

Institut de Formation La Musse



Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile

Mémoire d'initiation à la recherche

DELMAIS, Julie
Promotion 2021-2024

PROVOT, Nolwenn
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e **DELMAIS Julie**

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à **Evreux**

Le **2/05/2024** *signature*

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Nolwenn PROVOT pour son accompagnement précieux, sa bienveillance tout au long de cette étape importante de ma formation.

Je tiens tout particulièrement à dire un énorme Merci à ma Maman pour les nombreuses relectures.

Je suis reconnaissante envers mes parents qui m'ont permis d'effectuer ces études pour devenir ergothérapeute, leur soutien, la confiance qu'ils ont en moi malgré mon parcours d'études difficile.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes qui ont contribué à la réalisation de ce travail pour le temps qu'ils m'ont accordé lors des entretiens.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie la Musse pour leur accompagnement durant ces trois années.

Pour finir, un immense merci à Carla qui a été présente pour me soutenir, m'encourager durant cette année chargée en émotions.

Sans toutes ces personnes, ce travail n'aurait jamais abouti.

Sommaire

Introduction.....	1
Cadre contextuel	1
Cadre conceptuel	3
1. Les personnes âgées.....	3
1.1 Définition	3
1.2 Epidémiologie	4
1.3 Les occupations des personnes âgées à domicile	5
2. L'autonomie des personnes âgées à domicile	6
2.1 L'autonomie.....	6
2.1.1 Définition de l'autonomie	6
2.1.2 Evaluation de l'autonomie	7
2.2 Le domicile	7
2.2.1 L'environnement physique.....	7
2.2.2 L'environnement social.....	8
3. L'ergothérapeute en lien avec le MOH.....	9
3.1 L'occupation	9
3.1.1 Définition	9
3.1.2 Evaluations des occupations	9
3.2 Le MOH	10
3.2.1 Définition	10
3.2.2 Les outils d'évaluation du MOH.....	14
3.3 L'ergothérapeute	17
3.3.1 Définition	17
3.3.2 L'ergothérapeute à domicile	18
Question de recherche et hypothèses.....	19

Le cadre expérimental	20
4. Méthodologie de recherche	20
4.1 Population cible.....	20
4.2 Démarche de recrutement des ergothérapeutes.....	21
4.3 Outils de recueil de données.....	22
5. Présentation des résultats	23
6. Analyse des résultats	34
7. Discussion	38
7.1 Confrontation des résultats	38
7.2 Biais de recherche	40
7.3 Limites de recherche.....	40
7.4 Axes d'amélioration.....	41
7.5 Projections professionnelles	41
Conclusion	42
Bibliographie	
ANNEXES.....	

Introduction

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, il va être abordé le sujet de l'aménagement du domicile pour permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées. Ce sujet est d'actualité puisque le dispositif « *Ma Prime Adapt'* » est mis en place depuis le 1^{er} janvier 2024. Ce dispositif, destiné aux seniors et aux personnes en situation de handicap consiste au financement par l'Etat de la réalisation des travaux pour l'adaptation du logement. L'objectif est de permettre à un grand nombre de personnes de vivre à domicile le plus longtemps possible. L'ergothérapeute va être mis en avant dans ce dispositif puisqu'il va jouer un rôle important dans l'aménagement du domicile des personnes âgées (France Rénov, 2023).

Dans un premier temps, vont être présentés le cadre contextuel et le cadre conceptuel pour définir les différents concepts clés du mémoire. La partie suivante exposera la méthodologie de recherche utilisée suivie de la présentation et l'analyse des résultats obtenus. Par la suite, les données collectées seront confrontées avec les données théoriques, puis les biais et limites de recherche seront évoqués. Enfin, une conclusion viendra synthétiser l'ensemble des éléments abordés dans cette étude.

Cadre contextuel

Situation d'appel :

Le maintien à domicile des personnes âgées a émergé à la suite d'une expérience professionnelle pour laquelle j'étais auxiliaire de vie à domicile chez des personnes âgées en perte d'autonomie. Ma mission consistait à intervenir chez les personnes âgées dans le but de les accompagner dans les actes de la vie quotidienne pour lesquels elles rencontraient des difficultés. Ma mission consistait également à soulager les aidants qui sont très présents pour leur proche et qui souhaitent souffler afin de prendre du temps pour eux.

Au cours de mon expérience, j'ai pu observer que l'environnement dans lequel évoluaient certaines personnes âgées n'était pas favorable à la réalisation de leurs occupations de manière indépendante et autonome. Après avoir analysé leur environnement, en le réorganisant de manière plus adaptée, les personnes âgées ont pu réaliser davantage d'occupations de façon autonome.

Par exemple, j'intervenais chez une personne âgée afin de l'aider à faire ses soins personnels le matin. C'était une dame qui fatiguait à l'effort lors de la marche. Pour qu'elle puisse réaliser cette activité de manière indépendante, je lui mettais à portée de main tout ce dont elle avait besoin (gants de toilette, produits de douche, serviette de toilette, crème pour le visage, brosse à cheveux, ...). Ma présence permettait de mettre en sécurité la dame mais aussi de l'assister car elle pouvait se fatiguer.

D'après l'enquête de la DRESS (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile, les personnes âgées souhaitent rester à domicile afin de préserver leur autonomie le plus longtemps possible. Pour eux, être chez eux est synonyme de liberté, « *Liberté de faire les choses à sa manière et à son rythme, de se lever ou déjeuner à l'heure choisie, de régler la prise des antidouleur en fonction de l'état dans lequel on se sent* ». Ainsi, elles ont le choix d'organiser leur journée comme elles le veulent. De plus, les personnes âgées voient l'entrée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) « *comme un point de non-retour, synonyme de fin de vie* ». Le domicile est un lieu qu'elles connaissent très bien puisqu'elles y vivent depuis longtemps, ce qui encourage leur souhait de rester chez elles quitte à rester seules.

Une étude de la DRESS en 2020 montre que l'état de santé psychologique des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en EHPAD est inférieur à celui des personnes âgées vivant à domicile.

« *Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année, contre 44 % des personnes âgées résidant à domicile* ». Les personnes âgées qui vivent à domicile ont moins de besoin de motivation pour effectuer des activités quotidiennes (5 %) que celles résidant en établissement (37 %). Par ailleurs, la réalisation d'aucune activité de vie quotidienne est plus faible à domicile (3 %) qu'en institution (19 %).

La prise de médicament pour compenser l'état psychologique des personnes âgées est moins importante à domicile. « *La moitié des résidents consomment des antidépresseurs, contre une personne âgée de plus de 75 ans sur sept résidant à domicile. Un senior sur cinq vivant en établissement déclare souffrir de dépression. Environ un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile* ».

C'est pourquoi, la personne âgée ne désire pas aller en établissement spécialisé dans ces circonstances là car ce n'est pas favorable pour son bien-être, son

épanouissement et sa participation occupationnelle pour la fin de vie. Cela explique le souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles.

D'après le référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'ergothérapeute de l'arrêté du 5 juillet 2010, la compétence numéro 2 est « *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* ». Dans le détail de cette compétence, il est indiqué « *Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement* ».

Ainsi, l'ergothérapeute a tout à fait son rôle à jouer pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées afin d'améliorer leur participation en emménageant leur environnement.

Question de départ :

Comment l'ergothérapeute peut aménager le domicile d'une personne âgée afin de lui permettre de rester à domicile ?

Cadre conceptuel

Afin de comprendre les concepts de ce mémoire d'initiation à la recherche, la littérature va être étudiée. Ainsi, les différents concepts qui vont être abordés sont les personnes âgées, l'autonomie et l'ergothérapie à domicile.

1. Les personnes âgées

1.1 Définition

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « *Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard* ».

L'aboutissement du vieillissement est le processus d'un ensemble de problématiques physiologiques qui amène à la dépendance (Kalfat, H., & Sauzéon, H., 2012). Le vieillissement peut être composé d'un ralentissement cognitif, de troubles moteurs entraînant une répercussion dans les actes de la vie quotidienne.

Ceci peut être expliqué par certains caractères génétiques, des facteurs environnementaux qui vont interférer le comportement de la personne (Kalfat, H., & Sauzéon, H., 2012). Il n'existe pas un type de vieillissement mais plusieurs vieillissements qui agissent à différents niveaux que ce soit le système biologique ou cognitif sans pour autant être uniformes. Le vieillissement entraîne des changements de performance qui peuvent affecter de manière plus ou moins importante certaines fonctions cognitives et donc qui vont impacter la réalisation des occupations (Kalfat, H., & Sauzéon, H., 2012). Ainsi, les différents facteurs du vieillissement déterminent la façon qu'a la personne âgée à agir sur son environnement.

De plus, l'entourage de la personne âgée joue un rôle aussi important que l'environnement physique qui permet une qualité de vie de la personne âgée concernant ses différents troubles cognitifs, moteurs et sensoriels. Dès lors qu'une perturbation apparaît dans l'environnement de la personne âgée, cela peut amener au fur et à mesure à une baisse dans l'agir de ses activités (Kalfat, H., & Sauzéon, H., 2012).

D'après le rapport Laroque, une personne est considérée comme âgée à partir de 65 ans. « Néanmoins, l'INSEE dans ses statistiques continue à utiliser les deux seuils de 60 ans ou 65 ans » (Ennuyer, 2018). De plus c'est à partir de l'âge de 75 ans « que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent » (Ennuyer, 2018). C'est également à partir de 85 ans que le risque de perte d'autonomie peut se développer davantage et de manière plus rapide et de grandes fragilités apparaissent (Ennuyer, 2018).

1.2 Epidémiologie

Au début de l'année 2020, la France compte 67,442 millions d'habitants dont 20,5 % qui ont 65 ans et plus (INSEE, 2020). Depuis 2011, le vieillissement de la population est accru. Début 2019, 44 % des personnes de 60 ans ou plus sont des hommes et 56 % sont des femmes (France, portrait social, INSEE 2019). Ainsi, la population est vieillissante puisque la part des personnes d'au moins 65 ans représente 20 % de la population (INSEE, 2019). De plus, les habitants âgés de 75 ans ou plus représentent « près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2018 » (INSEE, 2018). Ces chiffres vont être amenés à augmenter au fil des années puisque l'espérance de vie à la naissance augmente. Selon les dernières données de l'INSEE 2020 (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes en France.

Contre 82,8 ans pour les femmes et 75,3 ans pour les hommes en France en 2000 (INSEE, 2020).

Cette augmentation de l'espérance de vie est due en grande partie grâce aux progrès de la médecine, de l'hygiène et de la nutrition, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie en général. Cette hausse devrait se poursuivre grâce à la recherche médicale qui continue de progresser et les soins de santé qui continuent de s'améliorer.

Cette hausse va engendrer une augmentation du nombre de personnes fragiles, puisque l'avancée en âge augmente le risque de perte d'autonomie qui est lié à la dégradation de l'état de santé.

Fin 2019, 730 000 personnes résidaient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. La majorité, soit plus de 80 % d'entre elles, est accueillie en EHPAD (DREES, 2022). « *Le domicile reste le lieu privilégié de vie des personnes âgées, l'hébergement en institution le mode de vie minoritaire* » (Enquête HID, 1999). Les personnes âgées souhaitent rester chez elles puisque le domicile est un lieu connu pour elles.

1.3 Les occupations des personnes âgées à domicile

D'après l'auteur de HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance), près de la moitié des personnes âgées ne sortant pas de leur domicile réalisent les six activités de vie quotidienne décrites dans l'index de Katz (se laver, s'habiller, les transferts, aller aux toilettes, la continence, manger) de manière autonome. Ainsi, dépendance et confinement ne vont pas systématiquement de paire. Les occupations des personnes âgées se limitent aux activités de soins personnels et aux activités productives. Les activités de loisirs sont délaissées, alors que ce sont des activités qu'il est important de réaliser pour avoir un équilibre occupationnel et pour retrouver des activités significatives pour les personnes âgées.

Selon l'HID, 421 000 personnes de plus de 65 ans ne pouvant se déplacer qu'à l'intérieur de leur logement sont à 75 % des femmes âgées. Parmi ces personnes 14,4 % sont alitées et 26 % sont dépendantes pour la réalisation de la toilette et de l'habillement.

Le fait qu'un grand nombre de personnes âgées ne sortent plus de chez elles entraîne une limitation de leur participation dans les activités de vie quotidienne. Leurs occupations se limitent donc aux activités de la vie quotidienne à l'intérieur du logement. De plus, ces personnes nécessitent un accompagnement pour la réalisation de leurs activités de soins personnels. Ainsi, elles ne sont pas autonomes.

2. L'autonomie des personnes âgées à domicile

2.1 L'autonomie

2.1.1 Définition de l'autonomie

Lorsque la question de l'autonomie et de l'indépendance est abordée, il est important que les deux termes soient correctement distingués. Ces derniers ne sont pas souvent utilisés dans les bonnes situations et sont confondus malgré qu'ils aient un lien. L'affectation de l'un ou de l'autre va entraîner des répercussions totalement différentes sur la vie quotidienne de la personne âgée.

D'après la DRESS, « *L'autonomie d'une personne dépend de ses capacités à réaliser des actes de la vie quotidienne, mais aussi de l'environnement dans lequel elle vit. Pour évaluer le degré d'autonomie, est idéalement prônée une approche combinant l'étude des déficiences (altérations corporelles ou dysfonctionnement de parties du corps ou du cerveau), des limitations de certaines fonctions physiques ou cognitives et des restrictions d'activité rencontrées au quotidien. [...] La présente étude se fonde sur l'approche mettant en relation les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité dans le but de repérer les contours des situations de dépendance. Celle-ci est ici définie au sens large, au-delà du terme « handicap » qui renvoie souvent à une approche par les déficiences* ». Cette définition permet de montrer qu'en abordant la question de l'autonomie, il convient de prendre en compte différentes notions. La notion de fonctions cognitives et motrices de la personne, de l'environnement dans lequel elle évolue pour réaliser ses occupations. Ces 2 notions sont à inclure lors de l'évaluation de la personne âgée. Cependant, elles ne doivent pas être dissociées pour permettre de bien identifier où se situe le ou les problème(s) occupationnel(s) de la personne et de comprendre où il faut intervenir pour permettre le maintien de l'autonomie de la personne âgée à son domicile.

Lorsque l'autonomie est amenée à diminuer, elle apparaît généralement au moment du vieillissement. Une perte d'autonomie est observée, ce qui conduit à parler de dépendance.

