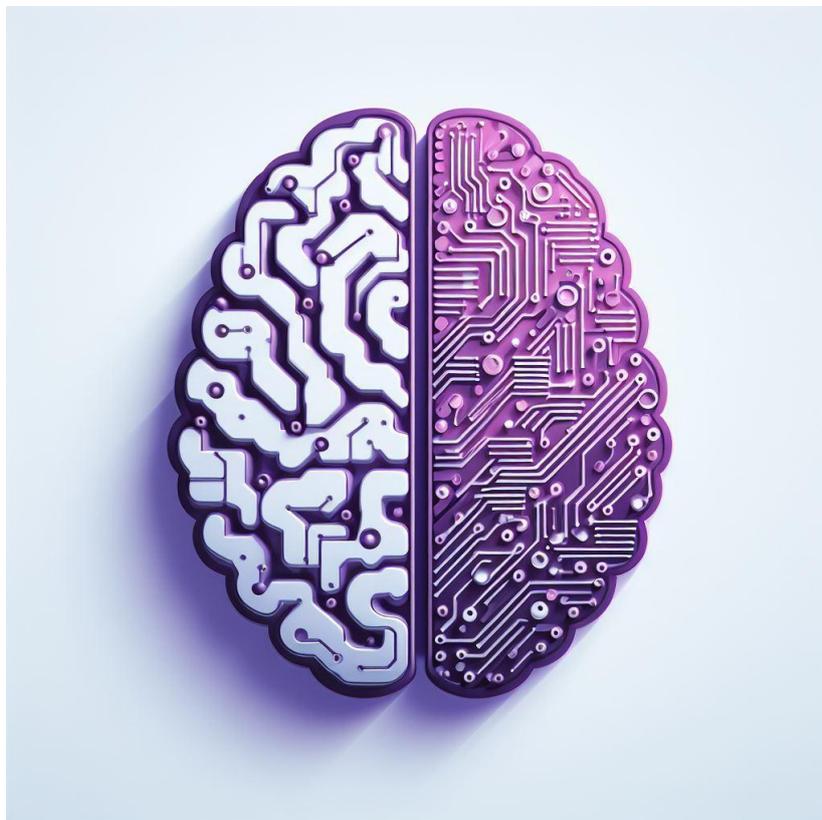




Institut de Formation en Ergothérapie
Association pour le Développement, l'Enseignement
et la Recherche en Ergothérapie

L'accessibilité et l'appropriation des gérontechnologies du couple aidant/aidé

Le rôle de l'ergothérapeute en ESA



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Emilie VEAUUVY

Session Juin 2024

SALGADO Ophélie

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

Remerciements

Je remercie chaleureusement ma maitre de mémoire Emilie Veauvy pour son accompagnement tout au long de cette année. Merci Emilie pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui ont participé à l'enquête et aux ergothérapeutes qui se sont rendus disponibles pour me conseiller et m'orienter au cours de ce processus.

Je remercie également chaleureusement Cettina Santamaria de m'avoir épaulé en tant qu'assistante durant le focus groupe. Merci Cettina pour ta disponibilité et ta présence.

Un grand merci à l'équipe pédagogique de l'ADERE pour leur soutien durant ces trois années de formation.

Je remercie mes proches pour leurs encouragements et leur patience. Et en particulier Adrien Santamaria, sans son soutien, ce projet de reconversion professionnelle n'aurait pu voir le jour.

*« (...) si l'on nous demandait le bienfait le plus précieux de la maison, nous dirions :
la maison abrite la rêverie, la maison protège le rêveur,
la maison nous permet de rêver en paix. »*

Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*

Liste des abréviations

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

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APP : Amyloid Precursor Protein (Protéine Précurseur de l'Amyloïde)

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

AT : Aide technique

BME : Bilan Modulaire d'Ergothérapie

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CE : Conformité Européenne

CICAT : Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EqLAAT : Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

ISO : International Organization for Standardization

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MCPAA2 : Mesure du Contrôle Postural Assis de l'Adulte 2.0

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MMSE : Mini-Mental State Examination

MND : Maladies Neuro Dégénératives

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

NPI-ES : Questionnaire Inventaire Neuropsychiatrique-Équipes Soignantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SAD : Service Autonomie à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UHR : Unités d'Hébergement Renforcé

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
Partie 1 : Le cadre conceptuel	- 3 -
1. Le couple aidant/aidé à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer	- 3 -
1.1. La maladie d'Alzheimer	- 3 -
1.1.1. Un enjeu de santé publique	- 3 -
1.1.2. Définition et épidémiologie.....	- 3 -
1.2. Les habiletés impactées.....	- 5 -
1.2.1. Se souvenir.....	- 5 -
1.2.2. S'orienter dans le temps et l'espace	- 6 -
1.2.3. Communiquer	- 6 -
1.2.4. Réaliser des gestes élaborés	- 7 -
1.2.5. Réaliser des tâches complexes ou nouvelles	- 7 -
1.2.6. Reconnaître	- 7 -
1.2.7. Réguler ses émotions et son humeur	- 8 -
1.2.8. Réguler son comportement	- 8 -
1.3. Les stades.....	- 8 -
1.4. Les proches aidants	- 9 -
1.4.1. Définition.....	- 9 -
1.4.2. Les profils	- 9 -
1.4.3. Les tâches	- 10 -
1.4.4. Les difficultés.....	- 10 -
1.4.5. Les besoins	- 11 -
1.4.6. Le couple	- 12 -
2. Le maintien à domicile	- 14 -
2.1. Maintien à domicile : enjeux multiples	- 14 -
2.2. Les équipes spécialisées Alzheimer.....	- 16 -
2.2.1. La Création	- 16 -
2.2.2. Les Missions.....	- 16 -
2.2.3. Le Public.....	- 16 -
2.2.4. Le Déroulement	- 17 -
2.2.5. L'Equipe.....	- 17 -
2.2.6. Le Financement	- 18 -
2.3. L'ergothérapeute au sein de l'équipe spécialisée Alzheimer	- 19 -

3.	L'aménagement du domicile et les gérontechnologies	- 20 -
3.1.	L'aménagement du domicile	- 20 -
3.2.	Les gérontechnologies	- 23 -
3.2.1.	Définition.....	- 23 -
3.2.2.	Contexte social	- 23 -
3.2.3.	Contexte politique et légal	- 24 -
3.2.4.	Pourquoi préconiser les gérontechnologies ?	- 24 -
3.2.5.	Les limites.....	- 25 -
3.2.6.	Le rôle de l'ergothérapeute.....	- 29 -
	Partie 2 : Méthodologie d'enquête	- 34 -
1.	Objectifs de l'enquête	- 34 -
2.	Choix de la méthode de recueil de données.....	- 34 -
3.	Choix de la population interrogée	- 35 -
3.1.	Modalités de recrutement.....	- 36 -
4.	Construction des questions.....	- 37 -
5.	Déroulé du focus groupe.....	- 37 -
	Partie 3 : Analyse et Discussion	- 39 -
1.	Analyse des résultats.....	- 39 -
1.1.	La démarche de préconisation	- 39 -
1.2.	Les freins.....	- 43 -
1.3.	Les facilitateurs	- 48 -
1.4.	Les résultats	- 52 -
1.5.	Résumé de l'analyse des résultats.....	- 53 -
2.	Discussion	- 53 -
2.1.	Confrontation résultats de l'enquête et cadre conceptuel.....	- 53 -
2.2.	Validation des hypothèses et réponse à la problématique	- 55 -
2.3.	Limites et biais de la recherche.....	- 57 -
2.4.	Apports et perspectives de l'étude	- 58 -
	Conclusion.....	- 60 -
	Bibliographie.....	- 62 -
	Annexes.....	- 71 -

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2023 environ 55 millions de personnes sont atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA), avec plus de 10 millions de nouveaux cas recensés annuellement. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 70 % des cas. Elle est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le premier motif d'entrée en institution (OMS, 2023).

Le vieillissement de la population est devenu un défi majeur pour de nombreux pays industrialisés, cette situation démographique entraîne une augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Face à cette augmentation et au manque de places et de moyens dans les institutions, les politiques publiques de santé encouragent le maintien à domicile et le recours aux proches aidants.

La majorité des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou d'indépendance et leur entourage font le choix du maintien à domicile. En France, ce choix est un enjeu de santé publique et une réelle préoccupation pour la société actuelle (Corlay & Trouvé, 2012).

Le maintien à domicile ne serait possible sans le soutien des proches aidants. Le rôle essentiel de la famille dans l'accompagnement de ces personnes est maintenant reconnu, autant par les intervenants que par les gouvernements (Caire et al., 2019).

Auprès des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et auprès de leurs aidants, l'approche centrée sur la personne, en ergothérapie, a fait ses preuves. Elle permet de contribuer durablement au maintien des activités significatives et des capacités d'action de la personne. L'ergothérapeute est un acteur pertinent du maintien à domicile et de l'accompagnement des proches aidants (Trouvé, 2012), (Graff, 2011).

Vortex, film réalisé par Gaspar Noé, sorti en 2021, met en scène les enjeux du maintien à domicile et des aidants face à la maladie d'Alzheimer. La réalisation en split screen (écran divisé en deux) raconte qu'à partir du moment où la maladie d'Alzheimer s'invite dans la vie des personnages, la vie commune, le partage du couple est bouleversé. Ce n'est plus un couple mais deux entités, deux solitudes qui

circulent, se croisent mais ne communiquent pratiquement plus dans un même décor, le décor de leurs souvenirs, un appartement que le couple ne veut pas quitter.

Ce film touchant m'a conduit à des réflexions sur le couple à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer et les enjeux du maintien à domicile. Aujourd'hui, à travers mon regard de future ergothérapeute, une question de départ émerge : Comment le couple fait face aux changements imposés par la maladie d'Alzheimer et comment l'ergothérapeute facilite leur maintien à domicile ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous étudierons dans un premier temps la maladie d'Alzheimer, les habiletés impactées et ses aidants. Par la suite, nous explorerons le choix du maintien à domicile, les interventions à domicile de l'équipe spécialisée Alzheimer et le rôle plus spécifique de l'ergothérapeute dans cette équipe. Enfin, nous approfondirons l'aménagement du domicile et la préconisation des gérontechnologies comme moyens de l'ergothérapeute pour favoriser le maintien à domicile du couple aidant/aidé.

Partie 1 : Le cadre conceptuel

1. Le couple aidant/aidé à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer

1.1. La maladie d'Alzheimer

1.1.1. Un enjeu de santé publique

Selon le rapport de la Fondation Médéric Alzheimer, en France, la maladie d'Alzheimer engendre un coût économique global estimé à 119,3 milliards d'euros par an. 5,3 milliards d'euros pour les dépenses annuelles dans le domaine de la santé, englobant les coûts médicaux et paramédicaux (Bérard et al., 2015). Cela comprend les frais liés au diagnostic, aux soins prodigués aux patients à domicile, ainsi qu'à leur prise en soins dans les établissements de santé (Bérard et al., 2015).

Parallèlement, l'aide non professionnelle, principalement dispensée par des proches, pour des tâches telles que l'assistance à l'hygiène corporelle, l'habillage, la marche, les tâches ménagères et la gestion financière, est évaluée à une moyenne de 14 milliards d'euros par an (Bérard et al., 2015).

Les femmes sont particulièrement touchées par la démence, tant directement (trois femmes touchées pour un homme touché) que de manière indirecte, car elles fournissent environ 70 % des heures de soins aux personnes atteintes de cette maladie (OMS, 2023).

Il convient d'ajouter à ces montants les coûts associés au secteur médico-social, incluant les accueils de jour, les Dispositif d'Appui pour la Coordination des parcours de santé complexes (DAC), les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), les Hébergements en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'Aide Personnalisée Autonomie (APA), les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR), etc. Le total actuel de ces coûts dépasse largement les 9 milliards d'euros estimés en 2004 par l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), en raison de la mise en place de nouvelles initiatives liées aux plans Alzheimer (Bérard et al., 2015).

1.1.2. Définition et épidémiologie

La maladie d'Alzheimer est découverte par Aloïs Alzheimer, psychiatre et neurologue allemand, en 1906. Cette maladie provoque une disparition progressive des neurones dans des zones clés du cerveau, telles que le cortex cérébral et l'hippocampe, entraînant une atrophie cérébrale et une diminution de plus de 20% des neurones (Dubois, 2019). Bien que la maladie d'Alzheimer soit souvent associée au vieillissement, elle n'est pas une conséquence normale du processus de vieillissement.

Cette maladie neurodégénérative est provoquée par deux types de lésions majeures qui affectent les neurones avant même l'apparition des premiers symptômes :

- **Les plaques séniles** émergent suite à un processus complexe lié à la protéine β -amyloïde. Normalement présente chez tout individu sous une forme spécifique, cette protéine peut subir une altération, déclenchant ainsi la formation d'agrégats de β -amyloïde. Ces agrégats, connus sous le nom de plaques amyloïdes, s'accumulent entre les neurones, entraînant des lésions extra neuronales. La substance grise du cortex cérébral est particulièrement touchée, perturbant les connexions entre les cellules nerveuses. Dans des conditions normales, la protéine précurseur de l'amyloïde (APP) sur la surface des neurones se divise, libérant une petite quantité de la protéine β -amyloïde, qui est normalement dégradée par l'organisme. Toutefois, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, un mauvais clivage de la protéine APP conduit à une surproduction de β -amyloïde, qui s'accumule sous forme de fibres pour former les plaques séniles responsables des dysfonctionnements cognitifs associés à la maladie (Dubois, 2019).
- **Le dysfonctionnement de la protéine Tau**, essentielle aux neurones. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une accumulation pathologique et une hyperphosphorylation de cette protéine. Normalement, la protéine Tau contribue au bon fonctionnement des neurones, facilite la transmission du message nerveux en stabilisant les microtubules présents à l'intérieur de ces cellules. Cependant, au cours de la maladie d'Alzheimer, la protéine Tau subit des modifications qui l'empêchent d'accomplir sa fonction principale. L'hyperphosphorylation de la protéine Tau conduit à la formation de

dégénérescences neurofibrillaires, des amas de filaments anormaux à l'intérieur des neurones. Ce processus altère le transport des produits de synthèse des neurones, tels que les neurotransmetteurs, et contribue ainsi aux dysfonctionnements cognitifs associés à la maladie. Ces dégénérescences provoquent une désorganisation cellulaire, entraînant la mort neuronale et une diminution du volume du cerveau (Dubois, 2019).

Ces lésions cérébrales se développent au niveau de l'hippocampe, et au fil du temps se propagent vers les zones supérieures du cortex cérébral, induisant une atrophie générale. À ce stade, les symptômes de la maladie d'Alzheimer deviennent de plus en plus évidents, marquant souvent le moment du diagnostic.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées concerne entre 1,1 million et 1,2 million de personnes en France selon la feuille de route des maladies neurodégénératives 2021-2022. En 2050, selon Alzheimer Europe, la maladie d'Alzheimer concernerait 2 240 000 personnes en France soit 3.31% de la population française, contre 1.83% en 2018 (Alzheimer Europe, Yearbook 2019).

1.2. Les habiletés impactées

La maladie d'Alzheimer prive la personne de sa capacité à maintenir son autonomie, réduisant progressivement son niveau d'indépendance par rapport à ce qu'elle pouvait faire précédemment. Avec l'évolution de la maladie, la relation à l'autre devient essentielle comme soutien au quotidien et pour se sentir exister.

1.2.1. Se souvenir

Les premiers signes apparents de la maladie d'Alzheimer se manifestent généralement par des pertes de mémoire. Au début, cette pathologie entraîne des oublis de faits récents comme des événements, des rendez-vous, la place des objets. C'est la mémoire à court terme (aussi appelée mémoire de travail) qui est altérée. Progressivement, la maladie affecte les régions du cerveau impliquées dans les systèmes de mémoire à long terme entraînant :

- Des difficultés à enregistrer de nouveaux souvenirs et des difficultés à se remémorer des souvenirs déjà mémorisés (des plus récents aux plus anciens)

comme les anniversaires ou des moments significatifs de l'histoire personnelle. C'est la mémoire épisodique qui est touchée, elle permet d'enregistrer des informations nouvelles en les associant à un moment et un lieu spécifiques. Elle joue un rôle essentiel dans la préservation des souvenirs d'événements vécus personnellement et est étroitement liée aux émotions.

- Des difficultés à acquérir de nouvelles connaissances, faire de nouveaux apprentissages et accéder à sa culture générale. C'est la mémoire sémantique qui est affectée, elle est responsable de notre connaissance du monde et de notre bagage culturel.

Au contraire les "savoir-faire" comme faire du vélo ou jouer au piano, s'ils ont été acquis auparavant, sont des habiletés automatisées. C'est la mémoire procédurale, elle demeure la plus longtemps préservée. C'est une ressource sur laquelle la personne peut s'appuyer (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.2. S'orienter dans le temps et l'espace

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent se perdre, d'abord dans les lieux non familiers puis dans les lieux habituels (ville, quartier, maison), ne plus se repérer, notamment en raison d'une désorientation dans l'espace. La personne peut également ignorer la saison, le mois, le jour ou l'heure en raison d'une perte de la notion du temps et inverser les activités du jour et de la nuit (inversion du rythme nyctéméral). Ces désorientations sont dues aux différentes pertes de mémoire citées plus haut (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.3. Communiquer

Avec l'évolution de la maladie, la personne atteinte d'Alzheimer perd peu à peu ses capacités à communiquer (expression et/ou compréhension). La communication n'est plus spontanée, le vocabulaire se réduit, la personne éprouve des difficultés à trouver les mots justes, l'élocution se ralentit, la personne élabore des phrases incomplètes ou mal construites, elle invente des mots, elle éprouve des difficultés de compréhension orale et écrite. Des écholalies, des erreurs de mot et des manques du mot surviennent. Le langage peut finir par se réduire à des phrases automatiques ou

devenir incompréhensible. Ces troubles du langage sont des symptômes cognitifs de la maladie d'Alzheimer (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.4. Réaliser des gestes élaborés

Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, on peut observer des difficultés à prendre ses repas avec des couverts ou à s'habiller. Cela en raison de la perte de certains gestes (boutonner sa chemise), la perte de la coordination et de la précision des gestes, la diminution des réflexes. Cela peut également se traduire par des difficultés à la marche avec une perte de l'équilibre et des risques de chute, mais aussi des difficultés pour écrire, des difficultés d'utilisation et d'orientation des objets courants (peigne). Ce sont les troubles praxiques. En revanche, la motricité élémentaire (comme celle impliquée dans la mastication et la déglutition) est longtemps préservée (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.5. Réaliser des tâches complexes ou nouvelles

Avec la progression de la maladie d'Alzheimer, la personne peut se retrouver dans l'incapacité de travailler, faire des choix, prendre des décisions, faire des projets, elle abandonne les tâches complexes comme la gestion du budget ou l'organisation des vacances. En raison de ses difficultés à calculer, comprendre les concepts abstraits, être en double tâche, se concentrer, être attentif, anticiper, planifier, raisonner, s'adapter à une situation, organiser les différentes tâches dans un ordre logique, son jugement est perturbé. Ce sont les fonctions exécutives qui se retrouvent affectées (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.6. Reconnaître

Au cours de la maladie, le patient atteint de la maladie d'Alzheimer peut ne plus reconnaître ses proches et son environnement en raison de ses difficultés à identifier les visages, les couleurs, les lieux, les objets usuels, les bruits, les voix et même sa propre image. Il peut éprouver des difficultés à discerner les images et la réalité et à distinguer les objets lorsqu'il y en a plusieurs. Ce sont les troubles gnosiques (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.7. Réguler ses émotions et son humeur

Les troubles de la maladie d'Alzheimer peuvent bouleverser l'humeur et les émotions. Les patients peuvent ressentir de l'anxiété, des brusques changements d'humeur (euphorie, colère soudaine, rires immotivés, crise de larmes) et de la dépression (tristesse, pessimisme, dévalorisation) (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.2.8. Réguler son comportement

La maladie peut également provoquer des troubles du comportement :

- De l'apathie (démotivation, repli sur soi, perte de la spontanéité, de l'esprit d'initiative, désintérêt, indifférence affective, indifférence aux autres, au monde extérieur) qui entraînent un appauvrissement des activités sociales.
- De l'agressivité (verbale et/ou gestuelle), de l'agitation, de l'irritabilité (violence, langage grossier, comportement d'opposition, cris).
- Des hallucinations, des délires.
- Des errances, des déambulations.
- De la persévération (répétition des mêmes actions, idées fixes).
- De la désinhibition (perte des codes sociaux).
- Des troubles du sommeil qui peuvent entraîner une inversion nyctémérale

Ces troubles sont majorés par l'anosognosie (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011).

1.3. Les stades

La maladie d'Alzheimer présente trois stades distincts (France Alzheimer, 2023) :

- Stade léger : Environ 25 % de l'hippocampe subit une diminution de volume et la transition de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme devient plus difficile. Les déficits cognitifs sont subtils, se manifestant par des oublis légers de noms ou d'événements récents qui s'aggravent avec le temps.
- Stade modéré : D'autres zones du cerveau sont affectées, entraînant des troubles du comportement, des praxies, du langage et des gnosies. La personne atteinte d'Alzheimer nécessite une assistance pour certaines activités telles que se déplacer, gérer ses finances ou cuisiner.
- Stade sévère : Les lésions cérébrales progressent et la capacité à récupérer les informations devient presque impossible : les événements et informations

passés disparaissent de la mémoire. La dégénérescence des cellules cérébrales est importante. Le patient souffrant de démence perd son autonomie pour la plupart, voire la totalité, des activités de la vie quotidienne.

Au regard de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et de son impact sur les habiletés, le soutien des aidants est nécessaire aux personnes malades pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

1.4. Les proches aidants

1.4.1. Définition

L'article 51 de la loi du 28 décembre 2015, concernant l'Adaptation de la Société au Vieillessement (loi ASV), a incorporé dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) une définition du terme « proche aidant » en lien avec une personne âgée : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (Legifrance, 2015).

1.4.2. Les profils

En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants sont déclarés par des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile. Ces proches aidants offrent une assistance régulière en raison de l'âge de la personne ou de ses problèmes de santé. La moitié de ces proches aidants sont les enfants des seniors, tandis qu'un quart sont les conjoints. Les conjoints et les enfants des seniors représentent 8 proches aidants sur 10 (Besnard et al., 2019). Parmi ces aidants, 2 millions de personnes sont aidants auprès d'un proche souffrant de la maladie d'Alzheimer.

L'étude Pixel, menée en France de 2001 à 2005, a examiné l'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. D'un point de vue démographique, on constate que les proches aidants des patients atteints de démence sont principalement des femmes. L'étude a identifié deux groupes distincts d'aidants. Le premier groupe

se compose d'aidants relativement jeunes (50-60 ans), encore actifs sur le plan professionnel, principalement des enfants, dont trois sur quatre sont des filles ayant dû ajuster leur emploi du temps. Le second groupe, plus âgé, est constitué de conjoints, majoritairement des épouses (deux cas sur trois), étant donné que les femmes touchées par la maladie sont plus souvent veuves (Thomas, 2006).

1.4.3. Les tâches

Les activités liées à la vie quotidienne assistées par les proches aidants comprennent l'aide aux courses (62 %), aux démarches médicales (53 %), aux tâches administratives (43 %) et au bricolage (40 %). Parmi l'ensemble des proches aidants, ceux cohabitant sont les plus impliqués dans diverses tâches quotidiennes. Il est à noter que l'aide fournie présente des différences de genre, avec les femmes apportant plus fréquemment leur assistance pour le ménage, la gestion administrative et les activités de soins personnels telles que se laver ou s'habiller (Besnard et al., 2019). Les proches aidants assurent entre 70% et 85% du soutien comprenant l'aide et les soins à la personne (Bérard et al., 2015). La charge de travail liée à leur rôle d'aidant est estimée à plus de six heures par jour pour 70% des conjoints et 50% des enfants. (HAS, 2010).

1.4.4. Les difficultés

Ainsi, de nombreux aidants déclarent ne plus disposer de temps libre. Cette présence physique constante et la préoccupation psychique permanente ont un impact profond sur la santé de l'aidant. On observe une comorbidité significative chez ces aidants, se traduisant par une fréquence accrue de maladies chroniques par rapport à la population générale. Ils présentent un taux élevé d'états anxio-dépressifs, d'épuisement moral et de troubles du sommeil. Les conjoints en particulier peuvent avoir une consommation importante de psychotropes, un tiers prenant des somnifères et un autre tiers des tranquillisants. Par ailleurs, ils présentent des comorbidités physiques plus fréquentes, notamment l'hypertension artérielle. Il est également important de noter qu'en raison du manque de temps, un aidant sur cinq est contraint de différer ou de renoncer à une consultation, une hospitalisation ou des soins qui le concernent (HAS, 2010).

Près de la moitié des aidants (47 %) signalent au moins un impact négatif sur leur santé en raison de l'aide fournie aux personnes âgées. Cette déclaration est plus

fréquente parmi les aidants conjoints (64 %) que parmi les enfants, qu'ils cohabitent (45 %) ou non (44 %) (Besnard et al., 2019).

La perception de la charge augmente logiquement en fonction du nombre d'aides à la vie quotidienne et du volume d'heures d'assistance par semaine. Elle dépend également significativement de la relation entre l'aidant et la personne assistée (ressenti de charge élevée lorsque l'aidant est le parent de la personne aidée ou lorsqu'il est le conjoint) (Besnard et al., 2019). La charge perçue est plus élevée lorsque l'aidant est une femme, lorsqu'il fournit une aide financière, lorsqu'il prend seul les décisions ou qu'il est désigné comme la personne de confiance. Elle s'intensifie en présence d'un aidant professionnel en raison de l'organisation nécessaire pour coordonner son intervention. La charge augmente également lorsque l'aidant est en emploi ou est étudiant, probablement en raison des défis liés à la conciliation des responsabilités. En revanche, la charge perçue diminue lorsque l'aidant a la possibilité de se faire remplacer (Besnard et al., 2019).

1.4.5. Les besoins

Les aidants reçoivent peu d'assistance, un tiers d'entre eux n'en bénéficiant même pas du tout. L'aide la plus courante est l'aide-ménagère, présente dans un quart des cas. La principale demande des aidants à domicile est l'obtention d'une augmentation des aides durant la journée (HAS, 2010).

L'aidant peut se prémunir contre l'épuisement en ménageant des moments hors de l'aide apportée au conjoint. Il peut également être bénéfique de rompre la relation parfois fusionnelle entre l'aidant et la personne aidée en introduisant une présence extérieure. Les centres d'accueil de jour offrent un relais précieux. Faire appel à une intervention extérieure est également une manière d'anticiper l'avenir, car l'aidant peut être momentanément indisponible (en raison de maladie, hospitalisation, rendez-vous) et incapable d'assurer sa présence. La présence d'un professionnel extérieur peut permettre de s'adapter à une situation nouvelle ou imprévue (Dubois, 2019).

