 visites par mois

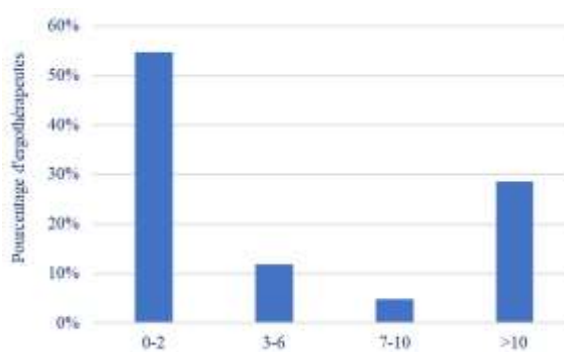


Figure 2 : Nombre de visites en moyenne par mois

On note que la structure d'exercice et le nombre de visites sont liés : les libéraux font majoritairement peu de visites : (0-2) pour 67% d'entre eux. De leur côté, les ergothérapeutes exerçant au sein d'une structure type société ou associatif, souvent dédiées à ce type d'activité, effectuent un volume important : (>10) pour 85% d'entre eux.

DIFFICULTES DES PERSONNES PAR RAPPORT AUX PRECONISATIONS EFFECTUEES :

Ce questionnement introductif considère chaque type de préconisation que l'ergothérapeute peut être amené à faire suite à son évaluation afin, pour chaque item :

- De hiérarchiser les difficultés rencontrées par les personnes suite à la visite.
- D'évaluer si l'acceptation et l'appropriation des propositions revêt une part significative.

Pour les quatre points à venir, ne sont donc pris en compte que vingt-six des quarante-deux réponses. A été retenu pour l'évaluation la somme des valeurs associées de « 1 » à « 5 » ou « 1 » à « 3 ». Par exemple, si un item est coté à « 1 » par tous, il obtient 26 points. S'il est coté à « 5 » par tous, il en obtient $26 \times 5 = 130$. La cotation ayant été effectuée avec la valeur « 1 » comme prioritaire, on retient donc **les valeurs les moins élevées comme étant les plus importantes**.

Projets d'aménagement

Le financement du projet demeure, sans surprise, le point le plus difficile. Cependant, on note que l'appropriation du projet/acceptation du changement et la problématique des démarches à effectuer pour la mise en œuvre sont également considérées comme conséquentes.

1. Financer le projet (coût)	62
2. S'approprier le projet : accepter les changements	69
3. Effectuer les démarches de mise en oeuvre: devis, décider de l'artisan...	70
4. Suivre les travaux (qualité, conformité...)	94
5. Supporter les travaux eux-mêmes (dérangement induit)	95

Figure 3 : Difficultés rencontrées pour réaliser les projets d'aménagement

Aides techniques

Les ergothérapeutes estiment que la plus grande difficulté est d'acquérir l'Aide Technique, tant au niveau du coût induit que des démarches d'acquisition. Les écarts entre les différentes valeurs obtenues pour les autres items ne sont cependant pas très importants. C'est l'intégration dans le quotidien de l'aide technique qui semble le moins problématique.

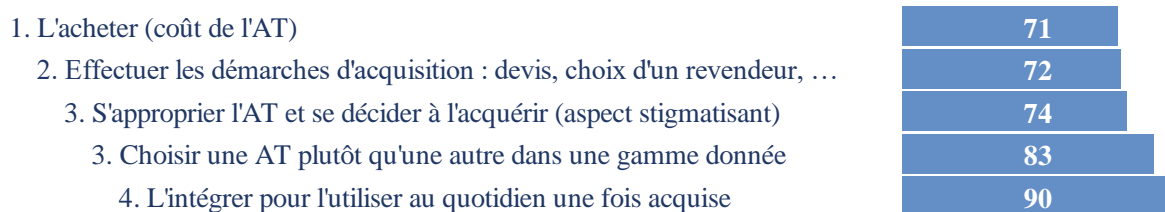


Figure 4 : Difficultés rencontrées pour l'acquisition d'aides techniques

Recommandations en aides humaines ou services

De même que pour les projets d'aménagement, l'aspect financier (relevé ici comme peu important) est sans surprise. En effet, lorsque des difficultés financières ne permettent pas de disposer d'aides humaines, les personnes ont souvent accès à l'APA qui finance en premier lieu ce type de prestation. Cela constitue donc une difficulté moins importante (du moins dans l'absolu, sans considération spécifique du volume horaire souvent déficitaire). Par contre, les difficultés liées à l'acceptation sont ici mises en avant.

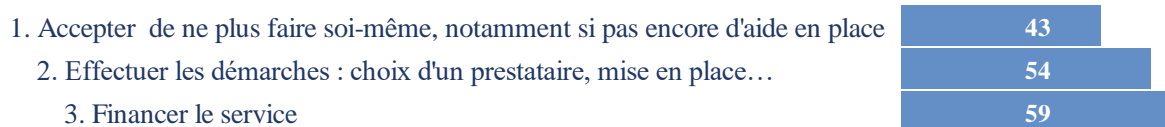


Figure 5 : Difficultés rencontrées pour la mise en place d'aides humaines et services

Recommandations sur l'organisation du quotidien, les gestes et postures

Avec peu d'écarts sur les autres propositions, c'est l'intégration au quotidien des recommandations d'organisation/ gestes et postures qui, de l'avis des ergothérapeutes, semble le plus difficile pour les intéressés.

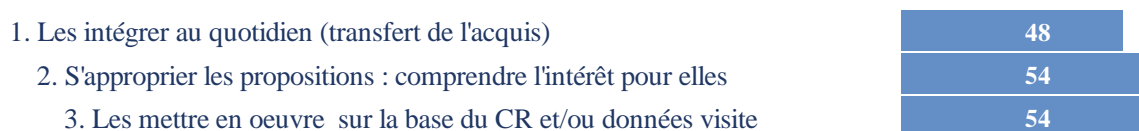


Figure 6 : Difficultés rencontrées pour les recommandations d'organisation et gestes et postures

REPRISE DE CONTACT SUITE A LA VISITE D'EVALUATION

Cette question des échanges après-visite a été abordée tout d'abord de manière globale (simple échange téléphonique par exemple) puis plus spécifiquement sur la question de re-visite au domicile des personnes, modalité beaucoup plus engageante en termes d'accompagnement.

Etat des lieux

Pour la majorité (plus de 57%), les échanges après la visite d'évaluation ne se font que peu (jamais ou rarement). Parmi ceux qui reprennent contact « très souvent » ou « toujours » (20% des cas), on compte principalement des ergothérapeutes effectuant beaucoup de visites (>10 par mois) et travaillant dans des structures dédiées à l'évaluation du domicile.

On observe par rapport à la simple reprise de contact une forte augmentation du nombre de « jamais » au détriment des « souvent ». Seuls 2% des ergothérapeutes affirment retourner très souvent ou toujours au domicile après la première visite. Il s'agit de personnes du même profil que décrit plus haut.

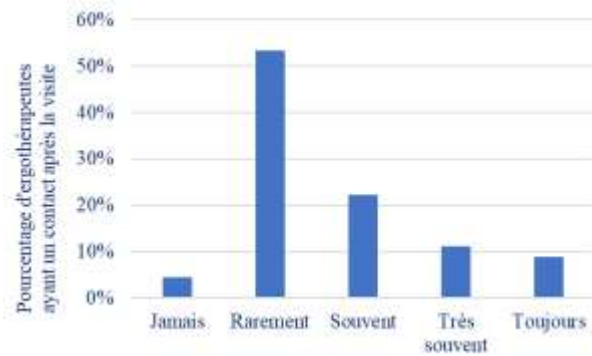


Figure 7 : Reprises de contact après la visite

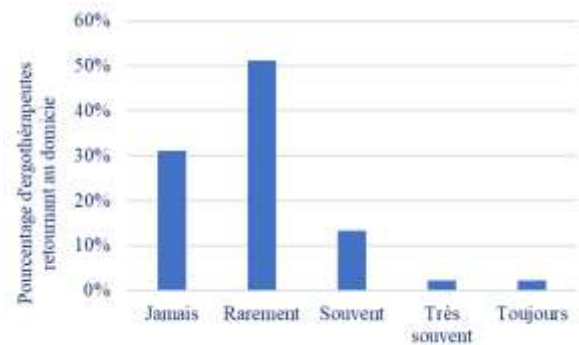


Figure 8 : Retour au domicile après la visite

Objectifs

Les raisons évoquées motivant la reprise de contact sont multiples. Plusieurs réponses étaient donc possibles à cette question. Dans presque 80% des cas (78,6% exactement) les échanges au sujet du compte-rendu et réponses à des questions sont mises en avant. La mise en relation avec d'autres professionnels ainsi que l'aide à la mise en œuvre du projet font également aussi partie des principales motivations évoquées.

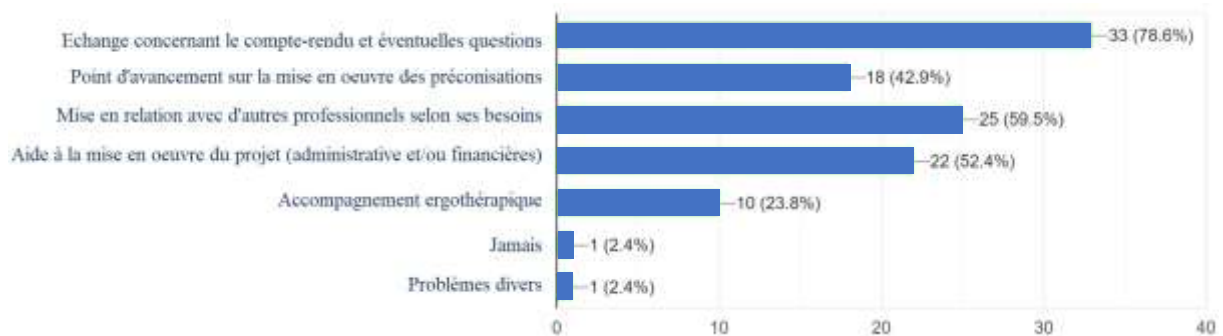


Figure 9 : Motifs de reprise de contact

Concernant les revisites, les réponses proposées étaient ouvertes, afin de collecter d'éventuelles motivations moins communes. Parmi les 25 commentaires motivant le fait de retourner au domicile, on note qu'il s'agit en grande partie d'essais d'aides techniques, motif évoqué par 15

personnes. Ceci peut effectivement plus difficilement être fait par l’ergothérapeute autrement qu’en retournant au domicile. En second lieu, des visites pour des « problèmes techniques » sont également évoqués par 5 personnes. Quelques raisons diverses telles que la « réévaluation du projet » ou la « réadaptation » sont mentionnées. Une remarque notable a été mentionnée concernant le cadre de certaines visites : « *Il faut savoir que pour les évaluations Domplus, c’est une visite et nous devons faire des propositions de prévention. Il n’est pas prévu dans le contrat de faire des essais d’aides techniques. C’est très dommage car il est important de définir celle qui conviendra le mieux. C’EST le travail de l’ergo.* »

MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS

Ce point concerne l’ensemble de préconisations, aussi bien les aménagements qu’aides techniques ou autres gestes et postures, appel à des services...

Sur une échelle de 1 (très rarement) à 10 (presque toujours), les ergothérapeutes évaluent en moyenne à 6,5 la mise en œuvre de leurs préconisations et 64% entre 6 et 8 inclus, ce qui montre qu’ils pensent globalement que leurs propositions sont plutôt retenues.

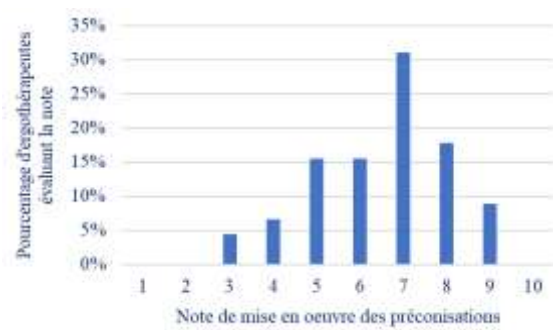


Figure 10 : Evaluation de la mise en œuvre des préconisations par les ergothérapeutes

Notons que la moyenne de 6,5 est identique que l’on considère :

- L’ensemble de la population.
- Le groupe de ceux qui ne reprennent « jamais » ou « très rarement » contact ; ces personnes ne possèdent donc pas ou peu l’information effective concrète.
- Le groupe de ceux qui reprennent contact « souvent » à « toujours » et ont donc en partie des retours tangibles.

Lorsque leurs propositions ne sont pas retenues, les raisons évoquées concernent essentiellement les difficultés de mise en œuvre mais aussi le financement et l’absence de proches pour soutenir le projet.

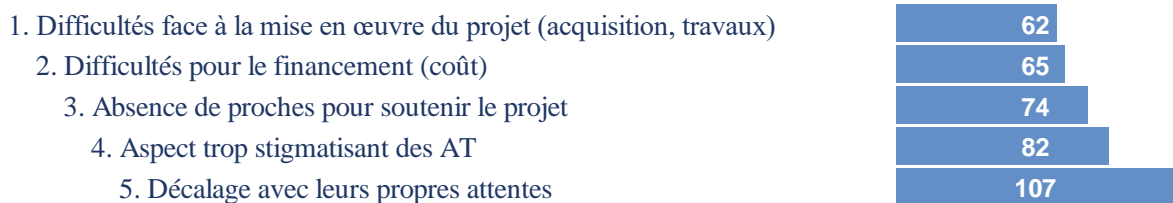


Figure 11 : Motifs de non réalisation des préconisations

Nota : Pour cette question dont le format est semblable à celui de la première ne sont prises en compte que vingt-six des quarante-deux réponses.

Motivations

Les ergothérapeutes ont ensuite été questionnés sur leur avis concernant le besoin d'accompagnement *a posteriori*. Les réponses obtenues par l'ensemble des répondants (dont les 57% qui ne reprennent que rarement voire jamais contact avec la personne) sont à 2% près réparties exactement de la même manière que celles obtenues par ceux qui reprennent souvent à toujours contact, donc qui connaissent *a priori* les besoins effectifs. Le graphe ci-après présente les résultats obtenus avec l'ensemble des répondants.



Figure 12 : Motifs de recours à l'ergothérapeute

Cette répartition montre l'importance accordée à la mise en œuvre opérationnelle du projet une fois accepté : le rôle d'aide de la part de l'ergothérapeute est vu en grande partie pour la mise en œuvre (23%) et suivi (33%) des préconisations, soit plus 56% au total. On peut noter cependant que 21% des réponses accordent tout de même un besoin d'accompagnement en amont de la réalisation, c'est-à-dire pour la phase d'acceptation / appropriation des propositions. Le rôle de l'ergothérapeute dans le lien avec les proches ne retient que 13% des suffrages et la mise relation avec d'autres professionnels seulement 8%. Pourtant, l'importance de ce rôle transversal et du lien avec l'entourage est souligné par l'un des ergothérapeutes qui précise : « *Il faudrait avoir une aide au financement pas uniquement pour le temps d'évaluation mais l'aide au lien avec les partenaires (services sociaux pour aide au financement, architecte, entrepreneurs, revendeurs de matériel)* ».

Freins

Vu par les ergothérapeutes le principal frein à l'accompagnement est pour plus de deux tiers d'entre eux (68%) une question financière : pour la personne, le fait de devoir payer pour cette prestation voire pour l'ergothérapeute, l'aide sans être payé pour le faire. Ce constat est souligné par l'un des répondants qui commente : « *La démarche ergothérapique facilite l'appropriation des préconisations. Toutefois certaines préconisations nécessiteraient un accompagnement : les personnes*

en sont parfois convaincues mais ne payeront pas pour un service de santé ». Notons que ce point de vue est certainement aussi influencé par la typologie des personnes interrogées, qui pour beaucoup travaillent en libéral et donc pour qui la dimension financière est davantage prise en compte. En effet, parmi ces 68% évoquant la barrière du coût, 83% travaillent en libéral ; cette proportion est bien plus élevée que celle de l'échantillon qui n'en contient que 63%.