2.1.2 Evaluation de l'autonomie

L'évaluation du niveau d'autonomie de la personne âgée est spécifique, il est déterminé grâce au Groupe Iso-Ressources (GIR). D'après le site du gouvernement, « *Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible* ». Cette évaluation permet de connaître le niveau d'autonomie. Toutefois, en fonction du résultat du GIR, la personne âgée va pouvoir prétendre à une aide financière appelée Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) si son GIR est compris entre 1 et 4. Le montant de l'allocation va varier en fonction du GIR, plus le résultat du GIR est bas plus le montant de l'allocation sera élevé. L'APA est réservée aux personnes de 60 ans et plus qui habitent en établissement ou à domicile pour financer différentes dépenses qu'elles soient matérielles ou pour des aides humaines nécessaires au maintien à domicile d'une personne âgée. En France, 1,2 million de personnes âgées bénéficient de l'APA dont 60 % vivent à domicile.

2.2 Le domicile

Lorsque le domicile est évoqué, il faut prendre en compte 2 dimensions : l'environnement physique et l'environnement social.

2.2.1 L'environnement physique

L'environnement physique d'une personne fait partie de son domicile.

En ce qui concerne le domicile : « *Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. De nombreux professionnels de santé s'accordent à dire que le maintien à domicile reste, dans la majorité des cas, le meilleur choix quant au bien-être, à la qualité de vie relationnelle et par conséquent à l'état de santé de la personne en perte d'autonomie et dépendante. Les personnes déclarent diverses situations de handicap qui montrent bien l'impact dans la vie sociale des déficiences et des incapacités. Ainsi, la rééducation, les aides techniques, l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités* » (Corlay, 2012, p. 355). Par conséquent, le domicile et plus particulièrement l'environnement physique de la personne peut exercer une influence sur ses occupations.

Quand il s'agit de l'environnement physique, cela prend en compte tous matériels qui entourent la personne (Morel-Bracq, 2017). Pour que la personne âgée puisse réaliser

ses occupations, elle doit évoluer dans un environnement en adéquation avec les activités qu'elle souhaite faire. L'article intitulé « L'aménagement du domicile des personnes âgées » issu de l'ouvrage « Ergothérapie en gériatrie » présente comment permettre l'agir de la personne âgée dans son environnement. Afin de rendre l'agir possible, il faut que les déplacements soient possibles entre les différentes pièces de manière sécurisée. Mais également qu'elle puisse réaliser ses différents transferts seule (fauteuil/canapé du salon, dans le lit, dans la douche/baignoire). La mise en place de différentes adaptations permet de faciliter le transfert comme par exemple des accoudoirs ou le siège qui est à une certaine hauteur. Tout le matériel dont la personne âgée pourrait avoir besoin doit être mis à disposition (télécommande, téléphone, ustensiles de cuisine, produit de douche, ...). La domotique peut également être utilisée pour les volets, la lumière dans les différentes pièces ou bien la télévision. La personne âgée doit être également capable de se rendre à l'extérieur de son domicile selon ses souhaits afin de réaliser des activités en dehors de chez elle. Pour que tous ces éléments soient mis en place, il faut que la personne âgée et l'entourage adhèrent aux différents changements de l'environnement. Bien que ce soit bénéfique pour elle, elle doit pouvoir être capable de réaliser ses occupations qui lui sont significatives.

2.2.2 L'environnement social

Lorsque l'environnement social à domicile chez les personnes âgées est évoqué, cela fait référence à l'entourage humain qu'il soit familial, professionnel ou autre (DRESS, 2017).

La personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile a comme environnement social principalement l'entourage familial proche qui est son conjoint, ses parents, ses frères et sœurs. Ses descendants comme ses enfants et petits-enfants peuvent également en faire partie. Le cercle familial des personnes âgées à domicile représente 8,7 personnes contre 4,6 personnes pour les résidents des institutions. L'entourage est plus présent pour les personnes âgées à domicile, et ces dernières sont en contact principalement avec leurs enfants. Selon les données de la DREES pour l'année 2020, 30 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent seules à leur domicile, 59 % vivent en couple à leur domicile et 7 % vivent avec d'autres personnes comme leurs enfants par exemple.

« *Le fait d'être une femme et de vivre en couple réduit ce risque, en raison de l'effet protecteur du mariage et de l'importance des soins dispensés à la personne âgée dépendante par son conjoint, au domicile* ».

Lorsqu'une personne âgée vit à domicile avec son conjoint, celui-ci lui permet le maintien à domicile grâce à l'aide qu'il lui apporte au quotidien. C'est pourquoi, l'environnement social a une importance pour le maintien à domicile des personnes âgées.

3. L'ergothérapeute en lien avec le MOH

3.1 L'occupation

3.1.1 Définition

En ergothérapie, le mot occupation « *se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique* » (Bélanger, and al., 2005). Ainsi, chaque activité réalisée est unique à la personne puisque c'est un échange permanent entre les occupations et les différentes composantes de son environnement qui lui est singulier (Bélanger, and al., 2005).

Les activités de vie quotidienne des personnes âgées à domicile sont les soins personnels, les activités de loisirs et les activités productives. D'après l'hôpital d'Ottawa, les occupations englobent 3 types d'activités de vie quotidienne qui sont :

« *Soins personnels : activités visant à s'occuper de soi-même, tel prendre un bain, faire sa toilette, s'habiller ; Loisirs : activités visant à se divertir, comme les activités sociales ou un passe-temps ; Activités productives : activités liées au travail rémunéré ou non, par exemple emploi, entretien domestique* ».

3.1.2 Évaluations des occupations

D'après C. Benaim, & al., évaluer la personne âgée dans sa globalité va permettre d'identifier ses capacités et ses difficultés dans les activités de la vie quotidienne pour établir un plan de soins afin de retarder la perte d'autonomie. Mais également, cela va être utile pour la personne âgée d'identifier ses difficultés et donc de pouvoir être investie dans l'accompagnement thérapeutique.

L'évaluation des occupations repose sur plusieurs types d'outils selon l'objectif principal de l'évaluation. Les deux outils les plus utilisés en gériatrie sont l'indice de Katz qui a pour objectif de mesurer le niveau de dépendance dans certains gestes de

la vie quotidienne, le test de Lawton qui évalue la personne âgée dans les actes instrumentaux de la vie quotidienne.

L'évaluation des activités de vie quotidienne est faite par l'indice de Katz dont le score varie de 1 (absence d'aide) à 4 (aide totale). Elle prend en compte 6 éléments (soins personnels, habillement, toilette, transfert, continence et alimentation) en indiquant si la personne réalise ou non l'activité seule. Plus le niveau de score est élevé et plus la personne est considérée comme dépendante dans ses activités de vie quotidienne.

En plus d'évaluer les activités de vie quotidienne, il faut prendre en compte les occupations qui requièrent les fonctions cognitives appelées activités de vie quotidienne instrumentales. Cette notion est évaluée par le test de Lawton. Pour ce qui est du contenu du test, huit activités instrumentales (le téléphone, faire les courses, faire la cuisine, le ménage, le linge, les transports, les médicaments et l'argent) sont évaluées. Les activités sont cotées 1 (indépendance) ou 0 (dépendance) en fonction de si la personne exécute l'activité seule ou non. Ainsi, plus le résultat est élevé et plus la personne est indépendante.

3.2 Le MOH

3.2.1 Définition

Lors d'une intervention en ergothérapie auprès de tout type de public, la pratique doit se baser sur un modèle conceptuel en ergothérapie. D'après le référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'ergothérapeute de l'arrêté du 5 juillet 2010, la compétence numéro 2 décrit : « *Choisir un modèle d'intervention ergothérapique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations* ». Ainsi pour répondre à cela, l'évaluation et l'intervention d'une personne doivent être basées sur un modèle de pratique en ergothérapie. Tout d'abord, d'après Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ».

Il existe plusieurs modèles conceptuels en ergothérapie, pour ce mémoire d'initiation à la recherche, qui présente la pratique en ergothérapie consistant à l'aménagement du domicile des personnes âgées, il est pertinent de choisir un modèle qui détaille le lien entre les occupations de la personne et l'environnement dans lequel elle évolue. C'est pour cela que le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) sera le modèle qui correspond le mieux puisqu'il détaille bien la notion d'occupation en lien avec les

différentes composantes de la personne et son environnement. Le MOH est un modèle créé par Gary Kielhofner dans les années 1980. Le MOH peut être utilisé auprès de toute personne exprimant une ou plusieurs difficulté(s) occupationnelle(s) à toute période de sa vie (Bélanger, and al., 2005).

Le MOH étudie l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation. Celui-ci se caractérise par quatre grandes catégories composées de l'Être, l'Agir, l'Adaptation et l'Environnement.

L'être

L'être permet de définir la personne. Il se compose de la volition, l'habitude et la capacité de performance/rendement.

- La volition présente ce qui motive la personne à agir pour ses occupations dans son environnement. De plus, elle s'exprime par la réalisation d'un processus dans lequel « *la personne anticipe, choisit, expérimente et interprète ses comportements (ce qu'elle fait)* ». Ceci se répète tout au long d'une vie ce qui permet à la personne de choisir ses occupations. En outre, les choix occupationnels positifs sont ceux qui génèrent le changement (Bélanger, and al., 2005). D'après Kielhofner, la volition est composée de : les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts.

Les déterminants personnels font référence à comment la personne perçoit ses capacités.

Les valeurs sont ce qui est important et significatif pour un individu.

Enfin, les intérêts « *comprennent tout ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser et qui rend certaines occupations plus attirantes que d'autres* » (Bélanger, and al., 2005).

- L'habitude « *se forme par la répétition de comportements qui deviennent des routines familières selon les différents contextes physiques, socioculturels et temporels de l'environnement dans lesquels nous évoluons* » (Bélanger, and al., 2005). Elle se compose de 2 parties : les habitudes et les rôles.

Les habitudes font références aux attitudes et réponses automatiques développées lors de périodes et d'environnements connus. Une activité est définie comme une habitude lorsqu'elle est répétée plusieurs fois et a lieu dans un environnement qui est identique (Bélanger, and al., 2005).

Les rôles « *s'acquièrent à travers le processus de socialisation et ils procurent à l'individu un statut social et personnel au sein de sa communauté* » (Bélanger, and al., 2005).

- La capacité de performance/rendement se rapporte à notre corps de ce qu'il est capable ou non de faire pour s'engager dans les occupations. Elle peut être subjective et objective. La capacité de rendement objectif fait référence aux capacités physiques et mentales. La capacité de rendement subjectif sont les expériences vécues par la personne. Ainsi, « *le rendement d'une personne est guidé par ce qu'elle ressent (corps vécu) à l'idée de s'engager dans cette occupation et par la façon dont ce « senti » s'imprégnera à son corps* » (Bélanger, and al., 2005).

L'agir

L'agir est constitué de la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés qui montrent ce que la personne accomplit au quotidien.

- La participation occupationnelle fait référence à l'engagement de la personne dans les actes de la vie quotidienne réalisés dans un environnement socioculturel spécifique (Bélanger, and al., 2005). Ainsi, la personne donne un sens personnel et social à ses actions indispensables à son bien-être.
- La performance/rendement occupationnel(le) est ce que l'individu fait pour accomplir les occupations. Par conséquent, elle « *s'intéresse à l'ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle* » (Bélanger, and al., 2005).
- Les habiletés sont les « *actions directement observables de la personne lorsqu'elle accomplit une forme occupationnelle significative* » (Bélanger, and al., 2005). Elles se présentent sous 3 formes d'habiletés : les habiletés motrices, habiletés opératoires et habiletés de communication et d'interaction (Morel-Bracq, 2017).

L'adaptation

L'adaptation se rapporte à la dynamique qui lie les composantes du MOH (l'être, l'agir et l'environnement) au moment où l'individu réalise une occupation (Bélanger, and al., 2005). De plus, cette dynamique est unique à chaque individu.

Elle est composée de deux éléments distincts qui sont en constante interaction : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle.

- L'identité occupationnelle fait référence aux connaissances qu'a la personne concernant ses capacités, ses intérêts, son efficacité, sa satisfaction à partir des expériences qu'elle a vécues au cours de sa vie (Bélanger, and al., 2005). Cette connaissance va permettre à la personne de constituer un futur selon ses désirs.
- La compétence occupationnelle est la « *capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle* » (Morel-Bracq, 2017). C'est également la manière dont l'individu élabore sa vie afin de respecter ses obligations sociales et ses différents rôles (Bélanger, and al., 2005).

Ainsi, l'adaptation occupationnelle est la « *construction d'une identité occupationnelle positive et l'atteinte d'une compétence occupationnelle satisfaisante, [...] selon l'environnement* » dans lequel évolue la personne (Bélanger, and al., 2005).

L'environnement

Le MOH définit l'environnement comme des opportunités, des ressources il mais peut également être une contrainte (Morel-Bracq, 2017).

L'environnement va fluctuer en fonction de 3 déterminants : la volition, l'habitation et la capacité de rendement de l'individu (Bélanger, and al., 2005). Par conséquent, l'interaction entre ces 3 déterminants rend l'environnement unique à la personne. C'est pourquoi, analyser et évaluer l'influence de l'environnement concernant la personne est important afin de comprendre son fonctionnement occupationnel qui lui est propre (Bélanger, and al., 2005). L'objectif de cette analyse permet de « *comprendre la dynamique des interactions entre l'environnement et les trois composantes de l'individu* » (Bélanger, and al., 2005).

Selon Morel-Bracq l'environnement est composé de 2 éléments qui sont interdépendants : l'environnement physique et l'environnement social.

- L'environnement physique fait référence aux objets et aux espaces qui entourent la personne.
- L'environnement social correspond à l'entourage humain et socio-culturel.

De ce fait, la personne effectue ses occupations dans un contexte environnemental particulier, ce qui entraîne « *des interactions avec différents objets et certains groupes sociaux définis* » (Bélanger, and al., 2005).

L'environnement est différent en fonction d'où se situe la personne. Ainsi, la participation occupationnelle d'une personne va dépendre de l'environnement où elle évolue.

3.2.2 Les outils d'évaluation du MOH

Le MOH se compose de plus d'une vingtaine d'outils permettant le dépistage et l'identification de problématiques occupationnelles rencontrées par l'individu. Mais il a également pour but « *de structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses difficultés quant à son engagement et à sa participation dans ses activités quotidiennes* » (Morel-Bracq, 2017). Les outils principaux du MOH permettent d'évaluer et d'analyser la situation de la personne qui la relie à ses différentes composantes.