Dans le cadre de la loi du 28 décembre 2015 sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), entrée en vigueur le 1er mars 2016, un droit au répit a été instauré pour les "proches aidants" s'occupant de personnes âgées en perte d'autonomie et/ou d'indépendance. Cette législation stipule que les aidants accompagnant des bénéficiaires de l'APA peuvent recevoir une aide financière d'environ 500€, si le plafond du plan d'aide est atteint. Cette aide permet de recourir à

des dispositifs de répit pour la personne aidée, tels que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire ou l'aide à domicile (Aides France Alzheimer, 2024).

D'autres solutions de répit innovantes voient le jour comme le baluchonnage, un dispositif de répit et d'accompagnement de longue durée à domicile avec un intervenant unique, destiné à remplacer le proche aidant pendant 2 à 6 jours consécutifs. Créé en 1999 au Québec, ce dispositif est en expérimentation en France depuis janvier 2019 et reconduit jusqu'en décembre 2023 (Baluchon France, 2024).

Le 6 octobre 2023, Mme Aurore Bergé, ministre des Solidarités et des Familles, et Mme Fadila Khattabi, ministre déléguée aux Personnes handicapées, ont présenté la nouvelle stratégie nationale de mobilisation et de soutien 2023-2027 pour les aidants. Cette stratégie fait suite à la stratégie Agir pour les aidants 2020-2022, première politique publique nationale interministérielle dont les mesures s'adressaient directement aux proches aidants. La seconde stratégie comprend la création de 6 000 places nouvelles de répit et ambitionne d'atteindre 19 000 places en accueil de jour et 16 000 places en accueil temporaire pour les personnes âgées (Rabeux, 2023).

1.4.6. Le couple

Bien que les enfants aidants soient plus nombreux que les conjoints aidants, cette étude s'intéresse plus particulièrement aux conjoints aidants, car, comme nous l'avons vu précédemment, ils consacrent généralement plus d'heures à leur rôle d'aidant et sont plus nombreux à signaler un impact négatif sur leur santé en raison de ce rôle.

Les personnes âgées en couple ont souvent une longue vie commune au cours de laquelle elles ont traversé ensemble les défis liés au vieillissement. L'irruption de la maladie d'Alzheimer chez l'une des personnes transforme les relations au sein du couple. Les difficultés croissantes rendent impératif l'aide par le conjoint et l'intervention de professionnels.

Face à ce changement, les proches aidants aspirent à la continuité du "comme avant", comme le constatent plusieurs auteurs (Van Pevenage et al., 2020), (Thomas & Banens, 2020), (Renaut, 2020), (Caleca, 2017).

Pour maintenir l'équilibre conjugal établi antérieurement, certains conjoints aidants franchissent les "frontières du genre" (Thomas & Banens, 2020), défiant ainsi les habitudes passées. De manière concrète, les hommes entreprennent diverses tâches qu'ils considèrent traditionnellement associées au domaine féminin, justifiant

cela comme une réponse naturelle à leur situation conjugale et à la nécessité d'assister leur femme (Thomas & Banens, 2020).

Pour préserver l'unité domestique, certains couples résistent à solliciter une aide professionnelle. Hommes et femmes privilégient l'entraide et la répartition des responsabilités afin de retarder le recours à des professionnels (Renaut, 2020). Pour le conjoint aidant, déléguer certaines tâches équivaut à reconnaître son propre processus de vieillissement (Renaut, 2020). Les femmes qui assistent leur conjoint cherchent à maintenir le contrôle de l'espace domestique, en justifiant que les professionnels ne peuvent remplacer leur expertise face aux besoins de leur époux (Renaut, 2020). Cependant, les femmes aidées par leur conjoint semblent plus ouvertes à l'intervention d'aide extérieure pour soulager leur mari. Ces hommes reconnaissent dans l'aide professionnelle un moyen de faciliter leur quotidien (Renaut, 2020).

Ainsi, les professionnels sont souvent confrontés à une résistance significative. D'autant plus dans le contexte de la maladie d'Alzheimer où les troubles accrus entraînent une proximité quasi fusionnelle entre les conjoints (Caleca, 2017).

Ces similitudes dans les expériences d'aide conjugale s'accompagnent d'une diversité des vécus des conjoints aidants face à leur situation. Isabelle Van Pevenage et son équipe ont mis en évidence différentes postures chez les conjoints aidants. Malgré les difficultés, certaines personnes expriment une grande satisfaction et fierté d'accomplir leur devoir en offrant soutien et réconfort à leur conjoint. D'autres aidants expriment cependant un abattement et une lassitude face à une situation sur laquelle ils estiment ne pas avoir de contrôle. Enfin, certains conjoints estiment ne pas avoir d'autre choix, leurs discours sont empreints d'amertume voire de colère, ils expriment le désir de sortir de la situation rapidement. Ces différentes attitudes dépendent beaucoup du contexte (le type et la trajectoire de la maladie, l'état de santé physique et psychologique de l'aidant, ainsi que l'accès, l'organisation et la qualité des aides extérieures) (Van Pevenage et al, 2020).

Face au manque de moyen et de place dans les institutions, la majorité des couples touchés par la maladie d'Alzheimer opte pour le maintien à domicile. Un choix qui, comme nous l'avons vu précédemment, repose sur l'assistance des aidants et les met à l'épreuve (épuisement, troubles du sommeil, etc.) (HAS, 2010). Nous pouvons

légitimement nous questionner sur les raisons de ce choix et de sa pertinence pour le couple aidant/aidé dans le contexte de la maladie d'Alzheimer.

2. Le maintien à domicile

2.1. Maintien à domicile : enjeux multiples

Le souhait de vivre chez soi jusqu'à la fin de sa vie est partagé par une majorité de Français et cela se reflète dans le fait que 8 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur 10 continuent de vivre à domicile (HAS, 2018). Pour ces personnes, l'expression "rester chez soi" est parfois associée à l'idée de "rester soi-même" (Trouvé, 2012).

La loi ASV accorde une priorité explicite au maintien à domicile, considérant ce concept comme un moyen efficace de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie et/ou d'indépendance. Ce choix est motivé par la reconnaissance du domicile en tant que "lieu privilégié de l'exercice de la souveraineté de la personne et de sa construction identitaire tant pour elle-même que pour son existence aux yeux des autres" (Ennuyer, 2014).

Le gouvernement français soutient activement le maintien à domicile, cherchant à offrir aux personnes atteintes de la maladie et à leurs proches la possibilité de choisir le soutien à domicile, conformément à l'objectif n°3 du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (CNSA, 2008). Cette orientation politique en faveur du maintien à domicile est soulignée par divers plans de santé publique, lesquels ont instauré diverses structures de soins dans le but de réaliser cet objectif. C'est le cas des Equipes Spécialisées Alzheimer que nous présentons plus en détail dans la partie suivante.

De plus, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, le maintien à domicile pour ce public est pertinent car demeurer dans un environnement connu permet de compenser les troubles de la mémoire, du moins jusqu'à un certain stade de la maladie (Corlay & Trouvé, 2012). Le maintien à domicile assure la continuité et favorise le maintien de l'identité humaine, offrant une sécurité de base et un sens de stabilité. En somme, « chez soi » représente un environnement qui permet de maintenir une trajectoire de vie cohérente malgré les effets perturbateurs de la maladie (Caire et al.,

2019). Dans la maladie d'Alzheimer le « chez soi » est un repère connu, structurant, étayant la personne malade. (HAS, 2023). Les lieux où se déroulent les activités reflètent l'identité et les rôles des individus : le logement, en tant que lieu familial où de nombreuses activités ont lieu, devient ainsi "un miroir de l'identité" (Trouvé, 2012). L'habitat est décrit comme un lieu où les occupations se déroulent de manière fluide et régulière, cet environnement familial soutient les rôles et les habitudes. Le chez-soi est positivement associé aux activités qui s'y déroulent et à l'expérience vécue de ces activités (Caire, et al., 2019)

Le maintien à domicile revêt une signification profonde pour les couples, offrant la possibilité d'accomplir ensemble des activités routinières. Les résultats de l'étude menée par Caire confirment le besoin de ces couples d'être ensemble et de retrouver des gestes du quotidien (Caire, et al., 2019). "Être bien, s'occuper et poursuivre les activités dans un lieu familial" sont perçus comme des occasions de renforcer les liens entre les partenaires. Les couples de l'étude confirment le lien entre les activités et les liens sociaux. "Vivre chez soi" permet à la personne malade de participer aux activités qui impliquent des liens sociaux (Caire et al., 2019). De plus, le domicile favorise le maintien de la communication dans le couple (Caire et al., 2019). Enfin, en évoluant vers la dépendance, le domicile devient le lieu exclusif des co-occupations, essentielles à l'identité individuelle et du couple (Caire et al., 2019), (Van Nes, 2012).

Cependant, le maintien à domicile d'une personne âgée en situation de dépendance implique indirectement de confier une part significative des soins à leurs proches. Lorsqu'une personne âgée perd son indépendance, ce sont généralement les personnes qui partagent son domicile, en particulier son conjoint, qui sont les premières sollicitées pour lui fournir une aide au quotidien.

Afin de soutenir le maintien à domicile des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, plusieurs structures et professionnels interviennent au sein du domicile, à savoir les SAD (Service Autonomie à Domicile), les SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile), les SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), les équipes mobiles gériatriques, les équipes de DAC, les professionnels libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, infirmier, etc.) et les ESA (Aides France Alzheimer, 2024). Dans ce mémoire, nous nous intéressons plus particulièrement aux équipes

spécialisées Alzheimer en raison de leur spécificité à accompagner exclusivement les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

2.2. Les équipes spécialisées Alzheimer

2.2.1. La Création

En 2007, le constat formulé dans le rapport du Pr Joël Ménard soulignait les difficultés rencontrées par les services d'aide et de soins à domicile pour répondre de manière adéquate aux besoins des individus affectés par la maladie d'Alzheimer ainsi qu'à ceux de leurs aidants (Fondation Médéric Alzheimer, 2019). En réponse à cette problématique, le rapport préconisait d'autoriser ces services à recruter des professionnels spécifiquement formés aux soins quotidiens, à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'à la réhabilitation et à la prise en soin globale. Cette recommandation s'est matérialisée à travers la mesure 6 du troisième Plan Alzheimer 2008-2012, qui a prévu la mise en place des Equipes Spécialisées Alzheimer. Le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019) a poursuivi l'instauration de ces équipes. En 2017, ESA étaient en activité (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

2.2.2. Les Missions

Les ESA interviennent au domicile des personnes affectées par la maladie et de leurs proches. Leur mission principale est de faciliter le maintien à domicile des individus touchés par la maladie.

Leur cahier des charges détaille les objectifs de leurs interventions à savoir (Rabeux, 2023), (Normand & Martin, 2023) :

- le maintien des capacités résiduelles par la mise en œuvre de stratégies de compensation afin de préserver leur autonomie et leur indépendance
- l'amélioration de la relation patient-aidant
- une adaptation de l'environnement

2.2.3. Le Public

L'accompagnement des ESA est destiné aux personnes diagnostiquées au début de la maladie, lors des stades léger et modéré et ayant un impact sur la vie

quotidienne du patient et de ses proches. L'accompagnement est également destiné aux aidants des malades.

Pour bénéficier de cet accompagnement, une prescription médicale est requise.

L'intervention de l'ESA est conditionnée par le score MMSE (Mini-Mental State Examination) avec un score supérieur à 18 ou 15 dans certains cas. Ce critère est déterminant pour vérifier l'adéquation des profils des patients aux interventions des ESA (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

2.2.4. Le Déroulement

Les interventions de l'ESA se déploient sur une période de 3 mois, englobant 12 à 15 séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement à domicile, dont 1 à 3 séances d'évaluation.

Un ergothérapeute ou psychomotricien évalue les capacités de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne, autrement dit sa performance occupationnelle, et ses besoins. Cette évaluation permet au professionnel de déterminer un ou deux objectifs spécifiques (tel que s'habiller seul ou préparer un repas), et d'élaborer un plan d'accompagnement et de soins personnalisé. Ce plan inclut un volet d'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, accompagnement et conseil) (Pour les personnes âgées, 2022). 86% des ESA réalisent une évaluation du fardeau du conjoint aidant (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

Les assistants de soins en gérontologie interviennent par la suite, suivant le programme élaboré par le professionnel initial.

A l'issue de la prise en soin, un bilan des interventions est rédigé par le professionnel initial et transmis au médecin prescripteur (Pour les personnes âgées, 2022).

2.2.5. L'Equipe

60 % des ESA relèvent d'un SSIAD et 39 % des ESA relèvent d'un SPASAD (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

Conformément aux directives de la circulaire de 2011, chaque équipe est composée au minimum de deux assistants de soins en gérontologie, d'un infirmier coordinateur et d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

L'infirmier coordinateur organise, coordonne et supervise les soins dispensés par les professionnels paramédicaux. Il participe à l'accueil des personnes prises en soin, à l'évaluation de leurs besoins et établit des partenariats avec des structures et des professionnels externes.

L'ergothérapeute ou le psychomotricien réalise l'évaluation des capacités du patient, en lien avec son environnement, pour mettre en lumière les limitations de participation. Le rééducateur élabore le plan d'accompagnement et de soins personnalisé avec des objectifs concrets, réalise des séances de réhabilitation et d'accompagnement, ainsi que l'évaluation des interventions.

L'ergothérapeute, plus spécifiquement, met en place des stratégies de compensation, aménage l'environnement de la personne, et développe les compétences d'accompagnement de son entourage.

Le psychomotricien, plus particulièrement, se concentre sur l'image corporelle, la gestion des émotions et de la douleur, les habiletés de relation et de communication de la personne, ainsi que sur les compétences d'accompagnement de son entourage.

L'assistant de soins en gérontologie (ASG) contribue à la réalisation des soins de réhabilitation et d'accompagnement en fonction des évaluations et des objectifs définis par l'ergothérapeute ou le psychomotricien. Il réalise des soins adaptés, il participe à l'évaluation des besoins, prévient les complications et stimule les habiletés. La fonction d'assistant de soins en gérontologie a été créée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. Elle concerne des aides-soignants ou des aides-médico-psychologiques ayant suivi une formation de 140 heures axée sur la prise en soin des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (Normand & Martin, 2023).

2.2.6. Le Financement

Les ESA bénéficient d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie. Elles reçoivent également une dotation annuelle de 150 000 euros destinée à couvrir leurs frais de fonctionnement, financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à partir

des fonds alloués par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (Fondation Médéric Alzheimer, 2019).

2.3. L'ergothérapeute au sein de l'équipe spécialisée Alzheimer

En 2010, la Haute Autorité de Santé détaille les actes de l'ergothérapeute à domicile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (HAS, 2010) :

- Réadaptation cognitive dans les activités de la vie quotidienne
- Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques
- Réadaptation de la mobilité et des transferts
- Prévention et traitement des risques de chute
- Positionnement des troubles posturaux assis et en décubitus
- Développement des performances de l'entourage dans l'accompagnement du patient
- Aménagement de l'environnement
- Education thérapeutique, conseil et information du patient
- Information de soutien et éducation des aidants

Pour mener à bien ces objectifs, l'ergothérapeute réalise une évaluation de l'impact des composantes de la personne, de son environnement social et physique sur sa participation et sa performance occupationnelle (Boschat, 2011). Afin de réaliser cette évaluation, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur différents outils, notamment le Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME), la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), la Mesure du Contrôle Postural Assis de l'Adulte (MCPAA2) et le NeuroPsychiatric Inventory version Equipe Soignante (NPI- ES) qui sont des outils d'évaluation recommandés par l'HAS (HAS, 2010). L'ergothérapeute s'appuie également sur des mises en situation écologiques dans les activités de la vie quotidienne (Rose, 2020). Pour élaborer le plan d'accompagnement et de soins personnalisé, l'ergothérapeute prend connaissance des rôles et des habitudes de la personne afin de répondre à un besoin exprimé, de générer de la motivation ou de susciter du plaisir (Boschat, 2011).

Ainsi, l'ergothérapeute en ESA intervient au domicile du couple aidant/aidé afin de faciliter leur maintien à domicile. Pour réaliser cette mission, il dispose de divers moyens, entre autres, l'aménagement du domicile et la préconisation d'aides techniques.

3. L'aménagement du domicile et les gérontechnologies

3.1. L'aménagement du domicile

Le Plan National des Maladies Neurodégénératives (Plan MND) aborde l'axe 2 "Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des MND et atténuer les conséquences sur le quotidien", dans cet axe, un des enjeux prioritaires est "créer les conditions d'une vie plus simple et autonome chez soi et dans la cité en mettant notamment à profit les leviers que constituent les nouvelles formes de solidarité et l'accès aux technologies." (CNSA, 2023). Conformément à ce plan, l'objectif est d'optimiser l'adaptation du domicile de la personne, de préserver son autonomie et son indépendance, et de réduire les situations à risques. L'ergothérapeute, de par ses compétences spécifiques en aménagement de l'environnement, est un acteur privilégié. Comme le témoigne l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'Ergothérapeute : "Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles." ce qui se rapporte à l'activité 3 : "Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques." et à l'activité 5 : "Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement." du référentiel (Legifrance, 2010).

Les objectifs visés par l'aménagement de l'environnement physique pour les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer selon Boschat (2011) :

- La compensation des fonctions déficientes
- La diminution des troubles du comportement
- La sécurisation de l'environnement
- Le maintien de la participation dans les activités quotidiennes

Plusieurs études relatent les apports de l'aménagement de l'environnement physique auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs proches aidants : une amélioration de la participation occupationnelle des malades, une diminution du besoin d'assistance, une réduction des difficultés liées aux troubles mnésiques, une diminution du temps perdu en raison d'omissions dans les activités, une amélioration du bien-être et un moindre dérangement lié aux troubles du comportement pour les conjoints (Corlay & Trouvé, 2012).

Auprès des personnes âgées qui souffrent de démence, il est illusoire de penser que l'ergothérapeute peut soigner ou retarder la dégénérescence des fonctions telles que la mémoire, l'orientation ou le jugement. Cependant, l'ergothérapeute peut intervenir au niveau de l'environnement (Trouvé, 2012).

Pour les personnes âgées, l'environnement revêt une importance particulière et joue un rôle déterminant dans leur identité et leur bien-être. L'aménagement de cet espace doit être considéré comme un prolongement de l'individu (Trouvé, 2012). L'environnement, en tant que reflet de l'identité, prend une signification singulière, contribue à améliorer la participation à l'activité et les performances des personnes âgées atteintes d'une démence (Trouvé, 2012).

Comme le souligne Gary Kielhofner au sein de son modèle conceptuel, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), la personne vit dans un environnement et ce dernier a un impact sur sa vie occupationnelle. En agissant, la personne interagit avec l'environnement. En offrant des possibilités et des ressources, mais aussi en créant des conditions limitantes et exigeantes pour la personne, l'environnement influence la participation occupationnelle (Taylor, 2017).

Ainsi, environnement et occupation sont liés, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer rencontrent une difficulté croissante de "désynchronisation" entre les activités et l'environnement (Caire et al., 2019). Les réactions confuses observées chez ces personnes pourraient partiellement découler d'une adaptation comportementale inadéquate à l'environnement physique (Corlay & Trouvé, 2012). L'aménagement exerce une influence significative sur les comportements des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le défi de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées atteintes d'une démence est de parvenir à modifier l'environnement ou l'activité afin de réintroduire un but et du sens, et de favoriser leur participation (Trouvé, 2012).

Cependant, le professionnel doit également tenir compte de la difficulté des personnes vieillissantes à envisager des changements ou à entreprendre des projets qui impliquent l'avenir (Corlay & Trouvé, 2012).

Un des objectifs de l'aménagement du domicile est la quête maximale d'indépendance de la personne. Cependant, au regard du caractère évolutif de cette maladie, l'aide d'un tiers sera inévitable tôt ou tard. L'ergothérapeute doit accorder une attention particulière à l'aidant, acteur clef du soutien et du maintien à domicile. La recherche d'indépendance de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'amélioration du confort d'action pour l'aidant et la garantie de sécurité pour la personne et l'aidant dans la réalisation de l'activité sont trois objectifs différents qui peuvent générer une opposition entre les moyens à déployer pour les atteindre et nécessiter des compromis (Marousé & Charras, 2012).

Afin de stimuler les capacités mnésiques, d'apprentissage et de compréhension, l'environnement doit être adapté en s'appuyant sur la mémoire procédurale et les habitudes (Caire et al., 2019), (Trouvé, 2012). La mémoire procédurale reste disponible si elle est stimulée, l'environnement joue un rôle crucial, car il déclenche les actions automatisées qui permettent à la personne de s'engager dans une activité (Trouvé, 2012). Les habitudes offrent la possibilité de retrouver des gestes familiers que la personne parvient à accomplir malgré la démence (Trouvé, 2012).

La mémoire procédurale et les habitudes nous semblent pertinentes à relier à l'habitation, concept du MOH. La stabilité de l'environnement va permettre de répéter des comportements et de réaliser de manière automatique les occupations (habiletés automatisées). C'est la vie quotidienne qui s'organise en une routine de vie acquise et répétée. L'habitation est un processus d'acquisition et de répétition de cette routine et fait référence à l'organisation des occupations en fonction de l'environnement. Elle se compose des rôles (par exemple le rôle de conjoint) et des habitudes de la personne. L'habitation, comme un environnement adapté, soutient la participation

occupationnelle. Les changements dans les capacités des personnes, comme conséquence d'une maladie par exemple, ont un fort impact sur l'habitation. Les changements survenus dans l'environnement ont une influence notable sur l'habitation, comme nous avons pu le voir précédemment (Taylor, 2017).

Mais pour cela, l'ergothérapeute doit connaître les activités significatives de la personne et parmi elles celles qui sollicitent sa mémoire procédurale. Ainsi, les rôles, les habitudes, les valeurs, les centres d'intérêts et l'histoire de la personne sont des leviers d'accompagnement pour l'ergothérapeute. Le récit de vie permet de recueillir les informations nécessaires (Trouvé, 2012). Si la personne n'est pas en capacité de nous informer, un récit de vie à deux voix avec le conjoint aidant peut être pertinent (Caire et al., 2019).

3.2. Les gérontechnologies

L'aménagement de l'environnement physique peut impliquer la préconisation d'aides techniques et notamment technologiques, telles que des lumières à détection de mouvement pour sécuriser les déplacements, des téléphones adaptés pour faciliter la communication, des horloges numériques avec date et heure pour favoriser l'orientation temporelle (Corlay & Trouvé, 2012), (Boschat, 2011), (Trouvé, 2011), (Biard & Pouplin, 2012).

3.2.1. Définition

Le terme de « gérontechnologie » vient d'Europe du Nord et a été popularisé par le professeur Alain Franco et le gérontologue Gérard Cornet à la fin des années 1990 (Rialle, 2007), (Biard & Pouplin, 2012). Comme son nom l'indique : « le champ de la gérontechnologie se situe au carrefour de la gérontologie et de la technologie » (Rialle, 2007). Ce champ vise à promouvoir une conception et un usage adéquat des technologies pour les personnes âgées. Les gérontechnologies visent à favoriser la qualité de vie (Rialle et al., 2014) et à soutenir l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées (Ung, 2014).

3.2.2. Contexte social

Le vieillissement de la population entraîne un accroissement du nombre de malades touchés par la maladie d'Alzheimer. Cependant, cette augmentation

s'accompagne d'un manque de ressources médicales, médico-sociales (personnel, etc.) et d'une diminution du nombre d'aidants (vieillessement, augmentation de l'activité professionnelle, éloignement des enfants) (Ung, 2014). Cette situation confronte les personnes âgées vulnérables et leurs aidants à des conditions de vie difficiles et des difficultés d'accès aux soins (Aissaoui & Barcenilla, 2021), (Rialle et al., 2014), (Rialle, 2007).

Face à ces défis, notre société est contrainte de réorganiser son système de santé (virage ambulatoire) (Rumeau et al., 2020), d'innover et de penser à de nouvelles formes d'organisations et de solidarités (Rialle, 2012).

Parallèlement à ce constat, l'univers des technologies continue de se développer rapidement et foisonne d'innovations, son évolution offre de nouveaux moyens techniques, des dispositifs abordables dotés de capacités avancées, accessibles à un public de plus en plus large et semble offrir des solutions alternatives pertinentes pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants. (Aissaoui & Barcenilla, 2021), (Ung, 2014), (Rialle, 2012), (Rialle, 2007). De plus, la pandémie et la raréfaction des ressources médicales ont accéléré le recours à l'usage des technologies numériques dans le domaine du soin (télémédecine, télésoin, etc.) (Bier et al., 2022).

3.2.3. Contexte politique et légal

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a ouvert officiellement la voie aux usages des technologies pour le maintien à domicile (la mesure 7 recommande l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies), ainsi qu'à la réflexion éthique de ces usages (mesures 38 à 40) (Rialle et al., 2014). La Loi n°2015-1776 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV) offre une place notable à ces nouvelles technologies et introduit la gérontechnologie. Elle encourage l'innovation en soutenant de nombreux projets et initiatives (Rialle, 2016, 2015).

3.2.4. Pourquoi préconiser les gérontechnologies ?

Selon différents auteurs (Rialle, 2012), (Biard & Pouplin, 2012), (Rigaud et al., 2011), (Rialle, 2007), auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ces technologies permettent de :

- compenser les troubles mnésiques dans les activités de la vie quotidienne (rappel de la prise des médicaments avec pilulier automatique, rappel des rendez-vous avec tablette numérique, etc.)
- stimuler les capacités cognitives résiduelles (séances de stimulation cognitive informatisée)
- diminuer les angoisses (lampe automatique, bruit blanc, contact visuel par visiophonie)
- augmenter la sécurité (détecteur de chute, système de géolocalisation)

Ces technologies soutiennent également les aidants dans leur rôle :

- en proposant des programmes psychoéducatifs en ligne (Rigaud et al., 2011), des réseaux d'aidants « experts » (Rialle, 2015, 2012).
- en facilitant leurs sorties du domicile (pour une course, un rendez-vous, etc.) (Biard & Pouplin, 2012), (Rialle, 2007).

Ces technologies permettent de réduire la durée d'hospitalisation, de faciliter les retours à domicile après une hospitalisation, d'éviter ou de retarder une entrée en établissement. Elles favorisent ainsi le maintien à domicile (Biard & Pouplin, 2012), (Rialle, 2012, 2008).

Ainsi, ces différentes aides permettent de favoriser la participation de la personne dans les activités de la vie quotidienne et diminuent ainsi le recours à l'assistance de l'aidant. Ces outils permettent également la diminution des troubles du comportement du malade et des situations à risques de l'environnement, ce qui permet de réduire la vigilance et le stress du conjoint aidant. Ce dernier peut s'autoriser sereinement une absence du domicile pour une course ou un rendez-vous par exemple.

3.2.5. Les limites

Ainsi, plusieurs technologies sont disponibles pour favoriser le maintien à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. Elles

apportent des réponses alternatives à des besoins divers. Cependant, des limites s'opposent à leur diffusion au sein de cette population (Rigaud et al., 2011).