Bien moindre (19%), la deuxième raison évoquée est le refus de la personne du fait qu'elle n'a pas d'attentes pour être accompagnée par l'ergothérapeute. La troisième raison (11%), qui peut d'une certaine façon être rapprochée de la précédente, stipule que les informations reçues et statuées dans le compte-rendu sont suffisantes et qu'un accompagnement ne semble pas présenter d'intérêt.

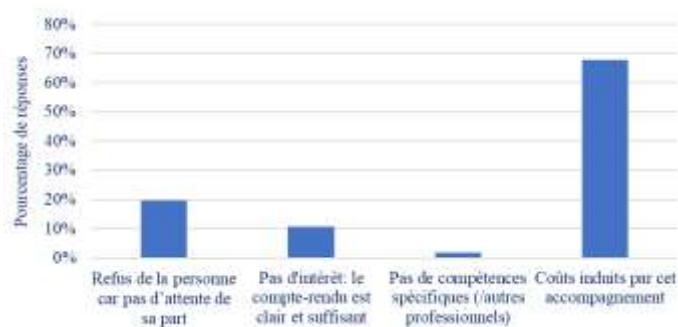


Figure 13 : Freins à l'accompagnement par l'ergothérapeute

Modalités

La répartition schématisée ci-contre est sans équivoque : plus des deux tiers des ergothérapeutes pensent qu'un accompagnement doit se faire par le biais de visites au domicile. Seuls 22% pensent que l'aide peut se faire par le biais de simples appels téléphoniques.

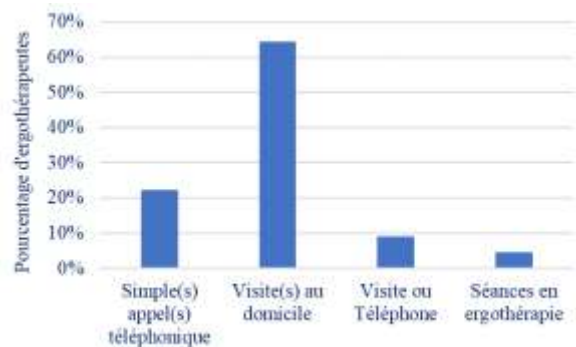


Figure 14 : Modalités d'aides

4. Discussion

L'analyse des entretiens auprès des personnes âgées a permis de soulever les points importants concernant leur acceptation des préconisations faites par l'ergothérapeute, ainsi que leurs questionnements et attentes quant à son rôle dans un accompagnement. En regard de ces éléments, les résultats du questionnaire ont pour leur part contribué à mieux cerner la vision des professionnels sur ces mêmes notions. Le cadre conceptuel approfondi au début de l'étude va maintenant permettre d'éclairer ces informations recueillies sur le terrain et d'en cerner les limites afin de conclure sur l'hypothèse posée.

4.1. Retour sur le cadre conceptuel

Préambule

Comme le montrent les réponses au questionnaire, on ne peut occulter la contrainte financière induite par l'intervention de l'ergothérapeute dans l'accompagnement. Elle est en effet évoquée par 68% des professionnels comme frein à leur intervention. Si le besoin des personnes est pour la grande majorité réel (19% seulement évoquent comme frein le « refus de la personne car pas d'attente de sa part »), les moyens associés font défaut dans le contexte actuel. Mais cette dimension, qui devra bien sûr être prise en considération par la suite, ne doit pas freiner la réflexion sur l'intérêt d'un accompagnement qui permettrait l'appropriation des préconisations. S'agissant d'un travail de recherche, j'ai privilégié dans cette réflexion la question de fond sur le « quoi-comment » de cet accompagnement indépendamment du problème financier qui fait barrière.

La méconnaissance du métier

Les entretiens réalisés et le retour des professionnels sur le questionnaire ont été très riches d'enseignements. Les échanges avec les personnes âgées ont dans un premier temps montré l'impact de la méconnaissance de l'ergothérapeute dans le cadre de son intervention au domicile. En effet, une seule parmi les six connaissait le métier et ce qu'il pouvait apporter avant sa venue. Les cinq autres n'avaient avant sa venue pas d'idée précise sur son champ d'action. J'ai pu constater que même lorsque je leur reformulais la question lors de mes entretiens, c'est à dire après avoir reçu la visite, leur réponse montrait encore une connaissance assez vague. Ne sachant pas de quoi retournait la visite, leurs attentes étaient focalisées sur leur projet déjà précis et ciblé. Son rôle s'apparentait à un catalyseur permettant de débloquer ensuite des actions de financement de leur besoin préalable. De ce fait, les autres préconisations pertinentes n'étaient que partiellement reçues par les intéressés. Cela montre l'intérêt d'intervenir avant l'émergence d'un besoin urgent. Les actions de prévention comme l'action « Bien chez moi » menée par la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO peuvent permettre d'agir en amont sans demande spécifique. Cette approche a été celle de Monsieur D. qui de ce fait

s'est montré ouvert aux propositions au-delà de son projet, certes déjà pour partie établi. Sur le long terme, ce type d'action peut permettre de mieux faire connaître l'ergothérapie du grand public et engendrer un recours plus spontané et préventif.

Le rôle du cadre

Mais au-delà de mieux faire connaître le métier, action de grande ampleur certes nécessaire, informer plus précisément au préalable les bénéficiaires des objectifs de la visite pourrait être je pense une piste d'amélioration pour une meilleure écoute des intéressés. Ainsi, si le bailleur social ou la référente APA a présenté la visite comme nécessaire à la validation d'un aménagement précis attendu, l'intéressé est pour sa part dans de meilleures dispositions d'écoute. Pour ce faire, le rappel systématique et étayé du cadre de l'intervention pourrait sans doute être une piste intéressante : l'ergothérapeute, lorsqu'il intervient dans un contexte de rééducation, pose avant la séance le cadre de prise en charge de son patient ; ce cadre a pour rôle de définir les conditions dans lesquelles le patient est accueilli et permet d'explicitier les règles. De même, lorsqu'il intervient au domicile, l'ergothérapeute peut poser précisément le cadre de sa visite et son périmètre d'intervention. Comme l'explique Edith-Beatrix Kelemen (Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens, 1996), ce cadre a également un rôle pédagogique et informatif.

La relation de confiance

Il est donc important de bien poser ce cadre. En effet, s'il est sécurisant, il favorise également le processus thérapeutique, c'est à dire « *tout ce qui peut se produire dans la relation thérapeutique* » (Kelemen, 1996). Or les entretiens ont également montré l'importance fondamentale que revêt la relation avec l'ergothérapeute, qui doit être une relation de confiance, surtout dans le contexte d'un accompagnement futur. La compétence 6 « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie » (Ministère, 2010, pp. 177-Annexe II) est en effet comme nous l'avons vu (§2.4.1) une compétence fondamentale que l'ergothérapeute doit mettre en œuvre dans cet exercice au domicile. Cette tâche est d'autant plus difficile que le temps d'intervention est court et que le contexte de rencontre au domicile est complexe [cf. notions d'intrusion, de pénétration de l'intimité psychique promue dans la littérature (Ennuyer, 2018), (Djaoui, 2011)]. Une grande capacité d'adaptation est donc nécessaire.

Les freins à l'acceptation

Une fois cette relation de confiance instaurée, il est plus facile de cerner dans l'entretien les freins qui vont limiter la personne dans son acceptation des propositions et préconiser ainsi des solutions adaptées à ses besoins et contraintes. Comme théorisé par E. Djaoui, j'ai pu vérifier l'importance que revêt la dimension psychique du domicile (2006) et toutes les notions attachées de reflet de l'image de soi (2011) dans les modifications projetées :

- Madame C a avec son mari beaucoup investi dans sa salle de bains rose, son rêve d'enfant. Casser sa baignoire pour mettre une douche aurait été pour elle une grande souffrance. La solution de mettre une porte de baignoire a permis d'obtenir son adhésion au projet.
- Ou encore Madame E qui refuse de mettre des barres d'appui ou d'acheter une pince au long manche pour ne pas donner l'image d'être comme sa voisine qu'elle considère « *dans un état pitoyable* ». Elle a pour image idéale sa propre mère très alerte à l'âge de 90 ans et n'accepte pas d'aides car elle ne veut pas « *s'avouer devenir comme ça* ». Les aménagements proposés ne sont pas acceptés car ils représentent pour elle les symboles de cette vieillesse refoulée.

Ce dernier exemple illustre également les notions développées par S. Heddebaut (2009) concernant la nécessité d'accepter son état et de faire le deuil de ses capacités antérieures pour s'approprier les aides proposées. Madame E n'a pas encore fait ce cheminement. Ce travail de deuil requiert beaucoup de temps et elle en est « inconsciemment consciente ». Elle dit elle-même que ces solutions seront peut-être utiles plus tard et repousse à sa manière l'échéance pour se donner ce temps d'acceptation. Dans ce cas, il est souvent difficile pour l'ergothérapeute d'aller plus loin à ce moment-là. Lorsqu'il identifie ce type de freins, il peut proposer lorsque la situation le permet des solutions non stigmatisantes aboutissant aux objectifs recherchés de sécurité et qualité de vie. Des solutions du commerce peuvent parfois être pertinentes et assurer la fonction attendue. Par exemple, si une canne est identifiée comme nécessaire, il peut proposer à la personne de s'équiper d'un bâton de marche. Cet accessoire, même s'il n'est pas idéal, remplit la fonction de soutien à la marche. De plus, il s'achète en magasin de sport, ce qui renvoie une image jeune et dynamique contrairement aux magasins de matériel médical où s'achètent les aides techniques.

Quoiqu'il en soit la décision appartient au final à l'intéressé. Il doit donc lui-même parfois accepter de ne pouvoir agir instantanément et conduire la personne à mettre en place ce qu'il pense pertinent. On retrouve là les contrastes évoqués dans la littérature entre le regard expert du professionnel et celui du bénéficiaire qui « *met dans la balance d'autres enjeux qui lui sont subjectifs et auxquels n'a pas accès l'ergothérapeute* » (Offenstein, 2016).

Les points d'appui pour favoriser l'acceptation dans l'accompagnement

On peut donc se questionner sur la manière d'agir pour permettre plus tard l'adhésion. Les axes proposés par ce même auteur pour accompagner le changement semblent, au regard des entretiens, des pistes à promouvoir. Je retiens en particulier :

- La motivation intrinsèque de la personne²³. On ne peut effectivement que constater comme avec Madame C la justesse de cette approche. Mais l'analyse plus complète des entretiens et ma propre conviction basée sur le modèle du MCREO me conduit à penser que c'est plus précisément

²³La motivation intrinsèque de la personne s'entend dans le cadre du modèle MOH comme ses propres perceptions et attentes vis-à-vis d'une situation.

l'engagement occupationnel qui constitue le véritable moteur dans le registre motivationnel. Par exemple :

- Madame A, est intéressée par le siège haut qui lui est proposé pour lui permettre de faire la cuisine plus facilement. En effet, ses douleurs articulaires rendent cette tâche complexe à réaliser pour elle. Elle convient du fait que, même si le montant de l'acquisition est élevé, elle fera le nécessaire pour se le procurer. En effet, elle adore cuisiner pour ses amis, son fils et sa belle-fille. C'est donc pour elle une occupation signifiante et elle est prête à faire tout ce qu'il faut pour continuer à la réaliser.
- Pour Madame F, l'un des arguments avancés parmi ceux qui ont abouti à son acceptation du monte-escalier est relatif à ses occupations quotidiennes : elle n'envisage de rester chez elle que si elle peut occuper tout l'espace et ne pas se cantonner au rez-de-chaussée. Comme l'explique sa fille, son besoin est de pouvoir vaquer à ses occupations du quotidien : monter son linge, faire sa toilette à l'étage, descendre préparer son repas, remonter faire une sieste...
- L'élaboration de l'expérience a également été évoquée avec Madame F qui a mis longtemps avant d'accepter le monte-escalier qu'elle appréhendait. Elle explique que son passage en centre de rééducation lui a montré combien il était pratique et rassurant de pouvoir utiliser des moyens autres que les escaliers pour monter et descendre : « *il y avait des ascenseurs et des monte-ceci et monte-cela et que c'était sécurisant* ». Les entretiens n'ont par contre pas permis de rencontrer de personnes qui auraient fait des essais d'aides techniques. Pourtant, ce principe correspond exactement à l'idée de l'élaboration de l'expérience puisqu'il permet d'intégrer les intérêts du matériel préconisé en l'expérimentant en situation réelle. Il est cependant bien mis en avant par les ergothérapeutes dans les réponses au questionnaire puisque 15 sur 42 d'entre eux retournent au domicile pour faire des essais.

Par contre, je retiens de ces entretiens un point peu développé dans la littérature et qui me paraît pourtant clé dans l'acceptation : la volonté de rester chez soi. Même s'il est psychologiquement (et financièrement bien sûr !) coûteux de transformer son habitat, beaucoup de personnes rencontrées évoquent » en premier plan l'argument de simplement « rester chez soi coûte que coûte. Ce point est particulièrement mis en avant par les personnes qui avaient vécu très longtemps chez elles et où leur histoire de vie s'était construite. On peut revenir par exemple sur l'histoire de Madame C et sa salle de bain rose : elle mentionne qu'elle aurait été prête, même si cela aurait été pour elle un déchirement, à casser sa baignoire pour mettre une douche si la solution de la porte de baignoire n'avait pas été possible. Bien entendu, il ne s'agit que d'une projection et elle n'a pas eu à franchir le pas mais elle est cependant déterminée à rester chez elle (« *s'il avait fallu, je l'aurais fait la douche, faut savoir ce qu'on veut !!!* »). Mais comme dit le dicton, l'enfer est pavé de bonnes intentions. Ainsi, entre l'idée et la mise en œuvre des propositions, il peut y avoir un fossé.

La mise en œuvre des propositions

Sur cette question, les résultats obtenus par le questionnaire diffèrent des données recueillies au niveau des enquêtes. En effet, les 42 ergothérapeutes affectent une note moyenne de 6,5 sur 10 sur la réalisation de leurs préconisations par les patients. L'étude du CREEDAT évoquée au §2.5.1 évalue pour sa part la « non acquisition fréquente des aides techniques et projets non réalisés à hauteur de 54% » (ANFE, 2016). La vision des professionnels quant à la réalisation des préconisations par leurs patients diffère donc quelque peu. On peut se questionner sur les raisons de cette différence. L'étude du CREEDAT est basée sur des données quantitatives et réelles avec un recul sur le long terme (1 à 3 ans). Les ergothérapeutes ayant répondu se basent certainement davantage sur des retours qualitatifs, des « intentions de faire » verbalisées par les patients après la visite et avant la réalisation effective. Les acquisitions ou travaux à effectuer peuvent finalement ne pas aboutir après une longue période. Cette supposition va dans le sens de la nécessité d'un accompagnement long terme.

L'accompagnement concret que peut soutenir l'ergothérapeute

Mais que signifie « accompagner » concrètement pour l'ergothérapeute ?

Les objectifs

Sur la question des besoins des patients, les réponses apportées par le questionnaire évoquent majoritairement (56%) une aide dans la mise en œuvre et le suivi des préconisations ainsi que pour 21% un accompagnement en amont de la réalisation, c'est-à-dire pour la phase d'acceptation / appropriation des propositions. On peut imaginer que les besoins diffèrent selon les personnes et les situations et que ces pourcentages peuvent être également représentatifs de la répartition des besoins de la population. Il n'y a donc pas un seul et unique mais plusieurs axes sur lesquels les interventions sont attendues de sa part. Le point de vue recueilli au cours des entretiens est par contre beaucoup plus flou et mitigé. Comme vu au cours de l'analyse, les intéressés n'identifient pas spontanément d'intérêt. Comme la plupart d'entre eux ne connaissent pas le métier, il leur est bien entendu difficile de se positionner. En approfondissant ce point avec eux, le besoin évoqué reste centré sur l'aide à la mise en œuvre sans de réelle spécificité ergothérapique.