Il existe différents outils :

- Les grilles d'observation (AMPS, VQ, ACIS) sont remplies par l'ergothérapeute.

Le AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) permet l'observation des 16 habiletés motrices et des 20 habiletés opératoires lorsqu'une personne réalise une tâche. Cette évaluation résulte d'une cotation de l'effort, de l'efficacité, de la sécurité et de l'indépendance (CRMOH, 2012). Il est destiné aux personnes de 2 ans et plus.

Le VQ (Volitional Questionnaire) permet l'observation de la motivation de la personne lors de la réalisation d'une activité de vie quotidienne « *par le biais de 14 comportements observables auxquels s'ajoute une description de l'environnement dans lequel l'activité se déroule. Ces 14 items se positionnent au sein d'un continuum dynamique de 3 stades : exploration à compétence à accomplissement* » (CRMOH, 2007). Ainsi, cet outil va donner des « *informations sur les éléments environnementaux qui favorisent ou nuisent à la volition* » (CRMOH, 2007). Il est destiné aux personnes de 8 ans et plus.

L'ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills) est l'outil qui permet l'observation de la personne concernant les habiletés d'interaction-communication lors d'une mise en situation de nature sociale seule ou en groupe. Trois domaines sont utilisés pour décrire les différents aspects de la communication et des interactions : physique, échange d'information et relation (CRMOH, 1998).

- Les auto-évaluations (OSA, OQ) sont remplies par la personne concernée et sont suivies par un entretien avec l'ergothérapeute afin d'échanger sur les éléments renseignés par la personne.

L'OSA (Occupational Self-Assessment) permet à la personne d'exposer sa perception sur sa compétence occupationnelle. « *Cet outil donne également des informations sur la participation occupationnelle ainsi que sur des composantes de la volition, de l'habituatation et des habiletés / du rendement occupationnel. L'OSA présente 21 énoncés pour lesquels la personne doit déterminer le degré de difficulté et la valeur accordée à cet énoncé* » (CRMOH, 2006). Enfin, la personne identifie ce qu'elle souhaiterait modifier / améliorer. Cet outil évalue les valeurs, la volition, l'habituatation, les habiletés et le rendement occupationnel et enfin la compétence occupationnelle afin d'avoir des informations sur la participation occupationnelle.

L'OQ (Occupational Questionnaire) permet à la personne de détailler ses activités qu'elle réalise dans une journée par période de 30 mins. De plus, la personne doit aussi indiquer si elle « *considère chacune des activités comme étant du travail, des tâches quotidiennes, un loisir ou du repos* » (CRMOH, 1986). Enfin, elle devra indiquer pour chaque activité si elle pense « *plus ou moins bien la faire, s'il s'agit d'une activité plus ou moins importante et finalement s'il aime plus ou moins l'activité* » (CRMOH, 1986). Cet outil va permettre de recueillir des informations sur les habitudes de vie de la personne, mais également sur la volition, les déterminants personnels, les valeurs et les rôles.

- Les entretiens (OCAIRS)

L'OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale) évalue la participation occupationnelle d'un individu sous la forme d'un entretien semi-directif avec la personne. Cet outil est accessible dès l'adolescence. Les

questions posées sont classées en fonction des différents termes du MOH afin d'obtenir des informations globales sur la personne (CRMOH, 2005).

- Les combinés (MOHOST)

Le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) « *est un outil de dépistage flexible qui permet d'évaluer la participation occupationnelle* » (CRMOH, 2006). Avec cet outil le recueil de données se fait par des entretiens, diverses observations et par le biais d'une tierce personne. Ainsi, le MOHOST « *regroupe les données sur la volition, l'habituatation, les habiletés et l'environnement de la personne pour permettre d'analyser la façon dont ces éléments influencent sa participation occupationnelle* » (CRMOH, 2006). Afin d'identifier les forces et les limites de la personne à la participation occupationnelle, cette évaluation prend en considération plusieurs composantes du MOH.

- Outil spécifique de l'évaluation de l'environnement (REIS)

Le REIS (Residential Environment Impact Scale) est sous la forme d'un entretien semi-directif et d'observations. Cet outil va permettre d'observer et d'évaluer la personne lors de 2 situations qui sont les suivantes :

- Déambulation dans la résidence
- Réalisation de 3 routines ou activités quotidiennes.

Ensuite l'ergothérapeute échange avec la personne et les tierces personnes la prenant en charge. Tout cela va permettre d'avoir des informations sur « *l'impact de l'environnement sur l'identité et la compétence occupationnelle et sur les espaces, les objets, les relations et la structure des activités* » (CRMOH, 2014).

Les principaux outils du MOH permettent d'évaluer la personne dans sa globalité. Ces outils permettent notamment d'évaluer sa volition, sa participation occupationnelle, tout en mettant en lien les différentes habiletés opératoires, motrices et de communication. Par ailleurs, le MOH et ses différents outils évaluent les composantes de l'individu qui ne seraient pas identifiées par l'usage des outils habituels utilisés en gériatrie, comme le MMSE (Mini-Mental State Examination), la grille AGGIR, le MoCA (Montreal Cognitive Assessment), etc (Ducousso - Lacaze and al., 2016). Ces derniers prennent en compte uniquement la notion d'habileté et si l'occupation est réalisée ou non.

Ainsi, la plus-value de l'ergothérapeute va être que les différentes évaluations qu'il va réaliser sont plus précises et spécifiques concernant l'influence des habiletés sur les occupations de la personne. De plus, il va recueillir la motivation ou non de la personne à la réalisation des activités de vie quotidienne pour permettre la mise en place d'adaptation en fonction des souhaits de la personne pour une routine occupationnelle satisfaisante.

De plus l'utilisation du MOH auprès d'un public gériatrique à domicile permet d' « *affiner le profil occupationnel de la personne, tel qu'il a été par le passé et tel qu'il est aujourd'hui. Le modèle permet également d'expliquer à l'équipe en quoi le travail sur l'environnement favorise un processus de changement* » (Ducouso - Lacaze and al., 2016). Ce modèle a pour objectif d'avoir une vision centrée sur la personne, en rapport avec ses occupations et son environnement (Ducouso - Lacaze and al., 2016). Il va aider l'ergothérapeute pour aménager le domicile en prenant en compte l'expérience et les désirs de la personne. Il permet une compréhension conceptuelle de ses besoins, de ses attentes et de ses limitations occupationnelles qu'elle peut rencontrer (Kielhofner, 2008). Ainsi, cet aménagement sera unique et spécifique à chaque personne.

Plus particulièrement, le MOHOST évalue la participation occupationnelle grâce à plusieurs types d'évaluation. La passation de ces évaluations peut uniquement être réalisée par des ergothérapeutes diplômés d'état. Ainsi, ces derniers ont une plus-value quant à l'expertise et la connaissance de la personne en lien avec ses occupations.

3.3 L'ergothérapeute

3.3.1 Définition

D'après le site du gouvernement, « *L'ergothérapeute intervient auprès des personnes qui ont des difficultés dans la réalisation de leurs activités du fait d'un handicap, des conséquences d'une maladie ou de l'avancée en âge. Cela concerne les personnes de tous âges (enfants, adultes, personnes âgées) qu'elles vivent à domicile, qu'elles soient hospitalisées ou hébergées en établissement. L'intervention d'un ergothérapeute a pour objectif de faciliter la réalisation des activités de la personne accompagnée, [...] avec aisance malgré un handicap. [...] Elle est construite à partir d'un bilan de ce que la personne a les capacités de faire, en tenant compte de l'environnement dans lequel elle évolue et de ses habitudes de vie* ».

3.3.2 L'ergothérapeute à domicile

L'ergothérapeute a tout à fait son rôle auprès des personnes âgées à domicile souhaitant rester chez elles le plus longtemps possible. Pour répondre à cela, l'ergothérapeute va réaliser des visites à domicile dans le but d'y apporter une adaptation que ce soit à l'intérieur ou bien à l'extérieur du logement (ANFE, 2021). Par conséquent, l'ergothérapeute se déplace sur le lieu de vie de la personne ce qui rend plus concret son intervention.

D'après l'article de l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeute) nommé « Réussir l'adaptation des logements grâce à l'ergothérapie », dans un premier temps, l'ergothérapeute va réaliser un recueil d'informations ciblant la personne. Il va recenser le projet vie de la personne, évaluer ses besoins, ses capacités fonctionnelles et cognitives, ses habitudes de vie et l'entourage accompagnant la personne âgée.

Le principe de l'évaluation est que l'ergothérapeute va mettre la personne âgée en situation dans son lieu de vie en tenant compte de l'environnement architectural et social dans le but d'évaluer les habitudes de vie et les limitations rencontrées dans les activités. Il va également se baser sur des observations. L'ergothérapeute et la personne âgée constatent ensemble les difficultés rencontrées et trouvent des solutions adaptées. De cette manière, la personne âgée participe à l'élaboration du plan d'intervention ce qui lui permettra de plus facilement mettre en application les conseils élaborés conjointement (DUMAS, 1993, p.190). L'ergothérapeute va permettre que la personne soit plus active et participative dans ses activités de vie quotidienne pour lesquelles elle souhaite rester autonome. Pour réussir cela, il « *évalue les besoins en adaptation des habitudes de vie, en aménagement, en aides techniques, en aides technologiques, en aides humaines* (ANFE, 2021). Que ce soit l'environnement humain ou matériel, ils ont tous les 2 une influence de manière significative sur autonomie que ce soit facilitateur ou freinant la participation (ANFE, 2021).

En parallèle de l'aménagement du domicile de la personne âgée, d'autres interventions comme la rééducation peuvent être mises en place pour permettre de maintenir ou d'améliorer la participation de la personne âgée dans ses activités de vie quotidienne (ANFE, 2021). C'est ainsi que la proposition d'aménagement doit être adaptable et modulable (DUMAS, 1993, p.190).

Ensuite, l'ergothérapeute va élaborer un cahier des charges dans lequel il va intégrer des préconisations d'aménagement de l'environnement et/ou la mise en place d'aides techniques en s'appuyant sur les évaluations réalisées. Ce cahier des charges doit être en cohérence avec la demande initiale pour répondre aux besoins de la personne en terme d'aménagement. Dans le cahier des charges, les préconisations doivent être classées par ordre de priorités « *en fonction des situations permettant de compenser progressivement les impacts du vieillissement sur le quotidien* » (ANFE, 2021). De plus, les conseils ont pour but d'améliorer la participation de la personne âgée dans ses activités ainsi que l'intervention d'une tierce personne.

En outre, l'ergothérapeute doit prendre en compte les fonctions variables du domicile de la personne âgée pour construire le plan d'aménagement. Il va porter attention à l'installation du mobilier déjà présent tout en maintenant les espaces de circulation pour la personne âgée. L'ergothérapeute doit aussi veiller à faciliter l'intervention d'une tierce personne que ce soit l'entourage ou une aide humaine professionnelle (DUMAS, 1993, p.190).

Lorsque l'ergothérapeute va préconiser un aménagement et/ou des aides techniques, il est primordial que la personne âgée procède à des essais afin de s'assurer qu'elle puisse continuer ses habitudes de vie. L'aide technique ne doit pas être un élément perturbateur à la réalisation de ses activités. Elle doit être facteur d'amélioration de son autonomie pour réaliser davantage d'activités de manière indépendante. Le gain d'autonomie de la personne âgée peut amener à diminuer l'intervention d'une tierce personne (DUMAS, 1993, p.190). Concernant les propositions décrites dans le cahier des charges par l'ergothérapeute, ce sont des suggestions, des préconisations. La personne âgée et l'entourage participant au projet d'aménagement restent libres d'appliquer ou non les propositions de l'ergothérapeute.

Question de recherche et hypothèses

L'ensemble de ces recherches a permis d'accroître les connaissances et continuer la réflexion. Ainsi, une question de recherche a été émise :

En s'appuyant sur le MOH, quelle est la plus value de l'ergothérapeute pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie à domicile de maintenir une participation occupationnelle par l'aménagement de leur logement ?

Afin de répondre à cette question de recherche, une approche hypothético-déductive sera utilisée. Par conséquent, 2 hypothèses de recherche sont énoncées :

- L'OSA permet de connaître la personne âgée dans sa globalité afin d'identifier ses problèmes occupationnels, pour qu'elle maintienne une participation occupationnelle en aménageant son domicile.
- Le MOHOST permet de connaître la personne âgée dans sa globalité afin d'identifier ses problèmes occupationnels, pour qu'elle maintienne une participation occupationnelle en aménageant son domicile.

Le cadre expérimental

Le cadre expérimental va permettre de réaliser une recherche de terrain sur la pratique des ergothérapeutes à domicile.

Dans le cadre expérimental, il sera abordé la méthodologie de recherche en présentant la population cible, la démarche de recrutement des ergothérapeutes suivi du choix de l'outils de recueil de données. Enfin, les résultats seront présentés et analysés.

4. Méthodologie de recherche

L'objectif de cette étude est de montrer que l'utilisation de l'OSA et du MOHOST par l'ergothérapeute va permettre de maintenir la participation occupationnelle de la personne âgée à domicile par l'aménagement de ce dernier ce qui permettra de valider ou d'invalider les hypothèses et de répondre à la question de recherche.

Concernant la méthode utilisée, une méthode qualitative sera utilisée en recueillant les données par la réalisation d'entretiens.

4.1 Population cible

Pour répondre à la question de recherche, il faut définir une population à interroger en sachant que la Loi Jardé du 2 mars 2012 n'autorise pas que ce soient des patients. De plus, au vue de la question de recherche, il n'est pas possible de solliciter des patients puisqu'elle fait référence à l'utilisation du MOH, qui est employé uniquement par des ergothérapeutes diplômés d'Etat.

Ainsi les critères d'inclusion de la population cible sont :

- Ergothérapeute diplômé d'état
- Ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé auprès de personne âgée de plus de 65 ans à domicile depuis au moins 6 mois.

Pour répondre au mieux à la question de recherche, cela implique des critères d'exclusion qui sont :

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état ou être étudiant
- Avoir travaillé moins de 6 mois à domicile auprès de personnes âgées de plus de 65 ans.

4.2 Démarche de recrutement des ergothérapeutes

Pour trouver des ergothérapeutes répondant aux critères de recherche, une affiche a été créée (Annexe I). Dans celle-ci, sont présentés le titre du sujet de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Les possibilités de contacts sont également mentionnées (mail et message privé).