Un des premiers freins à l'emploi de ces nouvelles technologies vient des professionnels. Certains professionnels sont réticents à les employer (Bier et al., 2022), (Biard, 2014), (Rigaud et al., 2011), (Rumeau et al., 2020).

Certains professionnels ne pensent pas que les technologies puissent être accessibles et utiles aux personnes âgées et à fortiori aux malades souffrant d'un handicap cognitif (Bier et al., 2022), (Rumeau et al., 2020).

Le manque d'information et de formation des professionnels accentue les problèmes de diffusion de ces aides techniques (Biard, 2014). Afin que les professionnels s'approprient les nouvelles technologies, il est nécessaire d'inclure de la formation sur ces technologies dans les parcours de formation (formation initiale et continue) (Bier et al., 2022), (Rialle, 2016, 2015).

Malgré leur expertise dans l'évaluation et la préconisation des aides techniques, peu d'ergothérapeutes interviennent dans la préconisation des gérontechnologies (Biard, 2014).

Un des obstacles mis en évidence par les professionnels relève des questionnements éthiques inhérents à la préconisation de ces nouvelles technologies.

Notamment, la question de l'équilibre entre liberté et sécurité, illustrée lors de l'utilisation d'un système de géolocalisation ou de vidéosurveillance. Ces objets techniques permettent de diminuer les conséquences des chutes et des errances mais limitent la liberté de l'individu et enfreignent son droit à la vie privée (Rumeau et al., 2020), (Rigaud et al., 2011), (Rialle, 2012, 2008).

Le consentement est une autre question éthique incontournable, le patient doit être libre d'accepter ou de refuser l'usage du dispositif proposé. Mais lorsque le jugement de l'individu est altéré se pose la question de son aptitude à consentir. Est-ce que la personne est en capacité de comprendre le but, le fonctionnement du dispositif et de donner son consentement libre et éclairé (Rumeau et al., 2020), (Rialle et al., 2014) ? De plus, les troubles cognitifs peuvent entraîner un déni des troubles et du besoin

d'aide et influencent négativement l'acceptation de la technologie (Bier et al., 2022), (Rigaud et al., 2011).

Enfin, la protection des données est un autre aspect majeur des réflexions éthiques, comment garantir la confidentialité des données recueillies par les technologies ? Où les données transitent-elles ? Les serveurs sont-ils soumis à la juridiction du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ? Quels sont les risques potentiels d'intrusion sur les données lors de leur transfert ? (Rumeau et al., 2020), (Bier et al., 2022) ?

Une limite à la diffusion des aides technologiques, c'est l'objet en lui-même de sa conception, son usage à sa maintenance.

Lors de la conception des nouvelles technologies, les industriels ignorent souvent les besoins spécifiques du public (Aissaoui & Barcenilla, 2021). Ainsi les produits sont souvent peu adaptés aux besoins et aux usages des personnes âgées (Biard, 2014), (Bier et al., 2022). La complexité d'utilisation de ces technologies est souvent citée comme frein à leur usage, cette complexité est due à une mauvaise conception du produit par un manque d'information et une méconnaissance des besoins des utilisateurs (Aissaoui & Barcenilla, 2021). Ce phénomène est accentué par le vieillissement qui diminue les capacités d'apprentissage et d'adaptation de la personne (Biard & Pouplin, 2012). Les usagers recherchent une technologie simple d'utilisation, avec une interface simple, avec des outils connus. Or, les innovations amènent à complexifier les technologies et malheureusement les technologies basiques et fonctionnelles ne sont plus disponibles sur le marché (Bier et al., 2022) (Biard & Pouplin, 2012). Il est nécessaire de prendre en compte les troubles cognitifs, les déficits sensoriels (visuels, auditifs) lors de la conception de ces dispositifs technologiques (Rigaud et al., 2011).

Les gérontechnologies ne sont pas considérées comme des dispositifs médicaux. Sur le marché, elles n'ont pas de référence au marquage Conformité Européenne (CE) médical et ne sont soumises à aucun niveau de validation réglementaire concernant les dispositifs médicaux (Aissaoui & Barcenilla, 2021), (Rumeau et al., 2020). Ce qui entraîne une absence de classification et un manque d'études montrant l'utilité de la technologie dans la vie quotidienne de la personne (Rigaud et al., 2011).

Enfin, comme pour toute aide technique se pose la question de l'installation et de la maintenance de ces aides. Est-ce à l'utilisateur, au professionnel de santé, au commercial, à l'artisan de l'installer, de l'entretenir ? Et en cas de dysfonctionnement, qui est le responsable ? (Rigaud et al., 2011), (Biard, 2014).

Un frein majeur à la diffusion des aides technologiques est le financement de ces aides, le coût de ces dispositifs demeure élevé (Bier et al., 2022), (Biard & Pouplin, 2012), (Rigaud et al., 2011), (Rumeau et al., 2020). D'autant plus que le passage à la retraite s'accompagne le plus souvent d'une perte de revenus (Rumeau et al., 2020). Il n'y a pas actuellement de modèle économique (pas de remboursement sécurité sociale, pas de prise en charge mutuelle ou caisse de retraite) permettant la diffusion au plus grand nombre de ces outils (Rialle, 2016), (Rigaud et al., 2011).

Ce n'est pas uniquement le manque d'accessibilité financière qui limite l'accès et l'utilisation des nouvelles technologies mais aussi un manque d'accès aux technologies, notamment un défaut d'accès à internet, un manque de prérequis à l'utilisation des technologies (illettrisme, illettronisme) et un manque de lieux, de structures qui conseillent et accompagnent (les consultations de gérontechnologies réalisant une évaluation de la situation et des besoins des personnes ainsi qu'une préconisation des aides technologiques sont peu présentes sur le territoire) (Biard, 2014). En France, on peut observer une superposition entre les « zones blanches » (mauvaises conditions d'accès à Internet) et les déserts médicaux (Bier et al., 2022). Cette situation crée de nouvelles vulnérabilités sociales dans une société toujours plus numérique où de plus en plus de services publics sont accessibles seulement au moyen d'Internet. Cela crée une fracture numérique, cette exclusion touche plus sévèrement les plus de 80 ans et les personnes précaires (Rialle, 2022).

Le rapport Denormandie-Chevalier publié en octobre 2020 concernant l'accès aux aides techniques met en avant différentes problématiques notamment des difficultés d'accès aux aides techniques, un secteur marchand difficile à appréhender et qui ne répond pas toujours à l'évolution des besoins et des attentes, et des politiques inadaptées et insuffisantes. Le rapport fait le constat d'un non-recours aux aides techniques et d'un taux d'abandon de ces aides estimé entre 30 et 40% un an après l'achat (Denormandie & Chevalier, 2020).

Les technologies permettent de favoriser l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées. Cependant, leur adoption nécessite le conseil et l'accompagnement d'un professionnel. Les ergothérapeutes jouent un rôle crucial dans la promotion et la mise en place de ces aides au service des usagers (Biard, 2014).

3.2.6. Le rôle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes ont une expérience reconnue dans la préconisation des aides techniques nouvelles technologies auprès des personnes en situation de handicap. Bien que les problématiques liées à l'âge et les technologies disponibles soient différentes, la méthodologie de préconisation demeure identique (Biard & Pouplin, 2012).

L'ANFE et l'HAS définissent la préconisation comme « la synthèse formalisée d'un processus de conseil, ce qui est recommandé par le professionnel soit à la personne, soit à un autre commanditaire » (ANFE, 2023) et (HAS, 2007).

L'ergothérapeute préconise des aides techniques. Différents textes peuvent être cités pour définir les aides techniques. Selon la norme ISO 9999 (2007), une aide technique est « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap » (HAS, 2007). Et selon le CASF, les aides techniques sont définies comme étant : « Tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel y compris pour répondre à un besoin lié à l'exercice de la parentalité » (Legifrance, 2021). Dans la première définition, tout produit peut être considéré comme une aide technique : c'est l'usage qui en est fait qui lui confère la caractéristique de compenser une situation de handicap. Dans la seconde définition, le produit doit être spécifiquement conçu pour compenser une situation de handicap, cette caractéristique étant inhérente au produit lui-même.

Différents documents, le rapport de l'HAS en 2007, le rapport Denormandie-Chevalier en 2020 et les recommandations professionnelles de l'ANFE en 2023, retracent les étapes de préconisation d'une aide technique.

1. L'évaluation

En s'appuyant sur un modèle conceptuel, dans cet exemple le MOH, l'ergothérapeute évalue l'environnement physique et social de la personne (proches, aides humaines, droits et remboursements dont la personne peut bénéficier, logement, etc.). Il évalue les composantes personnelles de la personne (ses capacités, ses habitudes, ses rôles, etc.). Il évalue la performance occupationnelle de la personne (ses activités, ses loisirs, ses habiletés). Pour réaliser ces évaluations, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur un recueil de données, des entretiens, des observations en situation, etc.

Concernant le couple aidant/aidé, leur situation est souvent complexe et multidimensionnelle. L'expertise de l'ergothérapeute permet de prendre en compte l'ensemble des éléments de la situation (Ung, 2014). L'ergothérapeute peut d'ailleurs se prononcer sur la pertinence ou non d'une approche compensatoire seulement après avoir réalisé son évaluation (Fisher & Marterella, 2019).

L'introduction des dispositifs technologiques au sein du domicile provoque une modification dans les habitudes. Il est nécessaire que l'ergothérapeute prenne en compte les habitudes afin que les aides puissent être intégrées dans l'environnement et qu'elles puissent s'adapter à la personne et non l'inverse (Ung, 2014). Cela implique également de faciliter la collaboration entre les professionnels de santé et les proches aidants qui interviennent auprès des personnes âgées (Ung, 2014).

En plus des évaluations qui concernent la personne, ses occupations et son environnement, plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'évaluer le dispositif technologique (Aissaoui & Barcenilla, 2021), (Rialle, 2007) et de confronter les résultats des différentes évaluations, par exemple : est-ce que les habiletés du sujet correspondent aux capacités requises pour utiliser le système technologique (Aissaoui & Barcenilla, 2021) ? L'évaluation des gérontechnologies permet de les intégrer aux pratiques soignantes (Rialle, 2007).

2. Intervention

L'ergothérapeute élabore un cahier des charges. Puis réalise des essais. Le rapport de la HAS (2007) et les recommandations professionnelles de l'ANFE (2023) conseillent que les essais d'aides techniques passent par une phase « écologique » c'est-à-dire dans les environnements attendus d'utilisations de l'aide technique. L'essai en situation écologique permet d'évaluer l'efficacité de la compensation et de valider le cahier des charges de l'aide technique.

L'expertise de l'ergothérapeute permet également de vérifier que l'usage des technologies par le patient ne provoque pas des effets délétères : augmentation de la charge de travail, de la fatigue, diminution de la vigilance, de l'équilibre, etc. (Aissaoui & Barcenilla, 2021).

L'ergothérapeute réalise alors la préconisation et rédige au besoin un compte-rendu pour argumenter le besoin en aide technique à destination des financeurs (notamment MDPH, APA, etc. voir annexe 1). La personne peut avoir recours à un travailleur social pour l'accompagner dans ses démarches de constitution de dossier et recherches de financement.

Après l'acquisition, l'ergothérapeute forme l'utilisateur à l'utilisation de l'aide technique, s'assure de sa bonne utilisation et effectue au besoin des réglages. Selon les personnes et les situations, un accompagnement à la prise en main s'avère nécessaire. L'intensité de cet accompagnement est variable en fonction des situations : appel, apprentissage, réassurance, formation des proches aidants et des professionnels intervenant au quotidien.

Un enjeu des aides techniques mais d'autant plus des aides technologiques, c'est l'appropriation de ces outils. Selon Denormandie et Chevalier (2020) environ un tiers des aides techniques sont abandonnées un an après leur livraison. Ung (2014) souligne la pertinence de la mise en place d'un accompagnement à l'appropriation des technologies. L'ergothérapeute accompagne le couple aidant/aidé dans l'apprentissage de ces outils afin de faciliter leur intégration dans les activités de la vie quotidienne (Ung, 2014).

3. Evaluation des résultats de l'intervention

Enfin, l'ergothérapeute s'assure de l'efficacité de l'aide technique préconisée dans l'année suivant son acquisition. Cette vérification peut se faire en milieu écologique ou à distance, en s'appuyant ou non sur des outils.

Ainsi, afin de soutenir le désir des personnes âgées de vivre à domicile et afin de leur garantir une qualité de vie satisfaisante, l'ergothérapeute doit prendre en compte de multiples éléments du patient : ses proches, ses possibilités économiques, la capacité d'adaptation de son logement, ses habitudes, ses rôles, ses occupations, etc. L'ergothérapeute doit accompagner les personnes âgées et leur entourage dans la compréhension, l'essai et le choix des aides les plus pertinentes (Ung, 2014). La croissance de la préconisation de ce type d'aides techniques offre une excellente opportunité pour promouvoir la pratique de l'ergothérapie (Biard & Pouplin, 2012).

Au regard des apports des technologies dans le contexte de la maladie d'Alzheimer, la préconisation de ces aides semble pertinente pour le maintien à domicile du couple aidant/aidé, mais présentent certaines limites, notamment une problématique d'accessibilité et d'appropriation.

Ce qui nous conduit à la formulation de la question de recherche suivante :

Auprès du couple aidant/aidé, comment l'ergothérapeute en ESA soutiendrait leur accès et leur appropriation des gérontechnologies afin de favoriser leur maintien à domicile ?

Lors de l'élaboration du cadre théorique, nous avons évoqué la maladie d'Alzheimer, son impact sur le quotidien et sur ses aidants. Après avoir mis en évidence les enjeux du maintien à domicile, le rôle des équipes spécialisées Alzheimer et de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile, nous avons exploré l'aménagement du domicile et la préconisation des gérontechnologies comme moyen pour favoriser le maintien à domicile du couple aidant/aidé. Au regard des informations précédentes, en particulier de la préservation de la mémoire procédurale et de ses habilités

automatisées, de l'influence de l'environnement sur l'occupation et des étapes de préconisation des aides techniques, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- L'ergothérapeute en ESA réalise, auprès du couple aidant/aidé, des essais en situation écologique, afin de soutenir leur accès et leur appropriation de l'aide technologique.
- L'ergothérapeute en ESA accompagne le couple aidant/aidé dans l'apprentissage de l'utilisation de l'aide technologique, afin de soutenir leur accès et leur appropriation.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous allons présenter notre méthodologie d'enquête.

Partie 2 : Méthodologie d'enquête

1. Objectifs de l'enquête

Cette recherche porte sur la préconisation des gérontechnologies pour favoriser le maintien à domicile du couple aidant/aidé dans le contexte de la maladie d'Alzheimer et plus particulièrement sur le rôle de l'ergothérapeute en ESA dans l'accès et l'appropriation des gérontechnologies. Il s'agit de mettre en lumière les pratiques et les moyens des ergothérapeutes en ESA pour soutenir le couple aidant/aidé dans leur accès et leur appropriation d'une aide technologique.

Afin de valider ou réfuter nos hypothèses, notre recherche s'intéresse à :

- Identifier les gérontechnologies préconisées par les ergothérapeutes en ESA.
- Expliciter la démarche de préconisation des gérontechnologies par les ergothérapeutes en ESA.
- Apprécier si les ergothérapeutes en ESA ont conscience de la problématique d'accès et d'appropriation des gérontechnologies
- Recenser les réponses des ergothérapeutes en ESA pour soutenir l'accès et l'appropriation des gérontechnologies

Cette enquête a également pour ambition :

- D'évaluer si la réalisation d'essai d'une aide technologique a un impact positif sur l'accès et l'appropriation du couple aidant/aidé.
- D'évaluer si l'entraînement à l'utilisation d'une aide technologique a un impact positif sur l'accès et l'appropriation du couple aidant/aidé.

2. Choix de la méthode de recueil de données

L'utilisation du mot interrogatif « comment » de notre question de recherche suppose de répondre avec des éléments concrets à mettre ou déjà mis en pratique sur le terrain. Selon la définition, le focus groupe permet de réunir « l'expérience des participants » (Tétreault & Guillez, 2014). Ainsi, le choix du focus groupe comme outil

d'enquête permet de recueillir une diversité de pratiques professionnelles concernant la préconisation des gérontechnologies. Il permet d'obtenir des informations plus précises sur la démarche de préconisation de ces aides, d'observer les pratiques récurrentes et les pratiques plus singulières, de mettre en avant les difficultés communes rencontrées et les moyens employés par les ergothérapeutes pour préconiser ces aides (Tétreault & Guillez, 2014). Cette méthode de recueil de données permet les échanges entre les participants « afin d'explorer différentes facettes d'une thématique » (Tétreault, Guillez, 2014). Cet outil permet également de recueillir les opinions des participants sur l'offre des gérontechnologies et les moyens à leur disposition pour préconiser et enfin recueillir leurs idées pour améliorer cette intervention. Le focus groupe favorise l'émergence d'idées sur un sujet avec une diversité d'opinions de personnes qui partagent des points communs. Cela permet de comprendre les différents enjeux d'une situation et de faire émerger de nouvelles idées. La méthode permet à l'ensemble des participants de s'exprimer sur un sujet de manière libre selon « leurs idées, sentiments, croyances, représentations ou savoirs » (Tétreault & Guillez, 2014).

Nous avons également choisi cet outil pour s'assurer de la bonne compréhension des questions mais aussi pour offrir aux ergothérapeutes qui exercent en ESA un temps de rencontre et d'échange de pratiques, car les ergothérapeutes en ESA exercent souvent comme seul ergothérapeute de l'équipe. Nous avons opté pour un focus groupe en physique pour contourner les désagréments techniques d'un focus groupe à distance et favoriser les échanges entre les participants.

3. Choix de la population interrogée

Au regard de notre question de recherche et de nos hypothèses de travail, nous nous intéressons à la population des ergothérapeutes exerçant en ESA, ayant accompagné au moins un couple aidant/aidé et ayant préconisé des gérontechnologies. Ces professionnels accompagnent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants, ils interviennent à domicile. Enfin, la préconisation et l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques font partie de leurs missions spécifiques.

Il s'agit d'une population homogène, qui présente des caractéristiques similaires telles que la profession et le lieu d'exercice (Tétreault & Guillez, 2014) et qui se sont retrouvés au moins une fois dans la situation professionnelle décrite (préconiser une aide technologique à destination d'un couple aidant/aidé), ainsi les professionnels ont de la matière à partager sur ce sujet (Tétreault & Guillez, 2014).

Pour des raisons logistiques, j'ai restreint ma recherche aux ergothérapeutes exerçant dans le 75, 92, 93 et 94, la localisation géographique a été un élément qui a influencé ma sélection (Tétreault & Guillez, 2014).

Afin d'optimiser le nombre de réponses positives, aucun minimum d'année d'expérience en ESA n'était requis pour participer au focus groupe.

Ce focus groupe a été mis en place avec la volonté de faire une recherche sur les pratiques professionnelles. La recherche est donc hors de la loi Jardé (Legifrance, 2012).

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
Etre ergothérapeute	Ne pas être ergothérapeute
Exercer actuellement en ESA	Ne pas exercer actuellement en ESA
Avoir accompagné au moins un couple aidant/aidé	Ne pas avoir accompagné de couple aidant/aidé
Avoir préconisé au moins une aide technologique	Ne pas avoir préconisé d'aide technologique

TABLEAU 1 : POPULATION INTERROGEE

3.1. Modalités de recrutement

Afin de réaliser notre recherche, j'ai tout d'abord recensé le nombre d'ESA dans le 75, 92, 93 et 94 dans un tableau (32 ESA au total). Par la suite, j'ai contacté chaque ESA pour les questionner s'ils avaient au sein de leur équipe un ou plusieurs ergothérapeutes (14 des 32 ESA n'ont pas d'ergothérapeute au sein de leur équipe). Si la réponse était positive, j'ai demandé à échanger en ligne avec le professionnel ou à obtenir son adresse email en cas d'indisponibilité. Après ces informations récoltées, j'ai contacté par courriel chaque ergothérapeute (18 ergothérapeutes au total) pour les inviter à un focus groupe ayant pour thème « La préconisation des aides

technologiques pour le couple aidant/aidé dans le contexte de la maladie d'Alzheimer » avec un lien d'agenda collaboratif afin de choisir une date qui conviendrait au plus grand nombre de professionnels. Après la récolte des réponses, une date a pu être sélectionnée. Les ergothérapeutes ont été informés par courriel de la date retenue et ont pu confirmer leur présence, 8 professionnels ont ainsi confirmé leur présence. Les informations logistiques (modalités du focus groupe, formulaire de consentement, etc.) leur ont été transmises suite à la confirmation de leur présence. Au final, le focus groupe s'est déroulé avec la participation de 6 ergothérapeutes, 2 ergothérapeutes ayant été retenus le jour de la rencontre.

4. Construction des questions

Pendant le focus groupe, l'animateur doit limiter ses interventions pour faciliter la réflexion commune et les échanges entre les professionnels. L'animateur élabore le guide d'entretien avec quelques questions (Annexe 2). Ces questions ont été élaborées selon le cadre conceptuel vu précédemment et de façon à répondre aux objectifs de l'enquête.

Le guide d'entretien renseigne les questions clefs et des sous questions (questions ouvertes et semi-ouvertes). Les participants n'ont pas eu connaissance des questions avant le focus groupe afin que les échanges soient spontanés.

Afin de s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions pour la population ergothérapeutes exerçant en ESA, en amont du focus groupe, j'ai soumis le guide d'entretien à une ergothérapeute ayant exercé en ESA pendant plusieurs années pour test de validation.

5. Déroulé du focus groupe

Le focus groupe s'est déroulé le 19/04/2024 au sein de l'institut de formation l'ADERE durant une heure et cinquante minutes. Ce temps a été animé par une modératrice (moi-même) et une assistante, auprès de 6 ergothérapeutes participants. 2 ergothérapeutes (E2 et E3) se connaissaient au préalable car ils exercent tous deux au sein du même ESA. La totalité des participants a pu s'exprimer durant le focus groupe, nous notons toutefois un temps de parole plus important pour E2, E3 et E4.

Afin de limiter les biais et de pouvoir répondre à la problématique en regard avec la théorie nous n'avons pas donné la question de recherche aux participants mais le thème du mémoire : "La préconisation des aides technologiques auprès du couple aidant/aidé en ESA".

Les questions ont été affichées au fur et à mesure par le biais d'un vidéoprojecteur afin que les participants puissent s'y référer tout au long de la discussion.

Tous les participants du focus groupe ont été informés au préalable avec une note d'information et ont consenti par écrit à leur participation et à leur enregistrement via le formulaire de consentement (Annexe 4). Les échanges ont été enregistrés sur un dictaphone sécurisé, prêté par l'institut de formation.

Pour garantir l'anonymat des professionnels, les prénoms ont été remplacés par E1, E2, E3, E4, E5 et E6, ce qui correspond à l'ordre de leur première prise de parole lors du focus groupe.

Ergothérapeute	Année de diplôme	du Temps d'expérience au sein d'un ESA	Temps de présence au sein de l'ESA
E1	2022	1 an	Temps partiel 60%
E2	2020	3 ans	Temps partiel 50%
E3	2020	3 ans	Temps plein
E4	2018	2 ans	Temps plein
E5	2022	1 an	Temps partiel 50%
E6	2023	9 mois	Temps partiel 50%

TABLEAU 2 : PROFIL DES PARTICIPANTS

La retranscription du focus groupe se trouve en annexe (Annexe 5).

Partie 3 : Analyse et Discussion

1. Analyse des résultats

Le focus groupe réalisé pour cette recherche a permis d'obtenir des informations sur chaque question posée. Les données recueillies sont qualitatives de type sémantique. J'ai réalisé une analyse thématique pour identifier les thèmes récurrents dans le discours des participants (Van Campenhoudt et al., 2017). Après une transcription manuelle intégrale, plusieurs lectures de la retranscription ont permis de se familiariser avec les données, de générer les codages, les axes thématiques et ainsi définir les intitulés thématiques. L'analyse a permis de mettre en évidence quatre thèmes (intitulés thématiques), à savoir : la démarche de préconisation des gérontechnologies, ses freins, ses facilitateurs et ses résultats.

1.1. La démarche de préconisation

A travers les différentes questions, les ergothérapeutes ont explicité les étapes de la démarche de préconisation d'une aide technologique en ESA. Nous avons pu distinguer trois catégories (axes thématiques) à travers leurs propos, à savoir la démarche de préconisation attendue, la démarche de préconisation réelle, c'est à dire comment les ergothérapeutes s'adaptent, et la démarche de préconisation idéale.

Les ergothérapeutes ont mentionnés les différentes étapes de la démarche de préconisation attendue, à savoir :

- L'évaluation à travers un entretien auprès de la personne et de son aidant mentionnée par E1, E3 et E4 "*L'entretien préalable avec la personne, autant l'aidant que le patient, pour savoir vraiment vers quoi l'orienter.*" (E4). Un entretien où l'ergothérapeute va recueillir les demandes des usagers cités par E1, E2 et E3 "*recueillir ce dont il a besoin*" (E1). L'évaluation de l'environnement énoncé par E "*selon la présence d'enfants ou d'autres personnes au niveau de leur entourage qui peuvent les aider, cela peut être compliqué d'installer quelque chose de numérique, ou tout du moins de connecté.*" (E1). L'évaluation par l'observation évoquée par E3 "*puisque j'ai observé, j'ai évalué certaines choses*" (E3). L'évaluation en situation réelle précisée par E3 "*la mise en*

situation réelle” (E3) où l’ergothérapeute évalue les capacités et les besoins des bénéficiaires relevé par E1, E3 et E4 “*En fonction des capacités du patient à chaque fois.*” (E4).

- Suite à son évaluation, l’ergothérapeute élabore un cahier des charges mentionné par E2 “*en fonction du cahier des charges qu’on aura dressé*” (E2). Notamment la question du financement de l’aide technologique citée par E1 “*on va essayer de voir si déjà au niveau de l’aspect financier, s’il y a des difficultés*” (E1).
- L’ergothérapeute va ensuite rechercher une ou plusieurs aides technologiques qui correspondent au cahier des charges énoncé par E1, E2 et E3 “*cela nécessite de faire des recherches*” (E2).
- Après sa recherche, l’ergothérapeute réalise des essais évoqué par E1, E2 et E3 “*voir si déjà cela est possible de faire des essais dans le meilleur des cas*” (E1)
- Suite à l’acquisition de l’aide technologique, l’ergothérapeute accompagne les usagers dans leur utilisation précisé par E4 “*on peut travailler l’appropriation de l’aide technique avec le patient*” (E4)

Ainsi, les étapes de préconisation d’une aide technologique sont identiques aux étapes de préconisation d’une aide technique (évaluation, cahier des charges, recherche, essai, entraînement à l’utilisation). Les ergothérapeutes interrogés connaissent et citent ces différentes étapes. Nous pouvons distinguer que, dans la démarche de préconisation attendue, ce sont l’évaluation (cités par quatre professionnels), la recherche (cités par trois professionnels) et l’essai (cités par trois professionnels) qui sont les plus mentionnés par les participants.