Pour éclairer la question de la spécificité de l'ergothérapeute, il est nécessaire de revenir sur les notions développées par Maela Paul (2012) concernant les objectifs recherchés à savoir l'« accompagnement/visée », qui a pour but d'autonomiser la personne. Une fois les préconisations restituées, l'objectif est de faire en sorte qu'elle se les approprie en s'effaçant par la suite. Mais quels seraient les leviers qui permettraient d'aboutir à ce résultat ?

L'action concrète

Je retiens de l'enquête menée un point clé mis en avant par les deux populations interrogées : le rôle des proches et des professionnels impliqués :

- Pour l'ensemble des personnes âgées interrogées, c'est en premier lieu vers leurs proches (familles, amis, voisins, aide-ménagère...) qu'elles se tournent, tant pour se faire conseiller que pour les aider à réaliser les projets.
- Pour les ergothérapeutes, pratiquement 60% d'entre eux (59,5%) évoquent la « mise en relation avec d'autres professionnels » comme motif de reprise de contact.

Comme le souligne Florence Policard, « *en agissant, les acteurs transforment la situation et en retour la situation transforme les acteurs. Ils doivent agir ensemble et se coordonner, dans leurs champs professionnels respectifs : ils sont interdépendants, ils ont besoin les uns des autres pour traiter la situation* » (Policard, 2014). Je m'appuie donc sur ces propos et sur les données recueillies au cours de l'enquête pour poser l'idée que pour accompagner la personne et contribuer à son adhésion, l'ergothérapeute doit agir comme coordinateur auprès des proches et professionnels :

▷ **L'implication des proches**

Les proches mentionnés au cours des échanges sont souvent des personnes de confiance et d'influence sur qui se reposent les personnes âgées. De plus, leur présence s'inscrit sur le long terme. L'ergothérapeute peut donc, suite à sa visite, les impliquer en leur faisant part des préconisations et de leur intérêt ; il lui faut également exposer les freins perçus au cours de l'entretien et les leviers qu'il perçoit (engagement occupationnel notamment) afin de les impliquer dans l'appropriation des propositions. Mais les proches ne sont malheureusement pas toujours accessibles et motivés dans ce soutien ; ils peuvent parfois aussi ne pas être bienveillants pour la personne ou avoir entre eux des avis partagés. L'ergothérapeute peut alors se trouver en difficulté. Le recours aux professionnels est également un axe de soutien nécessaire.

▷ **L'action auprès des professionnels**

Comme exposé au § 2.3.4, de nombreux acteurs professionnels sont engagés dans le cadre du maintien au domicile des personnes âgées. S'appuyer sur certains d'entre eux s'inscrit donc dans la continuité de leur prise en charge et fait partie des compétences de l'ergothérapeute (Compétence C9 « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »). Je soulignerais notamment :

- ◆ Le médecin traitant, souvent présent de longue date dans le parcours de soin. Il reste LE référent médical et souvent une personne de confiance dont les paroles sont considérées. L'impliquer dans le suivi des actions proposées est donc nécessaire dans l'accompagnement, d'autant plus qu'il est prescripteur de l'acte réalisé. Ainsi, lui envoyer le compte-rendu d'évaluation et lui faire savoir également les motivations et freins peut concourir à une meilleure appropriation. Il est certain que, comme exposé dans la thèse du Dr Merigot-Boutin (Merigot-Boutin, 2017), la méconnaissance du métier d'ergothérapeute par les médecins dans ce domaine ne facilite pas la tâche. Mais peut-être que renforcer ces échanges pourrait également contribuer à faire connaître le métier auprès de ces professionnels ?

- ➔ L'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS), dont la présence fréquente et régulière rend la relation avec la personne forte et influente, est un point d'appui considérable. Il est donc nécessaire de l'impliquer elle aussi dans les actions d'accompagnement. Cette implication peut consister à lui expliquer les besoins et l'inciter à intégrer le projet dans le quotidien de la personne âgée. L'AVS peut au travers de cette tâche qui lui est confiée à la fois se sentir valorisée mais aussi y trouver son intérêt : si les propositions visent à autonomiser davantage la personne, son travail s'en trouvera facilité.
- ➔ L'assistante sociale est, elle aussi, un partenaire essentiel sur lequel s'appuyer. Non seulement elle peut concourir aux recherches de financement ou montages de dossiers mais elle peut également être elle-même un relais vers d'autres professionnels pertinents (psychologue, autorité juridique ...) voire même dans les cas plus extrêmes être le relais pour un signalement via le service social ou le CCAS. Pour ces différentes thématiques, interagir avec elle selon les besoins identifiés suite à l'évaluation permet de faire porter les actions par un interlocuteur adéquat.

Pour l'ensemble de ces actions de coordination, l'ergothérapeute n'a pas la nécessité de se déplacer et peut agir « à distance » (par téléphone, mails...), conformément aux retours formulés par les intéressés mais contrairement aux dires des professionnels qui à 68% considèrent que l'accompagnement s'effectue au domicile.

▷ **L'action directe auprès des intéressés**

L'ergothérapeute, au-delà d'interagir avec les proches et professionnels, agit bien sûr également en tant qu'acteur direct dans l'accompagnement. Dans ce cas, et conformément aux 68% évoqués plus haut, son action s'effectue davantage au domicile :

- ➔ Pour vérifier que les aménagements réalisés sont conformes à ses préconisations, il participe à la recette des travaux.
- ➔ Pour des essais d'aides techniques, afin de s'assurer de l'adéquation avec l'environnement, de former à l'utilisation au quotidien lorsque nécessaire ou d'aider à l'appropriation par des mises en situation.

Il peut également sur ce point accompagner la personne en assurant des contacts réguliers ou en organisant une mise en relation et des rendez-vous avec des revendeurs de matériel médical.

4.2. Considérations sur l'hypothèse et limites de l'étude

La réflexion croisée des données recueillies en réponse aux objectifs de l'enquête et de celles recensées dans la littérature a permis de fournir un éclairage sur l'hypothèse de départ. Alors que l'idée me paraissait avant ce travail presque une évidence, force est de constater que tel n'est pas le

cas. Si l'accompagnement par l'ergothérapeute est certainement bénéfique sur de nombreux aspects, il n'est pas pour autant montré par l'expérimentation qu'il est un facteur contributeur de l'acceptation *in fine* des préconisations.

Les accompagnements mis en œuvre avec les personnes rencontrées portaient sur l'aide à la réalisation d'un projet souvent attendu et déjà accepté. Ils soutiennent les démarches, renseignent et valident l'adéquation des réalisations avec les préconisations. Aujourd'hui, peu de structures suivent les personnes au-delà de la visite d'évaluation. Les libéraux rencontrent pour leur part des obstacles financiers limitant leurs interventions ; cet aspect a constitué l'une des difficultés pour mener à bien cette étude et disposer de davantage d'expériences probantes.

Par ailleurs, la notion d'acceptation est par elle-même complexe, subjective et peu quantifiable. Il a donc été difficile d'objectiver ce paramètre. Même si la réalisation du projet est souvent signe d'acceptation, ce n'est pas toujours le cas et la réciproque est fautive. En dehors des rejets massifs comme pour Madame B et des acceptations évidentes comme pour Madame C, le niveau d'acceptation intermédiaire se quantifie difficilement. De plus, l'évolution se perçoit sur le long terme et là aussi se trouve une des limites de ce travail. La durée de l'étude ne permettait pas de disposer du recul suffisant pour objectiver les résultats comme cela a été le cas de l'étude du CREEDAT par exemple, où le retour s'est fait jusqu'à 3 ans.

Pour obtenir des informations plus concluantes, peut-être aurait-il été mieux d'interviewer des ergothérapeutes effectuant depuis longtemps des accompagnements suite à des visites et ayant un retour d'expérience à communiquer. J'ai fait le choix de m'entretenir avec les personnes âgées concernées pour comprendre leurs besoins et attentes. Cette orientation a certes apporté beaucoup de richesses mais rend la conclusion mitigée : elles ne sont pas elles-mêmes en mesure de formuler ce qui a pu les faire cheminer et si l'accompagnement de l'ergothérapeute y a contribué. Pour sa part, le questionnaire auprès des professionnels ciblait une population volontairement large pour recueillir une meilleure exhaustivité dans les réponses. Mais finalement, il aurait peut-être été préférable de ne cibler que les réels accompagnants avec des questions plus précises ?

Le périmètre de l'étude est étendu compte-tenu du fait que la population concernée est très importante ; il serait donc nécessaire pour valider cette hypothèse de mener une enquête de plus grande ampleur sur un panel représentatif plus important en nombre.

5. Conclusion

Avec l'accroissement constant de la population âgée, le maintien au domicile des personnes âgées est aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur. De nombreuses réflexions alimentent ce sujet en vue de mettre en place des dispositions adaptées, comme très récemment encore la concertation grand âge et autonomie (Libault, 2019). Pour permettre à ces personnes de demeurer chez elles jusqu'au bout de leur vie (Dreyer, 2017), les ergothérapeutes interviennent au domicile et préconisent des adaptations spécifiques pour la personne telles que des aménagements du domicile ou encore l'acquisition d'aides techniques visant à améliorer sa sécurité et sa qualité de vie. Mais pour être concrétisées, ces propositions nécessitent avant tout d'obtenir l'adhésion des intéressés, ce qui suppose d'abord d'accepter des changements parfois plus complexes.

Ce travail de recherche a permis d'étudier l'intérêt d'un accompagnement par l'ergothérapeute pour favoriser l'acceptation de ces préconisations. Des entretiens avec les personnes âgées concernées ainsi qu'un questionnaire destiné aux professionnels ont apporté des éclairages sur cette question sans pour autant y répondre totalement.

Certes, le financement des actions de l'ergothérapeute au domicile constitue aujourd'hui un véritable frein à son intervention. Mais indépendamment de cet aspect, il ressort que pour une intervention optimale, le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans ce domaine mérite d'être davantage connu, du grand public comme des professionnels impliqués. Ses interventions sont en effet trop souvent attendues pour avaliser des attentes préétablies et non pour effectuer de la prévention primaire permettant d'identifier les besoins en amont. Ainsi, les projets déjà consentis lors de sa venue sont priorités dans la mise en œuvre. Les autres propositions sont souvent occultées, reflétant parfois la non acceptation de changements plus profonds. L'étude aboutit notamment à la proposition de renforcer les interactions avec les intervenants-clés, proches et professionnels (médecin, AVS, assistante sociale), comme leviers permettant de donner suite à ces préconisations non encore acceptées. Par ailleurs, il ressort que la confrontation à des d'expériences positives similaires aux recommandations facilite le cheminement vers le changement. De plus, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur l'engagement occupationnel de la personne comme axe de prise en charge, afin de donner du sens aux actions d'accompagnement et faciliter l'adhésion.

Mais mettre en lumière ces motivations au cours d'une visite d'évaluation, souvent limitée dans le temps, est une tâche ardue pour le professionnel. Elle suppose l'appui des proches et une approche centrée sur la personne. Plus concrètement, encourager l'utilisation d'outils appropriés tel que le MCRO au cours de la visite d'évaluation ne faciliterait-il pas cette approche ?

Bibliographie

- AGIRC-ARRCO. (2018). *Rapport d'activité de l'action sociale 2017*. Rapport d'activité de l'action sociale 2017.
- AGIRC-ARRCO. (2019). *Le diagnostic Bien chez moi (Conseil en Ergothérapie)*. Récupéré sur Agirc Arrco - Actrion sociale: <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>
- Alain Blanchet, A. G. (2015). *L'entretien* (éd. 2). Armand Colin.
- ANFE. (2016, Septembre). Enquête réalisée par le CREEDAT sur les personnes âgées ayant fait l'objet de préconisations d'ergothérapie pour l'aménagement. *Le Monde de l'Ergothérapie (LME)*(31).
- Argout, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et Société*, 34(136), 13-27.
- Boulmier, M. (2019). *L'enjeu du bien vieillir à domicile est dans le parc existant*. Récupéré sur Agevillagepro: <http://www.agevillagepro.com/actualite-6216-1-l-enjeu-du-bien-vieillir-a-domicile-est-dans-le-parc-existant-selon-muriel-boulmier.html>
- Caire, J. M. (2012). Accompagner la transition épidémiologique : Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, 35(142), pp. 41-55.
- CNSA. (2008). *Guide AGGIR*. Récupéré sur CNSA: https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf
- Cours-des-comptes. (2016). *La maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*. Rapport public systématique - Synthèse.
- Delsalle, M. (2016). "J'y suis, j'y reste" - Représentations croisées sur les notions de liberté, risque/sécurité; confort et bien-être. *Note de recherche - Les chantiers Leroy Merlin source*(18).
- Dicom, J. (2016, 07 07). *Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement*. Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/loi-pour-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement>
- Djaoui, E. (2006). Le domicile comme espace psychique. *Quand l'habitant intrerroge son habitat*, 17-27.
- Djaoui, E. (2011, Janvier). Approches de la « culture du domicile ». *Gérontologie et société*, 34(136), pp. 77-90. doi:10.3917
- Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 7-18.
- Dreyer, P. (2016). Significations symboliques de la maison. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 91-105).
- Dreyer, P. (2017, Janvier). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et Société*, 39(152), pp. 9-23.
- Ennuyer, B. (2007, Avril). Regard sur les politiques du "maintien au domicile". *Gérontologie et Société*, 30(123), pp. 153-167.
- Ennuyer, B. (2009, Avril). Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile? *Gérontologie et Société*, 32(131), pp. 63-79.
- Ennuyer, B. (2011). A quel âge est-on vieux? *Gérontologie et société*(138), pp. 127-142.
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.

- Ennuyer, B. (2018, Mars). Personnes âgées, familles, professionnels, des configurations multiples et complexes dans le champ de l'aide au domicile. *Vie Sociale et Traitements*(139), pp. 19-27.
- Franco, A. (2010). *Rapport de la mission "Vivre chez soi"*.
- G.Ribes, M. (2014, Décembre). Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 8, pp. 592-598.
- Heddebaut, S. (2009). Vous pouvez agir pour préserver l'autonomie. Dans M. Carré, & Doc'Édition (Éd.), *Domicile, autonomie et technologies* (éd. Doc'éditions, pp. 51-54).
- INSEE. (2014). *Personnes âgées dépendantes*. Récupéré sur INSEE: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
- Jean-Paul Deremble, B. V. (1984). La maison repère et repaire. *Gérontologie et Société*(30), 7-10.
- Kelemen, E.-B. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens. *Journal d'Ergothérapie*, 101-108.
- L.Parizot. (2012). L'enquête par questionnaire. Dans L.Parizot, *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Serge Paugam.
- Laroque, G. (2009). Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire. *Gérontologie et Société*, 32(131), 45-51.
- Laroque, G. (2011). Ma maison, c'est mon château. *Gérontologie et société*, 34(136), 8-10.
- Leborgne-Uguen, F., & Pennec, S. (2016). Les aménagements techniques pour préserver le « chez soi » : les négociations entre les habitants et les professionnels ». Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 175-203).
- Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie*. Ministère des solidarités et de la santé.
- Luc Van Campenhout, R. Q. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 4). Dunod.
- Lucas, F. (2016). Les acteurs de l'aménagement du domicile: expérience d'artisans au contact des personnes en situation de handicap. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 317-326).
- Merigot-Boutin, A. (2017). Ergothérapie: pour le maintien à domicile des sujets âgés - état des lieux de la prescription médicale. *Thèse pour le diplôme d'état en médecine*.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018, 03 02). *Personnes âgées, les chiffres clé*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse/article/les-chiffres-cles#Quelques-donnees-cles>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018, Juin). *Professionnels des aides et du soin*. Récupéré sur Pour les personnes âgées: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin>
- Ministère, S. e. (2010, Juillet 08). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. *Diplôme d'Etat d'ERGOTHERAPEUTE - Référentiel d'activités*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles Conceptuels En Ergothérapie*.
- Morval, J. (2006). L'appropriation et la désappropriation de l'espace chez la personne âgée. Dans J. Morval, *Penser l'espace pour lire la vieillesse* (pp. 51-69). Presses Universitaires de France.
- Morval, J. (2007). L'appropriation de l'espace. Dans J. Morval, *La psychologie environnementale* (pp. 75-94).
- Nicole Seve Ferrieu, P. M. (2010). *Rapport SADEER*.
- Offenstein, E. (2016). Accompagner le changement. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 241-263).