De plus, dans le but de recueillir un maximum d'ergothérapeutes répondant aux critères de recherche, il est précisé que l'affiche peut être partagée. C'est ce qui est appelé « le snowball ». « *The snowball effect consists of asking each person contacted for the contact details of one or more other people to be interviewed. With each contact, the list of potential respondents grows like a snowball that continually grows when pushed. This step can be implemented directly during the first contact (before the interview) or after the respondent has been interviewed* »¹ (Schwab, 2022).

L'affiche a été publiée, le vendredi 15 mars 2024 à 19h30 sur les groupes Facebook suivant : « Mémoire ergothérapie », « Les ergo de la musse :) ».

Les ergothérapeutes ont pris contact via Messenger ou en mettant un commentaire sous la publication Facebook, puis ils ont été contactés via Messenger.

Afin de fixer un rendez-vous pour un entretien, il a été demandé leurs disponibilités entre le 25 mars et le 6 avril, ce sont les dates fixées pour la réalisation des entretiens.

Une fois le rdv fixé, il est indiqué qu'il sera réalisé en visioconférence par Messenger.

¹ L'effet boule de neige consiste à demander à chaque personne contactée les coordonnées d'une ou plusieurs autres personnes à interviewer. À chaque contact, la liste des répondants potentiels augmente comme une boule de neige qui grossit continuellement lorsqu'on la pousse. Cette étape peut être mise en œuvre directement lors du premier contact (avant l'entretien) ou après que le répondant a été interviewé. [Traduction libre]

A la suite de ça, il est envoyé aux ergothérapeutes, les grilles de l'OSA et du MOHOST ainsi que le formulaire de consentement (Annexe II) qu'ils doivent remplir.

4.3 Outils de recueil de données

Après le choix de la méthode qualitative, il est primordial de sélectionner un outil de recueil de données en adéquation avec cette méthode. Par conséquent, l'outil utilisé est l'entretien de recherches pour recueillir les données qualitatives. D'après Sylvie Tétreault dans le « Guide pratique de recherche en réadaptation », l'entretien est « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie ». Ainsi, l'utilisation de l'entretien permet de recueillir ce que font les ergothérapeutes en lien avec le sujet de recherche afin de répondre à la question de recherche. Cependant, il existe plusieurs types d'entretien, pour ce mémoire d'initiation à la recherche, l'entretien semi directif est sélectionné. Lors d'une recherche qualitative, l'utilisation de l'entretien semi-directif est privilégié. Ce dernier est composé de questions qui sont rédigées en amont de l'entretien et qui sont divisées par thèmes en fonction du sujet de la recherche (Tétreault, 2014). Les questions sont répertoriées dans un outil appelé « guide d'entretien » dans le but de cadrer l'entretien. Celui-ci est présent en Annexe III. Il est essentiel d'utiliser cet outil afin que l'ensemble de la population interviewée réponde aux mêmes questions. Il permet également au chercheur d'avoir les questions formulées en amont. Ce type d'entretien permet une certaine liberté de réponse à la personne interrogée pour répondre tout en cadrant l'entretien par le guide d'entretien. Ce dernier est composé d'une introduction, et de différents thèmes qui sont les suivant : les personnes âgées, le domicile, l'ergothérapeute, les évaluations du MOH et les données socio-démographiques. Les questions sont au nombre de 10 avec 5 questions sociodémographiques.

Sur les 5 entretiens réalisés, 3 ont été effectués en visioconférence par le biais de Messenger. Un entretien a été réalisé par Teams et un par téléphone.

5. Présentation des résultats

L'ensemble des entretiens a été enregistré avec le consentement des ergothérapeutes dans le but de les retranscrire et de ne pas oublier des éléments qui seraient importants pour l'analyse des résultats. La retranscription d'un de ces entretiens se trouve en Annexe IV.

Il est donc présenté les résultats de 5 ergothérapeutes qui ont été interrogés. De manière à garantir leur anonymat, les ergothérapeutes seront nommés respectivement E1, E2, E3, E4 et E5 ce qui correspond à l'ordre dans lequel ils ont été interrogés.

Données socio-démographiques des ergothérapeutes :

E1	<ul style="list-style-type: none">- Diplômé en 2020, de l'institut de formation La Musse- 24 ans- Travaille à mi-temps en libérale et dans un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)- Intervient depuis mai 2022 à domicile auprès de personnes âgées
E2	<ul style="list-style-type: none">- Diplômé en 2017, de l'institut de formation de Montpellier- 31 ans- Travaillait en libérale et dans un SAMSAH- Est intervenu pendant 2 ans et demi à domicile auprès de personnes âgées
E3	<ul style="list-style-type: none">- Diplômé en 2021, de l'institut de formation de Rouen- 24 ans- Travaille à SOLIHA (Solidaire pour l'Habitat)- Intervient depuis 2 ans et demi à domicile auprès de personnes âgées
E4	<ul style="list-style-type: none">- Diplômé en 2013, de l'institut de formation de Paris- 32 ans- Travaillait à SOLIHA- Est intervenu pendant 7 ans à domicile auprès de personnes âgées
E5	<ul style="list-style-type: none">- Diplômé en 2021, de l'institut de formation La Musse- 31 ans- Travaille chez Merci Julie- Intervient depuis 2 ans et demi à domicile auprès de personnes âgées

Comment définissez-vous le vieillissement ? Quelles sont les caractéristiques physiologiques ?

E1	« après 65 ans » ; « fonte musculaire » ; « pertes au niveau cognitif » ; « perte de force » ; « des pathologies »
E2	« conséquences sur la mobilité » ; « bouger moins vite, moins rapidement » ; « se dégrader très souvent au niveau cérébral » ; « pathologies qui se mettent dessus » ; « au niveau de la posture, de la motricité » ; « des pertes cognitives » ; « fonte musculaire importante »
E3	« une évolution physique et psychique d'une personne et qui a souvent pour conséquence une évolution des problèmes de santé » ; « des douleurs articulaires » ; « altération de l'état général » ; « de plus en plus de maladies » ; « maladies neurodégénératives »
E4	« l'évolution normale ou pathologique du corps humain et des capacités physiques et cognitives des personnes » ; « ralentissement psychomoteur sur les compétences motrices, les déplacements »
E5	« ralentissement des fonctions organiques, des fonctions cognitives » ; « Un ralentissement, mais pas forcément une perte »

Quelles sont les répercussions du vieillissement sur le quotidien des personnes âgées à domicile ? En quoi le vieillissement impacte-t-il les occupations ?

E1	« rentrer, sortir de la baignoire » ; « beaucoup de chutes » ; « se déplacer, faire à manger, ouvrir des bocaux, des boîtes de conserve »
E2	« fatigabilité » ; « moins à l'aise pour faire les choses » ; « faire à manger, aller à la douche » ; « plus à risque de chute » ; « gestion des papiers administratifs » ; « aller faire les courses » ; « besoin d'aide plus fréquemment »
E3	« difficultés à se déplacer, monter les escaliers » ; « réaliser en majorité les déplacements et les transferts » ; « accéder à des meubles en hauteur » ; « tout ce qui a du lien avec la mobilité »
E4	« les déplacements » ; « toilette » ; « pertes auditives et cognitives qui peuvent entraîner aussi un peu un retrait social »

E5	« plus ou moins facilités par l'environnement et impactés par l'environnement physique ou l'environnement social » ; « un peu à l'écart » ; n'acceptent plus ou moins de plaisir » ; « impacte la compétence des personnes à réaliser leurs activités de vie quotidienne »
----	--

Selon vous, le vieillissement entraîne-t-il une perte d'autonomie ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

E1	« Oui, perte d'initiation » ; « elles ont la flemme de faire à manger »
E2	X
E3	« pas nécessairement » ; « oui, quand il y a des problèmes de santé qui s'accroissent avec l'âge ou alors des pathologies qui sont évolutives » ; « personnes qui ont 95 ans et qui sont extraordinaires et qui arrivent encore à faire tout chez elle » ; « dès l'instant où il y a des problèmes de santé, il y a une perte d'autonomie »
E4	« oui, même si effectivement c'est dépendant de chaque personne » ; « souvent au moins une des activités qui est impactée » ; « modification du système autour de la personne âgée »
E5	« si y'a un vieillissement en pathologique, il peut y avoir une perte d'autonomie » ; « plus forcément un jugement clair et éclairé » ; « s'il y a pas de vieillissement pathologique, non, ça n'impacte pas leur autonomie »

Selon vous, quels sont les différents environnements de la personne âgée à domicile ? Il y a l'environnement physique et l'environnement social. De quoi est composé chaque environnement ?

E1	« sa famille, ses amis, ses aidants » ; « les professionnels de santé » ; « tout ce qui est autour d'elle en fait » ; « moyens de déplacement » ; « dehors »
E2	« famille très souvent » ; « infirmières » ; « auxiliaires de vie » ; « amis » ; « comment c'est composé, comment c'est accessible »
E3	« leurs enfants, la famille très proche » ; « clubs des aînés » ; « amis » ; « aide ménagère » ; « chez eux » ; « rester dans leur salon » ; « beaucoup de temps dans la cuisine »

E4	« espace de vie » ; « les accès » ; « l'espace nuit, l'espace repas et l'espace soins d'hygiène » ; « environnement humain, c'est très dépendant » ; « complètement isolées, on va avoir le conjoint, la famille, enfants ou petits-enfants, le voisinage, s'il est présent et tout l'environnement professionnel s'il y a des aidants »
E5	« ça dépend s'il habite en milieu rural ou en milieu urbain » ; « ceux qui habitent en milieu rural, parfois leur environnement, il est restreint à leur domicile. Ou plus ou moins jardin s'il en ont un et plus ou moins praticable » ; « en ville l'environnement physique est plus facilitateur pour les déplacements extérieurs. Il y a plus de transport qui permet d'aller vers l'extérieur, les commerces » ; « la vie, elle tourne autour du passage de l'infirmière, des aides ménagères, du kiné 2 fois par semaine et ça rythme les semaines »

Comment le vieillissement impacte ces différents environnements ?

E1	« plus isolées socialement » ; « l'environnement physique devient plus compliqué à appréhender » ; « plus de difficultés à sortir de leur logement »
E2	« plus compliqué de se déplacer dans le domicile » ; « plus difficile d'accéder à la douche, à la baignoire » ; « un besoin que la famille s'implique un peu plus » ; « épuisement familial » ; « besoin d'aide extérieur qui sera important » ; « plus pouvoir aller faire leurs courses » ; « du mal à accéder dans leur logement » ; « quitter leur logement parce que ça sera pas adapté et donc il va y avoir un deuil »
E3	« voient de moins en moins de monde » ; « acceptation du vieillissement, ce que toutes les personnes n'ont pas » ; « liens sociaux qui s'amenuisent avec le temps » ; « de plus en plus de mal à rester chez elles mais qui veulent rester chez elles » ; « activités de vie quotidienne deviennent souvent de plus en plus compliquées » ; « cuisine qui est pas toujours adaptée, ça devient trop physique, c'est des personnes qui vont cuisiner souvent de moins en moins » ; « plus l'envie en fait de faire, surtout quand il y a eu le décès du conjoint et dans ce cas qui vont manger le strict minimum » ; « sinon c'est vraiment la salle de bain qui va poser problème »

E4	« impact important, notamment quand la dépendance s'installe » ; « l'environnement social peut prendre un rôle aidant là où avant ils avaient un rôle de conjoints, d'amis, d'enfants » ; « l'environnement physique et matériel n'évoluent pas avec les besoins de la personne et peut devenir un obstacle pour la personne et dans ses activités quotidiennes »
E5	« plus accéder où elle avait l'habitude d'aller parce qu'elle ne conduit plus » ; « parce que y'a une marche pour aller chez le coiffeur » ; « la voisine qui l'emmenait depuis 10 ans chez le médecin et elle non plus elle peut plus conduire » ; « quand il y a une perte d'indépendance, on reste chez soi » ; « l'aide à domicile qui va imposer un rythme qui n'est pas forcément le rythme de la personne » ; « l'environnement social qui est impacté pour la personne et pas toujours favorablement »

Comment se déroule une évaluation du domicile chez la personne âgée ?

E1	« je me présente, je dis pourquoi je suis là, 30 40 Min d'entretien sur le plan social donc si c'est des aides sociales type APA PCH, s'il y a des personnes qui viennent aider pour le ménage, pour ses activités de la vie quotidienne. S'il a des prises en charge paramédicales, médicales » ; « je m'informe aussi sur son environnement social, ses amis, sa famille » ; « après je la questionne plus sur son quotidien, une journée type, voir ce qui est un peu compliqué, voir ce qu'au contraire est plus facile. Quand c'est compliqué, si j'ai des solutions en aide technique, je les montre » ; « on fait un tour du logement » ; « pour les aides techniques, si c'est du gros matériel j'y retourne pour faire des essais »
E2	« appel téléphonique pour prendre contact » ; « elle qui vient me contacter directement, ou c'est d'autres personnes » ; « je me rends à leur domicile, je commence par un entretien d'une heure, pour faire un peu le tour de son autonomie, voir les difficultés, leurs besoins, leurs attentes » ; « très souvent, il y a un aidant qui est là, c'est plutôt bien parce qu'ils viennent compléter ce que va dire la personne » ; « tour du logement pour qu'on voit chacune des pièces qu'ils utilisent, même s'ils m'ont appelé pour une salle de bain, on fait quand même le tour des chambres, cuisine, salon » ; « je fais un compte rendu et je leur remets » ; « est-ce qu'il y a besoin de mettre en place des aides humaines, auxiliaires de vie pour faire le ménage »