Cependant, le discours des ergothérapeutes révèlent un écart entre ce qui est attendu d’une démarche de préconisation en théorie et ce qui est fait concrètement en pratique, les professionnels nous ont renseignés sur les adaptations qu’ils mettent en place sur le terrain pour pouvoir réaliser leur intervention, comme :

- Acquérir des aides technologiques au sein de l’ESA pour faciliter les essais et les prêts en s’affranchissant du revendeur mentionné par E1, E2 et E3 “*on a*

une horloge numérique qu'on peut mettre en prêt" (E1), *"je trouve que c'est une liberté qui est assez intéressante, puisqu'elle ne dépend plus d'un revendeur"* (E2)

- Utiliser les offres commerciales (mois d'essai gratuit, délai de rétraction, etc.) cité par E2 *"à 2 ou 3 produits similaires, s'il y en a un qui propose un essai gratuit, je vais peut-être plus envoyer la personne vers celui-ci, ou alors qu'il y ait un retour gratuit possible."* (E2)
- Adapter les aides technologiques au bénéficiaire énoncé par E3 *"On passe beaucoup de temps à simplifier les interfaces pour que la personne puisse l'utiliser."* (E3)
- Réaliser plusieurs suivis si nécessaire évoqué par E2 *"Des fois, il faut un suivi, deux suivis pour la mise en place des aides technologiques ou autre."* (E2)
- Associer un professionnel à l'apprentissage de l'aide technologique précisé par E4 *"Cela m'est déjà arrivé de proposer que l'aide à domicile participe à une séance ou moi de me caler sur ses heures de séance pour venir lui montrer"* (E4)
- Prendre sur son temps personnel pour réaliser des recherches relevé par E4 *"je peux prendre sur mon temps de repas"* (E4)
- Échanger avec les partenaires pour adapter le financement mentionné par E3 *"On pouvait réduire sur plusieurs mois pour étaler le financement."* (E3)

Donc, nous l'avons vu plus haut, les participants connaissent les différentes étapes de préconisation, mais différents freins, que nous allons développer dans la partie suivante, leur empêchent de les réaliser toutes. Conscients de cet écart et afin d'effectuer leur intervention, les ergothérapeutes adaptent leurs pratiques et mettent en place des moyens variés. L'adaptation la plus représentée est l'acquisition des aides technologiques au sein de l'ESA, mentionnée par trois professionnels. Cette adaptation vise à faciliter les essais et les prêts en s'affranchissant du revendeur.

Enfin, pour réduire l'écart entre la démarche de préconisation attendue et la démarche de préconisation réelle et afin d'approcher au plus près des attentes de la démarche de préconisation, les participants ont imaginés des choses à modifier, à améliorer et des moyens à mettre en place tels que :

- Des modifications des moyens d'intervention en ESA à savoir : des séances supplémentaires mentionnées par E3 et E6 *"là il y a 15 séances, ce serait avoir un peu plus de séances"* (E6), des séances dédiées à la préconisation (E6) *"des séances dédiées vraiment à la préconisation"* (E6) et des séances réparties sur une plus longue période (E3) *"pouvoir les étaler un peu plus sur l'année, pour voir un peu à J+3, puis une semaine, puis un mois, puis 4 mois"* (E3)
- Pourvoir tester les aides technologiques en amont et pouvoir réaliser plus d'essais cité par E3, E4 et E5 *"pouvoir absolument tout tester"* (E4), *"d'avoir accès plus facilement à l'essai des aides technologiques"* (E3)
- Faciliter la recherche de l'aide technologique et la veille technologique énoncé par E1, E3 et E6 *"avoir des outils facilitant au niveau de la recherche"* (E3), *"un fichier avec toutes les aides technologiques"* (E6), *"pour s'informer et réactualiser nos connaissances, acquérir de nouvelles connaissances aussi"* (E3)
- Des financements pour les aides technologiques évoqué par E2 *"en tant qu'ergothérapeute si on estime qu'une aide technologique est nécessaire au maintien à domicile, qu'elle puisse être remboursée"* (E2)
- Une offre d'aides technologiques adaptées au public âgé et modifiable précisée par E1 et E2 *"Les aides technologiques, il y en a pas mal qui ne sont pas forcément adaptés aux personnes, déjà pensés et adaptés pour les personnes âgées. Cela serait bien que ce soit un petit peu plus réfléchi à ce niveau-là."* (E1), *"j'aimerais bien pouvoir avoir accès aux interfaces, pouvoir modifier plein de paramètres, qu'on ait plus de marge de manœuvre au niveau des interfaces"* (E2)
- Davantage de lieux de présentation des aides technologiques et avoir la possibilité de s'y rendre avec les patients relevé par E3 et E4 *"davantage de showrooms avec beaucoup d'aides technologiques"* (E4)

Malgré leurs adaptations mises en place, l'écart entre démarche de préconisation attendue et réelle demeure. Conscients de cette distance, les ergothérapeutes élaborent leurs propres idées de moyens, d'outils à mettre en place, à modifier pour améliorer leur intervention. Parmi ces idées, les plus représentées concernent les essais (trois professionnels mentionnent la possibilité de réaliser des tests en amont et de réaliser davantage d'essais) et la recherche (trois professionnels

évoquent des outils et des moyens qui faciliteraient la recherche de l'aide et la veille technologique).

Pour conclure, à travers les trois catégories (démarche de préconisation attendue, réelle et idéale) du thème "la démarche de préconisation", deux idées se détachent des autres par leur fréquence à savoir la réalisation d'essai (citée neuf fois par les participants) et la recherche de l'aide technologique (citée six fois par les participants).

1.2. Les freins

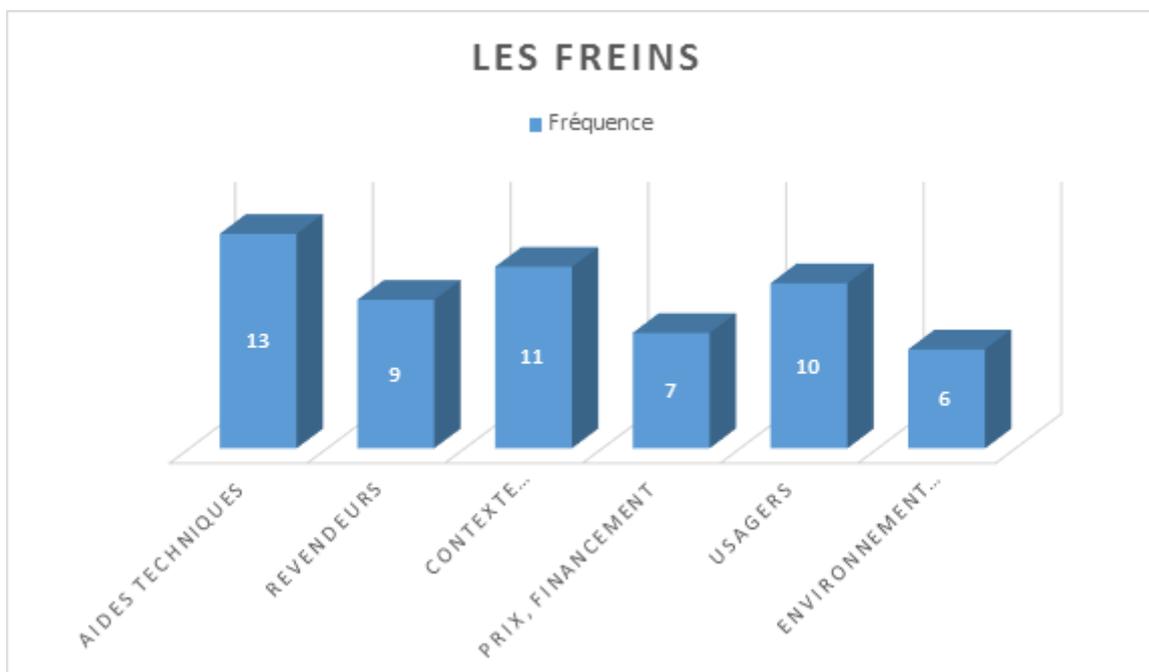


FIGURE 1 : LES FREINS

Comme le révèle le graphique ci-dessus, les freins liés aux gérontechnologies sont les plus présentes dans le discours des ergothérapeutes avec 13 occurrences. Dans ces limites relatives aux technologies, nous pouvons distinguer plusieurs motifs :

- Le manque d'esthétisme de ces dispositifs mentionnés par E3, E4 et E5 « *esthétiquement parlant, ils ne la trouvent pas belle* » (E3)
- L'inadaptation de ces aides aux personnes âgées cités par E1, E2 et E3 « *la date est écrite trop petite* », « *il y a trop d'informations* » (E3)

- La complexité d'utilisation de ces outils énoncés par E1 et E3 « *les interfaces se veulent modernes mais du coup sont trop compliquées pour les personnes* » (E3)
- Le nombre important de ces dispositifs sur le marché et leur renouvellement rapide évoqués par E2 et E3 « *il y a 1000 trucs qui existent dont on n'est pas au courant* » (E3), « *tous les jours, il y a du nouveau matériel qui sort* » (E2)
- L'indisponibilité de ces aides précisée par E3 « *il n'y a pas d'équivalent accessible et encore sur le marché* » (E3)
- L'impossibilité de modifier ces outils relevée par E2 « *il y a peu de choses qui sont modifiables [...] on ne peut pas toucher au logiciel de base* » (E2)
- La nécessité d'un environnement adapté pour ces dispositifs nommée par E4 « *il faut quand même avoir une connexion wifi* » (E4)

Ainsi, les gérontechnologies en elles-mêmes, de leur conception à leur usage, apparaissent aux yeux des ergothérapeutes comme des obstacles à leur préconisation, en particulier leur manque d'esthétisme (mentionné par trois participants) et leur inadaptation aux personnes âgées (mentionnée par trois participants).

Les seconds freins les plus représentés dans les propos des professionnels avec 11 occurrences sont les freins liés au contexte d'intervention en ESA. Dans ces limites relatives au contexte d'intervention en ESA, nous pouvons discerner différentes causes :

- Le nombre limité de séances en ESA mentionnés par E2, E3, E5 et E6 « *avec la temporalité des séances, des fois ça passe très vite* » (E2)
- Le temps de recherche important qui est non valorisé sur le temps de travail énoncés par E1, E2, E3 et E4 « *il y a beaucoup de recherches [...] ça prend du temps et on ne peut pas accorder un temps incommensurable à ça [...] surtout que ce n'est pas forcément compris comme du temps utile par l'administration* » (E4)
- La préconisation tardive dans l'accompagnement cité par E1 et E5 « *si on la met en place un peu plus tard dans la prise en charge, c'est un petit peu plus compliqué* » (E1)

- L'absence de véhicule pour les visites évoqués par E3 *“si on est en transport, ça serait certainement plus difficile selon le matériel”* (E3)

Donc, le contexte d'intervention en ESA se révèle, d'après les ergothérapeutes, comme une limite notable à la préconisation des gérontechnologies, spécifiquement le nombre de séances limité (cité par quatre participants) et le temps de recherche non valorisé (cité par quatre participants).

Les troisièmes freins les plus fréquents dans les paroles des professionnels avec 10 occurrences sont les freins liés aux usagers (aidant et personne aidée). Dans les difficultés rapportées, nous pouvons identifier divers éléments :

- Le manque d'appétence pour la technologie voir son rejet mentionnés par E1, E2 et E3 *“on est [...] entre deux générations, celle qui a grandi avec les technologies et l'autre pour qui des fois il y a une espèce de rejet”* (E2)
- L'anosognosie des personnes accompagnées cités par E1 et E4 *“quand la personne n'a pas forcément conscience des troubles qu'elle a, la faire accepter une aide technologique, ça peut être compliqué”* (E1)
- L'isolement de l'utilisateur évoqués par E2 et E4 *“si la personne est isolée [...] les démarches que ça entraîne, ça rend difficile”* (E2)
- L'épuisement de l'aidant énoncés par E2 *“on peut faire face aussi à un aidant qui va être épuisé”* (E2)
- Le défaut de motivation précisé par E3 *“si elle n'est pas motivée, on peut travailler avec elle pendant quinze séances, ça ne changera pas grand-chose”* (E3)
- La sévérité des troubles relevé par E2 *“ça va être plus difficile aussi à partir du moment où il y a des capacités qui vont être moins importantes [...] pour les personnes qui ont des troubles plus importants”* (E2)

Alors, certaines difficultés rencontrées par les usagers se manifestent, selon les ergothérapeutes, comme des limites à la préconisation des gérontechnologies, en particulier, le manque d'appétence voir le rejet de la technologie (énoncé par trois participants), l'anosognosie (énoncée par deux participants) et l'isolement de l'utilisateur (énoncé par deux participants).

Les quatrièmes freins les plus présents dans le discours des ergothérapeutes avec 9 occurrences sont les freins liés aux revendeurs. Dans ces limites relatives aux revendeurs, nous pouvons distinguer plusieurs motifs :

- L'impossibilité de réaliser des essais mentionnés par E1 et E3 *“Ils m’ont proposé le panel de produits qu’ils ont. Ils n’ont pas forcément en essai, la plupart du temps d’ailleurs.”* (E1)
- L'impossibilité de tester les aides en amont cités par E2 et E3 *“je ne vais pas appuyer ma préconisation sur cet avis-là, puisque je n’ai pas pu la tester auparavant”* (E3)
- L'enjeu commercial énoncés par E1, E2, E3 et E4 *“je leur demande de commander certains matériels, je leur assure que j’aurai plusieurs patients qui en auraient besoin pour qu’ils acceptent de le faire”* (E4)
- Le manque de connaissances des revendeurs sur ces aides évoqué par E4 *“il a fallu que je forme mon revendeur médical [...] je pense qu’ils n’ont pas encore bien connaissance de ces aides techniques là”* (E4)
- Le risque de vente abusive précisé par E4 *“un patient qui avait adhéré à une téléalarme, mais c’était frauduleux”* (E4)

Ainsi, les difficultés rencontrées avec les revendeurs apparaissent aux yeux des ergothérapeutes comme des obstacles à leur préconisation, spécialement l'impossibilité de tester l'aide technologique en amont et de réaliser des essais (mentionnée par quatre participants) et l'enjeu commercial des revendeurs (mentionné par quatre participants).

Les cinquièmes freins les plus représentés dans les propos des professionnels avec 7 occurrences sont les freins liés au prix et au financement des gérontechnologies. Dans ces limites relatives au prix et au financement, nous pouvons discerner trois raisons :

- le prix important de ces aides mentionnés par E1, E2 et E4 *“Je ne vais pas proposer des choses avec un coût important, tout en sachant les moyens financiers des bénéficiaires que j’accompagne.”* (E2)

- Le manque de financement de ces aides cités par E1, E3 et E6 *"l'APA, ce n'est pas comme avec la MDPH, c'est une enveloppe globale, ça prend sur le plan d'aide"* (E3)
- La disparité de financement selon les régions énoncés par E3 *"en Auvergne, il y a un financement pour la tablette de l'APA [...] en ile de France, ça ne se fait pas forcément"* (E3)

Donc, le prix et le financement des gérontechnologies se révèlent, d'après les ergothérapeutes, comme une limite notable à leur préconisation, spécifiquement leur prix important (cité par trois participants) et leur manque de financement (cité par trois participants).

Les freins les moins fréquents dans les paroles des professionnels avec six occurrences sont les freins liés à l'environnement de l'ergothérapeute. Dans les obstacles relatifs à l'environnement de l'ergothérapeute, nous pouvons identifier différents motifs :

- Le manque d'interlocuteurs mentionné par E3 *"j'ai peu d'interlocuteurs"* (E3)
- La formation insuffisante sur ces aides (initiale et continue) cités par E2 et E3 *"une formation dans l'année, pour y arriver, faut être au taquet sur les inscriptions"* (E3)
- Le manque d'orientation énoncés par E2 et E6 *"on n'a pas forcément les références de tous les produits proposés [...] il n'y a pas de renseignement pour pouvoir se procurer ce matériel"* (E6)
- Les délais longs pour obtenir des réponses évoqué par E3 *"on m'a répondu que le temps de délai de réponse était très long"* (E3)

Alors, certains éléments de l'environnement de l'ergothérapeute se manifestent, selon les ergothérapeutes, comme des limites à la préconisation des gérontechnologies, en particulier, la formation insuffisante sur ces aides (énoncée par deux participants) et le manque d'orientation (énoncée par deux participants).

En conclusion, à travers les six catégories de freins, quatre idées se détachent des autres par leur fréquence, toutes mentionnées par quatre ergothérapeutes, à

savoir le temps de recherche non valorisé, le nombre de séances limités, l'impossibilité de réaliser des tests en amont et des essais et l'enjeu commercial des revendeurs.

1.3. Les facilitateurs

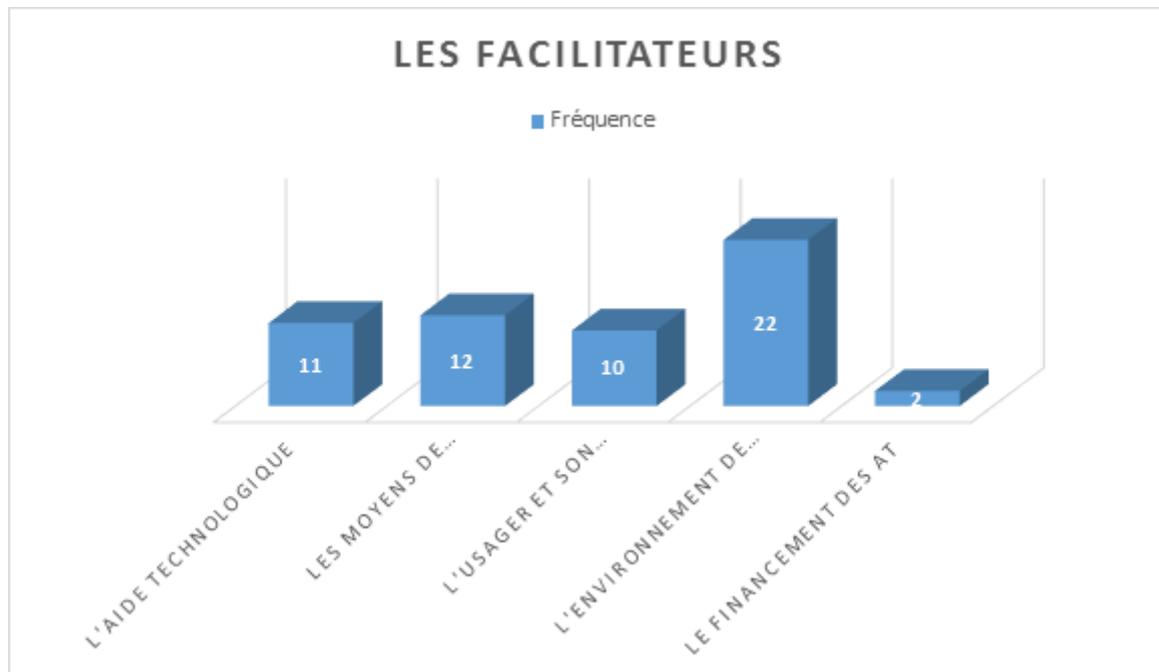


FIGURE 2 : LES FACILITATEURS

Comme le révèle le graphique ci-dessus, les facilitateurs liés à l'environnement de l'ergothérapeute sont les plus présents dans le discours des ergothérapeutes avec 22 occurrences. Dans ces ressources qui concernent l'environnement de l'ergothérapeute, nous pouvons distinguer différentes catégories, à savoir :

- Les Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques (CICAT) énoncés par E1, E2, E3 et E6 *“Le CICAT apporte des idées sur les recherches qu'on peut faire, sur les choses existantes”* (E1)
- Les salons, les showrooms évoqués par E1, E4, E5 et E6 *“Le showroom, ils reçoivent toutes les personnes : professionnels, particuliers. Il y a un appartement, un espace qui fait office d'appartement thérapeutique et les personnes peuvent tester ce qu'il y a”* (E6)
- Les échanges entre collègues et entre différentes structures relevés par E1, E2, E4 et E6 *“Au niveau interprofessionnel, ça peut aller jusqu'à des échanges avec d'autres structures partenaires, comme les accueils de jour. Sur certaines situations de patients où la psychologue de la plateforme de répit où le DAC car*

on parle d'un patient et on se questionne sur qu'est-ce qu'on peut mettre en place. Cela arrive comme ça qu'on apprend de ces autres professionnels une connaissance de technologies très intéressantes qu'elles ont pu tester.” (E4)

- *Les rencontres inter ESA cités par E1, E3 et E4 “c'est vraiment bien les réunions inter ESA [...] je pense que c'est une bonne façon de gagner du temps, justement sur la veille technologique ou de prendre connaissance de tout ce qui peut exister avec des retours concrets d'expérience” (E4)*
- *Les revendeurs nommés par E1, E2 et E3 “les revendeurs sont là pour aussi nous nous aiguiller d'un point de vue technique” (E3)*
- *Les formations (initiales et continues) mentionnés par E3 et E4 “on a un grand nombre de formations dans la structure” (E4)*
- *Les réseaux sociaux précisés par E1 et E3 “J'ai tendance à consulter les groupes qu'il peut y avoir sur facebook, parce qu'il y a pas mal de questions qui ont déjà été posées sur des aides technologiques et des aides techniques aussi. C'est assez intéressant pour voir les retours de chacun.” (E1)*

Ainsi, l'environnement de l'ergothérapeute apparaît aux yeux des professionnels comme un soutien à leur préconisation, en particulier les CICAT, les salons, les showrooms, les échanges entre professionnels (mentionnés par quatre participants) et les rencontres inter ESA (mentionnées par trois participants).

Les seconds facilitateurs les plus représentés dans les propos des professionnels avec 12 occurrences sont les facilitateurs liés aux moyens de l'ergothérapeute en ESA. Dans ces appuis relatifs aux moyens de l'ergothérapeute en ESA, nous pouvons discerner de nombreux éléments :

- *Réaliser des essais mentionnés par E2, E3, E4 et E6 “le fait de mettre à l'essai pendant 2 ou 3 jours, je vois chez certains bénéficiaires que ça rassure” (E6)*
- *Pouvoir tester en amont l'AT évoqués par E2 et E6 “déjà pour vous, pour pouvoir l'essayer avec votre téléphone et un ordinateur, cela permet d'avoir ce recul là avant même de préconiser” (E2)*
- *L'expérience de l'ergothérapeute relevée par E2 et E4 “je suis un peu arrivée avec un bagage parce que j'avais une grand-mère qui avait eu la maladie d'Alzheimer, donc j'avais eu le temps de découvrir tout ça.” (E4)*

- Mettre en place tôt l'AT dans l'accompagnement citée par E1 *“quand c'est mis en place assez tôt dans la prise en charge, cela permet d'être un peu plus travaillé avec la personne, aussi avec l'aidant. Du coup, cela permet d'avoir une meilleure utilisation, qu'elle soit plus pérenne dans le temps.”* (E1)
- La relation de confiance, la relation thérapeutique énoncée par E2 *“une fois que la relation de confiance est mise en place, la relation thérapeutique [...] ça c'est très important dans l'acquisition des aides technologiques.”* (E2)
- L'approche systémique précisé par E4 *“dans notre vision systémique, on intègre tout l'environnement : du patient, l'aide à domicile”* (E4)
- Être véhiculé nommé par E3 *“Nous dans [tel département], on est véhiculé, donc c'est vrai que ça nous permet aussi de pouvoir prendre différents matériels”* (E3)

Donc, les moyens de l'ergothérapeute en ESA se révèlent, d'après les professionnels, comme des appuis notables à la préconisation des gérontechnologies, spécifiquement la réalisation d'essai (citée par quatre participants).

Les troisièmes facilitateurs les plus fréquents dans les paroles des professionnels avec 11 occurrences sont les facilitateurs liés aux gérontechnologies. Dans ces atouts liés aux gérontechnologies, nous pouvons identifier diverses raisons :

- Le côté visuel, visible de l'AT mentionnés par E2, E3 et E4 *“c'est quand même visuellement, je trouve, très aidant “* (E4)
- La possibilité de réaliser des essais et des prêts cités par E2 et E4 *“l'avantage de la tablette, c'est qu'on peut l'essayer un mois gratuitement avec les patients”* (E4)
- La simplicité d'utilisation, l'accessibilité de l'AT énoncés par E2 et E3 *“on peut la débrancher, la brancher, l'écriture se met en place toute seule”* (E3)
- La possibilité de modifier l'AT relevé par E2 et E6 *“on peut modifier énormément de paramètres sur la tablette”* (E2)
- Les fabricants sollicitant les avis des ergothérapeutes évoqué par E2 *“on a pu en essayer d'autres qui essayent vraiment d'avoir nos retours pour s'approcher au plus près des personnes âgées”* (E2)

- La diversité de choix précisée par E2 *“il existe pleins de modèles, cela permet vraiment de pouvoir cibler les besoins de la personne et de trouver ce qui correspond le mieux”* (E2)

Alors, certaines caractéristiques des gérontechnologies se manifestent, selon les ergothérapeutes, comme des atouts à leur préconisation, en particulier, le côté visuel de l'aide technologique (énoncé par trois participants).

Les quatrièmes facilitateurs les plus présents dans le discours des ergothérapeutes avec 10 occurrences sont les facilitateurs liés à l'utilisateur et son environnement. Dans ces soutiens liés à l'utilisateur et son environnement, nous pouvons distinguer plusieurs éléments :

- La mise en place de l'AT par l'utilisateur et/ou son aidant mentionné par E2, E3 et E4 *“j'ai une bénéficiaire qui l'a mis automatiquement en place l'année dernière”* (E3)
- Le soutien de l'aidant et de l'entourage cités par E1, E2 et E4 *“quand il y a un aidant dans la boucle, pour moi, cela facilite le plus souvent la mise en place du matériel”* (E2)
- La volonté, la motivation du bénéficiaire et de son aidant évoquées par E1 et E3 *“je pense qu'il y a aussi une grosse partie qui est dû à la volonté et la motivation du bénéficiaire, il faut que la personne ait vu l'utilité pour elle, qu'elle ait compris que dans son quotidien ça lui soit utile”* (E3)
- L'aide à domicile énoncée par E4 *“l'aide à domicile qui est là, parfois plus souvent qu'un ami, est très importante et a besoin d'être incluse pour pouvoir se saisir des outils”* (E4)
- L'expérience de la technologie précisée par E2 *“les ergothérapeutes qui je pense vont travailler en ESA dans les années à venir, dans les 10/20 ans à venir, ils n'auront plus les mêmes problématiques que nous, puisqu'en fait on aura tous vécu avec au moins 10/20 ans de portable derrière nous, donc plus facilement effectivement l'accès à la technologie aussi”* (E2)

Ainsi, l'utilisateur et son environnement apparaissent, aux yeux des ergothérapeutes, comme des soutiens à la préconisation des gérontechnologies, en

particulier lorsque l'aide technologique est mise en place par l'utilisateur et/ou son aidant (mentionnés par trois participants) et le soutien de l'aidant et de l'entourage (mentionné par trois participants).