- Paul, M. (2012, Septembre). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*(110), 13-20.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 33-49.
- Ravaine, A. B. (2005, Janvier). Les visites à domicile. *Soins Gériatrie*, pp. 42-44.
- Singly, F. d. (2016). *Le questionnaire* (éd. 4). Armand Colin.
- Soullier, N. (2011). *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (éd. 2e).
- Trevidy, F., d'Ivernois, J.-F., Gagnayre, R., & Jean-Jacques. (2011). Identité-logement et gestion du risque de chute chez les personnes âgées. *Le sujet dans la cité*(2), 109 - 120.
- Trouvé, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. (D. Boeck, Éd.)
- Trouvé, E., & Corlay, H. (2016). Démarche et raisonnement clinique de l'ergothérapeute dans la relation homme/environnement. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 221-240).
- Trouvé, E., Rousseau, J., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). Approche de l'environnement dans les modèles ergothérapeutiques. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 207-220).
- Truong, F. (2012). "Dis-moi où tu habites...". *Idées économiques et sociales*(166), 4-6.

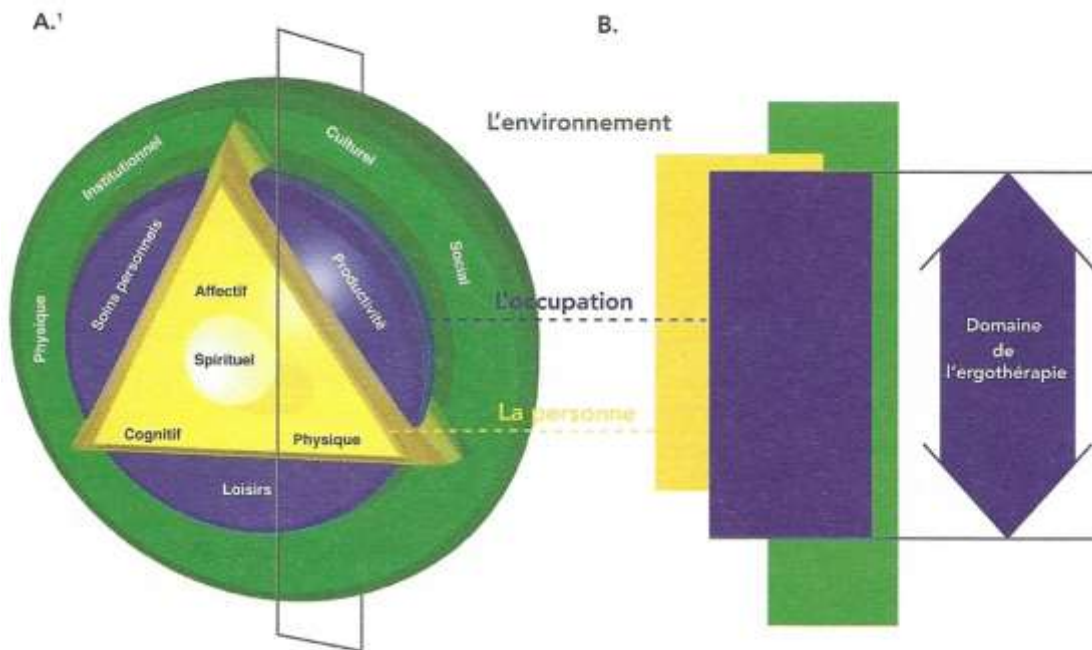
Annexes

Table des Annexes

Annexe 1 : Le MCREO.....	I
Annexe 2: Grille nationale AGGIR	II
Annexe 3 : Prestation « Bien chez moi » du groupe AGIRC-ARRCO	III
Annexe 4 : Guides d'entretien.....	IV
Annexe 5 : Questionnaire.....	VI
Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens.....	X
Annexe 7 : Entretiens.....	XV

Annexe 1 : Le MCREO

Modèle Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel



A1 : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Figure 15 : Le MCREO - disponible sur :

<http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J2SC24F9-11X85HY-6LP/Cours>

Annexe 2: Grille nationale AGGIR

Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

Les groupes iso-ressources :

Les groupes iso-ressources, déterminant des besoins en soins de base, sont calculés à partir des huit premières variables d'activités corporelles et mentales, les deux dernières évaluant l'isolement et le confinement d'une personne à son domicile.

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR (calculés par un algorithme complexe imposant l'informatique) :

- **Le GIR 1** comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- **Le GIR 2** est composé essentiellement de deux sous-groupes :

d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;

d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

- **Le GIR 3** regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- **Le GIR 4** comprend deux sous-groupes essentiels :

d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.

d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- **Le GIR 5** est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

- **Le GIR 6** regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Figure 16 : Groupes Iso Ressources- disponible sur :
https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf

Annexe 3 : Prestation « Bien chez moi » du groupe AGIRC-ARRCO



Prestation conseil-logement en ergothérapie « Bien chez moi »

Les grands principes de fonctionnement

Objectif

Les ergothérapeutes ont pour rôle d'analyser l'environnement au domicile de la personne âgée et peuvent la conseiller dans l'adaptation de son logement.

Ces professionnels prennent en compte les habitudes de vie, les capacités actuelles ou futures éventuelles, les difficultés au quotidien de la personne ainsi que l'état du bâti. Ils proposent les solutions à envisager pour améliorer le confort, la sécurité et l'ergonomie du logement.

Les solutions proposées concernent :

- l'apprentissage de gestes du quotidien et l'apprentissage à la compensation en cas de fragilité spécifique,
- le choix d'équipement d'aides techniques,
- les conseils relatifs à l'aménagement du bâti en cas de besoins de travaux.

Organisation et publics concernés

La prestation d'ergothérapie est actuellement en phase expérimentale dans les régions Bretagne, Ile de France, PACA et Rhône-Alpes.

Pour bénéficier de ce service, les personnes doivent être des retraités Agirc ou Arrco, quels que soient leurs niveaux d'autonomie et de ressources, et avoir 75 ans et plus.

Le financement

Le financement de cette prestation conseil-logement est majoritairement pris en charge par les caisses de retraite Agirc et Arrco, une participation de 15 € est demandée à chaque allocataire, soit environ 3 % de son coût total.

La démarche « Bien chez moi »

Un service en trois étapes :

- 1- Une visite à domicile : l'ergothérapeute analyse avec la personne les difficultés et les risques rencontrés dans l'habitation, notamment les risques de chute. L'ergothérapeute échange sur les contraintes et les habitudes de vie de la personne.
- 2- Un bilan à l'attention de la personne âgée : il comprend des propositions sous formes de solutions simples et pratiques (aménagement, précautions à prendre quotidiennement...).
- 3- Une orientation du bénéficiaire pour le suivi de la prise en charge, notamment pour les travaux les plus significatifs à réaliser.



Figure 17 : Diagnostic "Bien chez moi"- disponible sur :

<http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>

Annexe 4 : Guides d'entretien

I. Guide d'entretien avec les personnes n'ayant pas été accompagnées

1. **Que connaissez-vous du rôle de l'ergothérapeute dans le cadre de son intervention au domicile ?**
2. **Vous avez donc reçu la visite d'un ergothérapeute.**
 - Qui en était le demandeur ?
 - Quel était le motif de la demande ?
 - Qu'attendiez-vous de sa venue ?
3. **Que vous a-t-il proposé et qu'en pensez-vous ?**
 - Expliquez quoi/ pourquoi
 - Avez-vous adhéré à ces propositions
 - En quoi pensez-vous que ce qu'il vous a proposé soit adapté/ non adapté à vos besoins ?
4. **Lors de sa visite, vous a-t-il proposé des solutions que vous n'avez pas retenues ?**

Lesquelles et Pourquoi ?
5. **Aujourd'hui, avez-vous étudié les propositions, l'intention de les mettre en œuvre voir déjà mis en œuvre ?**

Lesquelles et Pourquoi ?
6. **Quelles pourraient être les difficultés que vous rencontreriez pour les mettre en œuvre ?**

Lesquelles et Pourquoi ?
7. **Si l'ergothérapeute revenait dans quelques temps, que lui demanderiez-vous par rapport à ce qu'il vous a proposé ?**
8. **Quel pourrait être selon vous l'intérêt d'un accompagnement par l'ergothérapeute après cette visite ?**

Si pas d'intérêt : Pourquoi ? De quoi auriez-vous besoins pour aller plus loin ?

II. Guide d'entretien avec les personnes ayant été accompagnées

- 1. Que connaissez-vous du rôle de l'ergothérapeute dans le cadre de son intervention au domicile ?**
- 2. Vous avez donc reçu la visite d'un ergothérapeute qui vous a dans un premier temps rendu visite et évalué vos besoins dans votre domicile.**
 - Qui en était le demandeur ?
 - Quel était le motif de la demande ?
 - Qu'attendiez-vous de sa venue ?
- 3. Que vous avait-t-il proposé et pourquoi ?**

Expliquez quoi/ pourquoi
- 4. Avez-vous adhéré à toutes ces propositions ? qu'en pensiez-vous juste après sa visite ? –**

En quoi pensiez-vous que ce qu'il vous a proposé était adapté/ non adapté à vos besoins ?
- 5. Aujourd'hui parmi ces propositions qu'il vous avait faites, lesquelles avez-vous mis en œuvre et lesquelles n'avez-vous pas retenues ?**

Pourquoi ?
- 6. Depuis cette première visite, il vous a accompagné(e)... :**
 - Saviez-vous qu'il allait intervenir suite à la première visite ?
 - o Si oui cela vous a-t-il rassuré ? en quoi ?
 - o Si non, cela vous a-t-il inquiété de ne plus avoir de contact après sa visite

=> S'il n'était pas revenu, qu'auriez-vous mis en œuvre ?

 - En quoi cet accompagnement a-t-il consisté ?
 - En quoi cela vous a-t-il aidé ?
- 7. Bilan de son intervention : quel a été selon vous le véritable apport de son accompagnement après sa première visite ?**

Annexe 5 : Questionnaire

Maintien au domicile des personnes âgées

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude à l'IFE de Créteil, je m'intéresse au maintien au domicile des personnes âgées et souhaite recueillir votre expérience sur des points particuliers au travers de ce questionnaire. Il s'adresse aux ergothérapeutes qui effectuent des évaluations du domicile pour des personnes âgées (type diagnostic « bien chez moi »). Il ne concerne pas ceux qui effectuent des évaluations dans le cadre d'une hospitalisation par exemple.

* Required

Email address *

Your email

Quelques informations vous concernant

Dans le cadre de quel type de structure effectuez-vous des visites au domicile? *

- En libéral
- Dans une société (assurance/ mutuelle ou autre)
- Dans une structure d'aide type CLIC, MAIA, SSIAD, CCAS...
- Other:

Combien d'évaluation(s) de domicile pour les personnes âgées effectuez-vous en moyenne par mois *

- 0-2
- 3-6
- 7-10
- >10

Les difficultés de la personne concernant les préconisations suite à votre visite

Dans les questions qui suivent, sur chaque item mentionné, quelles sont d'après vous les difficultés majeures rencontrées par la personne suite à votre visite ?

Concernant les Aides Techniques - HIÉRARCHISEZ du plus (1) au moins (5) problématique- 1 SEULE RÉPONSE PAR COLONNE *

	1	2	3	4	5
S'approprier l'AT et se décider à l'acquiescer (aspect stigmatisant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choisir une AT plutôt qu'une autre dans une gamme donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer les démarches d'acquisition : devis, choix d'un revendeur, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'acheter (coût de l'AT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intégrer pour l'utiliser au quotidien une fois acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les Projets d'aménagement - HIÉRARCHISEZ du plus (1) au moins (5) problématique- 1 SEULE RÉPONSE PAR COLONNE *


	1	2	3	4	5
S'approprier le projet : accepter les changements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer les démarches de mise en oeuvre: faire faire les devis, décider de l'artisan...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financer le projet (coût)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre les travaux (qualité, conformité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporter les travaux eux-mêmes (déplacement induit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les recommandations d'aides humaines et de services. HIÉRARCHISEZ du plus (1) au moins (3) problématique- 1 SEULE RÉPONSE PAR COLONNE *

	1	2	3
Accepter de ne plus faire soi-même, notamment si pas encore d'aide en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer les démarches : choix d'un prestataire, mise en place...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financer le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les recommandations pour l'organisation du quotidien, les gestes et postures... HIÉRARCHISEZ du plus (1) au moins (3) problématique- 1 SEULE RÉPONSE PAR COLONNE *

	1	2	3
S'approprier les propositions : comprendre l'intérêt pour elles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les mettre en oeuvre concrètement sur la base du CR et/ou de la démonstration lors de la visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les intégrer au quotidien (transfert de l'acquis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos échanges après la visite 

Après votre visite d'évaluation, il vous arrive d'entretenir un contact avec la personne : *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent
- Toujours
- Other:

Lorsqu'il a lieu, quel est l'objectif de ce contact ? *


- Echange concernant le compte-rendu et éventuelles questions
- Point d'avancement sur la mise en oeuvre des préconisations
- Mise en relation avec d'autres professionnels selon ses besoins (revendeurs, artisans, prestataires de services ... etc.)
- Aide à la mise en oeuvre du projet sur les modalités administratives et/ou financières
- Accompagnement ergothérapique
- Other:

Vous arrive-t-il de retourner au domicile suite à la visite d'évaluation en dehors de la réception de conformité des travaux *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent
- Toujours

Lorsque vous y retournez, expliquez en quelques mots les objectifs

Your answer:

La mise en oeuvre des préconisations 

D'après vous, les personnes rencontrées mettent-elles en oeuvre les préconisations que vous avez faites ? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très rarement Presque toujours

Lorsqu'elles ne le font pas, quelles en sont d'après vous les raisons majeures? HIÉRARCHISEZ du plus fréquent (1) au moins fréquent (5) UNE SEULE RÉPONSE PAR COLONNE *

	1	2	3	4	5
Décalage avec leurs propres attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspect trop stigmatisant des AT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de proches pour soutenir le projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés face à la mise en oeuvre du projet (acquisition, travaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés pour le financement (coût)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'intervention de l'ergothérapeute par la suite 

Sur quels aspects la personne peut-elle ensuite avoir besoin de l'aide d'un ERGOTHERAPEUTE ? Sélectionnez les 2 points les plus importants selon vous *

- L'amorce du projet : phase d'acceptation/ appropriation des préconisations
- Le lien avec les proches
- La mise en oeuvre proprement dite du projet : aide pour l'acquisition d'une AT, le devis d'aménagement...
- Le suivi de la mise en oeuvre: utilisation des AT au quotidien, intégration quotidienne de gestes, suivi des travaux,
- La mise en relation avec les autres professionnels ad'hoc
- Other:

Sous quelle forme cette aide peut-elle se faire? *

- Simple(s) appel(s) téléphonique
- Visite(s) au domicile
- Other:

Quels peuvent être les freins à un accompagnement ergothérapique suite à la visite d'évaluation ? *

- Refus de la personne car pas d'attente de sa part
- Pas d'intérêt: le compte-rendu est clair et suffisant
- Pas de compétences spécifiques à apporter par rapport à d'autres professionnels intervenant déjà au domicile
- Coûts induits par cet accompagnement
- Other:

Remarques et suggestions complémentaires ?

Your answer

SUBMIT

Never submit passwords through Google Forms.

Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens

Thème		Madame A	Madame B	Madame C	Monsieur D	Madame E	Madame F
L'origine de la demande et les attentes de la visite de l'ergothérapeute	Connaissance (préalable) de l'ergothérapie et Compréhension périmètre d'action a posteriori	Assez vague. A connu en rééducation ("22 opérations que des os ... alors, on connaît..."); Par contre a compris les limites de ce que peut lui apporter l'ergo	Ne connaissait pas. "Pour dire ce dont j'ai besoin ?"	Ne connaissait pas : visite dans le cadre d'une demande d'APA. Ne savait pas « <i>de quoi ça allait parler</i> ». Reste flou : Préconise des aménagements. Pense reprendre contact pour sa chaudière...	Connait bien les ergothérapeutes. A travaillé en hôpital. Cerne bien la notion de prise en compte par rapport à ses besoins propres et son état de santé.	Ne connaissait pas l'ergothérapie. Reste flou après visite de l'ergothérapeute. " <i>S'occupe de l'aménagement</i> ".	Ne connaissait pas, si ce n'est lors de cures en rééducation. Sa fille ne connaissait pas non plus. A fini par mieux cerner
	Contexte/ Qui ?	Madame elle-même, conseillée par une amie	Demande d'APA. Sa petite fille qui travaille dans le milieu de l'aide à la personne	Demande d'APA. Suggestion de sa femme de ménage. L'ergothérapeute est venu suite à cette demande	Sollicitation par la caisse de retraite complémentaire. Proposait qu'un ergothérapeute vienne gratuitement lui rendre visite	Suggestion de son voisin. Madame a effectué la demande elle-même	Demande d'APA faite pas sa fille (proposition de la référente APA qu'un ergothérapeute vienne faire le point)
	Pourquoi ?	Ne peut plus utiliser sa douche (marche trop haute)	Pour identifier les besoins pour le financement APA demandé par sa petite fille	Demande d'APA : la baignoire devient difficile à utiliser malgré le siège pivotant et l'accès extérieur aussi. 2 solutions avant la venue de l'ergothérapeute	"De problèmes de dos". N'arrive plus à utiliser sa baignoire. L'ergothérapeute vient pour évaluer le besoin de douche	"Je suis tombée plusieurs fois dans ma baignoire. J'ai des problèmes de dos". Besoin d'une baignoire à la place de la douche	De gros besoins d'aménagements suite à des problèmes de santé multiples: cancer et chute très rapide de la vision

Thème		Madame A	Madame B	Madame C	Monsieur D	Madame E	Madame F
	Comment ?	Conseillé par une amie.	Par l'APA. Demande gérée par sa petite fille qui travail dans le milieu de l'aide à la personne	Sa femme de ménage lui a parlé de l'APA	Par le biais de la caisse de retraite	"C'est grâce à mon voisin monsieur B. qui m'en a parlé".	Dossier APA pour démarrer une aide pour financer les travaux envisagés
	Attentes préalables de la visite	Préconisation de changement de douche	N'en attendait rien, si ce n'est la préconisation de refaire les marches d'accès extérieures avec rampe d'accès pour financement APA	Mettre un monte escalier et une porte de baignoire. Deux idées suggérées par des amis et étaient déjà acquises avant la venue de l'ergothérapeute	Changer la baignoire pour une douche. Restait ouvert à toutes les autres suggestions pouvant soulager ses problèmes de dos.	Seulement la douche.	Monte escalier Télé-agrandisseur Douche
<i>L'intervention de l'ergothérapeute : les préconisations et satisfactions</i>	Avis/ opinion sur l'intervention	Très satisfaite. <i>"Honnêtement j'en attendais pas autant"</i> . Précós au-delà d juste a douche qui était sa seule attente	Très réticente. Question de confiance... : <i>"Moi, ça me gênait un petit peu parce qu'elle était jeune »"</i>	Neutre. L'ergothérapeute est venue. Elle a constaté et fait son compte-rendu. Pas d'opinion	Satisfait	Satisfaite	Satisfaite même si quelques déboires suite à la mise en œuvre (n'a pas attendu l'accord de l'APA pour faire les travaux...)
	Préconisations faites par l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Douche receveur plat - WC plus hauts - Barres WC et salle de bain - Lavabo dégagé pour ses jambes - Brosse à long manche - Chaise haute pour la cuisine 	<ul style="list-style-type: none"> - Marches d'accès extérieur et main courante - Barres dans la douche et le cagibi - Rehausseur WC - Pince long manche 	<ul style="list-style-type: none"> - Monte escaliers - Sous-tapis anti-dérapant - Ouvre boîte électrique - Salle de bains/ WC : porte de baignoire/ douche, retrait tapis mousse, barre d'appuis 	<ul style="list-style-type: none"> - Douche au lieu d'une baignoire - Rehausser les WC - Sous-tapis dans la chambre - Conseils pour s'asseoir mais non écrit au CR. S'en rappelle vaguement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Douche avec siège - Siège de bain en attendant - Rehausse des WC et barre d'appui - Sol anti dérapant dans la Sdb - Retrait des tapis dans la SdB et l'appartement 	<ul style="list-style-type: none"> - Monte-escalier - Planche de bain en attendant la douche - Douche + siège et barres d'appui - Télé-agrandisseur - Eclairage de cuvettes WC - Volets roulants électriques

Thème		Madame A	Madame B	Madame C	Monsieur D	Madame E	Madame F
Acceptation des préconisations	Acceptations et réticences	D'accord avec ce qui D'autres propositions avaient été faites (enfile-bas) mais non stipulé dans le CR car Madame n'en voulait pas. Des préconisations au-delà de ses attentes. Ce qui n'était pas attendu a été volontiers accepté ("«Oui, parce que je veux rester chez moi »)	Aucune acceptation de ce qui est proposé en dehors des marches d'accès extérieure qu'elle attendait. Refus de toutes les propositions. <i>"Je me débrouille très bien toute seule" - "Ca ne me paraît pas utile, non mais bon, pour l'instant disons, à moitié quoi ! Moi je pense plus tard quand même"</i>	Plutôt bonnes car elle savait déjà ce qu'elle voulait : Correspond à ce qu'elle attendait avant la visite	Très bonnes. Pour ce qui est de la douche, c'était attendu... Pour les WC : "que du bonus"! Le reste (tapis). Pourquoi pas, c'est une bonne idée. Correspond à ce qu'il attendait avant la visite	Pas de problème d'acceptation. Correspond à ce qu'elle avait projeté pour la douche. Les WC ne faisaient pas parti de ses attentes et elle ne l'a pas retenu	Globalement plus de problèmes d'acceptation mais cheminement qui semble avoir été long. Focalisation sur les attentes premières : monte escalier et douche dans un 2ème temps. Les autres préconisations sont considérées comme secondaires
	Freins à l'acceptation	A accepté son et prête à faire n'importe quoi pour ne pas aller en maison de retraite. Y habite depuis 40 ans...	Refus d'accepter son état. Evoque sa mère : <i>"Ben oui, parce qu'elle ne voulait pas s'avouer devenir comme ça ! Pis moi vous savez, je suis un peu comme ça !"</i>	Affect vis-à-vis de sa salle de bains rose qui était le rêve de son enfance et que son mari et elle ont eu du mal à financer. Mais se dit prête à tout pour rester chez elle	Pas d'attachement particulier à son logement. Seul l'aspect financier aurait pu être un frein	Pas d'attachement particulier à son logement. L'aspect financier aurait pu être un frein. Accepte ses problèmes de santé et prête à faire ce qu'il faut pour se faire aider	Veut rester chez elle à condition de pouvoir occuper tout l'espace, étage y compris. Pas de réticences du moment qu'elle peut habiter la totalité de sa maison

Thème		Madame A	Madame B	Madame C	Monsieur D	Madame E	Madame F
<i>La mise en œuvre</i>	Intentions de mise en œuvre	Veut tout faire.	Rien en dehors des marches si matériellement possible (problème financiers et juridiques)	Pense tout faire. Correspond à ce qu'elle avait projeté			
	Mise en œuvre effective				Tout a été fait : La salle de bains a été entièrement prise en charge par l'office de HLM et les tapis ont été retirés (préconisation de sous tapis)	A retenu la douche et barre d'appui pour les WC (« ne voulait pas abuser»)	A retenu bien sûr monte escalier, le télé-agrandisseur et la douche mais une cabine installée par son fils et non les préconisations de l'ergothérapeute. Les autres propositions ne sont pas rejetées car considérées comme secondaires.
	Rôle des proches	Son fils est proche mais vit loin. Des amis mais aussi les enfants de ses amis qui restent là si besoin	La petite fille prend tout en charge. Forte influence.	L'aide-ménagère très proche sur qui elle se repose beaucoup et son petit-fils également très présent. Des voisins « adorables »	Peu de proches évoqués.	Sa fille. Une amie très proche qui l'a aidée pour les démarches.	Les enfants (fille et fils) sont des accompagnant de 1er rang et très présents. Madame se repose entièrement sur eux.

Thème		Madame A	Madame B	Madame C	Monsieur D	Madame E	Madame F
<i>L'accompagnement : attentes et vécu</i>	Nature de l'accompagnement				Démarches administratives et courriers à l'office des HLM. Suivi des actions par échanges téléphonique	Démarches administratives et courriers à l'office des HLM. Suivi des actions par échanges téléphonique (4 ou 5)	Des échanges très conséquents : échanges téléphoniques, mails et sms "à toutes les heures".
	Attentes d'un accompagnement	Rien ! Se sent tout à fait capable de mener les démarches et ne ressent pas du tout de besoin d'aide suite à la visite	Rien ! Son fils et sa petite fille sont là...	Rien de particulier.			
	Ressenti de l'accompagnement				Spontanément dit ne pas avoir été accompagné. Puis, après être revenu sur les évènements : « Et c'est grâce à ça que ça a marché ! »	« Il m'a apporté un soutien, il m'a expliqué ». « J'ai eu confiance en lui d'abord ».	Très bénéfique au final. Des complications liées au démarrage des travaux sans l'aval de financement. Mais "il a fait le rattrapage". Ce qui prime est la disponibilité

Annexe 7 : Entretien

Entretien avec Madame B – Non accompagnée

Code couleur :

En bleu foncé : Madame B

En bleu clair : Moi-même

Que connaissez-vous du rôle de l'ergothérapeute dans le cadre de son intervention au domicile ?

C'est pour me dire ce qu'il faut, ce que j'ai besoin c'est ça ?

Oui, globalement, c'est ça. Mais pouvez-vous m'expliquer un peu plus en détail ?

Eh ben, elle est venue pour m'aider pour le jour où je pourrais plus ceci ou cela, et de pouvoir m'aider alors ça je comprends parce que je suis entourée de personnes âgées. On est que des gosses dans le coin et des personnes âgées. Vous comprenez, on est que des veuves dans le coin et je suis dans l'ensemble la mieux !

Vous avez donc reçu la visite d'un ergothérapeute....

- Qui en était le demandeur ? (=> personne elle-même ? entourage ?...)
- Quel était le motif de la demande ? (=> pourquoi est-il intervenu ?)
- Qu'attendiez-vous de sa venue ?

Mm C : Elle est venue parce que à la mairie, à Noisseau, c'est eux qui m'envoyaient la femme de ménage, comme d'habitude d'ailleurs ! mais ça n'était pas l'APA. C'était pour avoir l'APA, voilà !

Bien je comprends. Il y a eu une demande d'APA. C'est donc vous qui avez fait cette demande d'APA ?

C'est ma petite fille. Elle me dit : «tu payes trop cher momère » (momère c'est comme ça qu'elle m'appel ma p'tite fille,, parce que mamie... c'est commun) et donc elle m'a dit « momère, avec l'APA; on va demander l'APA ; on verra bien, ce sera accepté ou pas ». Donc ça a été accepté mais c'est elle qui a tous les papiers.

Votre petite fille a fait une demande d'APA à la mairie et suite à cela, l'ergothérapeute est venue pour évaluer vos besoins ?

Voilà ! c'est ça ! tout à fait madame !

Avant qu'elle ne vienne, attendiez-vous quelque chose de sa venue, saviez-vous pourquoi elle venait ?

Ben, elle me l'avait expliqué la gosse, hein. Vous savez, elle ne fait que ça toute la journée alors elle connaît bien. Vous savez, elle a l'habitude ma petite fille ; son père a un cabinet d'aide à la personne et c'est elle qui s'occupe de tout ça ! Elle est du côté de Rosay en brie. Alors ils on un cabinet d'aide à la personne qui est à son père mais elle travaille avec. Et mon autre petite fille, elle, elle travaille en maison de retraite alors elle, elle aide les personnes âgées, donc elle connaît bien le truc aussi et même le samedi et le dimanche, elle. Faut qu'elle aille les laver, leur donner à manger... Enfin, elle est un peu dans les bureaux maintenant...

Que vous a-t-il proposé et qu'en pensez-vous ?

- Expliquez quoi/ pourquoi
- Avez-vous adhéré à ces propositions
- En quoi pensez-vous que ce qu'il vous a proposé soit adapté/ non adapté à vos besoins ?

Ben ça [montre le papier du compte-rendu] ! Ça là, là, pour rehausser les toilettes ! Bon, alors pour l'instant je me relève bien, hein.

D'accord. Pensez-vous que cela va pouvoir vous être utile ?

Ben, il arrivera un moment, oui.. Parce que je viens quand même d'avoir 83 ans. Moi, je pense que c'est bien ce qu'ils font, hein !.

Pensez-vous que c'est quelque chose dont vous pourriez avoir besoin ?

Ben, il arrivera un moment, oui. Il arrivera un moment, oui Parce que je viens quand même d'avoir 83 ans. Donc pourquoi pas. Moi je trouve que c'est bien, ce qu'ils font. Ah Ah !! Je rigole. Vous savez pourquoi je ris. Parce que maman, elle est décédée, elle avait 90 ans. Vous lui auriez proposé ça, elle vous aurait foutue dehors.

Ah, mais pourquoi à votre avis ?

Eh ben parce qu'elle était extrêmement habile. Fallait voir, elle avait 90 ans et elle faisait tout toute seule : elle prenait sa douche toute seule, tout, elle faisait tout toute seule. Moi j'allais la voir parce qu'elle habitait un petit peu plus loin, là. J'allais la voir tout le temps mais elle me disait : « mais non, laisse-le, je vais le faire ! »

Vous pensiez donc qu'elle aurait refusé ?

Ben oui, parce que... euh... comment je vous dirais bien, moi ? Parce qu'elle ne voulait pas s'avouer devenir comme ça ! Voilà ! Pis moi vous savez, j'suis un peu comme ça ! Ben oui. Enfin, moi, je dis rien parce que -comme dirais ma petite fille (elle fait ça la gosse maintenant, elle s'occupe que de ça) - comme elle dit : « momère un jour, t'en aura besoin ». Ben oui, c'est pour ça que je dis rien. Mais moi faut pas me demander d'argent parce que moi, je peux pas, hein.

Oui, on va effectivement aborder ces questions-là plus tard. Donc elle vous a proposé un réhausse WC pour que vous puissiez vous relever.

Oui, c'est ça. Et là je dis pourquoi pas mais bon, pour l'instant... Vous savez, tout est petit ici. Alors, je m'attrape au mur. Et puis, moi je me dis quelque chose aussi ; je suis un peu de l'avis à maman, faut pas se laisser aller, non plus. Moi, j'ai eu mal à un genou. Bon, j'avais du mal à m'asseoir et à me relever mais je me suis dit : « allez mémère, pousse toi il faut que tu y ailles ».

Oui, c'est sûr. Bien, et à part le réhausse WC ?

Ben... elle m'a demandé si je voulais une barre dans ma douche pour pas tomber. C'est-à-dire que moi, vous regarderez ma douche tout à l'heure, elle est petite. Alors si je rentre dedans avec une barre !!! Je trouve que mettre une barre... je vais me cogner dedans ce n'est pas ça ! enfin !!! J'ai pas voulu

la contrarier ...Parce que je me suis dit c'est moi qui ai ça dans la tête mais bon ... Parce que le robinet dans la douche je me cogne dedans, alors si je mets cette barre, ça va être le bouquet.

Oui je comprend...

Et puis alors, elle voulait mettre une barre dans mon cagibi là, pour monter la marche. Mais je lui dit : « on ne peut pas, là, il y a tous les fils électriques ! Y'a une toute petite marche elle est haute comme ça alors ! Et puis, ça fait du sport dans les genoux ! ». Moi c'est ce que je me dit.

Oui, mais alors pourquoi pensez-vous qu'elle vous l'a proposé ?