E3	<p>« un entretien, savoir ce qu'elles ont besoin, ce qu'elles ont envie, sur leur état de santé, les pathologies qu'elles peuvent avoir ou pas, sur comment elles se déplacent, est-ce qu'il y a des aides techniques ou non ? Est-ce qu'elles conduisent ? Comment elles font leurs transferts, est-ce qu'elles ont besoin d'appui ou pas par exemple ? » ; « un point sur toutes les activités de vie quotidienne. Comment aujourd'hui, elles font leurs toilettes, comment elles s'habillent ? Qu'est-ce qui pose des difficultés ou pas ? Est-ce qu'elles ont déjà trouvé des moyens pour compenser ? Et pareil pour les activités, cuisine, préparation, faire les courses, le ménage, etc. Savoir s'il y a des aides humaines à domicile » ; « faire un bilan sur la personne » ; « un tour du logement avec elle » ; « de faire comme quand elles sont chez elles, de se déplacer dans l'intégralité de la maison, monter les escaliers » ; « on voit ensemble ce qu'elles avaient imaginé, ce que moi j'imagine » ; « trouver le compromis, ce qu'elles accepteraient et ce qui en même temps est selon moi le plus adapté » ; « rédige un rapport que je leur envoie, il faut un petit peu de temps souvent pour mûrir le sujet »</p>
E4	<p>« première étape pour préparer la visite, m'assurer que la personne est là, de demander si des proches aidants sont présents. Bien expliquer le pourquoi de la visite » ; « préparer au maximum le terrain » ; « anamnèse, recueil du besoin, interroger la personne sur ses difficultés au quotidien, sur son historique, son handicap, ses pathologies si elle en a » ; « évaluation à proprement parler, selon les besoins, les pathologies » ; « mettre la personne en situation, la faire se lever, s'asseoir, demander certaines manipulations, ou, juste par l'interrogatoire » ; « visite du domicile, donc l'ensemble des espaces qui ont été évoqués et même ceux qui n'ont pas été évoqués. Je demande toujours ce que vous faites dans cette pièce » ; « venir évaluer chaque pièce et voir les difficultés rencontrées, si besoin mettre en situation » ; « phase sur les préconisations » ; « l'envoi d'un compte rendu qui sera lui plus détaillé » ; « il y avait un 2^{ème} rendez-vous ou pas ça dépend du contexte de l'intervention »</p>

E5	« l'intervention, elle dure à peu près 1h30 à 2h » ; « je me rends au domicile, on fait connaissance, j'explique pourquoi je suis là. Je fais passer des bilans c'est l'IADL, ADL et le Tinetti » ; « fait tout le tour de la maison, du jardin » ; « met la personne en situation dans chaque activité pour la douche, pour se coucher, se lever des toilettes, marcher, monter les escaliers, aller dans le jardin, aller à la cave, cuisiner, transporter une assiette de la cuisine à la salle à manger, se lever du canapé. Toutes les activités que la personne fait dans sa journée »
----	--

Que faites-vous en tant qu'ergothérapeute au domicile de la personne âgée ?

E1	« compte rendu et je l'envoie » ; « je fais juste la visite à domicile » ; « je fais pas de prise en charge »
E2	« une fois que mon compte rendu est envoyé, c'est eux qui se gèrent » ; « ça dépend des organismes qui m'envoient, c'est très variant » ; « faire de la prévention face à l'épuisement de l'aidant »
E3	« j'y retourne pas normalement, je rédige mon rapport, je leur envoie » ; « accompagne pour faire des devis ou trouver des financements » ; « ils savent que je suis là, j'ai souvent des appels pour me poser quelques questions pendant le chantier » ; « ceux qui souhaitent des fois j'y retourne en fin de chantier pour vérifier que tout est adapté et que tout correspond à leurs besoins » ; « adapter leur logement à ce qu'elles puissent y rester le plus longtemps possible »
E4	« un travail plutôt de bureau où on va étudier la situation pour faire des plans, des préconisations, rechercher le matériel » ; « toute la partie préconisation » ; « j'envoie le compte rendu » ; « échange téléphonique avec la personne pour s'assurer de la compréhension et du suivi » ; « ça leur permet aussi de garder un lien social » ; « pas dans la rééducation »
E5	« fait les essais ensemble » ; « mettre en place le matériel et de le laisser gratuitement à durée indéterminée à la personne tant qu'elle l'utilise, elle le garde » ; « lien avec les CLICS, les personnes au niveau d'APA du département, l'ergo de la MDPH » ; « j'oriente et je conseille pour accompagner les aidants, s'ils en ont besoin et s'ils en ont envie »

Quels liens faites-vous entre aménagement du domicile et la participation occupationnelle ?

E1	« un impact soit facilitant, soit freinant » ; « si tu changes la baignoire en douche après t'as plus le problème d'entrer et sortir de la baignoire »
E2	« il suffit juste d'avoir une douche avec un siège et elle peut se doucher toute seule tranquillement en sécurité ou alors d'avoir un portage de repas et du coup elle a juste à faire chauffer son repas et du coup elle peut continuer à s'occuper de son repas mais être autonome sans avoir à aller faire les courses. Donc forcément ça a un lien c'est important »
E3	« aménager le domicile, ça permet à la personne de continuer à réaliser ses activités chez elle et surtout qu'elle puisse garder un pouvoir d'agir pour qu'elle puisse continuer en fait à être actrice de sa propre vie » ; « ça lui permet de pas avoir besoin d'une infirmière pour aller prendre sa douche » ; « ça lui permet d'aller faire ses courses et de pouvoir encore monter seule ses courses parce qu'on a adapté l'escalier » ; « éviter d'avoir trop d'aides de toutes parts »
E4	« l'aménagement du domicile vient lever au maximum les obstacles qui empêchent la participation à l'occupation » ; « fasse plus d'activités, ou en tout cas qu'elles réussissent à être en sécurité et en autonomie pour faire les activités » ; « pas forcément faire plus d'activités, mais en tout cas les faire mieux ou les faire de façon plus efficace ou plus sécuritaire »
E5	« l'environnement facilite la participation occupationnelle d'une personne » ; « mon but quand je vais à domicile, c'est que les personnes soient chez elles si elles en ont envie et qu'elles peuvent faire ce qu'elles ont envie de faire. Donc on peut dire que c'est ce qui permet et facilite la participation occupationnelle »

Quels intérêts voyez-vous à utiliser l'OSA auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ? (Avantages et limites)

E1	<p>« intitulés ont l'air simples » ; « quand la personne a des problématiques cognitives ça peut le faire quand même » ; « c'est facile à coter » ; « décrit pas mal d'activités de vie quotidienne »</p> <p>« beaucoup de choses, ça peut être long à remplir » ; « je l'utiliserai pas » ; « peut être à réadapter » ; « pas trop les occupations » ; « reste très vague » ; « pas assez précis » ; « prend énormément de temps »</p>
E2	<p>« permet de balayer pas mal de choses, de pas oublier de choses » ; « outil simple d'utilisation » ; « la rend acteur aussi et ça permet de comparer entre ce qu'elle dit et ce qu'elle fait réellement » ; « voir où elle se situe par rapport au vieillissement » ; « ça donne un premier aperçu » ; « leur permet de voir un peu leurs priorités et qu'est-ce qu'ils veulent vraiment pouvoir faire dans leur quotidien » ; « une belle base »</p> <p>« ne couvre pas entièrement toutes les tâches du quotidien » ; « c'est très global » ; « manque de précisions et balaye pas tous les items qu'on aurait besoin » ; « compléter avec d'autres choses, faut aller un peu plus loin »</p>
E3	<p>« toutes ces évaluations sont bien dans le cadre théorique » ; « c'est un bon outil en tant qu'ergo pour pouvoir baser sa trame d'entretien et pas oublier de tâches et surtout pouvoir juger après » ; « cibler les pièces dans lesquelles elles vont passer du temps en lien avec leurs habitudes de vie » ; « faire des liens entre tous les environnements » ; « trouver le lien avec le logement qui a un impact sur toutes les sphères » ; « permettra de savoir qu'est-ce qui est le plus important et qu'est-ce qui est le plus difficile pour la personne actuellement »</p> <p>« automatiquement d'instinct, elle va te dire en fait ce qu'elle a envie et ce qui est important pour elle » ; « lui faire coter et lui faire se rendre compte de ce qui est important » ; « pas sûr qu'en pratique ce soit vraiment faisable » ; « avec le vieillissement tout ce qui est fonction exécutive, mémoire immédiate qui est un petit peu altéré on va dire, c'est compliqué de mettre ça en place rien que déjà faire comprendre les consignes qu'ils doivent coter et surtout coter l'importance » ; « c'est compliqué pour une personne âgée [...] beaucoup de choses qui sont importantes mais après coter est-ce que ça l'est beaucoup ou</p>

	<p>pas trop » ; « pour moi c'est pas très facile à mettre en place » ; « pas le temps »</p>
E4	<p>« intéressant, le fait que ce soit une auto-évaluation qui est normée » ; « rendre la personne actrice de son évaluation » ; « le patient ou l'utilisateur au centre de l'intervention » ; « une façon un peu plus carrée de recueillir l'envie et en tout cas l'estimation de son besoin » ; « classer ce qui est important pour la personne » ; « l'envoyer en amont » ; « piocher quelques questions et quelques formulations pour les intégrer à mon bilan personnalisé que de le passer en entier » ; « va plus loin que les modèles un peu basiques » ; la partie sociale je trouve que c'est intéressant parce que ça pose des petites questions qu'on n'a pas forcément pensées à poser normalement dans la pratique »</p> <p>« intitulés étaient un peu moins clairs » ; « un peu scolaire de donner le questionnaire » ; « l'aidant un peu trop intrusif qui viendrait répondre à sa place » ; « temps d'appropriation avant de pouvoir imaginer l'utiliser à domicile » ; « pas à me projeter, savoir si les personnes seraient réceptives » ; « je sais pas trop jauger à quel moment est-ce qu'on pourrait le dégainer ou pas »</p>
E5	<p>« plein d'items, c'est plutôt complet » ; « mettre des mots sur ce qu'ils ont envie et qu'ils réfléchissent à ce qu'ils ont envie »</p> <p>« les personnes âgées ça dépend toujours, lui poser autant de questions avec trop de possibilités de réponses » ; « compliqué à remplir et à comprendre » ; « très long » ; « pas un temps infini, la réalité du pratico pratique » ; « hyper frustrant, on a pointé, il va mettre j'aimerais changer ça. Bah oui et moi je peux rien » ; « pas toujours facilitant parce que les aidants ils parlent à la place des personnes »</p>

Quels intérêts voyez-vous à utiliser le MOHOST auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ? (Avantages et limites)

E1	<p>« reprend un peu tout le quotidien de la personne » ; « si tu as pas les occupations. C'est quand même un peu plus précis que l'OSA » ; « peut faciliter de déterminer les besoins de la personne » ; « plus rapide à remplir » « cet outil-là ne suffit pas » ; « peux pas utiliser que cet outil là pour faire la visite » ; « cotation reste assez vaste » ; « je vois pas l'intérêt des modèles »</p>
E2	<p>« ça balaye les fonctions exécutives » ; « voir un peu plus précisément leur motivation, ce qu'ils sont capables » ; « met un peu plus l'accent sur qu'est-ce que je suis capable de faire dans mon quotidien, sur mon rôle dans le quotidien, ma place finalement en tant que personne vieillissante dans la société » ; « balayer toutes les habiletés nécessaires dans le quotidien » « complexité finalement à comprendre ce qui est attendu » ; « très long à passer » ; « balaye les habiletés, mais pas forcément concrètement dans le quotidien »</p>
E3	<p>« plus pertinent que la grille d'avant » ; « première partie sur la motivation » ; « tout ce qui est routine, leur rôle, est-ce qu'ils arrivent à avoir des responsabilités, etc, ça c'est super important » ; « en récap, je pense que ça peut être pertinent parce que si leur logement ne leur permet pas d'accomplir leurs rôles sociaux ou tout ça, c'est bien que ça te le détecte » ; « avoir une évaluation qui va être normée, pour pouvoir justement réussir à détecter l'impact » « pas le temps de faire passer plein de bilans » ; « en dehors de la réalité »</p>
E4	<p>« des choses qu'on n'a pas l'habitude d'évaluer, la capacité d'habitation, la prise de responsabilités, les routines » ; « très précis comme terme d'évaluation » « l'échelle de cotation, les termes me paraissaient pas forcément très clairs » ; « plus difficile à prendre en main que l'OSA » ; « l'utilisation de bilans aussi normés peu parfois être pas forcément bien perçue ou pas facile à mettre en œuvre » ; « ce serait pas très utilisable en visite » ; « il se suffit pas à lui-même pour aller détailler » ; « manque l'analyse de l'environnement » ; « ça va manquer un peu de nuance sur les différents espaces de l'environnement » ; « pas forcément à utiliser en entier » ; « peu de monde qui utilisaient vraiment des bilans normés »</p>

E5	<p>« c'est nous qui émettons un jugement sur ses habilités » ; « pour organiser nos idées »</p> <p>« je le trouve encore pire que l'autre » ; « trop long » ; « pas facile de faire un distinguo entre les cotations » ; « tout ça, ça passe plutôt dans l'entretien que l'on fait et dans la relation de confiance qu'on construit à domicile. Plutôt que de faire passer des bilans. Je vois pas ce que j'en fais de ça à la fin » ; « pour le patient je pense pas que ça ait grand intérêt »</p>
----	--

6. Analyse des résultats

Comment définissez-vous le vieillissement ? Quelles sont les caractéristiques physiologiques ?

L'ensemble des ergothérapeutes exprime que le vieillissement entraîne une altération au niveau cognitif, moteur et l'apparition davantage de pathologies. E5 précise qu'il y a un ralentissement mais forcément une perte des capacités de la personne âgée.

Quelles sont les répercussions du vieillissement sur le quotidien des personnes âgées à domicile ? En quoi le vieillissement impacte-t-il les occupations ?

E1, E3, et E4 indiquent que le vieillissement entraîne une répercussion sur les déplacements de la personne âgée, E2 évoque les déplacements en citant un exemple (aller faire les courses).

Les 5 ergothérapeutes interrogés formulent que les personnes vieillissantes sont impactées dans leur quotidien pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, que ce soit au niveau des soins personnels, des repas et des activités productives. E3 spécifie que cela retentit sur tout ce qui est en lien avec la mobilité. E1 et E3 mentionnent que les personnes âgées rencontrent des difficultés pour les transferts. E5 précise qu'il y a un impact au niveau des loisirs.

E1 et E2 mentionnent la notion de chutes chez les personnes vieillissantes.

Des conséquences dans les relations sociales ont été spécifiées par E4 et E5.

Selon vous, le vieillissement entraîne-t-il une perte d'autonomie ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

L'ensemble des ergothérapeutes interviewés nuance que le vieillissement n'entraîne pas automatiquement une perte d'autonomie puisqu'il dépend si la personne a des pathologies ou non. Néanmoins, E1 indique qu'il y a une perte d'autonomie lorsqu'il y a une notion de vieillissement.