Les facilitateurs les moins représentés dans les propos des professionnels avec 2 occurrences sont les facilitateurs liés au financement des gérontechnologies. Dans ces aides relatifs au financement, nous pouvons discerner un unique élément :

- Le financement APA mentionnés par E3 et E4 *“en Auvergne, il y a un financement pour la tablette de l'APA”* (E3)

Alors, le financement APA se manifeste, selon deux ergothérapeutes, comme une aide à la préconisation des gérontechnologies.

En conclusion, à travers les cinq catégories de facilitateurs, quatre idées se détachent des autres par leur fréquence, toutes mentionnées par quatre ergothérapeutes, à savoir les CICAT, les salons, les showrooms, les échanges entre professionnels et la réalisation d'essais.

1.4. Les résultats

Au fil des échanges, les ergothérapeutes ont partagé leurs expériences de préconisations des gérontechnologies. Des expériences dites « positives » de mise en place du dispositif qui relatent les bénéfices apportés aux usagers et des expériences dites « négatives » d'échec de mise en place de l'outil, de sa non-utilisation et de son abandon.

Dans les expériences dites “positives”, les ergothérapeutes ont mentionnés :

- Les bénéfices apportés aux usagers (E2, E3, E4, E5 et E6) notamment l'orientation temporelle (E2, E4, E5 et E6) *“la personne se repérait un peu plus dans le temps avec l'horloge numérique”* (E6), la diminution de l'anxiété (E4), la stimulation cognitive (E3) et la création de lien (E3).

Dans les expériences dites “négatives”, les ergothérapeutes ont rapportés :

- Lorsque l'aide technologique n'a pas pu être mise en place (E2, E3, E4 et E6) *“Ensuite, on se retrouve à 15 séances et à la fin, il n'y a rien qui a été mis en place.”* (E6)
- Quand l'aide technologique est source d'incompréhension et est non utilisée (E3) *“il y a ce bracelet parce qu'on ne sait pas à quoi il sert des fois. Il y a des personnes âgées chez nous, ils ont le bracelet ou le collier téléalarme et on leur demande à quoi ça sert ce que vous avez autour du cou et ils répondent : je ne sais pas”* (E3)

Ainsi, les ergothérapeutes distinguent leurs expériences de préconisation dites “positives” des expériences dites “négatives”. Les participants reconnaissent les bénéfices apportés par les gérontechnologies, en particulier une meilleure orientation temporelle (mentionnée par quatre participants). Dans les expériences “négatives”, nous constatons dans le discours des professionnels, qu'elles sont liées plus fréquemment à la non mise en place de l'aide technologique (citée par quatre ergothérapeutes), plutôt qu'aux difficultés rencontrées par l'usage de l'aide technologique (énoncé par un participant).

1.5. Résumé de l'analyse des résultats

Pour résumer, l'analyse des résultats a permis de mettre en lumière plusieurs éléments dans chaque thème. Cependant, deux idées se distinguent des autres par leur présence et leur fréquence dans plusieurs thèmes, à savoir la réalisation d'essai (présente dans trois thèmes et mentionnée 17 fois) et la recherche de l'aide technologique (présente dans deux thèmes et mentionnée 10 fois).

2. Discussion

2.1. Confrontation résultats de l'enquête et cadre conceptuel

Au regard de notre cadre théorique et des résultats de l'enquête, nous pouvons retrouver les éléments suivants dans les deux parties. Concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants et dans le cadre d'une préconisation d'aide technologique, les ergothérapeutes ont confirmé la difficulté pour ces personnes de réaliser de nouveaux apprentissages (France Alzheimer, 2023),

(HAS, 2023), (Trouvé, 2011), le défaut de motivation rencontré (que nous pouvons relier à l'apathie) (France Alzheimer, 2023), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011), l'anosognosie qui freine l'acceptation de l'aide (France Alzheimer, 2022), (HAS, 2023), (Trouvé, 2011), le soutien important des aidants notamment dans les tâches administratives (Besnard et al., 2019) et qui peut conduire à l'épuisement de ces derniers (Besnard et al., 2019). A propos du maintien à domicile, les participants du focus groupe corroborent les missions d'évaluation et de préconisation de l'ergothérapeute en ESA (Normand & Martin, 2023), (HAS, 2010), l'influence majeure de la réalisation d'essai en situation écologique (HAS, 2007), (ANFE, 2023) et de la relation thérapeutique dans la préconisation d'aides techniques (Ung, 2014). Au sujet de l'aménagement du domicile et des gérontechnologies, les professionnels témoignent de la résistance des couples à modifier leur environnement (esthétisme) (Corlay & Trouvé, 2012), (Trouvé, 2012) mais également des bénéfices apportés par les gérontechnologies (orientation temporelle, diminution de l'anxiété) (Rialle, 2012), (Biard & Pouplin, 2012), (Rigaud et al., 2011), (Rialle, 2007). Les ergothérapeutes corroborent la littérature sur le manque d'information et de formation des professionnels pour diffuser les gérontechnologies (Biard, 2014), sur l'offre actuelle d'aides vue comme peu adaptée et accessible aux personnes âgées (Biard, 2014), (Bier et al., 2022), sur la nécessité d'évaluer ces dispositifs (Aissaoui & Barcenilla, 2021), (Rialle, 2007) et sur le manque de financement de ces outils (Bier et al., 2022), (Biard & Pouplin, 2012), (Rigaud et al., 2011), (Rumeau et al., 2020)., éléments mis en évidence par le rapport Denormandie-Chevalier en 2020, ces éléments entraînent un non recours, un mésusage, une non-utilisation ou un abandon de l'aide technologique (observés par les participants du focus groupe).

Cependant, des éléments révélés par la littérature ne se retrouvent pas dans les résultats de l'enquête à savoir le lien entre l'environnement et l'occupation et le lien entre la mémoire procédurale (Caire et al., 2019), (Trouvé, 2012) et les habitudes (Caire et al., 2019), (Trouvé, 2012) dans la maladie d'Alzheimer. Concernant les gérontechnologies, les questionnements éthiques sur le consentement (Rumeau et al., 2020), (Rialle, 2014) ou la protection des données (Rumeau et al., 2020), (Bier et al., 2022) n'ont pas été évoqués par les ergothérapeutes. De plus, ils n'ont pas rencontré de difficulté d'installation ou de maintenance des dispositifs (Rigaud et al.,

2011), (Biard, 2014). L'importance de l'entraînement à l'utilisation de ces aides (Ung, 2014) n'a été précisée que par deux ergothérapeutes (E1 et E4).

A l'inverse, le focus groupe a dévoilé de nouveaux éléments absents du cadre théorique notamment les adaptations mises en place par les professionnels pour réaliser leur préconisation, les difficultés qu'ils rencontrent dans la recherche de l'aide technologique, leur manque de temps dédié à la préconisation dans le contexte d'intervention en ESA et enfin la force du CICAT, des salons, des showrooms et des échanges et des partages entre professionnels (lors des rencontres inter ESA notamment) pour améliorer leur intervention.

Ces nouveaux éléments nous amènent à éclairer le terme CICAT de manière théorique. Favoriser l'accès aux aides techniques et développer les connaissances sur ces aides font partie des missions des CICAT. Ils ont pour rôle d'informer, de conseiller et d'évaluer les besoins en aides techniques, en aménagements de logement et de véhicule, les personnes, leurs proches et les professionnels qui les accompagnent de manière gratuite et neutre (CNSA, 2019), (Goutard & Egli, 2022).

De nombreux CICAT disposent d'espaces d'exposition permanente d'aides techniques. Ces espaces permettent aux personnes, à leurs proches et aux professionnels de voir et d'essayer les aides techniques. Certains CICAT proposent des prêts d'aides techniques aux particuliers et aux professionnels. L'espace d'exposition permanente peut parfois prendre la forme d'un appartement, facilitant les échanges, les mises en situation, et aidant les personnes à se projeter dans l'usage d'une aide technique ou la réalisation de travaux (CNSA, 2019), (Goutard & Egli, 2022).

2.2. Validation des hypothèses et réponse à la problématique

Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les gérontechnologies préconisées par les ergothérapeutes en ESA, d'explicitier leur démarche de préconisation de ces aides, d'apprécier s'ils ont conscience de la problématique d'accès et d'appropriation des gérontechnologies et recenser leurs réponses à cette problématique.

Durant le focus groupe, les professionnels ont partagé les gérontechnologies qu'ils préconisent le plus souvent, à savoir l'horloge calendrier numérique, la tablette

et le téléphone portable adapté (cf annexe 5). L'analyse du discours des participants a révélé que leur démarche de préconisation des gérontechnologies est identique à la démarche de préconisation des aides techniques. L'étude a confirmé que les ergothérapeutes ont bien conscience de la problématique d'accès et d'appropriation des gérontechnologies, comme en témoignent leurs réponses recensées dans le thème des freins à la préconisation. De plus, les professionnels œuvrent dans leur pratique pour faciliter l'accès et l'appropriation des gérontechnologies comme le révèlent leurs adaptations citées dans le thème de la démarche de préconisation réelle.

L'enquête avait également pour ambition d'évaluer si la réalisation d'essai des gérontechnologies en situation écologique a un impact positif sur l'accès et l'appropriation du couple aidant/aidé, et si l'accompagnement dans l'apprentissage de l'utilisation de l'aide technologique a un impact positif sur leur accès et leur appropriation.

Concernant la réalisation d'essai en situation écologique, nous pouvons valider cette hypothèse au regard des résultats du focus groupe. La réalisation d'essai est présente dans trois des quatre thèmes mis en lumière par l'analyse et est mentionnée à 17 reprises tout au long du focus groupe. Cette étape de la démarche de préconisation trouve sa place dans les moyens idéaux et dans les adaptations mises en place par les ergothérapeutes. L'impossibilité de réaliser des essais apparaît comme un frein considérable à la préconisation et sa réalisation comme un puissant facilitateur.

En revanche, l'hypothèse portant sur l'accompagnement dans l'apprentissage n'est pas vérifiée, faute d'éléments suffisants, seules deux ergothérapeutes mentionnent l'entraînement à l'utilisation durant le focus groupe. Les questions posées lors du focus groupe ne permettent pas de récolter ce genre d'informations. De plus, au regard du contexte d'intervention en ESA et des limites exprimées par les ergothérapeutes, notamment un nombre limité de séance et un manque de temps dédié à la préconisation, majoré par le nombre de participants à temps partiel au sein de leur ESA, nous pouvons supposer que le contexte d'intervention en ESA ne permet pas à l'ergothérapeute de réaliser un entraînement à l'utilisation d'une aide technologique auprès du couple aidant/aidé.

2.3. Limites et biais de la recherche

Cette étude comporte plusieurs limites, concernant d'abord la population interrogée. Les participants ont entre 9 mois et 3 ans d'expérience au sein d'un ESA, nous pouvons supposer que certaines réponses seraient différentes auprès d'ergothérapeutes plus expérimentés, par exemple sur la difficulté de recherche de l'aide technologique.

De plus, les professionnels interrogés exercent exclusivement en région parisienne, nous pouvons présumer de la différence de certaines réponses, notamment sur les financements, les déplacements en véhicule ou la proximité des CICAT.

Bien que six participants soit un nombre honorable de participants pour un focus groupe, ce n'est pas un nombre représentatif de la population d'ergothérapeutes exerçants en ESA (pour rappel en 2017, 501 équipes spécialisées Alzheimer étaient en activité selon la Fondation Médéric Alzheimer).

Nous relevons d'autres limites relatives au focus groupe. La dynamique de groupe peut parfois conduire les participants à se conformer aux opinions dominantes du groupe, plutôt que d'exprimer leurs propres points de vue individuels, c'est le biais de conformisme (Délouée, 2013). Les participants peuvent être également amenés à modifier leurs réponses pour se conformer aux normes sociales ou pour être perçus favorablement par les autres membres du groupe ou par le modérateur, plutôt que de dire ce qu'ils pensent ou ressentent réellement, en sous estimant leurs problèmes par exemple, c'est le biais de désirabilité sociale (Délouée, 2013).

Enfin, nous identifions des limites provenant du chercheur, d'abord dans la construction du guide d'entretien, les questions posées ne permettaient pas de récolter des informations sur l'entraînement à l'utilisation des gérontechnologies. De plus, lors du focus groupe, lorsque les deux ergothérapeutes ont mentionné l'entraînement à l'utilisation, il aurait été pertinent de questionner le groupe à ce sujet pour recueillir d'autres réponses, par exemple, est-ce les ASG qui entraînent le couple aidant/aidé à l'utilisation de l'aide technologique ? Par ailleurs, il aurait été pertinent de questionner les participants au sujet de la satisfaction du couple aidant/aidé à propos de l'aide technologique (évaluation de la satisfaction, corrélation avec essai ou avec entraînement à l'utilisation, abandon, etc.). En tant que modératrice, j'ai pu

involontairement influencer les réponses des participants par ma façon de poser les questions ou de réagir à leurs réponses, avec des indices non verbaux par exemple, c'est le biais du modérateur (Salès-Wuillemin, 2006). En dernier lieu, en tant qu'apprentie chercheuse, mes attentes, mes préférences ou mes croyances personnelles peuvent influencer l'analyse des résultats de l'étude et l'interprétation des données, même si j'ai tendu vers le plus d'objectivité possible, c'est le biais de subjectivité (Salès-Wuillemin, 2006).

2.4. Apports et perspectives de l'étude

Cette étude, de par sa méthode de recueil de données, le focus groupe, a permis de réaliser un temps de rencontre et d'échange inter-ESA, entre des professionnels qui ne s'étaient pas rencontrés auparavant car exerçant dans différents départements. Les rencontres inter-ESA ont d'ailleurs été identifiées comme facilitateurs pour leur intervention par les ergothérapeutes lors du focus groupe. Les professionnels ont pu partager leurs expériences, leurs adaptations et leurs conseils des gérontechnologies.

Réaliser des recherches sur les gérontechnologies et animer un focus groupe à ce sujet m'a permis d'acquérir des savoirs sur ce thème. Ces connaissances m'ont donné l'opportunité de concevoir et conduire un temps pédagogique sur ces questions à l'attention des professionnels du Dispositif d'Appui à la Coordination au sein de mon dernier stage dans le cadre de ma formation en ergothérapie.

Lors des échanges durant le focus groupe, les ergothérapeutes ont partagé leurs difficultés dans la recherche de l'aide technologique. Ensemble, nous avons émis l'idée de la création d'un document collaboratif inter ESA répertoriant les gérontechnologies utiles pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou maladies apparentées, ainsi que leurs aidants. Le document serait modifiable et publié sur un groupe rassemblant les ESA en France sur un réseau social.

Au regard des résultats du focus groupe, il semblerait pertinent d'approfondir la réflexion engagée auprès d'une ergothérapeute exerçant dans un CICAT avec l'expérimentation EqLAAT, au détour d'un entretien individuel (annexe 3). Je soumettrais à la professionnelle les résultats du focus groupe, en particulier les freins mentionnés à la préconisation des ergothérapeutes en ESA afin d'évaluer si

l'expérimentation EqLAAT permettrait de répondre en partie aux obstacles identifiés dans l'étude.

Conclusion

La maladie d'Alzheimer touche un nombre croissant de personnes, avec des répercussions significatives sur les individus, leurs proches et leurs occupations. En réponse, les politiques publiques privilégient le maintien à domicile, soutenu par les proches aidants et l'intervention de diverses structures, notamment les équipes spécialisées Alzheimer. Les ergothérapeutes, au sein de ces équipes, proposent entre autres l'aménagement du domicile et la préconisation des gérontechnologies pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie et de leurs proches. Les gérontechnologies facilitent la vie quotidienne des patients et soutiennent le rôle des aidants. Toutefois, elles présentent aussi des limites, notamment en termes d'accessibilité et d'appropriation.

L'enquête auprès des ergothérapeutes en ESA a confirmé que les professionnels ont bien conscience de la problématique d'accès et d'appropriation des gérontechnologies et ils œuvrent dans leur pratique pour réduire ces limites. Cette étude suggère que la réalisation d'essais en situation écologique favorise l'accès et l'appropriation des gérontechnologies.

Cependant, l'enquête n'a pas pu démontrer que l'entraînement à l'utilisation d'une aide technologique contribue à l'accès et l'appropriation du couple aidant/aidé. Cela peut s'expliquer par le manque de temps dont disposent les ergothérapeutes en ESA pour réaliser ces entraînements.

L'étude a mis en lumière les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes lors de la recherche de l'aide technologique. Les CICAT et l'expérimentation EqLAAT semblent offrir des solutions pour faciliter la recherche et les essais, mais ce dispositif n'a pas vocation à se substituer à l'intervention de préconisation des ergothérapeutes en ESA.

En outre, le coût élevé des gérontechnologies, leur manque de financement, leur usage temporaire dû à l'évolution de la maladie d'Alzheimer et les matériaux non renouvelables nécessaires à leur fabrication soulèvent des questions sur l'accès à la propriété de ces aides. L'économie circulaire peut être une piste à explorer pour faciliter l'accès à l'usage de ces aides dans un souci de durabilité. Toutefois, la

complexité de la remise en état d'usage de ces technologies soulève la question de la responsabilité des fabricants dans ce processus.

Bibliographie

Aides France Alzheimer. (2024, mai). *Le droit au répit de l'aidant*. Aides France Alzheimer. <https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-pour-les-aidants-scenario-9-1/diver-scenario-9-1/le-droit-au-repit-de-laidant/>

Aissaoui, D. & Barcenilla, J. (2021). Aide à l'évaluation et à la prescription lors de la conception de gérontechnologies. *Gérontologie et société*, 43(164), 203-221. <https://doi.org/10.3917/g1.164.0203>

ANFE. (2023). *Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes*. Recommandations professionnelles. ANFE. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2024/03/Recommandations-AT.pdf>

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (2010). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*. Les Presses universitaires de France

Baluchon France. (2024, 22 mai). *Répit de longue durée pour les aidants | Baluchon France*. <https://baluchonfrance.com/>

Bérard, A., Gervès, C., Fontaine, R., Aquino, J-P., Plisson, M. (2015, Septembre). *Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?*, Fondation Médéric Alzheimer.

Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., Roy, D. (2019, novembre). *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)*. DREES, Les Dossiers de la DREES, 45.

Biard, N. & Pouplin, S. (2012). Les gérontechnologies. Dans : Eric Trouvé éd., *Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques* (pp. 345-353). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0345>

Biard, N. (2014). Les gérontechnologies au service des aînés ? Les enseignements d'une expérimentation de déploiement des technologies en situation écologique. In Izard M.-H. (ed.) *Expériences en ergothérapie vingt septième série* (p.244-252). Sauramps médical.

Bier, N., Rialle, V., Djellal, A., Jean, M., Brissonneau, C. & Williams-Jones, B. (2022). La personne âgée « assistée technologiquement » : quels défis éthiques ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(2), 171–183. <https://doi.org/10.7202/1089799ar>

Blavet, T., Caenen, Y. (2023, mai). *Les proches aidants : une population hétérogène*. DREES, Les Dossiers de la DREES, 110.

Boschat, C., (mars 2011). L'expérimentation d'une Equipe Spécialisée Alzheimer. *Ergothérapies*, volume (41).

Caire, J.-M., Tétreault, S & Sarrazy, B. (2019). Explorer « vivre chez soi » avec une personne ayant la maladie d'Alzheimer : récit de vie de couple. *ErgOTHérapies*, 73, p. 57-66.

Caleca, C. (2017). Modalités relationnelles au sein du couple âgé à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer. *Dialogue*, 216, 13-23. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dia.216.0013>

Clémenceau, S. (2016). Chapitre 39. Soutien et implication de l'aidant dans l'adaptation de l'environnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 579-593). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0579>

CNSA. (2008, février). *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*. https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

CNSA. (2023, octobre). *Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019*. CNSA. https://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf

Corlay, H. & Trouvé, E. (2012). L'aménagement du domicile des personnes âgées. Dans : Eric Trouvé éd., *Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques* (pp. 355-364). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0355>

Delouée, S. (2013). *Psychologie sociale*, Manuels visuels de Licence. Paris : Dunod.

Denormandie, P., et Chevalier, C., (2020). *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable*. https://7ae1e2a1-4fac-4415-b643-ada6fdd55d02.filesusr.com/ugd/b0c9db_9186c3f80eb849fc8dd212c40ea29c05.pdf

Dubois, B. (2019). *Alzheimer : La vérité sur la maladie du siècle*. France : Grasset.

Dreyer, P. & Ennuyer, B. (2017). Introduction. Dans : Pascal Dreyer éd., *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles: Acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile* (pp. 11-15). Chronique sociale. <https://doi.org/10.3917/chso.dreya.2017.01.0011>

Ennuyer, B. (2014). Chapitre 1. Le maintien à domicile comme répondant à un projet éthique de la société. Dans : B. Ennuyer, *Repenser le maintien à domicile: Enjeux, acteurs, organisation* (pp. 13-32). Paris: Dunod.

Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice : A Model for Authentic Occupational Therapy*. CIOTS.

Fondation Médéric Alzheimer. (2019, juin). *Équipes spécialisées Alzheimer*. La lettre de l'Observatoire, n° 53, 24 <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/wp-content/uploads/2023/03/lettre-obs-53-2019-06-equipes-specialisees-alzheimer-2.pdf>

France Alzheimer. (2023, octobre 26). *La maladie d'Alzheimer : âge, cause et évolution*. France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/premiers-reperes-maladie/>

France Alzheimer. (2023, octobre 26). *Les symptômes de la maladie d'Alzheimer : troubles pour faire face*. France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/symptomes-comprendre-faire-face/>

Georges, J., Bintener, C., & Miller, O. (2020, 28 janvier). *Dementia in Europe Yearbook 2019 : Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Alzheimer Europe. https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2019-estimating-prevalence-dementia-europe?language_content_entity=en

Graff, M.J.L., (mars 2011). Ergothérapie en milieu ordinaire de vie pour des patients atteints de démence et pour leurs aidants : essai contrôlé randomisé. *Ergothérapies*, volume (41).

Goutard, D., & Egli, R. (2022). Un exemple d'accompagnement autour des aides techniques dans le département de la Sarthe. *ErgOTHérapies*, 87, 15-22.

HAS. (2007). *Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? Quel processus ?*. Rapport de la commission d'audition. https://www.has-sante.fr/jcms/c_614534/fr/acquisition-d-une-aide-technique-quels-acteurs-quel-processus

HAS. (2010, mars). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_937359/fr/actes-d-ergotherapie-et-de-psychomotricite-susceptibles-d-etre-realises-pour-la-readaptation-a-domicile-des-personnes-souffrant-de-la-maladie-d-alzheimer-ou-d-une-maladie-apparentee

HAS. (2012, septembre). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels

HAS. (2023, septembre). *Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3193048/fr/services-d-aide-et-de-soins-a-domicile-accompagnement-des-personnes-atteintes-de-maladie-neurodegenerative

Kalfat, H. (2016). Chapitre 33. Le module « mode de vie et habitat » du bilan modulaire d'ergothérapie. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 491-499). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0491>

Le Borgne-Uguen, F. & Pennec, S. (2016). Chapitre 12. Les aménagements techniques pour préserver le « chez soi » : les négociations entre les habitants et les professionnels. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 175-203). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0175>

Leduc, F. (2020). Les proches aidants en France: De l'invisibilité à l'inscription dans les politiques publiques ?. *Gérontologie et société*, 42(161), 31-35. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/g1.161.0031>

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (2015). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031701024/

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025441587>

Marousé, O., Charras, K. (2012). Du bloc à l'espace : approche ergothérapique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile. Dans : *NPG*

Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 12, 15—23 <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.1016/j.npg.2011.05.007>

Normand, H., & Martin, A. (2023). Ergothérapie en équipe spécialisée Alzheimer : vers une pratique centrée sur l'occupation à domicile. *ErgOThérapies*, 91, 29-39. <https://doi.org/10.60856/tmmt-fd36>

Offenstein, É. (2016). Chapitre 15. Accompagner le changement. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 241-263). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0241>

OMS. (2023, septembre 17). *Démence*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Pour les personnes âgées. (2024, avril). *Équipes spécialisées Alzheimer ESA: des interventions à domicile*. Pour les personnes âgées. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/equipes-specialisees-alzheimer-esa-des-interventions-domicile>

Rabeux, C. (2023, 6 octobre). La deuxième stratégie Aidant prévoit 6 000 places nouvelles de répit. *Hospimedia*.

Rabeux, C. (2023, 20 septembre). Quel est le rôle des équipes spécialisées Alzheimer ? *Hospimedia*.

Renaut, S. (2020). Vieillir en couple, rôle du conjoint aidant et (non-)recours aux professionnels. *Gérontologie et société*, 42(161), 117-132. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/g1.161.0117>

Rialle, V. (2007). *Technologie et Alzheimer : appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer*. Paris: Thèse de doctorat de sciences, spécialité "éthique médicale et biologique", de l'Université René Descartes-Paris 5.

Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*. Rapport au Ministère de la Santé et des Solidarités.

Rialle, V. (2012). La maladie d'alzheimer et la technologie : état des lieux et dynamique d'une relation complexe. *Gérontologie et société*, 35(141), 195-206. <https://doi.org/10.3917/g.s.141.0195>

Rialle, V., Rumeau, P., Ollivet, C., Sabliera, J. & Hervé, C. (2014). Chapitre 8. Télémédecine et gérontechnologie pour la maladie d'Alzheimer : nécessité d'un pilotage international par l'éthique. *Journal International de Bioéthique*, 25, 127-145. <https://doi.org/10.3917/jib.253.0127>

Rialle, V. (2015). Quelle autonomie peut apporter la technologie ? De l'aide à la personne âgée à la naissance d'une nouvelle société. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1, pp 155-162.

Rialle, V. (2016). Technologie et innovation totale : Pour une re-naissance de la tekhnè dans la Silver économie. *Revue Politique et Parlementaire*, pp.69 - 77.

Rigaud, A.-S. et al. (2011). L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 9 (1), pp 91-100.

Rose, A. (2020). Ergothérapeute en Équipe spécialisée Alzheimer : un rôle clé dans la coordination de soins nécessaire au maintien à domicile. *ErgOTHérapies*, 77, 23-30.

Rumeau, P., Vigouroux, N., Vella, F. (2020). Objets connectés, Alzheimer, pathologies apparentés et autres. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 20, pp 107—111

Salès-Wuillemin, E. (2006). *Méthodologie de l'enquête*, in : M., Bromberg et A., Trognon (Eds.) *Psychologie Sociale 1*, Presses Universitaires de France, 45-77.

Taylor, R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation (Fifth edition)*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Thomas, P. (2002), Novartis, France Alzheimer. *L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer*. Étude Pixel. Rueil-Malmaison: Novartis ; France Alzheimer.

Thomas, J. & Banens, M. (2020). Conjoint·e comme avant : genre et frontières des aides conjugale et filiale. *Gérontologie et société*, 42(161), 55-69. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/g1.161.0055>

Tétréault, S., Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De boeck.