Peut-être plus tard, si je n'arrive pas à monter la marche. Je ne sais pas, j'en parlais avec ma petite fille et elle me dit « tu sais la barre dans ton cagibi c'est pas... enfin bon ; s'il faut la mette ... on la mettra ...mais... on ne pourra pas la mettre ! Vous savez mon cagibi, il n'est pas très grand, j'ai un meuble d'un côté et mon sèche-linge de l'autre, je m'appui dessus.

Peut-être est-ce plus sécurisant ?

Bah non, je touche du bois mais jusqu'à maintenant, je ne suis pas tombée. Je suis juste tombée dans les deux marches que vous venez de monter là, devant la maison, deux fois.

Ils doivent me les faire les marches. C'est ça surtout l'important. Et la barre pour que je m'attrape dessus.

Là ça oui, ça alors ça je suis d'accord. Mais pour le reste... Oui c'est vrai, il faut penser pour plus tard. Vous voyez ma voisine derrière, là, elle est dans un état pitoyable et elle est plus jeune que moi !! Alors elle ne peut plus marcher, elle ne peut plus se laver, elle ne peut plus se lever de son lit, elle ne peut plus rien ! Je sais même pas si elle est pas dans un fauteuil roulant maintenant. Il me semble que son fils m'a dit ça, oui. Alors elle me dit toujours : « je ne sais pas comment vous faite ! ». Alors ben oui, mais c'est comme ça ! Mais moi je me remue aussi !

Et en dehors de cela, que vous a-t-elle préconisé d'autre ? Par exemple des accessoires pour vous aider ?

Si, elle m'a proposé une canne !

Une canne ?

Oui, une canne pour ramasser ce qui tombe. Mais ça, je m'oblige à me baisser moi. Mon toutou il me fait des âneries, alors je peux vous garantir que je me baisse continuellement.

Ah d'accord, alors peut-être plutôt une pince à long manche pour ramasser les objets ? La canne est plutôt pour s'appuyer et s'aider à marcher... Donc pour vous, cela vous paraît-il adapté à vos besoins ? qu'en pensez-vous ?

Eh bien pour l'instant, je dirais même non ! Parce que, hein, euh, je me débrouille très bien toute seule ! sauf que j'ai quand même une femme de ménage parce que pour aller faire les courses, il faut quand même que j'aie prendre le car et tout. Et puis comme j'ai été malade, alors... et puis j'avais une femme de ménage surtout quand mon mari était malade parce que ... il m'en a tellement fait voir de toutes les couleurs que... Je ne sais pas comment je tiens debout des fois ! C'était l'horreur avec lui !! Et puis, borné hein, il ne voulait pas que je l'aide à se laver, à s'habiller ! Il ne voulait rien!! Alors un

jour mes gosses, ils se sont fâchés. Ils lui ont dit : “Bon ben papa, puisque tu veux pas que maman le fasse, on va faire venir quelqu'un”. “Si il vient, je lui met mon point dans la figure”, qu'il me dit!

Lors de sa visite, vous a-t-il proposé des solutions que vous n'avez pas retenues ?

- Lesquelles ?
- Pourquoi ?

Non rien d'autre ! Je vous ai tout dit et c'est tout marqué. Après moi, faut voir... Il y a juste vraiment ces marches à l'entrée avec la barre, là, pour se tenir. Oui c'est surtout la barre pour les escaliers parce que je suis tombé deux fois. Et c'est pour ça que je me suis esquiné les genoux. Parce que je suis tombée sur les genoux et encore, hein, quand je suis tombée, je faisais pas ce poids. Depuis que mon mari est mort j'ai énormément grossi. Quand je suis tombée je faisais pas ce poids là !! Oui c'est pas parce que je mange pourtant!!! mais je suis très très nerveuse vous savez!!! Vous voyez ce l'autre jour par exemple, je suis allé à Mondor. Et le chauffeur de taxi que je connais bien, il me dit : “Ca va pas encore Chantal aujourd'hui”. Alors je lui dit : “Non vous savez bien que quand je vais là-bas, ça va pas!!! ». [quinte de toux]

Donc qu'avez-vous retenu de ces propositions ?

Pour le reste, non... J'ai retenu... j'ai retenu... je reconnais, que ça peut être utile, mais pour l'instant, bon... Moi, c'est surtout mes escaliers.

Aujourd'hui, avez-vous étudié les propositions, l'intention de les mettre en œuvre voir déjà mis en œuvre ?

- Lesquelles ?
- Pourquoi ?

Moi, c'est surtout les marche. C'est ça surtout ce que j'ai demandé. Il y a longtemps qu'ils doivent me les faire. Mais elle -ce n'est pas ma propriétaire, c'est la sœur de mon propriétaire. Mon propriétaire lui, il est...il est handicapé. Il est un petit peu spécial mais bon. - Ses parents lui ont laissé ça comme rapport et puis ... mais elle, elle a les moyens, elle a de l'argent. Bon c'est normal, elle a travaillé toute sa vie et elle a gagné de l'argent et je trouve ça normal mais bon... en fait, elle ne me comprend pas, elle ne s'imagine pas que moi je vais les faire les marches ! En plus de ça pour un propriétaire qui comprend rien du tout. Vous voyez là, cette maison, et bien on a tout fait dans cette maison. On a isolé toute la maison, les murs, les sols les plafonds ; On a tout fait. On a refait l'électricité parce que ça disjonctait tout le temps, on a mis la douche comme il faut. On a tout fait dans cette maison, tout. Elle, elle a rien fait, alors là maintenant, lui laisse un centime sûrement pas. Parce que moi, je suis locataire, et comme elle est propriétaire, alors elle ferait n'importe quoi pour pouvoir me virer. Parce que c'est elle qui s'en occupe. Parce que... oui, qu'est ce que c'est que je lui ai demandé l'autre jour déjà ? Ah oui, ben, c'est le coup des marches, là. Parce que j'ai demandé le papier, là pour pouvoir les faire et elle m'a dit « ah, ben si vous êtes pas contente vous avez qu'à foutre le camp ailleurs ! » voilà ce qu'elle m'a répondu ! Alors excusez-moi mais je suis là depuis le 1^{er} juin 1960, moi. Et j'ai tout fait

ici. J'ai élevé mes enfants, j'ai entretenu toute la maison ; on a tout fait dans cette maison ; alors au niveau de la reconnaissance, hein !!!

Quelles pourraient être les difficultés que vous rencontreriez pour les mettre en œuvre ?

Ex : Etablir des devis,

Rencontrer les revendeurs ou artisans et sélectionner le matériel qui vous convient,

Financer / trouver des financements,

Utiliser les aides techniques au quotidien

Reproduire des gestes montrés lors de la visite

- Lesquelles ?
- Pourquoi ?

Alors là je n'en sais rien moi, je ne sais pas !

Par exemple au niveau des démarches : faire faire un devis, trouver un artisan, organiser les démarches... quelles peuvent être les difficultés pour vous ?

Ah les devis, il y en a déjà eu deux ! On les a demandés et on les a eus. Mais je vous dis, c'est ma petite fille qui a tout ça !

Bien, les devis on été fait. Donc si aujourd'hui vous le faite, qu'est-ce-qui peut vous sembler difficile ?

Ben moi, c'est l'argent hein. Vous savez, je peux pas, hein. Vous savez avec quoi je vis ? Je vis avec 1000€ par mois. Donc j'ai mon loyer, toutes mes charges. Moi je refuse de payer ça.

Il existe des aides pour le financement de ce genre de chose.

Alors tout ça, c'est ma petite-fille qui s'en occupe. Moi je ne m'en occupe pas, ça me prend la tête. Parce que ça me prend la tête. Alors elle m'aide bien. On fait ça toutes les deux. Elle m'explique un tas de choses ! Donc elle m'a téléphoné, pour vous là. Elle m'a dit momère, tu vas la recevoir avec le sourire. Parce que vous savez, le sourire, il faut l'avoir ; Vous savez, j'en ai vu des choses. J'ai eu un truc, on a jamais su ce que c'était exactement. Je suis restée un mois hospitalisée. Mais je tiens toujours. Alors le médecin, il me disait toujours : « entre ses larmes, elle sourit quand même ». Non mais c'est vrai, je suis pas... non je suis pas comme ça !

Oui, vous êtes dure au mal ! Mais donc, si non si votre petite fille ne pouvait pas s'en occuper ?

Ben n'importe comment, il y a aussi mon fils qui s'en occupe aussi, et d'autres aussi, mon autre fils. Vous savez j'en ai un autre, un grand là, qui est à la retraite. Lui aussi il s'en serait occupé. Mais la petite, c'est son truc à elle. C'est son travail, elle ne fait que ça !

Si l'ergothérapeute revenait dans quelques temps, que lui demanderiez-vous par rapport à ce qu'il vous a proposé ?

(Explications, aide pour l'acquisition/ l'usage d'une AT, guidage dans les démarches...)

Mes marches, de faire mes marches.

Mais ce n'est pas exactement le rôle de l'ergothérapeute de faire vos marches...

Non, mais elle a quand même demandé des devis qu'on lui a envoyé. Et on en a eu deux. Mon fils a fait venir deux personnes avec qui lui, il travaille.

Donc comment l'ergothérapeute pourrait-il vous aider si votre famille n'était pas là pour cela ?

Alors ça moi je n'en sais rien. Moi tout ce que je demande c'est qu'on ne me demande pas d'argent parce que ça, je refuse littéralement, complètement. Moi j'ai trop... Je sais bien, moi j'ai voulu élever mes enfants et ça je ne le regrette pas parce que j'ai donné tout pour eux. Mon mari ne voulait pas que je travaille parce qu'il fallait que je garde mes enfants, fallait que je les élève ; et alors je suis restée, donc je n'ai rien. Je ne regrette pas parce que je m'en fou. Vu la situation de mes enfants, je peux vous dire que le grand, il sort de l'Elysée et de l'ENA. L'autre il s'est bien installé et tout ce qui s'en suit. Les petites aussi. Alors p'tites je les ai élevées toutes les 3.

Très bien. Je comprends donc que vous êtes bien entourée et que vos enfants et petits-enfants sont très présents. Mais s'ils n'étaient pas là, vers qui vous tourneriez vous ; pensez-vous que l'ergothérapeute puisse vous accompagner dans ces démarches par exemple ou autre chose ?

Oui, c'est sûr. Mais la comme la gosse elle me dit toujours « Momère, laisse moi tout ça je m'en occupe ». Parce que la même, elle est quand même euh... elle avait fait des études quand même et son père à monté ça. Alors elle a dit : « papa, moi je veux aller travailler avec toi ». Alors au début elle s'occupait des personnes âgées, mais comme elle avait fait l'école pour tout ça, son père lui a dit « t'es capable de t'occuper de tout ça » et elle a dit oui, quand même ! Donc oui, c'est elle qui s'en occupe !

Bien, je comprends que votre petite fille fait beaucoup de choses. Mais admettons que dans plusieurs années, vous vous dites que finalement que cette pince que l'ergothérapeute avait proposée pourrais vous être utile. Si votre petite-fille n'est pas disponible, vers qui vous tourneriez vous pour faire les démarches de l'achetez et apprendre à vous en servir ?

Mais l'autre, elle fait ça aussi la deuxième.

Certes, mais je reviens sur l'ergothérapeute qui vous a rendu visite :

Quel pourrait être selon vous l'intérêt d'un accompagnement par l'ergothérapeute après cette visite ?

(Si pas d'intérêt : Pourquoi ? De quoi auriez-vous besoins pour aller plus loin ?)

Elle est jeune. Elle est jeune pour faire ça, hein ? Mais moi vous savez, je suis une dégourdie hein. Nous on a été élevé comme ça. On était 7 enfants et je peux vous dire qu'on était tous des dégourdis !

Donc cet accompagnement de l'ergothérapeute plus tard ne vous paraîtrait pas utile ?

C'est pas que ça ne me paraît pas utile, non, mais bon, pour l'instant disons, à moitié quoi ! Moi je pense plus tard quand même, parce que les années passent et on sait jamais. Parce que même si le médecin me dit toujours que je serais centenaire... alors plus tard, pourquoi pas ! et puis la gosse, elle sera toujours au boulot, elle m'aidera et mon fils aussi !

Certes mais et l'ergothérapeute ?

Oui elle était gentille. Mais, moi, ça me gênait un petit peu parce qu'elle était jeune. Alors il y a des petites choses, ça me gênait un peu quand même.

Ah. Mais alors qu'est-ce qui vous gênait dans le fait qu'elle soit jeune ?

Et bien... qu'elle me demande si j'avais besoin de garnitures, si j'arrivais à me laver comme il faut..., ça me gênait un petit peu. Elle était jeune ! Elle était plus jeune que mes petites filles je suis sûre. Parce que moi, l'aînée de mes petites filles elle a quand même 36 ans, la 2^{ème} 32 et la 3^{ème} elle a 28 ans, hein ! Oui, j'ai des arrières petit-enfants. La 2^{ème}, elle celle du milieu là, elle a un garçon et un fille (5ans et 3 ans). Et donc c'est elle qui s'occupe de tout ça.

Donc le fait qu'elle soit jeune, en quoi cela est-il gênant ? est-ce par rapport à la confiance ?

Non, ce n'est pas la confiance vraiment, mais je dis, « elle est jeune quand même pour faire ça », c'est ça que je voulais dire. Parce que ma petite fille était là et elle me dit « momère quand même » mais je lui dis : « tu ne trouves pas qu'elle est un peu jeune pour faire ça ? ». Et elle m'a dit « oui mais si elle a choisi son métier ». C'est vrai ! je reconnais mais je vous assure elle avait quoi... ? elle n'avait pas 30 ans ! oh non elle était toute jeune ! Après elle était gentille, gentille comme tout hein, on peut pas dire. C'est pas...

Pensez-vous que si elle avait été plus âgée...

Ah oui voilà, je parlerais plus facilement, mais là bon... alors elle me dit « vous ne mettez pas de garnitures ? » et je lui dit « non, pas encore ! » mais j'ai trouvé ça un peu jeune. Alors ma petite fille, ça la faisait rigoler. Elle, celle qui était là, elle travaille en crèche, elle est puéricultrice...

Oui effectivement. Je pense que nous avons bien discuté sur cette question de l'intervention de l'ergothérapeute. Je vous remercie beaucoup de cet échange...

Entretien avec Madame F - Accompagnée

Code couleur :

En bleu foncé : Madame F

En gris clair : Sa fille

En bleu clair : Moi-même

Que connaissez-vous du rôle de l'ergothérapeute dans le cadre de son intervention au domicile ? – Je complétera en expliquant si nécessaire pour qu'il n'y ait pas de malentendu/ biais sur la suite

A vrai dire je ne sais pas exactement.

Même moi je ne savais pas ce que c'était. J'ai entendu ce mot quand on a vu l'évaluatrice de l'APA. J'ai fait un dossier APA pour démarrer un dossier d'aide pour financer parce qu'elle n'avait rien, je suis tombée sur un service qui m'a guidée etc. Donc un jour, il y a quelqu'un de l'APA qui est venu. Cette dame-là a fait l'évaluation de maman par rapport au besoin en heures d'aides ménagères ; elle a fait le point sur ce qu'elle avait déjà (par exemple elle avait déjà le bracelet électronique). Donc elle a fait le point, elle a posé des questions par rapport à ce qu'elle arrivait à faire/ ne plus faire et c'est elle qui nous a dit mais « est-ce que vous voulez qu'on vous envoie un ergothérapeute, c'est pris en charge par l'APA ». Il vient en fait évaluer la maison ; c'est en fait de l'architecture si on veut pour certaines choses pour voir les travaux qui seraient utiles pour qu'elle puisse vivre en sécurité et même vivre tout court puisqu'elle ne pouvait plus monter l'escalier. Donc maman ne savait pas ce que c'était et moi non plus. Donc on a dit « ah ben oui quelqu'un qui vient nous aider ! ». Et puis Monsieur C. est venu ; il a vu la maison. Je n'étais pas là ce jour-là. Donc voilà, nous n'avions pas de connaissance et je croyais même que c'était un métier... je ne sais plus parce que maintenant je connais mais bon.

En fait je connaissais un peu parce que tous les ans je fais une cure dans un centre avec de la rhumatologie et là-bas il y en a.