Selon vous, quels sont les différents environnements de la personne âgée à domicile ? Il y a l'environnement physique et l'environnement social. De quoi est composé chaque environnement ?

L'intégralité des 5 ergothérapeutes interrogés aborde la notion d'environnement social en le définissant qu'il est composé de la famille, plus particulièrement du conjoint, des enfants et des petits enfants. Il est également composé de leurs amis et des différents professionnels qui interviennent à domicile (infirmière, auxiliaire de vie, aide ménagère). Sauf E5 qui ne parle que des professionnels intervenant à domicile.

L'intégralité des 5 ergothérapeutes interrogés aborde la notion d'environnement physique en le définissant en étant leur domicile avec les différentes pièces de vie, son accessibilité. E5 nuance l'environnement de la personne âgée en fonction du lieu d'habitation en milieu rural ou urbain.

Comment le vieillissement impacte ces différents environnements ?

L'entièreté des ergothérapeutes a exprimé que le vieillissement influençait les différents environnements qui vont amener à une baisse de la participation occupationnelle.

E1, E3 et E5 identifient que le vieillissement influence de façon négative la vie sociale des personnes âgées. Elles voient moins de monde, elles sont plus isolées car elles restent à leur domicile.

E1, E2 et E3 déclarent que les personnes âgées font de moins en moins d'activités dans leur quotidien.

L'ensemble des ergothérapeutes explique que tous ces éléments sont liés à l'environnement physique dans lequel évolue la personne âgée qui n'est plus adaptée à ses capacités actuelles. Par exemple, le fait qu'elle ne puisse plus rentrer dans sa baignoire, que les déplacements et les transferts soient plus difficiles.

Comment se déroule une évaluation du domicile chez la personne âgée ?

Concernant le déroulement de l'évaluation du domicile, en globalité les ergothérapeutes ont le même procédé. Ils interviennent une seule fois à domicile, en débutant par un entretien avec la personne âgée et un aidant ou membre de la famille s'il en a. Lors de cet entretien, l'ergothérapeute échange avec elle sur sa vie, ses pathologies, son environnement social, ses habitudes de vie. Il identifie les besoins et les difficultés. E5 spécifie qu'il réalise des bilans normés en plus de l'entretien. Ensuite, ils font un tour du logement. E3, E4 et E5 précisent que lors de la visite du domicile, l'ergothérapeute met en situation la personne âgée dans les occupations qu'elle est amenée à réaliser dans son quotidien (déplacement, transferts, cuisine, ...).

E2, en amont de se rendre au domicile prend, un contact par téléphone avec la personne âgée pour expliquer son intervention. E1 et E4 interviennent parfois une deuxième fois au domicile, si la situation nécessite d'y retourner.

Que faites-vous en tant qu'ergothérapeute au domicile de la personne âgée ?

Généralement après le rendez-vous pour un aménagement de logement, l'ergothérapeute intervient une seule fois à domicile et ne fait pas de prise en charge. Sauf exception pour E2, E3 et E5 qui peuvent être amenés à retourner au domicile. E2 et E5 reviennent pour faire de la prévention ou de l'accompagnement auprès des aidants. E3 se déplace pour vérifier l'adaptation des travaux effectués. La spécificité de E5 est qu'il prête des aides techniques dont la personne âgée a besoin et est en lien avec différents organismes afin de trouver des financements.

Ensuite, l'intégralité des ergothérapeutes rédige leur compte rendu après le rendez-vous à domicile puis ils l'envoient à la personne âgée. E3 et E4 font des appels téléphoniques pour assurer le suivi.

Quels liens faites-vous entre aménagement du domicile et la participation occupationnelle ?

Les 5 ergothérapeutes sont unanimes sur le fait que d'aménager le domicile de la personne âgée favorise sa participation occupationnelle en venant supprimer les obstacles qui limitaient la personne âgée à faire ses activités. Ainsi elle retrouve de l'autonomie dans son quotidien et a besoin de moins d'aides humaines.

E4 spécifie que la personne âgée ne va pas forcément faire plus d'activités, mais elle va les faire de façon plus efficace et plus sécuritaire.

Quels intérêts voyez-vous à utiliser l'OSA auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ? (Avantages et limites)

L'intégralité des ergothérapeutes interrogés identifie des avantages et des limites à l'utilisation de l'OSA lors d'une intervention à domicile afin d'aménager le logement.

E1 et E2 trouvent que cet outil est simple. E2 et E4 mentionnent qu'il permet de rendre acteur la personne âgée lors de l'évaluation. Tous les ergothérapeutes sauf E1 identifient que cette évaluation facilite l'identification de leurs priorités, leurs besoins, leurs envies. E1, E2 et E3 détaillent qu'il décrit les activités de vie quotidienne tout en faisant un lien avec l'environnement de la personne âgée.

E1, E2 et E5 disent qu'ils ne peuvent pas l'utiliser par manque de temps qui leur est attribué lors d'une intervention à domicile. E1, E2, E3 et E4 trouvent que les items ne sont pas assez précis pour récolter les informations qui leur seraient utiles. E3 et E5 indiquent que cet outil ne pourrait pas convenir à des personnes âgées avec des troubles cognitifs car cela rendrait difficile la compréhension des consignes. E4 et E5 précisent que lorsqu'il y a un aidant lors de la passation de l'évaluation, celui-ci aurait un apport intrusif en répondant à la place de la personne âgée.

E3 et E4 expriment un manque de connaissance de l'OSA pour l'utiliser lors de leur intervention.

Quels intérêts voyez-vous à utiliser le MOHOST auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ? (Avantages et limites)

L'intégralité des ergothérapeutes interrogés identifie des avantages et des limites à l'utilisation du MOHOST lors d'une intervention à domicile afin d'aménager le logement.

E2, E3, E4 et E5 identifient que cet outil prend davantage en compte les habiletés, les fonctions exécutives et les différentes composantes de la personne âgées. Quant à E1, il indique que cela prend en compte tout le quotidien.

Les 5 ergothérapeutes sauf E1 reconnaissent qu'ils n'ont pas suffisamment de temps en présence de la personne âgée pour faire passer ce bilan là. E2, E4 et E5 trouvent le bilan difficile à comprendre par manque de clarté des items. E2 et E4 précisent qu'il y a un manque d'analyse de l'environnement et du quotidien.

En résumé, les ergothérapeutes expriment plus de limites que d'avantages à utiliser ces 2 bilans du MOH. Ils ne se projettent pas de l'utiliser.

7. Discussion

Afin de répondre à la question de recherche, il est essentiel de comparer les données recueillies auprès des ergothérapeutes et les données théoriques. A la suite de cela, les biais et limites de recherches seront présentés.

7.1 Confrontation des résultats

Dans le cadre conceptuel, il a été démontré que le vieillissement entraîne une perte des capacités motrices et cognitives (OMS, 2022). Les résultats obtenus par le biais des entretiens démontrent également cet aspect. Les occupations réalisées par les personnes âgées à domicile se limitant aux activités réalisées à l'intérieur du logement (HID, 1999) sont en corrélations avec ce qui ressort des entretiens de recherche.

Concernant la perte d'autonomie des personnes âgées au domicile, les ergothérapeutes questionnés nuancent que cette notion n'est pas systématique avec le vieillissement. Ils précisent qu'il y a perte d'autonomie en présence de pathologies. Tandis que dans le cadre théorique, il est présenté que le vieillissement entraîne constamment une perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne (Kalfat, H., & Sauzéon, H., 2012).

Au sujet des différents environnements présents au domicile de la personne âgée, l'environnement social et physique est extrait que ce soit auprès des ergothérapeutes que de la littérature (Corlay, 2012, p. 355 ; Morel-Bracq, 2017 ; DRESS, 2017). Les personnes interrogées expriment que le vieillissement peut causer une perte de vie sociale comme un isolement. Tandis que dans le cadre conceptuel, cette notion de réduction de la vie sociale n'a pas été évoquée.

En ce qui concerne le déroulement d'une évaluation de la personne âgée à domicile, le procédé réalisé par les ergothérapeutes interrogés est équivalent aux données décrites dans le cadre théorique (DUMAS, 1993, p.190 ; ANFE, 2021). Le processus d'évaluation est le suivant : entretien avec la personne âgée à propos de ses habitudes de vie, ses difficultés, ses attentes. Ensuite, une visite du logement est effectuée tout en mettant la personne âgée en situation dans son quotidien par le biais d'observations. Enfin, l'ergothérapeute rédige un compte rendu avec les préconisations adaptées à la situation.

Concernant l'utilisation de modèles ou bilans normés à domicile, la réalité terrain est que 0/5 ergothérapeutes interrogés en utilisent. Les ergothérapeutes ont davantage recours à des bilans « faits maison » ou ils prennent certains éléments de bilans

normés. Dans le cas contraire, ils utilisent ces bilans mais ils ne les font pas en totalité. La passation de l'OSA et du MOHOST, dans un contexte d'évaluation de la personne âgée à domicile dans le but d'aménager son logement, ne se suffisent pas à eux-mêmes car ils doivent être complétés par d'autres bilans.

La question de recherche est : « **En s'appuyant sur le MOH, qu'elle est la plus value de l'ergothérapeute pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie à domicile de maintenir une participation occupationnelle par l'aménagement de leur logement ?** »

Afin de répondre à celle-ci, 2 hypothèses de recherche étaient émises :

- L'OSA permet de connaître la personne âgée dans sa globalité afin d'identifier ses problèmes occupationnels, pour qu'elle maintienne une participation occupationnelle en aménageant son domicile.

- Le MOHOST permet de connaître la personne âgée dans sa globalité afin d'identifier ses problèmes occupationnels, pour qu'elle maintienne une participation occupationnelle en aménageant son domicile.

Par conséquent, à la suite de la confrontation des données théoriques et de l'analyse des résultats de cette étude, ces 2 hypothèses sont invalidées.

Cependant, l'ergothérapeute a tout à fait son rôle à jouer au domicile pour améliorer la participation occupationnelle de la personne âgée en aménageant son logement. Afin de permettre à davantage de personnes âgées de rester chez elle en sécurité, l'ergothérapie à domicile doit être développée. Le nombre d'ergothérapeutes exerçant dans ce domaine reste encore trop faible par rapport à la demande croissante qui favorise le maintien à domicile. Mais également le manque de temps qui est consacré aux ergothérapeutes auprès de la personne âgée pour faire davantage d'évaluations à domicile.

7.2 Biais de recherche

Entretiens exclusivement virtuels :

Les ergothérapeutes interrogés se trouvant à une distance géographique importante, il n'était donc pas possible de réaliser les entretiens en présentiel.

Par conséquent, le manque de fluidité de la connexion internet a pu entraîner une perte d'informations.

Biais méthodologique :

Le guide d'entretien a toujours été utilisé, néanmoins il a été parfois nécessaire de reformuler les questions différemment pour certains participants. Ainsi, le type de réponses apportées a pu être influencé. De plus étant intéressée par la pratique de l'ergothérapie à domicile, il est arrivé de rebondir sur des éléments partagés par les personnes par souhait d'approfondir. Ce qui implique que certaines réponses ont été plus riches que d'autres du fait de questions plus poussées. Enfin, une question n'a pas été posée à E2, l'analyse des résultats est incomplète.

7.3 Limites de recherche

Connaissance du MOH et ses bilans par les ergothérapeutes :

Ils en avaient des connaissances assez vagues acquises durant leur formation mais ils ne le pratiquent pas. Malgré l'envoi des bilans et de leurs explications en amont, la compréhension est restée difficile.

Nombre de participants :

Au cours de cette étude, 5 entretiens ont été réalisés, ce qui représente un échantillon limité. Si l'occasion s'était présentée, davantage d'ergothérapeutes auraient été interrogés. Ainsi, un nombre supérieur de participants aurait permis d'obtenir des informations supplémentaires et par conséquent approfondir l'analyse. A ce stade, cette dernière ne permet pas de généraliser les conclusions émises. Les critères d'inclusion auraient pu être plus précis notamment sur la pratique du MOH qui aurait permis d'explicitier l'utilisation de l'OSA et du MOHOST par les ergothérapeutes à domicile auprès de personnes âgées.

Limite de temps :

Le période de la phase expérimentale étant courte, cela a impliqué de restreindre la taille de l'échantillon. Avec plus de temps, le nombre d'ergothérapeutes répondant aux critères de l'étude aurait été plus conséquent.

Recrutement des ergothérapeutes :

La prise de contact a été aléatoire via l'affiche publiée sur Facebook. Les répondants viennent de structures différentes, ils travaillent en SAMSAH, chez SOLIHA, en libéral et chez Merci Julie. Toutes les populations intervenant à domicile ne sont pas représentées. Par conséquent, les résultats obtenus reflètent uniquement le point de vue des personnes interrogées.

7.4 Axes d'amélioration

A la suite de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, des axes d'améliorations peuvent être proposés. En premier lieu, il faudrait réduire les biais et les limites de recherche soulevés précédemment.

De plus, il serait enrichissant de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau élément ne soit apporté. Ces entretiens seraient toujours réalisés avec des ergothérapeutes intervenants à domicile mais dans des lieux d'exercice différents de ceux déjà interrogés afin d'approfondir l'analyse.

Dans le but d'élargir ce sujet de recherche, il pourrait être intéressant d'interroger d'autres professionnels (auxiliaires de vie, infirmières, kinésithérapeutes, ...) qui interviennent au domicile des personnes âgées. Cette pluriprofessionnalité permet d'apporter des données supplémentaires sur le mode de vie et les difficultés des personnes âgées à domicile. Elle permet également d'obtenir un avis complémentaire sur le maintien à domicile.

7.5 Projections professionnelles

L'aboutissement de ce travail d'initiation à la recherche, réalisé durant cette dernière année d'étude d'ergothérapie, a permis d'acquérir de nombreuses connaissances sur le public gériatrique, puisque l'ergothérapeute peut être amené à rencontrer ce type de public dans divers lieux d'exercice. Il a également permis d'éclaircir le rôle de l'ergothérapeute à domicile. De plus, une confiance a été favorisée et une augmentation de l'autonomie a été constatée lors de son élaboration.

La pratique du métier d'ergothérapeute à domicile est envisagée dans le but d'acquérir des compétences et de l'expérience dans ce domaine et ainsi obtenir un propre point de vue sur le sujet.

Il est souhaité de faire la formation du MOH et de ses différentes évaluations à la suite de l'obtention du diplôme d'état.