Trouvé, E. (2012). La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. Dans : Eric Trouvé éd., *Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques* (pp. 125-136). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0125>

Trouvé, E. (2011). *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée*. Solal.

Ung, Y. (2014). Les gérontechnologies et technologies d'assistance. Quels modèles de recherche en ergothérapie ? In Izard M.-H. (ed.) *Expériences en ergothérapie vingt septième série* (p.253-260). Sauramps médical.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod. 5e Edition.

Van Nes, F. Hans Jonsson, Sanne Hirschler, Tineke Abma & Dorly Deeg. (2012). *Meanings Created in Co-occupation: Construction of a Late-Life Couple's Photo Story*, *Journal of Occupational Science*, 19:4, 341-357, DOI: 10.1080/14427591.2012.679604

Van Pevenage, I., Dauphinais, C., Dupont, D. & Bourgeois-Guérin, V. (2020). Proche aidance et conjugalité aux âges avancés : motivations et postures. *Gérontologie et société*, 42(161), 37-54. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/g1.161.0037>

Annexes

Annexe 1 : Information sur le financement des aides techniques créée lors d'un stage	I
Annexe 2 Guide d'entretien focus groupe	III
Annexe 3 Guide d'entretien individuel.....	V
Annexe 4 Formulaire de consentement	VI
Annexe 5 Retranscription focus groupe	VII

COMMENT FINANCER MES AIDES TECHNIQUES ?



L'ASSURANCE MALADIE

1

Si votre aide technique est inscrite sur la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables). Vous avez besoin d'une prescription médicale. Votre matériel est pris en charge partiellement ou totalement par l'assurance maladie (selon votre taux de remboursement). Vous n'avez pas à avancer les frais. La somme prise en charge apparaît sur le devis.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (MUTUELLE)

2

Votre complémentaire santé peut financer une partie ou la totalité de votre reste à charge si votre aide technique est inscrite sur la LPPR. Si votre aide technique n'est pas inscrite sur la LPPR ou si votre reste à charge demeure important, selon votre contrat et selon le fond d'actions sociales de votre complémentaire santé, vous pouvez avoir droit à une prise en charge. Contacter votre complémentaire santé pour plus d'informations.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE POUR L'AUTONOMIE (APA)

3

L'APA, attribuée par le conseil départemental, peut financer une partie ou la totalité de votre aide technique. Il faut présenter le devis au conseil départemental pour obtenir un accord préalable. Vous avancez les frais, vous êtes remboursé sur facture. Vous recevez un versement ponctuel. Contacter votre conseiller APA pour plus d'informations.

LA CAISSE DE RETRAITE

4

Si vous n'êtes pas allocataire APA, votre caisse de retraite peut financer partiellement ou la totalité de votre aide technique. Vous devez avancer les frais. Le remboursement se fait sur facture. Contacter votre caisse de retraite pour plus d'informations.

LES AIDES EXCEPTIONNELLES

5

Si vous avez de faibles revenus, vous pouvez prétendre à une aide exceptionnelle. Ces aides sont accordées sur dossier, sous justificatif de revenus. Vous avancez les frais, vous êtes remboursés sur facture. Vous pouvez être accompagné par un(e) assistant(e) social(e) pour créer le dossier.

- Aide financière exceptionnelle de la CPAM
- Aide financière individuelle de la CAF (pour les allocataires CAF)
- Aide auprès du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de votre mairie

LES IMPOTS

6

Vos aides techniques sont déductibles des impôts. Déclarer dans la case 7WI de la déclaration n°2042 RICI, en indiquant le coût de vos aides techniques. Conserver la facture en cas de contrôle.

Attention
aux frais
de livraison
et d'installation

Les personnes
reconnues par la MDPH
peuvent bénéficier
d'un financement PCH et
du Fonds Départemental
de Compensation
du handicap (FDC)

LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

Le prix correspond à la part prise en charge par l'assurance maladie. S'il y a un dépassement, ce n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

POUR SE DEPLACER



Canne simple
12,20 €



Cannes anglaises
12,20 €



Canne tripode
12,65 €



Cadre de marche
53,81 €



Déambulateur
2 roues
53,81 €



Déambulateur
3 roues
53,81 €



Déambulateur
4 roues
53,81 €



Fauteuil roulant
manuel/confort
et coussin



Fauteuil roulant
électrique et
coussin

ÉQUIPER SA MAISON



Fauteuil roulant
de douche
Chaise garde-robe
102,62 €



Potence de lit
location
2,29 € / semaine



Guidon de transfert
location
17,53 € / semaine



Lit médicalisé
1 030,00 €
et matelas



Guidon de transfert
pivotant
location
17,53 € / semaine



Verticalisateur
location
17,53 € / semaine



Lève-personne
roulant
location
17,53 € / semaine

Mais aussi des accessoires pour fauteuil roulant, des forfaits réparation pour fauteuils roulants, table de nuit sur roues, des coussins de positionnement, etc.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUPE

- 1) **Quelles aides technologiques préconisez-vous pour favoriser le maintien à domicile du couple aidant-aidé ?** -> question d'introduction

Transition : En tant qu'ergothérapeute exerçant en ESA, vous avez préconisé différentes aides technologiques qu'on a pu survoler ensemble lors de la première question, maintenant nous allons aborder l'offre actuelle des aides technologiques et plus précisément leur accessibilité au couple aidant/aidé. J'aimerais avoir votre regard sur ces aides.

- 2) **Pensez-vous que les aides technologiques disponibles sont accessibles et adaptées au couple aidant/aidé ? Pourquoi ?**

Transition : Nous venons de parler de l'offre des aides technologiques et notamment leur accessibilité au couple aidant/aidé, maintenant nous allons aborder vos expériences de préconisation en tant qu'ergothérapeute exerçant en ESA.

- 3) **Si vous pensez à vos expériences passées, pouvez-vous m'indiquer une difficulté que vous rencontrez souvent dans la préconisation des aides technologiques ?**
- 4) **Si vous pensez à vos expériences passées, qu'est ce qui s'est bien déroulé dans la préconisation des aides technologiques ?**

Transition : Nous venons de parler des difficultés rencontrées et des facilitateurs dans la préconisation des aides technologiques, maintenant nous allons aborder les moyens de l'ergothérapeute en ESA pour préconiser ces aides. J'aimerais avoir votre regard sur les moyens à votre disposition pour préconiser.

- 5) **Pensez-vous avoir les moyens suffisants pour préconiser des aides technologiques ? Pourquoi ?**

Transition : Nous venons de parler des moyens de l'ergothérapeute en ESA pour préconiser les aides technologiques. J'aimerais avoir votre opinion, votre manière de voir, votre façon de concevoir la démarche de préconisation des aides technologiques qui devraient être proposées au couple aidant/aidé. C'est votre avis qui m'intéresse, votre conception de la façon idéale de préconiser ces aides.

- 6) **Concernant la préconisation des aides technologiques, qu'est ce qui a besoin d'être amélioré ? Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose, que feriez-vous ? Quels autres moyens pourraient être mis en place ?**

- 7) **Au regard du décalage entre les moyens dont vous disposez et les moyens nécessaires pour améliorer la préconisation des aides technologiques, comment vous adaptez-vous au quotidien ? Que mettez-vous en place ? Quelles adaptations ?**

Conclusion : Depuis le début de la rencontre, nous avons abordé les sujets suivants : les étapes de la démarche de préconisation d'une AT, les difficultés dans la préconisation d'une AT, l'accessibilité des AT, l'offre adaptée des AT, les moyens de l'ergothérapeute pour préconiser une AT. Cette recherche vise à mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans le soutien à l'accès et à l'appropriation des aides technologiques. Pourriez-vous m'indiquer des éléments qui n'ont pas été mentionnés et que vous considérez comme importants ?

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

- 1) Pouvez-vous vous présenter ?
- 2) Pouvez-vous présenter la structure dans laquelle vous travaillez ? (présentation CICAT et projet Eqlaat)
- 3) Pouvez-vous décrire les étapes d'un accompagnement type au sein du projet Eqlaat ? (zoom sur l'essai et l'apprentissage si nécessaire)
- 4) Le focus groupe que j'ai réalisé auprès d'ergothérapeutes exerçant en ESA a mis en évidence plusieurs freins à la préconisation des aides technologiques, comment le projet Eqlaat répond à ces freins ?
 - Freins concernant les aides technologiques en elles-mêmes : complexité d'utilisation, esthétisme, sites non français, produit non disponible en France, impossible de modifier l'AT, nombreuses AT, renouvellement AT
 - Freins concernant le lien avec les revendeurs : impossibilité de réaliser des essais, impossibilité pour l'ergothérapeute de tester l'AT en amont, enjeu commercial du revendeur, fraude, revendeurs ne connaissant pas les AT
 - Freins concernant le contexte d'intervention en ESA : nombre de séances limitées, préconisation arrive tardivement dans l'accompagnement, temps de recherche de l'AT non valorisé
 - Freins concernant le financement des AT : prix élevé, manque de prise en charge, de remboursement, démarches administratives longues, délai d'attente important, différence entre les régions
 - Freins concernant les usagers : technophobie, anosognosie, épuisement de l'aidant, manque de motivation, isolement de l'utilisateur, non appétence aux technologies
 - Freins concernant l'environnement de l'ergothérapeute : peu de formation disponible, délai long pour obtenir des réponses des CICAT, peu d'interlocuteurs privilégié
- 5) Est-ce que le projet Eqlaat facilite l'accessibilité et l'appropriation des aides technologiques ? Comment ?
- 6) Quelle est la plus-value d'une préconisation réalisée en Eqlaat par rapport à une préconisation réalisée dans une structure type ESA ?
- 7) Comment évaluez-vous la satisfaction des usagers suite à votre intervention ?
- 8) Pensez-vous avoir les moyens suffisants pour mener à bien vos missions ?
- 9) Quels autres moyens pourraient être mis en place selon vous ?

ANNEXE 4 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre accord (consentement) concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé **la préconisation des aides technologiques en ESA** mené par **Ophélie SALGADO** étudiante à l'Institut de formation en ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue de Vitruve, 75020 Paris, et dirigé par Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e).....

Cocher une ou plusieurs cases

- Accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- Autorise l'étudiant à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié du temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et demander la destruction des supports de fixation de sons, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence, en contactant l'étudiante Ophélie SALGADO.

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies me concernant,
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- Conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire,
- Utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude,
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de sa soutenance de mémoire.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Le présent formulaire est délivré en deux exemplaires.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à le

Signature du participant

Signature de l'étudiante

ANNEXE 5 RETRANSCRIPTION FOCUS GROUPE

Présentation de l'assistante, de l'animatrice, des participants et du déroulé du focus groupe

*Ophélie : Je commence avec une question d'introduction. **Quelles aides technologiques préconisez-vous pour favoriser le maintien à domicile du couple aidant/aidé ?** J'ai quelques photos à titre d'exemples. Les échanges concernent les aides technologiques et non pas les aides techniques en général.*

Ergothérapeute 2 : Les photos parlent d'elles-mêmes. Horloge numérique éphéméride, assez régulièrement, dans notre équipe, on a la chance d'en avoir deux à l'ESA qu'on peut mettre en essai chez les bénéficiaires. L'horloge numérique, c'est quelque chose qu'on va mettre souvent en place. Parce qu'on a souvent des personnes qui sont désorientées dans le temps. C'est un outil qu'on trouve simple et efficace, s'il est bien placé au bon endroit.

Ergothérapeute 1 : On propose aussi l'horloge numérique.

Ergothérapeute 4 : Elle fait trente cm sur trente cm. Elle est plus grande. Tu peux la mettre au mur. Pour certains patients c'est plus visible, des patients plus avancés. Pour d'autres, ça peut être gênant visuellement sur le côté esthétique.

Ergothérapeute 1 : Ça c'est vrai.

Ergothérapeute 4 : Nous aussi on préconise toutes les aides techniques qui sont présentées : les horloges, les téléphones, ... là c'est un téléphone [marque]. En fonction des capacités du patient à chaque fois. Et puis la tablette [marque] également et les téléalarmes. En fait, pour toutes ces aides techniques, je dirais que ce qui est hyper important, c'est l'entretien préalable avec la personne, autant l'aidant que le patient. Pour savoir vraiment vers quoi l'orienter et ça change pour chaque personne.

Ergothérapeute 3 : Je pense que nous on a la chance, comme disait Ergothérapeute 2, de pouvoir les avoir en essai. Ce n'est peut-être pas le cas de tout le monde dans les ESA.

Plusieurs ergothérapeutes : Non, non, non.

Ergothérapeute 3 : Et effectivement, comme tu disais, l'entretien est important pour savoir ce qui pourrait convenir à la personne, l'évaluation des capacités, même si la mise en situation en réelle, puisque des fois, à l'entretien, la personne peut nous dire « ça c'est super l'horloge pour lire l'heure. ». Puis, en fait, on se rend compte que la date est écrite trop petite, que le fait que ce soit écrit jeudi matin ou après-midi, la personne est complètement perturbée parce qu'il y a trop d'informations et du coup, le fait d'avoir au moins deux outils pour pouvoir les tester, on se rend compte que c'est quand même un vrai plus et qu'au final, il y a des aides technologiques qu'on pensait mettre en place et qu'on pensait qu'elles seraient très aidantes au quotidien mais qu'en fait se révèlent être des obstacles plus qu'autre chose et du coup des achats qui ne sont pas forcément cohérents non plus. La tablette [marque] aussi, on l'a en essai, on ne peut pas la laisser en essai, mais ça nous permet quand même de la présenter pour que ça soit plus concret. Le téléphone, je ne sais pas lequel, je trouve ça intéressant de pouvoir les avoir avec des partenaires, différents partenaires.

Ergothérapeute 2 : Je ne sais pas si vous savez mais la tablette [marque], nous on l'avait demandé, ils font des prêts assez facilement, déjà pour vous, pour pouvoir l'essayer avec votre téléphone et un ordinateur. Ça permet d'avoir ce recul là avant même de préconiser. C'est plutôt bien, le montrer au domicile aussi avec un proche aidant. On l'a sur un temps

indéterminé. On ne l'utilise pas tous les jours mais dès qu'on a besoin c'est plutôt bien pour l'avoir à l'essai.

Ergothérapeute 4 : Souvent, c'est quand même du matériel qui coûte cher, même la petite horloge à gauche c'est 60 euros. Telle marque c'est 110€, ça dépend du fournisseur. La tablette [marque] c'est quand même un abonnement. L'avantage de la tablette, c'est qu'on peut l'essayer un mois gratuitement avec les patients.

Ergothérapeute 2 : 2 mois si vous avez telle offre, c'est non négligeable, en faisant le lien, on a pu l'obtenir.

Ergothérapeute 4 : Il faut quand même avoir une connexion wifi. Donc c'est toujours plus facile pour choisir la bonne aide technique comme tu dis et puis aussi parfois pour passer à l'achat. Je trouve que c'est hyper aidant de montrer l'aide technique et d'essayer avec la personne. Ça convainc beaucoup plus que sur une photo, même quand nous-même on y croit.

Ophélie : J'ai donné des exemples, mais est-ce que vous avez préconisé d'autres aides qui ne sont pas sur la diapositive ?

Ergothérapeute 3 : Alors, moi je n'ai pas préconisé l'aide suivante mais je l'ai découvert il n'y a pas longtemps. C'est notamment pour que la personne puisse retrouver par exemple son agenda ou son téléphone quand elle ne le retrouve plus. C'est une sorte de petite télécommande et dessus il y a des boutons de couleur. Et quand on appuie sur telle couleur. Il y a un petit appareil qui est relié par exemple à l'agenda qui va sonner et ça aide à retrouver, à situer l'objet. Ça s'appelle key finder.

Ergothérapeute 3 : Les key finder justement. J'ai une bénéficiaire qui l'a mis automatiquement en place l'année dernière. Et, en fait, ce qui s'est avéré compliqué, même si c'est une femme qui a des troubles assez légers. C'est qu'effectivement, c'est relié à une interface sur le téléphone portable, sur un smartphone. Et en fait c'est quelque chose qui pourrait être très simple d'utilisation. Mais c'est très compliqué pour elle, puisque le key finder avec deux possibilités, c'était: soit du téléphone, on faisait sonner le petit boîtier qui a effectivement été accroché aux clés et qui faisait une sonnerie pour le trouver dans l'appartement. Mais aussi sur le boîtier, vous pouvez appuyer dessus pour retrouver le téléphone portable. Et du coup les deux possibilités. En fait, au niveau de l'interface ce n'était pas clair. Et je trouve que c'est quelque chose qui revient malheureusement assez souvent sur ces choses-là qui ne sont pas adaptés pour les personnes âgées. En fait les interfaces se veulent modernes mais du coup trop compliqué pour des personnes. Des choses comme ça, des key finder, il y en a beaucoup et j'en ai découvert il n'y en a pas longtemps qui répondent aux sifflements de la personne et ne sont pas reliés à un portable. Je ne sais pas ce que ça vaut mais en tout cas la personne a juste à siffler chez elle et il y a un petit bruit qui alerte pour trouver. Des choses beaucoup plus simples que des choses connectées avec des interfaces sur les téléphones.

*Ophélie : Vous me donnez la transition parfaite pour aborder ma prochaine question. **Pensez-vous que les aides technologiques disponibles sont accessibles et adaptées au couple aidant/aidé ? Pourquoi ?** Je vous laisse la parole.*

Ergothérapeute 1 : Moi, je pense que ça va dépendre vraiment après à qui l'on l'adresse, ça se juge. On rejoint un peu l'aspect évaluation au début. On voit un petit peu selon les besoins de la personne et aussi de l'aidant, recueillir ce dont il a besoin parce que c'est vrai que si c'est des personnes qui sont pas du tout connectés ou qui sont, qui ont des difficultés à ce niveau-là et qui a pas forcément d'enfants ou d'autres personnes au niveau de leur entourage qui peuvent les aider, ça peut être compliqué d'installer quelque chose de numérique, en tout du moins de connecté, après tout, ce qui est horloge numérique, ça par exemple ça peut un peu plus servir. Mais encore une fois, il y a cet aspect financier, si on n'a pas, forcément. Nous,

par exemple on a une horloge numérique qu'on peut mettre en prêt mais c'est une horloge numérique, qui n'est pas très adapté au niveau de l'écriture, ce genre de choses. Du coup là ça peut être un frein, parce qu'on a tendance à ne pas la mettre en essai, sinon ce n'est pas forcément positif à l'acceptation de l'aide. Et s'il y a le côté financier qui bloque ce n'est pas très aidant. Tout ce qu'il y a à l'interface je trouve que c'est un petit peu compliqué, s'il n'y a pas déjà une petite appétence entre guillemets à ça avant.

Ophélie : Ce sont des choses que vous retrouvez dans vos expériences, ce que dit l'ergothérapeute 1, le fait qu'il n'y a pas d'interface simplifiée, d'entourage sensibilisé ou une expérience / appétence au numérique ?

Ergothérapeute 3 : Je pense qu'il y a les gens qui peuvent aussi être complètement rebuté par cet aspect technologie. On travaille avec des personnes âgées majoritairement et quelques personnes jeunes effectivement rien que l'horloge éphéméride, esthétiquement parlant, ne la trouvent pas belle et ne veulent pas investir. Et c'est trouver d'autres choses, mais c'est quand même quelque chose qui est pratique, dans le sens où on peut la débrancher, la brancher, l'écriture se met en place tout seul. C'est assez visuel. Mais le côté moderne peut rebuter certaines personnes. Et les interfaces ne sont pas adaptés et ne sont pas accessibles pour certaines situations. Je trouve ça extrêmement dommage. Puisque le public ciblé c'est la population âgée et que sous couvert de modernité, au final on se retrouve avec un décalage énorme avec la population de nos métiers.

Ophélie : C'est vrai que, en plus sens que vous soulignez, c'est que ce sont des produits qui sont créés pour la personne âgée, et pourtant on voit sur le terrain que ce n'est pas adapté. En tout cas, certaines de ces interfaces sont trop complexes.

Ergothérapeute 3 : On a une tablette au travail qu'on utilise pour des activités de stimulation cognitive si la personne est intéressée ou simplement pour faire une activité pour créer du lien. Et effectivement, on a téléchargé pas mal d'applications qui se trouvent être souvent en senior Game, etc. et qui au final ne sont pas du tout adaptées. Les tablettes en elle-même de base sont complexes. Les téléphones sont complexes aussi. On passe beaucoup de temps à simplifier les interfaces pour que la personne puisse l'utiliser. Une application qui, au final, elle-même étant créée pour les personnes âgées n'est absolument pas utilisable par eux puisque trop d'informations, des messages qui s'affichent partout, la musique, des sons, des machins. Et au final, on se rend compte que sur le marché, il n'y a pas grand-chose. Mise à part peut-être [marque] application inédite qui est vraiment accessible et adaptée.

Ergothérapeute 2 : Je pense à [marque], une application sur tablette, je ne sais pas si vous voyez. C'est une application avec abonnement qui permet aux seniors d'utiliser la tablette et qui va être plus adaptée. Ça veut dire pour le coup, quand on voit l'interface, elle va être un peu plus « vieux » entre guillemets, on va dire pour nous au niveau des temps modernes, mais qui pour moi va être plus adaptée, parce qu'au niveau du choix des couleurs, au niveau des applications, on va tout retrouver, que ce soit les mails, internet, des jeux ou autres mais qui vont être plus adaptées selon moi pour les personnes âgées. Donc, il existe quand même des choses, ça, dans la majorité des choses, ça reste des choses récentes et moins dirigées vers la personne âgée, alors c'est tout simplement pour elles directement. Mais il y en a quand même qui essayent. Après c'est vrai que même avec des tablettes comme [marque], on a pu en essayer d'autres qui essayent vraiment d'avoir nos retours pour s'approcher au plus près des personnes âgées. Mais on voit que ce n'est pas encore totalement le cas et que ce n'est pas évident dans l'ère de la technologie et de faire un bond en arrière et de s'adapter aux personnes âgées. Mais il y a des efforts qui essayent d'être faits.

Ergothérapeute 4 : Après les outils comme [marque], en fait, c'est vraiment pour moi, c'est fait pour l'aidant et pour un aidant souvent enfant, pas vraiment le conjoint. C'est vrai que ce n'est pas évident. Pour le coup, je l'ai vu installé mais je n'ai pas pu l'installer moi-même. Mais

effectivement c'était une fille ou un fils en face. C'est quand même visuellement, je trouve, très aidant et très bien fait, parce que il y a la date, le planning du jour. Il n'y a pas ce doute de l'agenda papier où ils ne savent pas s'ils ont noté le bon rendez-vous au bon endroit, s'ils sont au bon jour. Moi, j'ai beaucoup de patients qui ont des éphémérides, mais ils ne savent pas forcément, ils ne tournent pas forcément les pages, ils ne savent pas forcément quel jour on est. Je trouve que l'avantage des aides technologiques, c'est qu'on a aucun doute et ça, pour moi, pour les patients, c'est rassurant. Quand une fois que c'est mis en place- et souvent, c'est vrai que ça dépend de l'aidant présent. Je trouve que c'est quand même très rassurant pour eux et, du coup, stabilisant. Parce que ce sont des personnes, je trouve que les troubles cognitifs amènent souvent de l'anxiété. Voilà le fait d'avoir un repère clair de quelle journée et quel est le planning d'aujourd'hui. C'est quand même très, très aidant. Mais effectivement ça dépend d'un soutien de l'entourage de manière générale.

Ergothérapeute 2 : D'une manière générale ce que je vois de positif dans les aides technologiques, c'est qu'il n'y a pas de limite, il va y avoir pour un même modèle, par exemple pour les téléphones, il va y avoir pleins de modèles différents. Donc on va avoir ce côté-là, on va pouvoir davantage adapté, ou d'essayer de trouver le modèle de ce qu'on préconise, adaptée à la personne en fonction, on va dire, du cahier des charges qu'on aura dressé ou de la personne. Pour moi, je trouve que c'est assez intéressant. Alors, après voilà, ça nécessite de faire des recherches, parfois des essais, mais si on prend l'exemple des téléphones, comme les [marque] ou d'autres, il existe pleins de modèles. Donc, ça permet vraiment de pouvoir cibler les besoins de la personne et de trouver ce qui correspond le mieux. Pour ça. Je trouve que c'est quand même intéressant aussi ces aides technologiques là aujourd'hui.

*Ophélie : On a parlé de l'offre actuelle sur les aides technologiques et plus particulièrement de leur accessibilité. J'aimerais parler de vos expériences de préconisations. **Si vous pensez à vos expériences passées, pouvez-vous m'indiquer une difficulté que vous rencontrez souvent dans la préconisation des aides technologiques ?***

Ergothérapeute 5 : Comme ça a été dit précédemment, le côté esthétique, ça joue énormément. C'est une des limites quand on montre l'aide, par rapport à la décoration, ça joue énormément. Et même pour l'aidant, parfois c'est même l'aidant qui limite plus que la personne aidée.

Ergothérapeute 1 : Je rejoins ergothérapeute 5, il y a ce côté-là, il y a le côté financier qui peut être compliqué. Et il y a aussi le côté où quand la personne n'a pas forcément conscience des troubles qu'elle a, la faire accepter une aide technologique, ça peut être compliqué. Si, en plus du côté technologique, qui est déjà un peu compliqué, je trouve que quand les troubles ne sont pas forcément reconnus, ça accentue pas mal aussi.

Ergothérapeute 5 : On est limité sur le nombre de séances donc ça aussi ça joue. Il ne faut pas faire ça trop tardivement sur 15 séances. C'est une des limites après.

Ergothérapeute 2 : Après pour pousser un peu plus, des fois on va faire des préconisations de matériel qu'on pense être adapté. Après, on peut faire aussi à un aidant qui va être épuisé, qui va prendre note de tout ça, même trouver ça bien, dire qu'il va le mettre en place et puis au final le suivi est terminé. Parfois on revient l'année d'après et ça n'a pas forcément été mis en place. Alors c'est peut-être le côté financier, ça peut être aussi, où il y a tellement de choses à gérer des fois pour les aidants. Donc, ça passe un peu au second plan parce que dans un premier temps, il y a d'autres choses à voir. Nous on les accompagne là-dedans, on les pousse un petit peu après, on ne peut pas forcément leur tenir la main pour aller vers ça. Et c'est vrai qu'avec la temporalité des séances, des fois ça passe très vite, des fois c'est un peu la frustration qu'on peut avoir. On revient l'année d'après et qu'on se dit bon en espérant qu'il y a des choses qui ont été mises en place, on recommence, ça fait partie aussi des suivis. Des fois, il faut un suivi, deux suivis pour la mise en place des aides technologiques ou autre.