Vous avez donc reçu la visite d'un ergothérapeute.

- Qui en était le demandeur ? (=> personne elle-même ? entourage ?...)
- Quel était le motif de la demande ? (=> pourquoi est-il intervenu ?)
- Qu'attendiez-vous de sa venue ?

On a fait la demande si on veut. Enfin, l'évaluatrice de l'APA nous l'a proposé mais il fallait quand même qu'on donne notre accord et donc on a dit oui.

En fait, quand la personne de l'APA est venue faire l'évaluation, elle a dit vous avez le droit à des aides ménagère (parce que maman ne peut plus faire le ménage) et bien sûr il y a le gros truc : c'est qu'elle ne peut plus monter l'escalier toute seule. Alors, elle le descendait à reculons mais...

Je n'avais pas un mal physique mais c'était la sécurité, voilà.

Oui, ce n'était absolument pas la sécurité, tu descendais à l'envers. Ça fait des années qu'on avait peur que tu tombes... donc c'est venu comme ça, sachant que la salle de bain était là-haut...

Oui, donc si vous voulez, c'est par nécessité.

Il y avait donc des besoins d'aménagements spécifiques, c'est-à-dire l'escalier...

Oui, et la baignoire... parce que c'était une baignoire et qu'elle ne peut pas monter, bien sûr, dans une baignoire non plus.

Donc ce que vous attendiez de sa venue, c'était donc des aménagements concentrés sur l'escalier et la salle de bains ?

Et la... loupe électronique... enfin je ne sais plus comment cela s'appelle. Si, un télé agrandisseur ça s'appelle. Son gros problème est qu'elle a une perte de vue malheureusement irrémédiable et donc qui évidemment va s'agrandir de plus en plus et c'est aussi la dame de l'APA qui a dit qu'il y avait aussi cette loupe. C'est donc vraiment l'évaluatrice de l'APA au départ qui nous a parlé de tout ça. Et du bracelet aussi mais ça elle l'avait, donc c'était réglé.

Oui enfin moi, l'ergothérapie j'ai bien connu ça là-bas au centre, mais là-bas, on était de passage si vous voulez. Donc il n'y avait pas tout ça. On était là-bas pour se refaire une santé en attendant de regagner notre domicile. On était pris en charge au niveau des soins médicaux et donc il n'y avait pas tous ces soucis que j'ai maintenant ici chez moi. Oui, je suis diminuée mais il reste quand même un parcours, il reste un parcours. Mais ma maison est quand même de plein pied...

Que vous a-t-il proposé et pourquoi ?

- Expliquez quoi/ pourquoi

Oui, c'est monsieur C. Il est venu aussi d'autres messieurs, dont un était en fauteuil roulant [*sa fille marque un étonnement*]. Si si, ils étaient deux. Il y en avait un qui marchait normalement et l'autre en fauteuil et ils faisaient aussi les escaliers roulants.

Il s'agit des artisans peut être ?

Mais maman il est arrivé avec quel appel ? ben alors ça c'est la meilleure, quand est-ce qu'il est venu ? Ben, je ne sais pas, il y a eu monsieur C qui est venu pour dire ce qu'il fallait et dans les quinze jours, même pas qui ont suivi, on a été Comment dirais-je.... Il y a eu une communication de personnes qui sont venues...

Mais ce n'est pas normal parce que moi, je parce que ce n'est pas moi qui ai demandé... Bon bref.

Donc monsieur C. est venu et vous a proposé des choses ?

[*Passage en revue du compte-rendu*] ... Oui, il a donc parlé du monte-escalier, de la loupe, il a aussi proposé des volets roulants électriques...

Oui, enfin ça...momentanément... J'attends un peu que tout ça soit résorbé.

Oui mais maman, ça, on ne les a pas pris mais il n'y a aucune obligation hein.

Il dit ensuite que la planche de bain a été essayée lors de l'intervention ?

Oui, il a envoyé quelqu'un quelques temps après. Ils ont essayé et ils ont dit que ça n'était pas compatible avec la baignoire.

Ils sont donc revenus après la visite ?

Oui, c'est cela

Oui, je les ai appelés ; en fait mais en fait ça n'était pas possible par rapport à la taille de la baignoire ; c'était une baignoire... enfin bref, ça ne pouvait pas s'adapter.

Oui, en fait les bords sont... comment dire... fantaisistes, c'est-à-dire à plusieurs niveaux, donc il n'y avait pas de rebords suffisants pour assurer la sécurité. Il y avait aussi un siège de douche mais rien n'allait ! donc il disait si non qu'il fallait une douche.

Oui, en fait ça, ça ne coutait rien du tout, c'était genre 80€.

Et au final comme rien n'allait, on a mis une douche

Ah, d'accord, et donc la douche a-t-elle été faite ?

Oui, vous allez monter voir ! elle est toute récente, on vient de la terminer

[Sa fille me laisse le CR et je regarde]. Je vois aussi qu'il vous a proposé quelque chose pour les WC ?

Oui, c'est une lumière, je ne sais pas trop ce que c'est. Peut-être que ça s'allume quand on s'assoit ? je crois que ça se met par en dessous. Oui mais ça, je n'ai pas de problème pour la nuit, où on est un petit peu moins réveillé (c'est le cas de le dire !) parce que, dans ce que mon fils m'a fait comme aménagements, les WC vous allez voir ont dans la même pièce que la salle de douche, donc j'ai ma lumière normale... et puis pour la chambre, mon lit est à la bonne hauteur, donc il n'y avait pas besoin de changer...

Avez-vous adhéré à toutes ces propositions ? qu'en pensiez-vous juste après sa visite ? –

- En quoi pensiez-vous que ce qu'il vous a proposé était adapté/ non adapté à vos besoins ?

Tout s'est bien passé. En fait j'avais un peu peur pour le monte-escalier que ça ne prenne tout le volume et que en cas de, on n'est pas de sécurité à coté mais ça ne prend pas tout l'escalier. Et en cas de, on peut descendre du siège...

Mais tu ne le ferais pas, hein ???

Non, c'est en cas de panne.

Mais en cas de panne maman, tu ne bouges pas, hein ? jamais tu ne descendrais s'il était en panne ?

Ben, je ne vais pas rester 24h dedans !

Mais maman ça sert à quoi ta montre pour appeler ?

Oui, au sujet de la montre, parlons-en *[parenthèse sur le fonctionnement technique de la montre, ses avantages et inconvénients. Madame raconte ses aventures avec la montre...]*.

Si l'on revient au monte-escalier, que craigniez-vous donc exactement ?

En fait le monte-escalier, on en a parlé déjà il y a 3 ans. C'est pour dire, ce n'est pas nouveau ! En fait maman au début, tu étais réticente au monte-escalier...tu étais réticente et ce n'est pas grave parce que

l'on a le droit. Tu avais peur. Ce n'est pas grave maman mais tu m'as dit... et puis après tu m'as dit « ah non, en fait je monte là-dedans, je n'ai plus peur... ».

Mais alors, qu'est-ce qui finalement vous a conduit à accepter cette proposition alors ? qu'est-ce qui a changé ?

Parce que je me suis bien rendue compte moi-même que je risquais ... surtout la nuit quand on est toute seule... D'ailleurs dans cette maison de rééducation, on avait l'exercice de monter et descendre l'escalier comme examen de passage avant de sortir... En fait, je me suis rendue compte que ça n'allait pas boucher l'escalier. Parce que dans ma chambre... voilà, parce que si on a un monte-escalier, c'est qu'il y a un problème... donc je me suis dit, « s'il n'y a pas la place de s'extirper de là, ça fait comme si on était prisonnier ».

Oui maman, et aussi il y avait l'argent. Parce que ça coûte cher un monte-escalier. Parce qu'elle avait zéro aide. Donc c'était aussi un des facteurs. Mais il y avait quand même la peur.

Oui, j'avais peur. Je me disais s'il y a une panne, et si elle survient quand je suis dans l'escalier, ce sera bouché !

D'accord ; mais alors pourquoi avez-vous changé d'avis ?

Parce qu'il fallait bien trouver une solution quand même !

Oui, après aussi on t'a expliqué au niveau technique qu'il y avait trois points de charge. Et après, quand il nous a dit c'est que comme quand il s'arrête, on le sent, il charge. Donc il ne peut pas être déchargé puisque quand il s'arrête, il est en 3 points de charge, même au milieu. Donc voilà, ça fait que quand tout ça est mis bout à bout, tu vois, tu ne peux pas tomber en panne et tu ne peux pas rester là comme ça.

Donc vous avez évolué dans votre avis sur ce monte-escalier ?

Oui, et j'ai eu l'occasion de vivre 3 ou 4 mois au centre où il y avait des ascenseurs et des monte-cesti et monte-cela et c'était sécurisant.

Oui, et aussi ce qui n'est pas dit dans le dossier de l'APA c'est que depuis un an environ, il y a eu une grosse évolution physique de maman et ça, ça a fait avancer la machine. Parce que quand il y a d'un seul coup comme ça toute la machine qui ... toutes les difficultés qui s'amplifient d'un coup. En fait, elle a eu un cancer aussi, qui s'est très bien réglé finalement ... et en même temps une dégringolade de sa vue. Donc en l'espace de quelques mois, c'est comme si elle avait avancé de 5 ans de plus. Et là je pense que ce qui déclenche aussi, comme un peu tout le monde finalement ; on dit non, on dit non parce qu'on croit toujours qu'on va se débrouiller et puis à un moment, on est un peu sur le fait accompli parce que en quelque mois, il y a eu une grosse évolution des difficultés. Donc du coup après... comme on a fait le dossier à ce moment-là...

Oui, j'ai été opérée il y a un an ; c'était au mois de mars, et je suis restée... jusqu'au jour de mon anniversaire, le 25 juillet ! Oui, ce n'était pas le retour joyeux !

Du coup en rentrant, vous vous êtes rendu compte que mettre en place des choses facilitantes chez vous pouvaient être une bonne chose ?

Ah oui, parce que là, même nous (parce qu'on est ses enfants donc on rôle), on lui dit « fait pas ci, fait pas ça », c'est vrai, mais hein... ça fait longtemps qu'on te le disait pour le monte-escalier ! Si non c'est dangereux mais tu ne voulais pas nous écouter ! mais là même elle [*en me regardant*], même toi [*en regardant sa maman*], elle n'est pas retournée là-haut depuis le retour du cancer et tout ça. Parce qu'elle sentait que même la force n'y était pas.

Oui, mon fils est venu pour Noël et il est reparti hier. On avait mis un lit là [*elle désigne un canapé lit dans le séjour*]

Oui comme ça comme sa chambre était là-haut, en, attendant que les travaux se fassent... parce qu'on ne peut pas se permettre un jour sans sécurité ; Elle était faible ! Donc voilà, c'est un peu ça.

Oui, et je voulais rester dans mon quartier. C'est un quartier très convivial et très sympathique.

Oui, je comprends bien ! Donc du coup, nous avons parlé du monte-escalier qui vous a été proposé et que vous avez retenu.

Aujourd'hui parmi ces propositions qu'il vous avait faites, lesquelles avez-vous mis en œuvre et lesquelles n'avez-vous pas retenues ? - Pourquoi ?

...Mais autrement, parmi les autres propositions qui vous ont été faites, qu'avez-vous retenu/ pas retenu ? Vous avez par exemple évoqué la baignoire ??

Oui ! ça y est, elle a été enlevée il y a 3 jours ! Oui, c'est mon fils qui l'a installé. Mais alors on n'a pas mis de siège. Parce que vous savez, les sièges plastifiés, là, on n'est pas vraiment bien dedans... mais, le hasard fait qu'il n'y a pas longtemps justement, je discutais avec une amie, là, qui a des problèmes de dos et elle a acheté un siège de douche justement. Et elle me disait : c'est merveilleux !

Mais donc l'ergothérapeute ne vous avait pas proposé de mettre de siège ?

Non, en fait c'est une cabine de douche que mon fils a installée.

Oui, parce que monsieur C. avait proposé de construire entièrement une douche. Le siège, c'était si on prenait une entreprise qui construisait une douche. Ce n'était pas une cabine de douche achetée.

Ah d'accord. Donc vous n'avez pas fait exactement ce qu'il avait préconisé ?

Non, en fait c'était super cher, ça. Mais c'est vrai il n'avait pas fait de devis pour la cabine.

Nos mais la dame que je connais et que j'ai revue hier, elle m'a dit : « c'est formidable », on est sécurisé... parce qu'on a essayé le tabouret qu'ils nous vendent avec mais moi, je n'ai pas de sécurité. Après on a aussi essayé de mettre une chaise de jardin mais ce n'est quand même pas très stable.

C'est sûr ! Autrement dans les propositions, il y avait aussi des volets roulants électriques ?

Non, ça pas pour l'instant. Ceux-ci ne sont quand même pas morts. Derrière c'est des volets normaux. Et puis, il y a une ficelle qu'il suffit de tirer et ça, ça va.

Et au sujet de la lunette des WC ?

Alors là je n'en sais rien, parce que c'est moi qui... enfin ça en fait on n'a pas eu le temps de regarder amis ça, ça ne coûte rien ! sur internet ça coûte 30€ ou un truc comme ça. C'est bien, ce n'est pas qu'il n'y a pas besoin mais c'est juste que je n'ai pas encore pris le temps de ...

Mais mes WC sont bien éclairés et n'ont pas besoin de lumière.

Non mais en fait maman, je ne t'en ai même pas parlé. En fait, on a fait le plus prioritaire : le monte-escalier, la loupe... en fait le reste c'est tellement de petites bricoles que... mais moi, je suis pour. Vu que c'est pas cher ! Mais des fois, c'est prioritaire mais on ne peut même pas l'assumer au niveau financier !

Malheureusement tous les mois, j'ai des soins mal remboursés mais, c'est comme ça, pour ma piqure dans l'œil à Paris et c'est une priorité que je ne peux pas... Oui, en fait vous voyez, je ne voulais pas revenir habiter ma maison pour habiter simplement le plein pied si vous voulez. Si c'est ça, autant la vendre et puis acheter...

Oui si c'est vrai, le gros souci de maman en fait -bon, on revient en arrière mais bon, c'est vrai que c'est important-... C'est vrai qu'à un moment on disait, bon, elle a quand même une grande maison au rez-de-chaussée, plus une véranda, ça fait un grand espace, bon et c'est vrai qu'on c'était dit « bon, elle a quand même de l'espace, de quoi vivre, par rapport à des gens qui n'ont pas... Elle a quand même un grand garage etc. ». Mais c'est vrai que TOI, t'avais vraiment un ressenti d'enfermement (ce qui est bizarre parce que c'est quand même très grand !), tu te sentais enfermée d'être qu'au rez-de-chaussée. Et, c'est quand tu as senti que tu n'étais plus en sécurité quand il fallait monter l'escalier -en dehors du fait qu'il fallait bien que tu montes pour aller te coucher et te laver, mais bon-. On avait même pensé, on aurait pu faire une douche dans le garage ; enfin bon, on peut tout faire dans une maison. Mais en fait il y avait cette sensation de... d'enfermement si t'avais pas ton étage.

Ah d'accord, donc pour vous madame, le fait de rester au rez-de-chaussée n'était pas une solution acceptable ?

Oui, si c'est pour m'enfermer uniquement dans le rez-de-chaussée, autant prendre un petit appartement dans un foyer.

Oui, et puis ça t'occupe de monter les escaliers. Tu montes ton linge, tu redescends préparer le repas, tu remontes faire ta sieste...

Oui, j'ai besoin d'espace vous voyez. J'ai été habituée mais c'est... ça fait 40 ans je j'habite ici alors vous voyez... C'est vrai, on n'en a pas parlé tout à l'heure alors que c'est peut-être le truc ... fondamental

Depuis cette première visite, il vous a accompagnée... :

- **Saviez-vous qu'il allait intervenir suite à la première visite ?**
- Si oui cela vous a-t-il rassuré ? en quoi ?
- Si non, cela vous a-t-il inquiété de ne plus avoir de contact après sa visite
=> S'il n'était pas revenu, qu'auriez-vous mis en œuvre ?