Conclusion

En conclusion, ce mémoire d'introduction à la recherche en ergothérapie était ciblé sur le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées. Les différentes explorations menées sur ce sujet ont conduit à orienter la recherche vers l'aménagement du domicile afin de favoriser la participation occupationnelle des personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne.

La réalisation de cinq entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes a mené à l'invalidation des hypothèses de recherche par le fait que le MOH est ni maîtrisé ni utilisé à domicile par les ergothérapeutes. Cependant, cette étude a démontré que l'ergothérapeute a un rôle primordial auprès des personnes âgées afin qu'elles restent le plus longtemps chez elle comme elles le souhaitent.

Afin d'approfondir les résultats obtenus à la fin de ce travail, il paraît pertinent de poursuivre cette recherche.

Il serait intéressant de développer les financements de la pratique en ergothérapie à domicile ce qui permettrait à davantage de personnes âgées de rester chez elle.

Bibliographie

Ouvrages

Corlay, H., & Trouvé, E. (2012). L'aménagement du domicile des personnes âgées. *Ergothérapie en gériatrie* (p. 355-364). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0355>

Dumas, X (1993). Aides techniques, installations, aménagement, dans *Expériences en ergothérapie : Cinquième série*, (p.187-191). Masson.

Kalfat, H., & Sauzéon, H. (2012). Processus de vieillissement et vieillesse. Dans *Ergothérapie en gériatrie* (p. 13-31). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0013>

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. (p.51-130). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie--9782353273775-page-51.htm>

Sève-Ferrieu N. (2008) Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. [https://doi.org/10.1016/S1283-0887\(08\)43675-7](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(08)43675-7)

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-245). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>

Articles

Bélanger, R., Briand, C. & Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans Manidi, M-J. (2005) ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie. Chapitre III. *L'École d'Études sociales et pédagogiques de Lausanne*. (p.111-127).

Benaim, C., Froger, J., Compan, B., & Péliissier, J. (2005). Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 336-340. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.04.005>

Ducouso-Lacaze, C., Duverneuil, N., Houdent, L., Lebranchu, D., & Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : Trois exemples d'application en gériatrie. *Ergothérapies*, 62(1), 34. <https://revue.anfe.fr/2016/07/30/le-modele-de-loccupation-humaine-trois-exemples-dapplication-en-geriatrie/>

Ennuyer, B. (2018). À quel âge est-on vieux ? *French Journal of Psychiatry*, 1, S68. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30166-7](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30166-7)

Joël, M.-É. (2003). Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 103-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.031.0103>

Autres

ANFE. (2021). Réussir l'adaptation des logements grâce à l'ergothérapie. Référentiel d'activités des ergothérapeutes.

https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Reussir_l_adaptation_de_logements_grace_a_l_ergotherapie_janvier2021.pdf

CRMOH. (1986). OQ, *Outils d'évaluation*. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/oq-actre/>

CRMOH. (1998). ACIS, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/acis/>

CRMOH. (2005). OCAIRS, Outil d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/ocairs/>

CRMOH. (2006). MOHOST, Outil d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>

CRMOH. (2006). OSA, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>

CRMOH. (2007). VQ, Outil d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>

CRMOH. (2012). AMPS, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/amps/>

CRMOH. (2014). REIS, Outils d'évaluation. Université de Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (Consulté le 20/01/24). <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/reis/>

DREES. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 718. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er718.pdf>

DREES. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 1237. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

DRESS. (2007). *La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 566. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er566.pdf>

France Rénov'. (2024). MaPrimeAdapt'. (Consulté le 7/01/2024). <https://france-renov.gouv.fr/aides/maprimeadapt>

INSEE. (2019). *Seniors - France, portrait social*. Insee Références, Fiches Populations. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#figure1_radio1

INSEE. (2020). *Espérance de vie - Mortalité*. Insee Références, Populations. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291#graphique-figure3>

INSEE. (2021). *Niveau de vie et pauvreté des personnes âgées*. Insee Références, Fiche 1.21. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371241?sommaire=5371304#consulter>

Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

Neuromédia. (2021). *Activités instrumentales de la vie quotidienne (autonomie)*. (Consulté le 4/09/23) <https://www.neuromedia.ca/activites-instrumentales-vie-quotidienne/>

OMS. (2022). *Vieillesse et santé*. (Consulté le 26/11/2023). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

PNIPPALP. (2022). *Comment fonctionne la grille AGGIR ?* Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (Consulté le 12/06/2023). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>

PNIPPALP. (2022). *Comment le GIR est-il déterminé ?* Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (Consulté le 12/06/2023). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

PNIPPALP. (2022). *L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (Consulté le 6/06/2023). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>

PNIPPALP. (2023). Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. L'ergothérapeute. (Consulté le 24/09/2023) <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/ergotherapeute>

Retraite Plus. (s.d). Qu'est-ce que l'échelle de Katz et comment évaluer la dépendance ? (Consulté le 4/09/2023) <https://www.retraiteplus.be/les-maisons-repos-belgique/les-maisons-de-repos-en-belgique/echelle-katz-mesure-dependance/l-echelle-de-katz>

Schwab, P.-N. (2022, juin 13). Snowball effect: Advantages, disadvantages, implementation. *Market Research Consulting*. (Consulté le 01/04/2024) <https://www.intotheminds.com/blog/en/snowball-effect/>

The Ottawa Hospital. (2017). Ergothérapie. (Consulté le 18/07/2023). <https://www.ottawahospital.on.ca/fr/notre-modele-de-soins/notre-equipe-de-professionnels-de-la-sante/ergotherapie/>

ANNEXES

Annexe I : AFFICHE DE RECRUTEMENT DES ERGOTHERAPEUTES	1
Annexe II : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE	2
Annexe III : GUIDE D'ENTRETIEN	3
Annexe IV : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN.....	6

Mémoire d'initiation à la recherche

Bonjour,
je suis actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse. Je suis à la recherche d'ergothérapeutes pour mes entretiens de recherche (environ 40 mins) dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche :

Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile

Si vous ou une connaissance remplissez ces critères, n'hésitez pas à me contacter :

Critères d'inclusion

- Ergothérapeute diplômé d'état
- Travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes âgées de plus de 65 ans à domicile depuis au moins 6 mois

Critères d'exclusion

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état
- Avoir travaillé moins de 6 mois auprès de personnes âgées de plus de 65 ans à domicile

En vous remerciant du temps accordé à ma demande et à vos partages !

Contact : julie.delmais49@gmail.com

Annexe II : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite pour mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Celui-ci a pour sujet le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile.

Je suis DELMAIS Julie qui réalise ce mémoire d'initiation à la recherche, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse.

La participation à ce projet consiste à la passation d'un entretien semi-directif ayant une durée estimée à 40 minutes.

Vous êtes invité à exprimer votre consentement à travers ce formulaire. Par la suite il faudra le renvoyer à Mme DELMAIS Julie et garder un exemplaire pour vous.

Ainsi, il faut exprimer si vous êtes en accord à participer à cette recherche et si vous êtes en accord pour l'enregistrement de l'entretien.

A savoir que l'enregistrement sera réalisé uniquement si vous acceptez et dans le but de faciliter la retranscription.

Toutes les données recueillies seront anonymisées et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

A la fin de ce mémoire et à l'obtention du diplôme d'état, tous les enregistrements seront effacés.

Je soussigné(e) Mr ou Mme _____

- Atteste avoir pris connaissance de ce formulaire et accepte de participer à cette recherche
- Autorise l'enregistrement vocal de l'entretien

Fait en deux exemplaires

A _____

Le _____

Signature de l'ergothérapeute :

Signature de l'étudiante :



Annexe III : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je m'appelle Julie DELMAIS. Je suis actuellement étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse.

Je vous sollicite pour réaliser la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche. Mon mémoire porte sur le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile.

Nous allons réaliser un entretien semi-directif qui durera environ 40 minutes.

L'ensemble de notre échange sera anonymisé. À tout moment, il est possible si vous le souhaitez de mettre fin à cet entretien.

Je tiens à vous informer qu'il n'y a pas de mauvaise réponse, je suis là pour recueillir vos propos et non de les juger.

Pour la suite de l'entretien, il faut que je sois sûre que vous répondiez aux critères d'inclusion.

Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ?

Etes-vous déjà intervenu depuis au moins 6 mois auprès de personnes âgées de plus de 65 ans à domicile ?

Avez-vous pris connaissance des documents envoyés ?

Les personnes âgées

1. Comment définissez-vous le vieillissement ?
 - a. Quelles sont les caractéristiques physiologiques liées au vieillissement, selon vous ?

2. Quelles sont les répercussions du vieillissement sur le quotidien des personnes âgées à domicile ?
 - a. En quoi le vieillissement impacte-t-il les occupations des personnes âgées ?
 - b. Selon vous, le vieillissement entraîne-t-il une perte d'autonomie ?

Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Le domicile

1. Selon vous, quels sont les différents environnements de la personne âgée à domicile ?
 - a. Il y a l'environnement physique et l'environnement social. De quoi est composé chaque environnement ?
2. Comment le vieillissement impacte ces différents environnements ?
3. Comment se déroule une évaluation du domicile chez la personne âgée ?
 - a. Quelles sont les étapes que vous réalisez lorsque vous rencontrez une personne âgée à domicile ?

L'ergothérapeute

4. Que faites-vous en tant qu'ergothérapeute au domicile de la personne âgée ?
 - a. Comment agissez-vous au niveau de l'environnement physique et social ?
5. Quels liens faites-vous entre aménagement du domicile et la participation occupationnelle ?

Les évaluations du MOH

1. Quels intérêts voyez-vous à utiliser l'OSA auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ?
 - a. Quels sont selon vous les avantages à utiliser l'OSA ?
 - b. Quelles sont selon vous les limites de l'OSA ?
2. Quels intérêts voyez-vous à utiliser le MOHOST auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile ?
 - a. Quels sont selon vous les avantages à utiliser le MOHOST ?
 - b. Quelles sont selon vous les limites du MOHOST ?
3. Avez-vous des éléments à rajouter ?

Questions sociodémographiques :

1. Depuis quand êtes-vous diplômé ?
2. De quel institut de formation êtes-vous diplômé ?
3. Quel âge avez-vous ?
4. Dans quelle structure exercez-vous ?
5. Depuis combien de temps intervenez-vous à domicile ?

Merci pour le temps accordé pour cet entretien.

Annexe IV : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN

Julie : Donc on va pouvoir commencer. Du coup, je m'appelle Julie Delmais, je suis actuellement étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de formation la Musse. Je te sollicite pour réaliser la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche. Mon mémoire porte sur le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais d'aménagement de leur domicile. Nous allons réaliser un entretien directif qui durera environ 40 Min. L'ensemble de notre échange sera anonymisé à tout moment, il est possible si tu le souhaites, de mettre fin à cet entretien. Je tiens à t'informer qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je suis là pour recueillir tes propos et non de les juger. Pour la suite de l'entretien, il faut que je sois sûre que tu répondes bien aux critères d'inclusion, donc es-tu bien ergothérapeute diplômé d'État ?

E2 : Oui.

Julie : Es-tu déjà intervenu auprès de personnes âgées de plus de 65 ans à domicile ?

E2 : Oui.

Julie : Et as-tu pu prendre connaissance des documents que je t'ai envoyés ou pas ?

E2 : Oui, j'avais regardé, je vais juste sortir mon ordi pour que ce soit plus facile, je sais plus si je les avais téléchargés, mais je les avais regardés un petit peu, ouais.

Julie : Ok ça marche, on va pouvoir commencer du coup. Comment tu définirais le vieillissement ?

E2 : Le vieillissement. Bah souvent, c'est une personne, qui vieillit déjà. Qui va avoir souvent des conséquences sur la mobilité. Il va bouger moins vite, moins rapidement. Le corps va aussi se dégrader très souvent au niveau cérébral aussi. Euh, c'est naturel. Vieillissement naturel. Et puis après, aujourd'hui, malheureusement, il y a beaucoup de pathologies qui se mettent dessus. Mais normalement, un vieillissement normal fait que la personne est autonome jusqu'au bout de sa vie.

Julie : Ouais, du coup, quelles sont les caractéristiques physiologiques liées au vieillissement ?

E2 : Alors. Bah y'a tout ce qui est au niveau de la posture, de la motricité, la personne va pas marcher moins bien, moins vite. Il y a le risque qu'elle se casse quelque chose rapidement. Il peut y avoir des pertes cognitives aussi quand même assez présentes. Au niveau musculaire, il y a quand même une fonte musculaire importante très souvent. C'est ça aussi qui vient entraîner des troubles de la motricité. Et après on peut avoir aussi qui apparaît, des rétro-pulsions, des choses comme ça avec des troubles dans les transferts, des difficultés.

Julie : Oui, ok. Et quelles sont les répercussions du vieillissement sur le quotidien des personnes âgées à domicile ?

E2 : Très souvent, il va y avoir une fatigabilité qui fait que c'est ça aussi qui va les limiter, les freiner dans leur quotidien. Après voilà, ils vont perdre en motricité donc ils seront moins souples, moins à l'aise pour faire les choses du domicile. Ils pourront rester moins longtemps debout pour certains. Donc du coup, faire à manger, aller à la douche, c'est compliqué, ils vont être plus à risque de chute aussi puisqu'ils sont quand même moins à l'aise. Et donc du coup bah la répercussion c'est surtout qu'ils vont perdre en autonomie. Ouais et en indépendance petit à petit.

Julie : Oui, ok. En quoi le vieillissement impacte-t-il les occupations des personnes âgées ? Enfin après ça c'est une question de relance mais si t'as d'autres choses à rajouter.

E2 : Ouais. Ben c'est ça, ça va venir impacter, euh, la préparation des repas, pour manger, pour la gestion des papiers administratifs, pour la douche, pour aller faire les courses parce que ça devient compliqué, ils peuvent plus conduire de voiture certains. Donc ouais, ils vont avoir besoin d'aide un peu plus, plus fréquemment.

Julie : Ouais, ok. Du coup là on va passer sur la partie du domicile. Donc selon vous, quels sont les différents environnements de la personne âgée à domicile ?

E2 : Les différents environnements ? Ben. Le côté appartement, maison, ce genre de chose ?

Julie : Bah en fait c'est il y a l'environnement physique et social et de quoi est composé en fait chaque environnement selon toi ?