Ergothérapeute 3 : Sur le fait que, souvent, on ne puisse pas essayer aussi. Effectivement, coupler au temps limité des séances. Moi, souvent je peux me sentir mal à l'aise de dire à la personne : je vous préconise telle aide technique, mais je ne sais pas comment elle fonctionne, je ne l'ai jamais vu installé. Je pense que ça pourrait bien pour vous parce que j'ai vu, j'ai fait des recherches, mais en réalité, je ne sais pas du tout comment ça peut se passer. Et les expériences, effectivement, qu'on a pu avoir dans le passé, montre que des fois effectivement une aide technique, qu'on pense super adaptée, ne l'est pas du tout pour les personnes. Des fois, je peux m'auto censurer dans le fait de dire « voilà j'ai entendu parler de », mais je ne vais pas appuyer ma préconisation sur cet avis-là, puisque je n'ai pas pu la tester auparavant. J'en parle que ça existe mais je ne me mouille pas et je ne veux pas vous faire acheter quelque chose qui risque de ne pas fonctionner.

Ergothérapeute 4 : On peut préconiser une téléalarme mais ce n'est pas nous qui faisons l'installation. Alors, on va leur donner les informations pour qu'ils puissent la demander.

Ergothérapeute 2 : Effectivement. Je suis totalement d'accord avec vous, c'est hyper important d'en parler. Mais il faut aussi garder en tête, effectivement, qu'il y a des personnes qui vont tomber, qui vont pas du tout penser à appuyer. Quand on est au sol, peut-être on peut paniquer, on essaye de se relever et on ne pense pas qu'il y a ce bracelet parce qu'on ne sait pas à quoi il sert des fois. Il y a des personnes âgées chez nous, ils ont le bracelet ou le collier téléalarme et on leur demande à quoi ça sert ce que vous avez autour du cou et ils répondent « je ne sais pas ». Donc, il y a d'autres choses, effectivement, ça a été travaillé aussi et qui ont été, qui ont été créés, donc les bracelets qui détectent automatiquement la chute. Mais ça, c'est pareil. J'ai eu la situation il n'y a pas longtemps. Il y a un bracelet, notamment qui détecte une chute. La personne doit rester en fait quarante-cinq secondes, immobile au sol avant que le bracelet ne détecte la chute. Une personne âgée elle essaye de se relever spontanément, il va bouger, etc. Effectivement, il y a ces choses-là où je n'aurais pas du tout pensé typiquement, où j'aurais dit : ben voilà, si la téléalarme, vous ne pensez pas appuyer dessus, on met le bracelet antichute et ça va se mettre tout seul. Et en fait, non, il y avait la petite ligne en bas du contrat : la personne doit rester immobile quarante-cinq secondes. Ça, c'est aussi un achat entre guillemets une aide technique « inutile » parce que je n'avais jamais eu l'occasion de l'avoir avant. Pour moi c'est un petit problème.

Ergothérapeute 4 : On doit pouvoir tout tester même si on ne peut pas tout tester. Non, je reviens ce que je disais tout à l'heure, mais pour moi, une des limites c'est aussi avoir un aidant qui, au-delà de nous nos séances, parce que nous, on peut travailler l'appropriation de l'aide technique avec le patient, qui est au-delà de nos séances et même quand on a une aide technique en prêt. Comme on est là une fois par semaine. Et puis après on n'est plus là. Comment le patient peut intégrer des routines d'utilisation, intégrer la routine d'aller voir son horloge. Alors il y a des fois l'horloge est visible et peut être exploitée facilement, mais il y a des choses comme le téléphone, des outils qui sont plus complexes et qui demandent en fait de répéter souvent, on est sur des personnes qui ont des troubles cognitifs, de la mémoire en premier lieu. Comment on les accompagne pour ça, ça dépend souvent des aidants.

Ergothérapeute 2 : Une petite difficulté qui peut arriver c'est quand on préconise des aides techniques, on est là pour préconiser, on n'est pas des revendeurs médicaux. Mais c'est déjà arrivé que voilà des personnes puissent penser aussi que dans ces préconisations-là, qu'après nous en tant qu'ergothérapeutes on allait toucher quelque chose par rapport à ça. C'est vrai que ça m'est arrivé une fois notamment j'ai du bien expliquer tout ça parce que forcément ça va aussi un peu repousser forcément, avec cette pensée-là que ma démarche était aussi à but commercial. Forcément quand on préconise différentes aides techniques, si en face il y a une personne qui pense que c'est à but commercial, ça peut totalement repousser, ce que je comprenais. Il y a toute cette démarche aussi de communication. Aujourd'hui, j'anticipe davantage, je vais davantage expliquer aussi mes préconisations. Dans quel but ? Et que le

lien avec les revendeurs médicaux notamment. Les sites qui vendent des aides technologiques. Que je ne touche rien. C'est vraiment de la préconisation, mais c'est vrai que c'est important. Donc voilà, c'est une difficulté que l'on peut rencontrer.

Ergothérapeute 4 : Je rajouterais aussi l'anosognosie, les patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles. J'ai l'exemple d'une patiente qui est très sourde et du coup, je voulais mettre en place. On a du mal à accéder à l'appartement, il faut l'appeler pour ses rendez-vous et elle met un temps fou à se préparer donc il faut l'appeler très tôt et elle dort. Il faudrait mettre en place un téléphone avec son amplifié, une sonnerie avec son amplifié. Il y avait plein de choses que j'avais envie de mettre en place, qui avait du sens, aussi parce qu'on a mis en place un accueil de jour. Donc, comment faire en sorte qu'elle arrive à l'heure à l'accueil de jour? Et la difficulté, c'est que, comme elle était très anosognosique déjà, elle n'était pas consciente des choses, et puis elle avait un oubli à mesure massif, donc, elle me disait « oui » une fois et la fois d'après elle avait oublié. Et finalement, je n'ai pas réussi.

Ophélie : Vous avez parlé de l'aspect financier, la difficulté d'appropriation de l'aide, la distinction entre l'ergothérapeute et le revendeur. Est-ce qu'aussi vous avez rencontré des difficultés sur l'installation, l'entretien, la réparation pour les aides technologiques ?

Plusieurs ergothérapeutes : Non, pas forcément.

Ergothérapeute 4 : On ne voit pas trop l'assistance. Mais la seule chose que j'ai eu comme situation, c'est des personnes, un patient qui avait adhérer à une téléalarme, mais c'était frauduleux et donc on voulait arrêter la téléalarme, parce qu'il avait même pas de bip, en fait, il avait juste un boîtier dans son appartement et ça n'avait aucun sens et, en fait, pour arrêter, il fallait qu'il paie une somme colossale. Donc, du coup, il n'arrêtait pas l'abonnement. C'est la seule situation que j'ai eu de service après-vente.

[Arrivée de ergothérapeute 6]

*Ophélie : On a parlé des difficultés que vous avez rencontrées. **Si vous pensez à vos expériences passées, qu'est ce qui s'est bien déroulé dans la préconisation des aides technologiques ?***

Ergothérapeute 2 : Souvent ça se passe bien, du moins c'est ce qu'on espère. Oui, horloge numérique-éphéméride c'est vrai que souvent, c'est quelque chose qui, une fois mis en place, va quand même pas mal aider les personnes. Ce qu'on a pu aussi mettre en place et qui va quand même bien aidé, surtout pour faire le lien donc avec un agenda, un calendrier ou autre pour la gestion des rendez-vous notamment. Ou sans gestionnaire de rendez-vous, pouvoir être orienté dans le temps au niveau des moments de la journée: matin, après-midi, soir.

Ergothérapeute 5 : Pour utiliser le pilulier aussi vu qu'il y a la date. Ça aide aussi.

Ophélie : Là vous m'indiquez les outils qui ont été utiles. Mais qu'est-ce qui fait que ça a été un succès, cette préconisation ? Pourquoi ça a marché avec ce patient ?

Ergothérapeute 1 : J'ai pu remarquer, c'est que souvent, quand c'est mis en place assez tôt dans la prise en charge, ça permet d'être un peu plus travaillé avec la personne, aussi avec l'aidant. Du coup ça permet d'avoir une meilleure utilisation, qu'elle soit plus pérenne dans le temps. Alors que si on la met en place un peu plus tard dans la prise en charge. C'est un petit peu plus compliqué, et justement pour voir aussi si l'utilisation est pérenne, c'est plus compliqué d'avoir un regard aussi dessus. Je pense que ça joue pas mal et du coup vu qu'on est là qu'une heure par semaine le fait aussi que ce soit travailler avec les aidants à domicile. C'est aussi super important, pour que ce soit durable.

Ergothérapeute 3 : Je pense qu'il y a aussi une grosse partie qui est dû à la volonté et la motivation du bénéficiaire. Une personne à qui on présente une aide technique, même dès la première ou la deuxième séance dans les toutes premières séances si elle n'est pas motivée, on peut travailler avec elle pendant quinze séances, ça ne changera pas grand-chose. Donc il faut que la personne ait vu l'utilité pour elle, qu'elle ait compris qu'au final que dans son quotidien ça lui soit utile. Je pense vraiment, moi, je le mettrais en principal la motivation de la personne, mais comme tout notre travail en ESA, faut que la personne soit motivée.

Ergothérapeute 2 : Je rebondis sur ce que dit Ergothérapeute 3, c'est vraiment que le bénéficiaire puisse être acteur de l'accompagnement, qu'il soit en demande aussi, pareil au niveau des troubles, on accompagne des personnes qui vont avoir des troubles plus importants. D'un point de vue global pour la mise en place d'aides technologiques ça va être plus difficile aussi à partir du moment où il y a des capacités qui vont être moins importantes, des capacités mais aussi d'adaptation pour les personnes qui ont des troubles plus importants. Tout ce qui est nouveau aussi, ça va être plus difficile à accepter. Mais voilà une fois que la relation de confiance est mise en place, la relation thérapeutique. Tout ça aussi quand la personne, même si c'est une fois par semaine, ça va dépendre des bénéficiaires, mais on arrive quand même à mettre en place des relations de confiance. C'est vrai que ça, c'est très important dans l'acquisition des aides technologiques.

Ergothérapeute 6 : Je pense que de tester en amont ça rassure déjà le bénéficiaire. Et ensuite ça permet aussi d'adapter si jamais ça ne fonctionne pas, ou la personnalisation. Le fait de mettre à l'essai pendant 2 ou 3 jours. Je vois chez certains bénéficiaires que ça rassure.

Ergothérapeute 2 : Même auprès des aidants, j'ai l'impression qu'on gagne aussi en crédibilité. De pouvoir dire « On vous fait tester cette technique ». Les aidants souvent et la personne aussi, les gens sont contents de pouvoir l'essayer en amont et se disent : bon, bah voilà, cette aide technique existe, on voit comment elle est, on peut tester, on peut trouver sa place dans le logement aussi. Et du coup ça favorise effectivement comme tu disais Ergothérapeute 6 l'adhésion à cette aide là sur le long terme. C'est un côté rassurant, effectivement, pour la personne et son aidant.

Ophélie : Que ça soit accepté par la personne, son aidant. Je pense aussi aux professionnels qui interviennent à domicile. Comment ça se passe pour que ça soit aussi accepté ? Qu'ils l'utilisent aussi ?

Ergothérapeute 6 : J'ai déjà une aide à domicile qui m'a fait un retour comme quoi la personne se repérait un peu plus dans le temps avec l'horloge numérique. Elle sait qu'on est lundi, elle sait que le lundi je viens donc elle m'ouvre la porte, elle est prête en amont donc ça aide.

Ergothérapeute 4 : Pour rebondir sur ce que tu viens de dire. Ça m'est déjà arrivé de proposer que l'aide à domicile participe à une séance ou moi de me caler sur ses heures de séance pour venir lui montrer, à partir du moment où c'était une demande, à la fois du patient, de la famille et puis que l'aide était ouverte à ça.

Ophélie : Ça veut dire que vous participez à la formation de l'aide à domicile sur l'aide technologique ?

Ergothérapeute 4 : Dans notre vision holistique, on intègre tout l'environnement: du patient, l'aide à domicile, qui est là parfois plus souvent qu'un ami, est très importante et a besoin d'être incluse pour pouvoir se saisir des outils.

Ergothérapeute 2 : Je ne sais pas si ça a été dit, mais d'une manière générale, quand il y a un aidant dans la boucle. Pour moi ça facilite le plus souvent, ça facilite la mise en place du matériel. Que si la personne est isolée, forcément une personne âgée, les démarches que ça,

que ça aussi entraîne, ça rend difficile. Le fait qu'il y a un aidant, même nous par rapport au contact qu'on peut avoir, ce que je vois, c'est que ça permet de mettre plus facilement en place les aides technologiques.

Ergothérapeute 4 : J'ai dit holistique, je voulais dire systémique.

Ophélie : Je repense à ce que vous avez dit, Ergothérapeute 1 et Ergothérapeute 5 aussi, sur l'aspect financier, qui était un frein. Dans ces cas-là, comment ça peut aussi bien se passer sur la préconisation notamment sur l'aspect financier, qu'est ce qui fait que ça peut bien se dérouler ?

Ergothérapeute 1 : Je pense que ça rejoint un petit peu le côté, effectivement, motivationnel de la personne. Et on va essayer de voir si déjà au niveau de l'aspect financier, s'il y a des difficultés, voire si déjà c'est possible de faire des essais dans le meilleur des cas. Sinon après, au fur et à mesure, on essaye aussi de bien présenter à la personne en quoi ce serait utile pour elle et comment ça pourrait l'aider dans son quotidien par rapport à ce qu'elle évoque, qu'elle voit comme difficulté. Et toujours l'implication de l'aidant, je trouve que c'est assez important, pour que ça soit aidant dans l'intégration.

*Ophélie : On a parlé de vos expériences passées, aussi bien les difficultés que vous avez rencontrées, que les préconisations qui se sont bien déroulées. **J'aimerais maintenant vous questionner sur les moyens que vous avez en tant que ergothérapeutes qui exercent en ESA pour préconiser. Pensez-vous avoir les moyens suffisants pour préconiser des aides technologiques ? À vous la parole.***

Ergothérapeute 3 : Au niveau de la formation initiale effectivement on a eu quelques cours au niveau des aides techniques et technologiques. Je pense que ce qui nous a le plus aidé c'est les recherches qu'on a fait, les rencontres. Typiquement les rencontres inter ESA, il y a telle aide technique. Ergothérapeute 5 parlait de la télécommande, hop tout de suite on note le nom. Ça permet aussi d'avoir l'info et parce qu'on sait que c'est potentiellement testé par la personne. Les informations, c'est plus, effectivement, faut garder un regard critique, je pense. Comme tu disais, les commerciaux ils ont envie de vendre leurs produits, forcément, c'est aussi pour ça que c'est bien de pouvoir les tester après nous, avec notamment les tablettes. On en a eu 3 en essai [trois marques]. Et pour le coup toutes se vantent un petit peu d'être les meilleurs sur le marché et au final, quand on les test, on se rend compte tout de suite qu'il y a des choses qui vont et des choses qui sont très compliquées d'utilisation. Et je pense qu'en terme de ça revient un peu à ce que je disais tout à l'heure, de préconisations en elle-même, je m'appuie beaucoup, du coup, sur ce que je pense être utile pour la personne, puisque j'ai observé, j'ai évalué certaines choses et je vais me tourner vers un type d'aide technologique plutôt que de préconiser un outil. Je ne sais pas si c'est très clair. Du coup, je vais plutôt essayer de faire plusieurs recherches sur tel type d'outil qui existe en me disant ça ça pourrait être intéressant pour le bénéficiaire. Mais après je laisse un peu le choix à la personne, le libre arbitre à la personne à faire son choix dans ce panel d'aides techniques, technologiques. Et après en terme de temps, on revient à ce qu'on disait tout à l'heure, 15 séances c'est assez court. Le temps qu'on évalue, qu'on discute avec la personne des besoins, des envies, potentiellement de faire essayer ou faire des démarches pour faire essayer l'outil. On se rend compte qu'on a peu de recul et, comme disait ergothérapeute 2 tout à l'heure, si c'est des gens qui n'ont pas mis en place l'aide technologique au cours ou après le suivi, quand on revient un an après, ben on se rend compte que ça n'a pas été fait, puisqu'ils n'avaient pas assez d'infos, pas assez de recul et du coup peut-être on se dit : ben voilà là, en gros, on repart de zéro avec une base, où on sait que ça pourrait être intéressant pour cette personne-là, cet outil, et on gagne peut-être un petit peu de temps, mais du coup, c'est un an après leurs premières préconisations. Donc, il y a peut-être effectivement, en termes de temporalité, quelque chose à faire. En termes de connaissances, il y a 1000 trucs qui existent dont on n'est pas au courant. Et c'est là où, effectivement, mise à part le CICAT ou des choses comme ça qui peuvent nous

donner des infos sur des aides technologiques, notamment basse vision ou audition, des choses comme ça. Moi, j'ai peu d'interlocuteurs, en tout cas pour aller au questionner ce qui serait intéressant.

Ergothérapeute 5 : Je pensais aux salons aussi.

Assistante : Est-ce que vous avez des groupes de partage entre ergothérapeutes?

Ergothérapeute 3 : Il existe des groupes, notamment sur (réseau social), un groupe qui s'appelle ergo en ESA. Tous les ergothérapeutes qui travaillent en ESA peuvent s'inscrire dessus et souvent effectivement il y a des questionnements sur « j'ai une personne qui a rencontré telle difficulté, telle problématique, est-ce que vous auriez quelque chose à me conseiller ? » mais après voilà c'est souvent des gens qui disent : j'ai entendu parler de ça. Il existe telle chose. Mais on n'a pas forcément eu la possibilité de le tester avant. C'est plus un groupe où on a de la connaissance, on sait que ça existe, mais on n'a pas forcément le recul nécessaire pour savoir si c'est vraiment utile dans le quotidien.

Ergothérapeute 4 : Nous on a un grand nombre de formations dans la structure. Moi je suis un peu arrivée avec un bagage parce que j'avais une grand-mère qui avait eu la maladie d'Alzheimer, donc j'avais eu le temps de découvrir tout ça. Quand je suis arrivé dans ma structure y avait, mes collègues connaissaient un peu les choses basiques, mais ce n'est pas leur domaine, la psychomotricienne ou l'assistante de soins. C'est plus par l'expérience du coup de ce public là que j'ai connu les aides techniques. Il a fallu que je forme mon revendeur médical. C'est des choses qu'ils connaissent quand même moins, je trouve, en tout cas, pour les revendeurs que je connais. Que je leur demande de commander certains matériels, que je leur assure que j'aurai plusieurs patients qui en auraient besoin pour qu'ils acceptent de le faire. Parfois, c'est un peu la limite aussi. En fait, je trouve qu'il y a beaucoup de recherches. En fait, c'est de la veille informatique et ça prend du temps et on a beaucoup de travail administratif. Donc, bon, c'est, ça prend du temps et on ne peut pas accorder un temps incommensurable à ça. C'est la limite parfois. Surtout que ce n'est pas forcément conçu. Enfin, ce n'est pas forcément compris par, comme du temps utile par l'administration. Voilà, faut l'expliquer, il faut le justifier, l'argumenter. Pour trouver la bonne aide technique.

Ergothérapeute 2 : Effectivement, on a ces trois ans d'études où on balaye beaucoup de choses, on ne peut pas tout voir, donc on va dire, on ressort avec beaucoup de connaissances mais qui je pense qu'on doit approfondir par nous-mêmes donc qu'à travers effectivement l'expérience, soit en faisant nos propres recherches, soit en fonction des situations, soit en échangeant quand on a la possibilité avec d'autres collègues. C'est vrai que les moyens, on ne les a pas tous, donc on se les donne, on va dire ça comme ça. Ce qui peut être frustrant c'est qu'on aimerait pouvoir tester d'avantage d'aides technologiques mais malheureusement pour avoir des prêts de tous, ce n'est pas possible. Je pense par exemple, si on a évoqué le pilulier électronique, pourquoi pas, ça, c'est quelque chose avant de le mettre en place j'aimerais l'essayer. Après effectivement quand après ce n'est pas possible, on va avoir ce rôle-là de prendre un maximum d'informations, avec le temps qui nous ai donné aussi et ça va être important pour préconiser le mieux possible. Après il existe tellement de choses, on ne peut pas tout essayer, après effectivement, on en apprendra tous les jours. Tous les jours, il y a du nouveau matériel qui sort aussi. Donc, euh, moi je pense qu'il faut, il faut du temps, il faut, c'est vrai que le partage d'expérience c'est vraiment, vraiment important, comme on le fait là. Et c'est ça qui permet, le retour d'autres professionnels. Voilà on va aussi faire confiance à ça. C'est vrai que les revendeurs. On peut aussi s'appuyer dessus. Mais voilà après ça va dépendre de qui on a en face etc. mais c'est vrai que des fois il faut aussi qu'on se fasse aussi confiance, quand on ne peut pas essayer du matériel, se dire bon ben là on pense que c'est ça. Il y a des fois voilà faut prendre des risques mesurés mais voilà on a quand même une formation qui nous permet d'analyser et d'évaluer la situation et les besoins de la personne. Si on voit une aide technologique qu'on pense être la plus adaptée. On peut, on a les capacités

se faire confiance et se dire ben c'est bon après. On peut travailler dessus. Non, mais voilà c'est sur avec l'expérience au fur et à mesure, on apprend. Et des fois même directement j'apprends des choses chez les bénéficiaires qui ont du matériel en place via les aidants, via tout ça, où je me dis « ben super, je ne connaissais pas ». C'est aussi ça l'opportunité qu'on a d'aller au domicile, c'est qu'on découvre des choses qui peuvent nous servir, du matériel, et même pas aussi l'organisation, c'est un tout.

Ergothérapeute 6 : Je vais rebondir sur ce que dit ergothérapeute 2 par rapport à l'expérience des autres professionnels. Pendant des années, plus de quinze ans, elles ont vu tellement de choses passer, que ce sont elles qui m'apprennent que, pour ce patient là on peut mettre ça en place, on peut faire ci, on peut faire comme ça. Et je trouve que c'est, c'est une richesse d'avoir des collègues qui ne sont pas ergo mais qui ont aussi des connaissances au niveau du matériel.

Ergothérapeute 4 : Et du coup, je rebondis sur ce que vous avez dit. Et au niveau interpro, ça peut aller jusqu'à des échanges avec d'autres structures partenaires, comme les accueils de jour. Sur certaines situations de patients ou la psychologue de la plateforme de répit ou le DAC car on parle d'un patient et on se questionne sur qu'est-ce qu'on peut mettre en place. Et ça arrive comme ça qu'on apprenne de ces autres professionnels une connaissance de technologies très intéressantes qu'elles ont pu tester pour le coup.

Ergothérapeute 1 : Moi ça rejoint un petit peu ce que tout le monde a dit. Je trouve que discuter entre professionnels, c'est ce qui apporte beaucoup. Moi, je sais que j'ai tendance à consulter effectivement les groupes qu'il peut y avoir sur [réseau social] ou ce genre de choses, parce qu'il y a pas mal de questions qui ont déjà été posées sur des aides technologiques et aides techniques aussi. Et du coup, c'est assez intéressant pour voir les retours de chacun. Après c'est beaucoup de temps personnel de recherche pour trier les aides technologiques qui peuvent être enfin, pour les inconvénients, les avantages, tout ça, c'est beaucoup de temps de recherche donc. Voilà et effectivement les essais c'est un petit peu un frein là-dessus au niveau moyen. Je sais aussi que j'ai une tendance, si je ne connais pas l'aide technologique ou que j'en ai pas entendu parler de quelqu'un, même si ça pourrait être intéressant de le proposer, si je ne connais pas le produit, j'ai plus de réticences en fait à le suggérer, je vais en parler, mais je suis un peu plus de mal aussi, là-dessus. Et aussi les revendeurs ça peut-être une aide aussi de mon côté, c'est vrai que ce n'est pas forcément plus aidant que ça. Ils m'ont proposé le panel de produits qu'ils ont. Ils n'ont pas forcément en essai, la plupart du temps d'ailleurs, en aide technologique. Et du coup. Au niveau formation: je n'ai pas trop de formations non plus. Effectivement le CICAT, les salons aussi, c'est pas mal. Ça apporte pas mal d'idées, même si ce n'est pas forcément les aides technologiques précises. Ça apporte des idées sur les recherches qu'on peut faire, sur les choses existantes qui peuvent exister.

Ophélie : Vous êtes plusieurs à dire que cette recherche, cette veille technologique, elle n'est pas valorisée dans votre temps de travail. Vous avez peu de temps à consacrer sur cette recherche ?

Ergothérapeute 5 : Ce n'est pas ce qui prend le plus de temps.

Ergothérapeute 1 : Ce n'est pas ce qu'on peut privilégier on va dire.

Ergothérapeute 4 : Parfois moi, je m'auto censure parce que je sais que si je passe plus de temps, de minutes sur le sujet. On va venir me chercher des noises. Du coup je peux prendre sur mon temps de repas.

Ophélie : Je sais qu'il y a une dizaine d'années a été mis en place les consultations gérontechnologiques. Mais qu'aujourd'hui- actuellement, c'est peu présents sur le territoire. Est-ce que c'est quelque chose dont vous avez entendu parler ?

Ergothérapeutes : Absolument pas.

Ophélie : est-ce que pour des aides technologiques mais aussi des aides techniques, vous vous êtes déplacé sur le CICAT ? Vous avez contacté le CICAT ?

Ergothérapeute 6 : Moi je n'ai pas parlé du CICAT, j'ai parlé d'une autre structure qui s'appelle [nom de la structure]. Je ne sais pas si vous connaissez, c'est dans un appartement thérapeutique et ils proposent en fait de, pas mal d'aides techniques et quelques aides technologiques aussi. Sinon le CICAT, j'y suis déjà allé pour tout ce qui est fauteuil roulant. [Nom de la structure], ils reçoivent toutes les personnes : professionnels, particuliers. Et puis il y a un petit appartement, un espace, un grand espace qui fait office d'appartement thérapeutique et les personnes peuvent tester un peu ce qu'il y a. Il y a la chambre avec justement l'horloge numérique, pleins de choses comme ça, il y a la salle de bains avec toilettes. Et les personnes peuvent regarder et on vous conseille mais ils n'orientent pas.

Ergothérapeute 2 : Ils ont leur site internet aussi, sur lequel on peut se balader du coup. A un moment donné, on ne pouvait pas se déplacer.

Ergothérapeute 6 : Par rapport au COVID, je crois.

Ergothérapeute 2 : Peut-être.

Ergothérapeute 3 : Du coup, concernant le CICAT, ils proposent des formations tout au long de l'année aussi mais sur des thèmes assez précis, par exemple, notamment déficience visuelle, déficience auditive et une formation théorique. Et ensuite une présentation des différentes techniques qui peuvent exister et du coup par extension les aides technologiques qui existent pour ce type de population. Mais effectivement, c'est peu, c'est des groupes de dix personnes, c'est ça, une dizaine de personnes. Une formation dans l'année, pour y arriver, faut être au taquet sur les inscriptions. Et à côté de ça on peut les solliciter, moi j'ai eu à les solliciter il y a une quinzaine de jours pour une aide technologique concernant les alarme incendie, enfin bref peu importe. En fait, on m'a répondu que le temps de délai de réponse était très long. Donc on retrouve encore sur cette histoire de temporalité, on se tourne vers des professionnels, mais malheureusement, ils ont pas le temps et en fait on perd 15 jours, 3 semaines, donc 2 à 3 séances pour pouvoir tester, préconiser puis tester potentiellement, aider dans les démarches. Donc c'est intéressant, c'est bon de savoir que ça existe mais ce n'est pas non plus une solution à tout.