En fait, ça s'est passé directement avec moi.

Sur le moment même... en fait... je ne sais plus, c'est loin. Si ! il m'avait peut-être dit « on peut échanger par mail ou par téléphone ». Ou alors c'est lui qui a démarré peut-être les SMS et je me suis rendue compte qu'il y avait une continuité. Ça s'est fait, mais en fait je ne sais plus...

En fait vous voyez, je suis bien entourée. Mon fils est venu m'aider. Il a habité chez moi pendant toute une période. Il est reparti hier alors vous voyez ! Et puis, comme Véronique s'occupe bien des papiers, alors du coup avec tout ce monde moi j'étais bien entourée. Et puis, ce qu'il y a c'est que, personnellement, j'ai du mal pour tout maintenant. Avec mes yeux, ça m'isole de tout. Je ne peux plus lire, je ne peux plus écrire... enfin, les petits rien de la vie, c'est compliqué...

- **En quoi cet accompagnement a-t-il consisté (ie comment vous a-t-il accompagné) ?**

Alors...euh ben au départ... euh, pour tout ce qui était envoyé Monsieur C. me l'a envoyé par mail pour que je retransmette euh, oui voilà. Après, euh, c'est peut-être un peu en vrac ce que je vais vous dire mais bon ??? Il me demandait quand même de le tenir au courant de ce que je faisais. Donc c'est-à-dire si je contactais pour l'escalier par exemple... si je contactais l'entreprise il me disait de lui dire. Il prenait des nouvelles un peu comme un suivi, comme ça : « Ah bah ça y'est, est-ce qu'ils sont passés ? », en fait pour voir l'évolution des choses. Il y a eu surtout ça.

Après, on a pris les entreprises qu'il nous avait préconisées, on n'est pas allés chercher ailleurs : pour le télé agrandisseur, il nous a donné le numéro de téléphone ; du coup l'entreprise du siège mais ça n'a pas fonctionné, on a pris directement voilà, les entreprises qu'il nous a fourni. C'était bien alors. Donc voilà, comme ça, il prenait des nouvelles. Si non... qu'est qu'il y a eu d'autre ?... Euh...alors après il y a eu le souci financier parce que... donc moi j'ai renvoyé les factures en décembre à l'APA et on nous avait dit ... euh... vous aurez d'abord 300€ ; bon, c'est comme ça, un petit début de l'APA ; on sait pas pourquoi mais bon. Et après c'est la conférence des financeurs qui donne le reste et il faut attendre 2 mois. Bon. Et puis j'ai attendu, j'ai attendu. On n'avait pas de nouvelles et là j'ai eu une période un petit peu critique. J'ai appelé l'APA et j'ai découvert qu'on avait rejeté tous les dossiers de remboursement de ma mère !!! Donc OK !! j'ai dit ... j'ai paniqué. A l'accueil on m'a dit « Ah bah, ça tombe bien, la personne qui s'occupe de l'argent... ou... enfin bon bref, des finances ou de je ne sais pas quoi, est disponible. On me la passe au téléphone. « Oui, on n'a pas bien compris, on a reçu les factures du monte-escalier, mais quand est-ce que vous le montez ? » alors j'ai dit « bah non c'est bon, il est monté et c'est payé etc. ». Donc eux me disent qu'ils n'avaient pas bien compris que ce que j'avais envoyé c'était la facture payée. Oui, il n'y avait pas marqué « facture acquittée ». Ok, donc je dis « ah bon ben d'accord, oui, oui c'est réglé, c'est payé je confirme ». Et là, j'ai découvert qu'en fait effectivement on avait rejeté tous ses dossiers financiers. Alors là ça a été très dur pendant presque 2 mois vu les sommes investies. Les 7000€ etc. Et je dis « mais attention, non, non, moi j'ai des devis écrits, par monsieur C. ? Donc j'avais tout écrit ; il y a tant. Maman a 61... enfin bref j'avais noté un truc, je ne sais plus quel pourcentage, je peux retrouver mais enfin bon, ce n'est pas grave. Donc on avait fait tout le reste à charge. En fait ce que j'avais calculé... enfin c'est monsieur C. qui avait fait

les calculs. Donc il voilà, il avait calculé ça, 51, 56%. Donc après quand on a eu le devis du monte escalier. Alors il y avait un devis approximatif du monte-escalier. Après évidemment il nous avait dit ça dépend de ce que vous choisissez, pareil pour le télé-agrandisseur. Il avait fait d'ailleurs un devis très inférieur rapport au besoin de maman mais ça il nous avait dit, il avait dit « vraiment, c'est tellement du médical le télé agrandisseur que ça dépend ; effectivement c'était 3 fois plus cher. Pour le monte-escalier c'était à peu près ça. Donc après, on avait calculé le reste à charge et le problème, c'est que là, j'ai découvert ... l'APA me répond « Ah mais ce n'est pas sûr qu'on vous donne les pourcentages indiqués ». Et là, mon sang n'a fait qu'un tour. Et d'ailleurs au début ils l'avaient carrément refusé au départ. Ils m'ont dit « Mais vous vous rendez compte des sommes que ça représente ». Et j'ai dit : « oui justement, ça je me rends compte parce que maman s'est débrouillée... enfin bon, ah bah, on paye en sachant que ça va être remboursé et là vous me dites que je peux ne pas être remboursé !!! », et ils me disent « oui mais c'est des sommes énormes etc. » Et je leur ai dit « mais il y a marqué 51, 56% » et là, ils me disent : « ah non, ça, euh ça veut dire que vous pouvez obtenir... ou non ! ». Donc j'ai recontacté monsieur C. en disant « mais c'est quoi cette histoire ? Ils me disent que ce n'est pas sûr le pourcentage que vous m'avez dit ». Et là il y a eu quiproquo parce que quand même..., attention, en tant qu'ergothérapeute, ne pas dire aux personnes qu'on aura cet argent si ce n'est pas sûr. Donc en fait il aurait fallu envoyer le devis, voir combien ils nous remboursaient avant d'accepter. Alors que nous, comme on avait fait les calculs avec cette base, on a accepté direct et on a renvoyé le dossier du paiement.

[Ah oui, je comprends.](#)

Donc on a passé des mois difficiles. Je l'ai dit à monsieur C. Bon, on s'est recontacté à ce niveau-là. J'ai eu plusieurs fois l'APA. Je leur ai dit que l'on s'était engagés sur un devis qu'avait fait l'ergothérapeute. Et alors de là, c'est reparti... Monsieur C. a rappelé... il m'a rappelé en disant « j'ai contacté quelqu'un qui est à la commission... », alors là je ne sais pas, pour le coup ce n'est pas moi... Enfin bon, il a dû recontacter l'APA j'imagine. La personne qui participait à l'une des commissions qui attribue l'argent aux dossiers m'avait ... enfin qui était en même temps de formation ergothérapie l'a-t-il dit. Donc, un jour, il m'a envoyé un mail en disant « j'ai appuyé le dossier de remboursement ; de plus la personne que j'ai joint et qui est dans cette commission a un passé d'ergothérapie et donc cette personne que je connais va appuyer comme quoi ces travaux que j'ai préconisés sont tout à fait ... euh... au prix juste, c'est-à-dire pas surévalués ». Donc c'est un point d'appui. Donc ben voilà, moi j'ai attendu tout ça, j'ai retéléphoné etc. et en fait, ça fait 15 jours qu'elle est remboursée ! Alors après, la dame de l'APA, le jour où vraiment le dossier a été accepté, elle a été très gentille parce que par contre elle m'a rappelée ; je n'ai pas attendu d'avoir un courrier, une réponse officielle. Elle m'a dit « pour vous rassurer j'envoie même la feuille avec les petits comptes etc. avec les sommes indiquées comme quoi vous allez toucher... » puis après j'ai attendu, surveillé les comptes bancaires et ça y'est, c'est tombé. Donc il y a quand même eu cette grosse, c'est quand même une énorme difficulté. C'est-à-dire quand même qu'on a des dossiers d'ergothérapie avec de sommes de remboursement mais qui

ne sont pas sûres du tout. Alors on s'engage et là j'ai été euh...moyennement contente. Monsieur C a été adorable et il nous a appuyé mais néanmoins il a senti... on s'est engagées... et on a fait entièrement confiance à ce dossier.

Oui, peut-être aurait-il dû vous dire avant que c'était sous réserve d'acceptation ?

Ah euh...c'est assez gigantesque parce qu'on avait investi si vous voulez 10.000€ !!! et encore on n'avait pas tout fait ! Oui, on nous avait pas dit que c'était sous condition. Donc là il y a eu gros cafouillage, parce qu'il y a eu 2 mois d'angoisse. Parce que moi, je lui explique tout. Hein, maman, des fois c'est un peu dur comme tu ne vois pas bien. Donc je lui réexplique. Forcément elle prend la décision financièrement et moi je lui réexplique et en fait je me suis trouvée en porte à faux à avoir dit des trucs qui n'étaient pas vrai !!! Donc là, j'avais une responsabilité gigantesque. Bon enfin, ça s'est arrangé. Donc on n'a pas osé envoyer la facture de la cabine de douche. Normalement on aurait le droit ; et je m'apprêtais justement à demander à monsieur C. Parce que là pour le coup, on a fait vraiment beaucoup moins cher que ce qui était préconisé puisque c'est mon frère même qui a fait l'installation.

Oui, vous le rappellerez mais si cela ne correspond pas à ce qui a été préconisé, je ne suis pas certaine que cela passe... Donc pour résumer, vous avez eu beaucoup d'échanges parce qu'il y a eu des difficultés par la suite.

Oui, mais avant les difficultés il y avait quand même eu beaucoup d'échanges. Il a pris des nouvelles, il s'est assuré que les devis ont été fait, que les entreprises sont venues, même pour essayer la planche de bain même si ça ne convenait pas. Après pour le financement c'est moi qui ai fait, il a fait le rattrapage on va dire. Après ce qui est pratique avec monsieur C. c'est que l'on s'envoie des SMS même à n'importe quelle heure, même des fois tard. Ce n'est pas des horaires de bureau, on peut se contacter n'importe quand.

Vous aviez donc confiance ?

Oui, pour moi c'est très important, quand j'ai confiance en quelqu'un euh ben, j'ai confiance. Par exemple les prestataires je ne suis pas allée faire un devis sur internet parce que je savais que c'était des gens qui travaillaient avec lui, m'avait-il dit, qui lui-même avait des bons retours, donc c'était une garantie, et qui... si vous voulez voilà, c'est vraiment parce que j'avais confiance. En fait c'est vraiment de la confiance basée sur rien je crois. C'est vraiment sur un contact... Et euh ...cette facilité d'accès ; On voit bien si les gens sont près ou si au contraire on nous fait une barrière a toute difficulté. Une écoute quand même par rapport à chaque fois qu'il y avait une demande ou un problème. Si vous voulez j'étais quand même rassurée parce que c'est quand même un domaine parfaitement inconnu l'aménagement d'une maison pour nous et en fait, à la moindre question j'avais une réponse aussi ; donc on n'a pas peur de poser une question entre guillemet « bête ». Effectivement je pense que la personne y a fait beaucoup et du coup ça s'est même un peu retourné contre nous.... Quand j'ai dit à l'APA « mais madame, j'ai vu un ergothérapeute et on avait son dossier, donc on a fait ce qu'il a dit » l'APA m'a répondu « Ah mais madame, personne ne fait ce que les ergothérapeutes

leurs préconisent ! ». Alors moi j'ai dit « pardon ? » et elle m'a dit « mais vous avez suivi les conseils de l'ergothérapeute ?? ». Alors là j'ai dit « ben oui, étant donné que c'est un professionnel de l'aménagement pour les personnes qui ont des difficultés. Nous, on a aucune connaissance alors bon ! si non à la limite on ne l'appelle pas ! » Et en fait ils avaient l'air étonnés. Et moi, leur réponse m'a étonnée surtout que c'est eux qui nous l'avaient proposé ! Après ils me disent : « oui, souvent ils proposent mais les gens ne prennent pas ! ». Mais dans ce cas on ne dérange pas la personne !

- **En quoi cela vous a-t-il aidé ?**

En fait, il y a deux choses : il y a le projet. Bon, ça c'est une chose, ça c'est sûr, on ne sait pas le faire parce que c'est de la technique si vous voulez. Mais je dirais que la suite, tout ce dont on vient on vient de parler, là, je dirais presque que c'est fondamental.

9. Bilan de son intervention : quel a été selon vous le véritable apport de son accompagnement après sa première visite ?

Quand on voit en un an tout ce qui a été fait !

Oh mais oui !!!!

Oui, parce que quand même des fois on est pressés sur le moment mais on a quand même fait un grand bon ! après, il faut du temps au temps mais ça a été quand même gigantesque tout ça l'air de rien ! Tout de même les travaux, ça demande plusieurs rendez-vous, mine de rien. Et on est arrivé à tout ça. Moi je dis, le plus difficile au niveau de cet aménagements, de cette nouvelle façon de vivre un peu dans la maison, c'est fait. On est soulagés.

Oui, mais ce qui est aussi, c'est que c'est un quartier où nous sommes arrivés tous quand nos grandes maintenant étaient des bébés et le quartier est très soudé voyez-vous, au niveau amical je veux dire ! et ça, ça compte, ça mérite d'ailleurs d'être dit. On sait que l'on peut frapper à une porte. On n'en abuse pas naturellement, mais on a tous à peu près le même âge donc on est plus très jeunes, à 10 ans près dans un sens ou dans l'autre mais, ça aide quand même beaucoup. Et puis ça m'a permis de rester dans ma maison, qui avait été quand même le but de notre vie à mon mari et à moi.

Oui, mais maintenant maman la maison, c'est bon, tu peux y vivre !!! tu vois quand même suffisamment pour t'y retrouver ; ce n'est pas parce que... enfin, tu as tout ! ce n'est pas pour une malheureuse lumière dans les toilettes...

Résumé

De nos jours, les personnes âgées vivent chez elles de plus en plus longtemps. Dans ce contexte, l'ergothérapeute intervient au domicile afin d'évaluer les besoins et effectuer des préconisations pour leur permettre d'y demeurer dans les meilleures conditions de confort et de sécurité. Alors même qu'elles sont spécifiquement adaptées à leurs besoins, ces propositions ne sont pas toujours acceptées. L'approfondissement grâce à la littérature de ces notions fondamentales du domicile -lieu porteur de multiples représentations-, de maintien au domicile et d'acceptation des changements interrogent sur le soutien que peut apporter l'ergothérapeute au-delà de son évaluation des besoins.

Des entretiens semi-directifs auprès de personnes âgées ainsi qu'un questionnaire auprès d'ergothérapeutes ont fourni des données concrètes permettant de mesurer la complexité de ces notions d'acceptation et d'accompagnement : Vécu de la visite au regard d'attentes préalables, motivations et freins, modalités d'interventions, attentes et perceptions d'un accompagnement.

L'acceptation est un processus complexe qui demande du temps. Pour accompagner le changement, l'ergothérapeute peut favoriser l'expérimentation, impliquer les proches et professionnels et s'appuyer sur l'engagement occupationnel de la personne.

Mots clé : Maintien au domicile, Personnes âgées, Préconisations, Acceptation, Accompagnement.

Abstract

Nowadays, elderly people are staying longer at home. In this context, the occupational therapist goes to the patient's home, to assess needs and make recommendations to enable them to remain home in the best conditions of comfort and safety. Even though it is specifically adapted to their needs, these proposals are sometimes difficult to accept. Thanks to the literature, the study of these key concepts such as Home -place of multiple representations-, staying at home and acceptance face changes brings up questions about the support that the occupational therapist can provide beyond his needs assessment.

Semi-directive interviews with elderly people as well as a questionnaire with occupational therapists provided concrete data to measure how complex these notions of acceptance and support are : Real-life experience of the visit compared to prior expectations, motivations and obstacles, intervention modes, expectations and perceptions of support.

Acceptance is a complex process that takes time. To support change, the occupational therapist can encourage experimentation, involve relatives and professionals and base his practice on the person's occupational engagement.

Key words : Staying at Home, Elderly people, Recommendation, Acceptation, Support.