E2 : Ah oui ! Ben il y a l'environnement, oui, familial, avec la famille très souvent. Après, il y a l'environnement médical pour certains, il va y avoir des infirmières qui vont venir ou des choses comme ça, ou des auxiliaires de vie aussi qui sont présentes. Et après il y a tout ce qui est environnement, bah domicile, ou plutôt technique, avec comment c'est composé, comment c'est accessible, etc. Et ouais, je dirais surtout ça. Amical aussi, hein faut pas oublier que certaines personnes âgées ont des amis.

Julie : Comment le vieillissement impacte ces différents environnements ?

E2 : Alors ben pour le domicile, ce qui va être impacté, c'est ben que ça va être plus compliqué de se déplacer dans le domicile. Ça va être plus difficile d'accéder aussi à la douche, à la baignoire ou des choses comme ça. Au niveau familial, ben on va voir quand même très souvent un besoin que la famille s'implique un peu plus dans l'accompagnement du parent et donc il va y avoir un épuisement familial. Ça, c'est assez courant. Et euh du coup, avec un besoin d'aides forcément extérieures qui sera important.

Julie : Ouais, ok et là tu as parlé de l'environnement social, mais au niveau de l'environnement physique en quoi ça peut impacter le vieillissement ?

E2 : Environnement physique, quand tu parles d'environnement physique, c'est le côté domicile ?

Julie : Ouais.

E2 : Domicile, environnement. Ouais bah c'est des personnes qui vont plus pouvoir aller faire leurs courses, qui vont avoir du mal à accéder dans leur logement et par moment ils vont devoir carrément quitter leur logement parce que ça sera pas adapté et donc il va y avoir un deuil aussi autour de ça, voilà.

Julie : Oui, ok. Comment se déroule une évaluation du domicile chez la personne âgée.

E2 : Alors ! Moi je vais parler par rapport à moi, comment je fonctionne. Très souvent donc il y a un appel téléphonique pour prendre contact avec la personne. Alors après ça dépend, c'est elle qui vient me contacter directement, ou c'est d'autres personnes. Après euh je me rends à leur domicile, je commence par un petit entretien pour faire un peu le tour de son autonomie, voir les difficultés qui font qui m'ont appelé, voir un petit peu leurs besoins, leurs attentes. Souvent très souvent, il y a un aidant qui est là, donc ça peut être un enfant, un conjoint ou autre. Donc ça c'est plutôt bien parce que du coup ils viennent compléter un petit peu les points que va dire la personne. Mais très souvent voilà, j'essaie d'axer quand même sur la personne si elle est en capacité de m'expliquer les choses. Et ensuite après je propose une fois qu'on a pris un contact et que ça va mieux. Des fois ça prend une bonne heure ce genre de d'entretien. Et euh après bah je propose de faire le tour du logement pour qu'on voit chacune des pièces qu'ils utilisent le plus couramment et qu'ils acceptent de me faire visiter parce que des fois il peut y avoir des freins. Mais globalement en général ils m'ouvrent les portes assez facilement. Et même s'ils m'ont appelé pour une salle de bain à la base très souvent c'est ça. On fait quand même le tour des chambres, cuisine, salons etc. Je propose toujours de faire le tour. Et après on finit, je fais un compte rendu à la maison et je leur remets.

Julie : OK et après du coup après le compte rendu tu intervies plus du tout ?

E2 : Alors ça va dépendre. Il y a des moments, on va me demander de revenir et de faire le lien s'il y a du matériel à mettre en place comme des fauteuils roulants ou des choses comme ça ou des essais de matériel. Là moi ça peut être à la demande de la personne, ça peut être possible que je me rende et que je fasse le lien avec le revendeur de matériel pour que la chose soit le plus adapté possible. Ouais mais ça dépend en fait des fois non, j'intervies plus. Une fois que mon compte-rendu est envoyé, c'est eux qui se gèrent. Et puis ça dépend aussi si c'est des organismes ou quoi qui m'envoient. C'est très variant.

Julie : Ouais, ok. Du coup, que fais-tu en tant qu'ergothérapeute au domicile de la personne âgée en plus de l'évaluation du coup ?

E2 : Mais après j'évalue aussi le côté, tout le côté bah humain aussi de l'aide humaine qu'ils ont autour d'eux. Est-ce que la famille est présente ou pas du tout ? Et ils sont tout seuls. Est-ce qu'il y a besoin de mettre en place des aides humaines, parce que des fois, il faut mettre en place une infirmière, des auxiliaires de vie pour faire le ménage ou des choses comme ça. Donc en fait vraiment, en général, quand je vais à domicile, je viens questionner tout ce qui entoure la personne, tout son environnement physique, humain. T'as un peu le check-up complet et ça m'arrive aussi de faire de la prévention face à l'épuisement de l'aidant. Parce que très souvent on voit des aidants qui sont au bout du rouleau, qui en peuvent plus, donc là c'est rappeler qu'ils sont que des gens de la famille et pas des soignants et que c'est important de mettre en place des soins par des soignants.

Julie : Oui, ok. Et du coup, quel lien fais-tu entre l'aménagement du domicile et la participation occupationnelle de la personne âgée ?

E2 : Ben si le domicile n'est pas adapté, on voit bien que la personne ne peut rien faire dans son domicile et elle peut se retrouver avec des limitations importantes alors que des fois il suffit juste, je dis une bêtise, d'avoir une douche avec un siège et elle peut se doucher toute seule tranquillement en sécurité. Ou alors d'avoir un portage de repas et du coup elle a juste à faire chauffer son repas et du coup elle peut continuer à s'occuper de son repas mais être autonome sans avoir à aller faire les courses. Donc forcément ça a un lien c'est important.

Julie : Ouais, ouais. Du coup on va passer par rapport aux évaluations du MOH. On va juste commencer par le l'OSA.

E2 : Ca c'est bon. Je connaissais pas l'OSA, c'est un nouveau truc ou c'est vous qui l'avez créé ?

Julie : Ah non, pas du tout. C'est un bilan qui vient du MOH en fait.

E2 : Ok, alors là j'ai l'OSA le moi c'est celui là ?

Julie : Ouais, et il y a aussi l'OSA environnement. Enfin c'est un peu la même chose, juste qu'ils abordent pas la même chose.

E2 : Ouais, c'est bon.

Julie : Et du coup, quel intérêt vois-tu à utiliser l'OSA auprès de cette population afin de permettre l'aménagement de leur domicile.

E2 : Euh ben, déjà je dirais, ça permet de balayer quand même pas mal de choses, de pas oublier de choses. Et puis c'est un outil un peu simple d'utilisation quand même ça, enfin moi ça me fait penser un peu à l'OTHOPE. Au fonctionnement de l'OTHOPE finalement. Et puis comme, c'est auto-évaluation de la personne hein si j'ai bien compris.

Julie : Ouais, c'est la personne qui remplit.

E2 : Du coup, ça la rend acteur aussi et ça permet de comparer entre ce qu'elle dit et ce qu'elle fait réellement, ça permet de voir aussi où elle se situe par rapport au vieillissement ? Est-ce qu'elle est dans le déni ? Aussi parce des fois, on a ça. Je suis toujours capable de le faire. Ah bah non on perd pas du tout l'équilibre et dès qu'elle se lève, on sent qu'elle va se casser la figure. Donc déjà oui ça donne un premier aperçu de voir comment ouais, eux, ils se situent par rapport à leurs difficultés. Ouais, il était pas mal. Et puis il est simple d'utilisation donc ça.

Julie : Est-ce que tu vois d'autres avantages à utiliser cet outil ou pas ?

E2 : Ben ça permet de fin, je vois là l'étape 3, le fait de qu'ils puissent faire un choix dans qu'est-ce qui est prioritaire pour lui. Je pense que c'est bien aussi et ça leur permet de voir un peu ben leurs priorités et qu'est-ce qu'ils veulent vraiment pouvoir faire dans leur quotidien ? Parce que c'est pas toujours ce qu'on pense nous et qu'ils auraient un décalage et donc c'est toujours important. C'est une belle base en tout cas pour peut-être pour faire l'entretien aussi. Pour s'appuyer dessus pour l'entretien.

Julie : Ouais OK, et pour toi, quelles seraient les limites à utiliser cet outil là ?

E2 : Bah je pense que ça ne couvre pas entièrement toutes les tâches du quotidien. Je pense que c'est surtout ça parce que je vois fin, c'est très global. Les différents items. Et j'ai l'impression que ça prend pas. Alors je sais plus mais, j'ai l'impression

que ça prend pas du tout le quotidien dans le sens où est-ce que je suis capable de faire à manger, d'aller me coucher, d'aller prendre ma douche. Tout ça, j'ai pas l'impression que ça prenne ça en compte. Ce côté-là.

Julie : Ouais, c'est pas assez précis pour toi peut-être ?

E2 : Ouais moi je pense que c'est un manque de précision et ça balaye pas tous les items qu'on aurait besoin. C'est une belle base mais je pense qu'il faut la compléter avec d'autres choses. Faut aller un peu plus loin.

Julie : Ok, tu as d'autres choses à rajouter par rapport à cet outil là ou pas ? Avantage limites tout ça ?

E2 : Non

Julie : Ok. On va pouvoir passer à l'autre le MOHOST, je sais pas si tu le connaissais aussi ou pas ?

E2 : Ouais. Le MOHOST, je l'avais déjà entendu ouais. J'en avais déjà entendu parler. On l'avait utilisé il me semble, mais je crois qu'il était plutôt complexe quand même, je trouvais plus complexe le MOHOST. Oui, et plus axé finalement sur un peu de physique aussi. Bon après ça balaye plus les fonctions du coup exécutives je dirais.

Julie : Parce que du coup, quel intérêt vois-tu à utiliser le MOHOST auprès de cette population afin de permettre l'aménagement du domicile ?

E2 : Alors ça permet, je pense, de voir un peu plus précisément leur motivation, ce qu'ils sont capables, c'est un peu plus précis. Mais du coup, dans cette précision, il y a aussi plus de complexité finalement à comprendre ce qui est attendu. Mais par contre je trouve ça met un peu plus l'accent sur qu'est-ce que je suis capable de faire dans mon quotidien, sur mon rôle dans le quotidien dans ma place finalement en tant que personne vieillissante dans la société, est-ce que j'ai encore ma place ? Parce que très souvent, ils savent plus trop où ils en sont et ça a l'air de balayer un petit peu toutes les habiletés nécessaires dans le quotidien, mais je trouve qu'il a l'air très long à passer. Et plus complexe. Et pareil encore une fois, je pense que ça balaye pas, ça

balaye les habiletés, mais pas forcément concrètement dans le quotidien. Qu'est-ce que tu arrives à faire en fait ?

Julie : Ouais, Ok. Est-ce que tu vois d'autres avantages ou limite à cette utilisation là ou pas ?

E2 : Non, qui me viennent comme ça.

Julie : Ok, est-ce que tu as d'autres éléments à rajouter sur l'ensemble de l'entretien de ce qu'on a pu aborder ou pas ?

E2 : Non, c'est je pense que l'ergo commence à se faire reconnaître un petit peu plus dans l'aménagement du domicile et que c'est important de travailler en partenariat avec la personne, son entourage et les partenaires qu'il peut y avoir autour, les aides humaines. Les partenaires, les revendeurs de matériel médical et tout ça donc c'est important.

Julie : Ouais, Ok. Bah si c'est bon pour toi, on va passer aux questions sociaux démographiques. Depuis quand es-tu diplômé ?

E2 : En 2017. Ouais, donc ça fait 5-7 an à peu près.

Julie : Ok. Tu as été diplômé de quel institut du coup ?

E2 : À Montpellier.

Julie : Ok, quel âge as-tu ?

E2 : J'ai 31 ans.

Julie : Et dans quelle structure tu exerces ? Si c'est encore dans le lien avec ça ou pas ?

E2 : Alors plus maintenant. Mais c'est très récent hein. C'est à dire que j'ai fait beaucoup d'EHPAD, j'ai fait du libéral. Le libéral que j'ai arrêté début du mois de mars et du coup, maintenant, je travaille en SAMSAH et en SESSAD pro.

Julie : OK, et du coup quand tu travailles avec la personne âgée à domicile, c'était quoi comme type de structure du coup c'était du libéral non ?

E2 : J'ai fait du libéral et en EHPAD. On avait des retours à domicile, c'était très rare. Mais c'est plus en libéral, que je faisais de l'aménagement de domicile.

Julie : Et t'es intervenu à domicile pendant combien de temps du coup ?

E2 : Bah en libéral, j'ai fait 2 ans à peu près, 2-3 ans.

Julie : Ok ça marche bon bah du coup c'est bon pour moi. Bah merci beaucoup.

E2 : Ben avec plaisir. Bon courage, en tout cas pour la rédaction.

Julie : Merci, bon weekend. Au revoir.

E2 : Bonne journée. Au revoir.

Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile

DELMAIS Julie

Résumé : En France, le maintien à domicile des personnes âgées est un sujet d'actualité. Leur environnement physique n'est pas toujours adapté aux conséquences du vieillissement. Aujourd'hui, peu d'études ont été réalisées sur le travail des ergothérapeutes au domicile des personnes âgées. L'objectif de cette étude est de voir le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie, afin d'améliorer leur participation occupationnelle par le biais de l'aménagement du domicile. Ainsi, il a été utilisé une méthode qualitative et des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq ergothérapeutes. Les résultats montrent que l'ergothérapeute a tout à fait son rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées. Cependant, les bilans du MOH ne sont pas utilisés par les ergothérapeutes dans ce domaine de pratique. La faible connaissance de ce modèle par les ergothérapeutes ne reflète pas l'ensemble de la pratique et représente la limite principale de cette étude.

Mots clés : Domicile, Personne âgée, Aménagement, Modèle de l'Occupation Humaine

The role played by the occupational therapists enable elderly people with loss of autonomy to stay at home in order to enhance their occupational participation through home design.

Abstract: In France, enabling elderly people stay at home is a current topic. Their physical environment is not always adapted to the consequences of ageing. Today, few studies related to the occupational therapists (OTs) work at the elderly people's homes have been conducted. The objective of this study is to ascertain the role played by the OTs enable elderly people with loss of autonomy to stay at home in order to enhance their occupational participation through home design. A qualitative method was set up and semi-structured interviews were conducted with five OTs. The results show that yes, the OT indeed plays a great role as he enables the old people to stay in their own houses. However, MOHO assessments are not utilized by OTs in this area of practice. The OT have a little knowledge of this model, but this does not fully reflect their overall practice, and this represents the main limitation of this study.

Keywords: Home, Elderly people, Design, MOHO