Ergothérapeute 6 : Pour rebondir sur ce que tu dis, j'ai fait un atelier avec le CICAT, il y a pas mal d'aides techniques mais elles ne sont pas toutes présentées. Souvent, on ne donne pas forcément les références, on nous explique un peu comment ça fonctionne, mais c'est sur un laps de temps, on n'a pas forcément les références de tous les produits proposés. C'est ça qui est aussi un peu dommage.

Ergothérapeute 2 : Il manquerait un référentiel effectivement d'aides techniques, ça doit être très compliqué à tenir un jour. Surtout qu'ils ont l'air de proposer des produits qui ne sont plus forcément sur marché non plus. Pareil, ce sont des choses qui sont bien, mais qu'on ne trouve plus. Donc ça nous donne des idées. Mais du coup, faut faire des recherches de notre côté, comme tu disais, on n'a pas forcément le temps. C'est une espèce de cercle comme ça où on s'enferme un peu dans une recherche où on n'a pas vraiment de sortie définitive, on peut ne pas trouver ce qu'on cherche, alors qu'on avait une super idée de départ sur l'aide technologique en question.

Ophélie : Vous soulignez ce qui est montré au CICAT, ce sont des aides technologiques qui ne sont plus actuelles ou qui ne sont plus référencés.

Ergothérapeute 6 : Il y a des très bons modèles. Une formatrice qui nous dit: ce modèle-là, ils ne le font plus. Vous pouvez trouver l'équivalent chez je ne sais pas quel fabricant mais c'est tout quoi. Y'a pas de renseignements pour pouvoir se procurer ce matériau.

Ophélie : Vous avez souligné aussi les délais. Les délais longs pour l'avoir en prêt ou en essai alors que, justement, vous insistez sur le fait que c'est important de pouvoir le mettre en place rapidement, dès le début de l'accompagnement.

*Ophélie : On a parlé de vos moyens actuels en tant qu'ergothérapeute en ESA. Si on se projette un peu dans un monde idéal. C'est votre avis qui m'intéresse, votre conception, votre façon idéale. **Concernant la préconisation des aides technologiques, qu'est-ce qui a besoin d'être amélioré ? Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose, que feriez-vous ? Quels autres moyens pourraient être mis en place ?***

Ergothérapeute 6 : Ce qui me vient en tête tout de suite, ce serait, là il y a 15 séances, ce serait avoir un peu plus de séances et peut-être des séances dédiées vraiment à la préconisation, parce que des fois, il faut venir en même temps que les ASG donc grignoter un petit peu de temps sur les séances, donc moi je n'ai pas forcément assez de temps et les ASG non plus. Et ensuite on se retrouve à 15 séances et à la fin, il n'y a rien qui a été mis en place. Ce serait bien 3/4 séances en plus dédiés à ça.

Ergothérapeute 5 : Je vais ajouter plus d'outils à l'essai. Ca ça serait bien.

Ergothérapeute 4 : D'avoir une mallette d'aides techniques très variées et de pouvoir absolument tout tester, pas forcément de tout avoir, mais de pouvoir tout demander en test aux revendeurs, voilà.

Ergothérapeute 3 : Je reviens un peu sur ce que tu disais Ergothérapeute 6 en terme de séance en plus. Je trouve intéressant de les avoir en plus, mais aussi de pouvoir les étaler un peu plus sur l'année. Pour voir un peu à J+3, puis une semaine, puis un mois, puis 4 mois peut-être. On est dans des pathologies neurodégénératives donc évolutive. Donc, effectivement, peut-être qu'une aide technique qu'on met en place, qui est préconisé, qui est mis en place, sera peut-être plus adapté, elle ne sera peut-être plus adapté dans six mois. Et, du coup, de pouvoir avoir une espèce de retour, un feedback, mais sur du plus long terme. Pour être sûr que c'est toujours d'actualité. Ce qui a été proposé. Je pense aussi à un truc dans notre monde idéal de pouvoir aussi : avoir des outils facilitant au niveau de la recherche. Un type de [outil de recherche] de l'aide technique. Je ne sais pas. On rentre notre cahier des charges, les envies de la personne, et ça nous sort l'aide technique idéale. Parce qu'en fait, il existe tellement de choses, mais on n'a pas forcément, sur des aides techniques on recherche, je tombe sur des sites en anglais, en allemand. On sait qu'on aura jamais cette aide technique qui paraît super intéressante parce qu'il n'y aurait pas un équivalent accessible et encore sur le marché, comme on disait sur ces choses-là. Quelque chose de vraiment facilitant pour la recherche. Car on n'a pas forcément le temps ni les outils pour le faire.

Ergothérapeute 2 : Si on veut rêver un petit peu, l'idéal ce serait qu'au niveau financier qu'il puisse y avoir plus de financement ou que je ne sais pas, en tant qu'ergothérapeute si on estime qu'une aide technologique est nécessaire au maintien à domicile, qu'elle puisse être remboursée. Même en totalité, que ça soit pris en charge par la sécurité sociale ou par d'autres. C'est souvent un gros frein pour les aides technologiques, c'est l'aspect financier. Même moi des fois en préconisant des aides technologiques, je vais, on va dire, me restreindre, car je sais que les moyens financiers ne vont pas suivre. Je ne vais pas proposer des choses avec un coût important. Tout en sachant les moyens financiers des bénéficiaires que j'accompagne. S'il y avait vraiment beaucoup plus d'aide financière, je pense que ça faciliterait l'accès aussi à ces aides-là.

Ergothérapeute 1 : Je rejoins tous les points qui ont déjà été dit. Et directement après plus au niveau du produit, je trouve que les aides technologiques, il y en a pas mal qui ne sont pas forcément, comme on disait tout à l'heure adapté aux personnes, déjà pensé et adapté pour les personnes âgées. Ça serait bien que ce soit un petit peu plus réfléchi à ce niveau-là. Certains aides techniques qui sont, qui peuvent être pas mal, mais du coup, en terme d'accessibilité qui sont un peu limitant.

Ophélie : Associer des ergothérapeutes avec des concepteurs par exemple. De demander leur avis aux ergothérapeutes avant de créer un prototype.

Ergothérapeute 2 : C'est un truc auquel je me dis souvent, quand je pose, par exemple au niveau du téléphone, même les modèles [marque] smartphones qui sont censés être les plus adaptés du marché. Des fois, j'aimerais bien pouvoir avoir accès aux interfaces, pouvoir modifier plein de paramètres, qu'on ait plus de marge de manœuvre au niveau des interfaces, au niveau de la présentation. Au niveau l'utilité du produit, en fait, je trouve effectivement, c'est totalement understandable, mais les concepteurs, ils ont leur propre logiciel, leur propre version, et il y a peu de choses qui sont modifiables. Typiquement [marque tablette], je trouve qu'elle est vraiment bien faite pour ça. On peut modifier énormément de paramètres sur la tablette. Et en fait c'est ça qui me manque: pouvoir toucher un peu à tout, mais sur les aides technologiques, on ne peut pas toucher aux logiciels de base. Donc, on est assez vite restreint effectivement sur ce que propose le concepteur en termes d'adaptation de l'outil en lui-même.

Ergothérapeute 3 : Dans l'idée aussi d'avoir aussi, on parlait de l'appartement avec les aides techniques. Je ne sais pas des grands showroom ou davantage, il y en a quelques-uns. Mais vraiment davantage de showrooms avec vraiment beaucoup, beaucoup d'aides technologiques notamment. Qu'on puisse aussi avoir le temps du coup d'y aller. Du moins que ce soit du temps dédié à ça. Pour s'informer et réactualiser nos connaissances. Acquérir de nouvelles connaissances aussi. Parce que ça se renouvelle tout le temps. Et c'est quelque chose qui permettrait vraiment de pouvoir affiner nos préconisations et également gagner du temps. Comme c'est vrai qu'à chaque fois on a une situation: on va faire nos recherches. Si on avait déjà encore plus de connaissances, ça permettrait peut-être qu'on ait plus d'idées directement en voyant la situation et on aurait moins ces recherches à faire par la suite. D'avoir accès plus facilement à l'essai des aides technologiques.

Ergothérapeute 4 : Et du coup sur cette très bonne idée des showrooms, peut-être qu'on puisse y emmener nos patients. Cette dynamique d'aller eux-mêmes. C'est intéressant aussi d'être plus acteur. D'être acteur dans la démarche de choisir comment bien choisir vos chaussures dans un magasin. Ça facilite plusieurs choix.

Ophélie : Pour ceux qui ont des difficultés, justement, à s'approprier, ça pourrait faciliter. Choisir au niveau esthétique.

Ergothérapeute 6 : Je rebondis sur ce que tu dis. Effectivement, si c'est mieux présenté que sur catalogue ou qu'au téléphone ou regarder des vidéos sur [plateforme de vidéos]. Au moins la personne elle peut se mettre en situation. Si on est présent, on peut aussi l'aider, conseiller.

Ergothérapeute 4 : Ça peut aussi changer le regard sur la technique. Ça peut paraître tout d'un coup un confort, ça peut sortir un petit peu du côté pathologie, accompagnement, médical. Ça devient un outil utile.

Ophélie : Oui, comme un achat pour la maison. C'est plus stigmatisant.

Ergothérapeute 2 : En fait, on est dans l'époque, que vous disiez tout à l'heure, entre deux générations, en fait, celui qui a grandi avec les technologies et l'autre pour qui des fois il y a

une espèce de rejet. Et les ergothérapeutes qui je pense vont travailler en ESA dans les années à venir, dans les 10/20 ans à venir. Ils n'auront plus les mêmes problématiques que nous, puisqu'en fait on aura tous vécu avec au moins 10/20 ans de portable derrière nous, donc plus facilement effectivement l'accès à la technologie aussi. Pour l'instant, on se confronte un peu à ces difficultés, là nous de notre côté.

Ergothérapeute 4 : Non, mais je trouvais que ce qui ressemblait le plus à ce que vous disiez tout à l'heure, c'est en fait les salons [nom salon] mais qui ont lieu, tous les 4 ans à Paris.

Ergothérapeute 2 : Tous les 2 ans je crois.

Ergothérapeute 4 : Pour le coup, ça rassemble tous les fabricants, donc ça enlève, un peu ce côté, il y a le choix, on ne leur impose pas mais oui en fait par rapport aux revendeurs, la difficulté c'est qu'effectivement, comme c'est des outils qui ne sont pas vendus en très grand nombre, contrairement aux barres d'appui et toutes les aides techniques les plus fréquentes. Et puis, en plus, on sort un petit peu du côté. Les aides temporels, c'est des choses qui sortent un peu. Je pense qu'ils n'ont pas encore bien connaissance de ces aides techniques là. Elles sont vendues en moindre nombre et donc ils ont plus de mal à acheter et à commander. Et souvent ils vont me dire: d'accord, je veux bien, mais dans ce cas, je veux avoir l'assurance que la personne va payer derrière. De là à dire que je les mets à disposition et en plus, je n'ai pas l'assurance de vendre, ça paraît difficilement envisageable de leur part.

Ergothérapeute 2 : On essaye aussi maintenant de faire différemment. On a la possibilité de gérer le budget de notre équipe pour les activités, dont on a besoin. On a acheté une des horloges éphémérides, on va acheter le pilulier aussi. Du coup, on essaye, en répartissant un peu le budget sur les années, d'acquérir des aides techniques et technologiques qui vont aussi pouvoir être utilisées par plusieurs bénéficiaires, puisque on a vu sur les 4 dernières années où on a été là que y avait ça qui revenait souvent au final, on achète, puis on sait qu'on va « rentabiliser » entre guillemets. Que l'achat va être utilisé par plein de personnes, ça pour le coup, je trouve que c'est une liberté qui est assez intéressante, puisqu'elle ne dépend plus du coup d'un revendeur qui est un peu réticent à acheter un pilulier, parce que derrière il n'est pas sûr de pouvoir le revendre.

Ergothérapeute 3 : Nous dans tel département, on est véhiculé, donc c'est vrai que ça nous permet aussi de pouvoir prendre différents matériels. Le fait qu'on l'a en stock, d'une manière générale, effectivement, on se libère un peu du revendeur, on espère que le matériel convienne, parce qu'il se déplace quand même. Là au moins on est autonome sur ça. C'est vrai qu'on est véhiculé, si on prend du matériel qui va prendre un peu plus de place, ça nous aide aussi. Si on est en transport, ça serait certainement plus difficile selon le matériel, moi je l'ai déjà fait. Pour avoir notre propre matériel. C'est vraiment un avantage, ça nous donne un petit poids, on n'a pas le revendeur au-dessus de nous. On se dit lui il espère vendre quand même au fond, même si voilà ça se passe bien. Dans le meilleur cas, ça serait mieux de pouvoir avoir nous-même le matériel et qu'on passe après par les revendeurs une fois qu'on a testé et qu'on s'est dit que c'était bon. Après des fois, les revendeurs sont là pour aussi nous nous aiguiller d'un point de vue technique aussi.

Ergothérapeute 6 : Il y a des bons revendeurs.

Ergothérapeute 3 : Il y a des bons revendeurs qui nous conseillent aussi très bien et qui ne sont pas là que pour vendre. Heureusement.

Ergothérapeute 4 : C'est pour ça qu'on les choisit.

Ergothérapeute 3 : Voilà, c'est pour ça, on a le choix.

Ergothérapeute 4 : Je suis désolé de poser cette question, mais est-ce que vous pouvez me dire le budget que vous avez pour le matériel ?

Ergothérapeute 3 : Très bonne question. On n'a pas encore. Cette année, les choses se mettent en place. On pourrait revenir vers toi par la suite pour te dire. On a une nouvelle direction, qui souhaite que ça soit géré nous-mêmes pour que quand il y a plus, il y a plus. On sait qu'il y a le budget de l'ARS et pas de budget illimité, voilà on pourra en rediscuter. Mais on a hâte de savoir que ça représente, ce qu'on va pouvoir acheter.

*Ophélie : Comment vous vous adaptez, en tant qu'ergothérapeute en ESA, on a vu les freins et les moyens parfois insuffisants, **comment malgré tout ça, vous vous adaptez pour préconiser ces aides technologiques. Ergothérapeute 2 et 3 nous ont donné une piste que l'ESA achète ses propres aides techniques. Est-ce que vous avez d'autres idées ? Comment vous vous adaptez au jour le jour pour soulever ces freins-là ?***

Ergothérapeute 2 : Je pense qu'il y a aussi une liberté dans la consommation actuellement avec achat, possibilité de renvoi si jamais le produit ne convient pas. Qui est plus démocratisée dans tous les achats en général. Et les tests 1 ou 2 mois gratuits, des choses comme ça qui se mettent en place. Et pour le coup, je pense qu'à 2 ou 3 produits similaires. Il y en a un qui propose un essai gratuit. Je vais peut-être plus, envoyer la personne vers celui-ci, ou alors qu'il y ait un retour gratuit possible. Essayez de regarder au niveau de la consommation, vraiment, s'il y a des possibilités pour que la personne puisse, au cas où ça ne convienne pas, de pas rester avec le produit sur les bras.

Ophélie : Au niveau de l'adaptation vous avez dit plein de choses tout au long : vous vous appuyez sur l'aidant, sur les ASG, les aides à domicile, l'entourage. Mais voilà s'il y a d'autres idées qui vous viennent d'adaptation.

Ophélie : Ce n'est pas forcément sur le sujet de mémoire. C'est parce que je suis un peu curieuse: est-ce que vous avez déjà réussi à avoir un remboursement APA sur une aide technologique?

Ergothérapeute 4 : Oui sur Paris, ils sont assez réactifs, en tout cas sur mes arrondissements. En fait, j'envoie un mail au référent APA en lui disant: cette personne a besoin de ce matériel-là, de façon assez synthétique, en expliquant peut-être un tout petit peu rapidement pourquoi, et il me répond juste. D'accord, je le passe en commission. Donc, je ne sais pas tout de suite. Ça doit passer en commission et être voté. Mais ça a toujours été accepté jusque-là. Sur des horloges. C'est passé. Ouais, pour l'instant, c'est passé. Et alors c'est au taux de remboursement de soins, c'est-à-dire les personnes ont un taux de participation, par exemple, de 30%. Du coup, l'aide technique va être prise en charge à 70% et après, en fonction des aides techniques qui peuvent avoir des plafonds, ils peuvent dire on rembourse jusqu'à cent euros, pas plus. Si l'aide technique coûte 150€. Bref, ce sera sur une base de cent euros.

Ergothérapeute 3 : J'ai une question par rapport à ça. Par rapport à l'APA, ce qu'on nous avait dit, c'est que, effectivement, pour qu'un remboursement, d'une aide technologique ou autre, C'était possible, mais que du coup, vu que l'APA, ce n'est pas comme avec la MDPH, c'est une enveloppe globale. Que ça prenait sur le plan d'aide. Par exemple si une personne a des aides à domicile. Tant d'heures d'aide à domicile par mois, si donc on souhaite qu'il y ait un financement, par exemple, d'une horloge numérique. Voilà pour le financement de l'horloge numérique. Ok, mais par contre ça allait impacté le nombre de l'enveloppe mise pour les aides à domiciles ou autre. Est-ce que tu confirmes ?

Ergothérapeute 4 : J'infirmes. Nous le fonctionnement que l'APA a avec nous, c'est pas ça. C'est vraiment à part. Alors, effectivement, il y a un montant limité, mais qui est beaucoup plus grand que ce que l'on va utiliser pour les aides techniques. Et non, c'est vraiment une

enveloppe à part. Ça ne prend pas sur les aides à domicile, mais par contre le taux de participation, ce montant limite.

Ergothérapeute 6 : Moi, c'est l'inverse, justement, moi, effectivement quand je fais des demandes. On me dit que la personne est au maximum du montant. Parce qu'il y a les aides à domicile. S'ils ont droit au max à 20h, ils prennent les 20h et il n'y a plus rien. Si ils ont droit aux 20h et qu'ils prennent que 10h par exemple, là l'argent qui reste, c'est possible qu'il y ait un financement. En tout cas, dans le [arrondissement], c'est comme ça.

Ergothérapeute 3 : Effectivement, c'est ce qu'on a vu à la dernière réunion inter SSIAD, il y avait une évaluatrice APA qui était là, c'est ce qu'elle nous avait dit, effectivement, quand le plan d'aide était au maximum. On pouvait réduire, pas sur un mois, par exemple, sur plusieurs mois pour étaler le financement. Effectivement, j'avais ce retour-là. Là tu me dis le contraire, j'ai envie de dire, j'espère que ça sera mieux que ça soit ça effectivement.

Ergothérapeute 4 : Je n'ai jamais eu ce cas-là.

Ergothérapeute 3 : Ca se trouve ils ont plus d'aides à domicile depuis que tu as mis en place l'horloge numérique.

Ergothérapeute 4 : Je suis là depuis deux ans et demi. J'ai dû avoir une dizaine de fois des demandes, après est-ce que les patients étaient déjà au max de leur montant, pour moi, certains oui.

Ergothérapeute 6 : Le SSIAD, où je fais des missions de temps en temps, font en sorte de prendre le maximum de l'enveloppe.

Ergothérapeute 4 : Ça c'est un problème.

Ergothérapeute 6 : J'ai une question quid du [arrondissement] ?

Ergothérapeute 4 : Mais du coup, je vérifierais, parce que c'est étonnant que ce ne soit pas le même fonctionnement. Oui, surtout sur Paris.

Ergothérapeute 3 : Ça va dépendre des départements. Une tablette, la personne qui nous l'avait présenté, en Auvergne, elle disait qu'en Auvergne, il y avait bien un financement pour la tablette de l'APA mais qui disait que ce n'était pas partout. En ile de France, ça ne se faisait pas forcément. Donc voilà pareil d'un département à l'autre. Sur la région, d'un arrondissement à l'autre, je ne sais pas, ça peut être différent en fonction des moyens. Il y en a qui sont GIR 2 mais qui au final serait GIR 5 ou 6. Quand on voit la personne, ça dépend de l'évaluateur.

Ergothérapeute 1 : Parfois l'évaluation APA se fait pendant l'accompagnement ESA.

Plusieurs ergothérapeutes : Oui

Ergothérapeute 1 : Ce n'est pas déjà mis en place de départ. Donc ça joue aussi. Si l'évaluation APA se fait un peu tard pour tout ce qui est financement ça joue aussi.

*Ophélie : On a vu ensemble les aides technologiques, l'offre actuelle, ce que vous en pensez, surtout en termes d'accessibilité, on a vu aussi les difficultés que vous avez rencontrées mais aussi les préconisations qui se sont bien passées. Les moyens, les moyens idéaux. Et puis, comment, comment vous adapter? Dans ce contexte-là. Mon mémoire s'intéresse au rôle de l'ergothérapeute en ESA comment il va soutenir l'accès et l'appropriation des aides technologiques. On arrive à la fin de cette rencontre. **Est-ce que il y a des choses qui n'ont pas été mentionnées et qui vous semblerait importantes ?***

Ergothérapeute 3 : Non, je pense qu'on a fait le tour.

Ergothérapeute 4 : Je suis d'accord.

*Ophélie : Sans avoir des choses à ajouter, **qu'est-ce que vous retenir de cette rencontre ? Qu'est ce qui a été marquant ?***

Ergothérapeute 2 : Je pense que ce qui est important pour moi d'entendre, c'est qu'en fait, on est tous dans le même bateau. Et souvent même sur des rencontres inter ESA qu'on a pu faire dans le [département]. On a l'impression, qu'on est un peu à la ramasse, à côté de la plaque, sur ce qu'on propose, etc. En fait, on se rend compte qu'ailleurs c'est pareil, voire des fois pire, parce qu'ils n'ont pas les mêmes moyens. Et du coup-là d'entendre que, sur des territoires différents, sur des équipes différentes, au final on est tous confrontés aux mêmes problématiques et aux mêmes idées qu'on aimerait bien mettre en place en terme de préconisations. Ça conforte un petit peu dans le rôle qu'on a, dans ce rôle de préconisations, tu disais tout à l'heure, de prendre confiance aussi dans notre capacité de préconisation de ces aides technologiques. En fait ce qu'on fait c'est cohérent et ça a du sens pour la personne. Pour nous, ça fait plaisir à entendre. Je peux garder ma place à l'ESA.

Ergothérapeute 4 : Du coup moi ça me conforte dans l'idée que c'est vraiment bien les réunions inter ESA. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'y participer, j'espère qu'il y en aura une cette année. Je pense que c'est une bonne façon de gagner du temps, justement sur la veille technologique ou de prendre connaissance de tout ce qui peut exister avec des retours concrets d'expérience.

Ergothérapeute 1 : Je suis d'accord aussi sur l'importance des réunions inter ESA, j'ai eu l'occasion de participer à une réunion inter ESA. L'année dernière. Il y avait des ASG, psychomot, ergo, etc. C'était plutôt enrichissant en tout cas. Ce serait bien que ça se renouvelle.

Ergothérapeute 6 : J'ai jamais participé à une réunion inter ESA ce serait intéressant et là je me dis il faudrait que je me fasse un fichier avec toutes les aides technologiques, comme ça me fera à la longue, un petit genre de dictionnaire où je pourrais tout retrouver dedans vu que ça existe pas encore.

Ophélie : Pourquoi pas un fichier collaboratif ?

Ergothérapeute 6 : A mettre dans le groupe ESA. Chacun remplit un petit peu.

Ergothérapeute 3 : Avec des commentaires aussi.

Ergothérapeute 1 : Je rejoins ce qui a été dit aussi par rapport aux réunions. Je trouve que ça permet d'avoir un peu qu'on se rejoint un petit peu sur toutes les mêmes problématiques et aussi d'avoir un petit peu des conseils sur ce qui a pu être essayé ou ce qui a fonctionné. Je trouve ça super, super intéressant. Effectivement une base où on pourrait tous mettre un petit peu l'expérience et à qui ça convient.

Ophélie : Je vous remercie.

L'accessibilité et l'appropriation des gérontechnologies du couple aidant/aidé

Le rôle de l'ergothérapeute en ESA

Mots clefs : Maladie d'Alzheimer, aidant, gérontechnologies, équipe spécialisée Alzheimer, ergothérapie

En France, l'évolution démographique entraîne un accroissement du nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Face à cette augmentation, les politiques publiques encouragent le maintien à domicile et le recours aux proches aidants. Parallèlement à ce constat, l'univers des technologies évolue rapidement et semble offrir des solutions alternatives pertinentes pour répondre aux besoins des personnes atteintes de la maladie et de leurs aidants. Cependant, des limites s'opposent à leur diffusion. Notamment des difficultés d'accessibilité et d'appropriation mis en évidence par le rapport Denormandie-Chevalier en 2020. De par leur compétence en préconisation, les ergothérapeutes jouent un rôle clef dans la promotion et la mise en place de ces aides au service des usagers.

L'objectif de cette étude est d'analyser le rôle de l'ergothérapeute en ESA dans l'accessibilité et l'appropriation des gérontechnologies et en particulier de l'influence de l'essai en situation écologique et de l'entraînement à l'utilisation.

Six ergothérapeutes exerçant en ESA ont participé à un focus groupe. Les résultats révèlent que la réalisation d'essai en situation écologique contribue à l'accessibilité et l'appropriation des gérontechnologies. Néanmoins, d'autres difficultés rencontrées par les ergothérapeutes en ESA pour réaliser leur préconisation sont mis en lumière par cette enquête. Des difficultés auxquelles les CICAT, les EqLAAT et les rencontres inter ESA pourraient répondre.

Accessibility and appropriation of gerontechnology by couple with Alzheimer

Keywords: Alzheimer's disease, caregiver, gerontechnology, Specialized Alzheimer Team, occupational therapy

In France, demographic trend increases the number of people affected by Alzheimer's disease. Face of this increase, public policies encourage people to live at home and to rely on family carers. At the same time, the world of technology seems to offer alternative solutions to meet the needs of people suffering from disease and their caregivers. However, gerontechnology have limits. Especially, the difficulties of accessibility and appropriation as pointed by the Denormandie-Chevalier report in 2020. Thanks to their expertise in recommendation, occupational therapists play a key role in promoting these aids for users.

The aim of this study is to analyze the role of the occupational therapist from Specialized Alzheimer Team (ESA) in the accessibility and appropriation of gerontechnology, and in particular the influence of trial in ecological situation and training on use.

The focus group with six occupational therapists working in ESA shows that making a trial in ecological situation contributes to the accessibility and appropriation of gerontechnology. Nevertheless, other difficulties encountered by ESA occupational therapists in their recommendations are highlighted. Difficulties that information and advice centers for technical devices (CICAT) could help to overcome.

Ophélie SALGADO

Sous la direction de Madame Emilie VEAUUVY