



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen - FSE

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHÉRAPIE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES.

Les bienfaits du maintien à domicile.

Etudiante : TECHER Océane Elodie

Directrice professionnelle : BENTAALLA Sophia

Directrice scientifique : KICHENAPANAIIDOU Laurie

Formatrice référente : VASSEUR Mégane

**Mémoire de fin d'études - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute
Promotion 2019-2022**

Remerciements

Je dédie ces premières pages aux personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à l'écriture de ce travail d'initiation à la recherche. Ce travail, qui représente la finalité de 3 années d'études, riche en émotions.

Je tiens alors à remercier chaque personne qui a pu me soutenir en amont de ce travail de recherche et, sans qui, je n'aurais pu être présente ici aujourd'hui.

Merci aux formatrices (DOMENJOURD Sophie, VEYRAT Yasmine, VASSEUR Mégane) pour votre accompagnement et votre bienveillance durant ces 3 années. Je tiens particulièrement à remercier **Mégane VASSEUR**, qui a fait preuve d'une bienveillance sans nom, merci pour vos précieux conseils, qui m'ont permis de continuer à avancer malgré les difficultés.

Je souhaite adresser mes remerciements à **Jessica CAROUPIN** ainsi qu'à Laurie KICHENAPANAI DOU, qui m'ont accompagné et m'ont conseillé lors de ce travail de recherche et qui m'ont aidé à être fier de mes productions. Je tiens particulièrement à remercier **Laurie KICHENAPANAI DOU**, qui a cru en moi et qui m'a soutenu, merci de m'avoir comprise et accompagnée comme vous l'avez fait. Les mots ne sont pas suffisants pour décrire à quel point je vous suis reconnaissante.

Merci également à ma directrice professionnelle **Sophia BENTAALLA**, qui m'a accompagné et conseillé durant cette année, malgré les périodes difficiles.

Je remercie également tous mes camarades de classe, pour tous les moments de rire, merci à vous d'avoir rendu ces 3 années plus agréables.

Alors que je pensais me noyer dans mes angoisses de plus en plus grandes, mes amis ont été présent pour moi et m'ont apporté beaucoup de soutiens. Merci à **Virginie, Myriam, et Jennifer**. Ces 3 merveilleuses personnes, qui ont été présentes. Elles m'ont apporté soutien, joie et légèreté durant ces trois ans.



Ce projet est cofinancé par
le Fonds social européen -
FSE

Déclaration sur l'honneur

Je soussignée,

Nom : TECHER

Prénom : Océane Élodie

Inscrite en 3^{ème} année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie
dans la promotion 2019- 2022, n° de carte d'étudiant : NJ00889246,

- Déclare avoir pris connaissance de la charte du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans la charte pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du conseil de discipline de l'IRFE et la déclaration de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'IRFE.

Date : 11/05/2022

Signature :

Droits d'auteur



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen - FSE

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussignée TECHER Océane Elodie, étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

L'accompagnement en ergothérapie des personnes âgées fragiles :
les bienfaits du maintien à domicile.

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et l'IRFE, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à

Le

Signature



Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen - FSE

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE

Je soussignée TECHER Océane Élodie,,

étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

L'accompagnement en ergothérapie des personnes âgées fragiles : les bienfaits du maintien à domicile.

Autorise l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE) à permettre la consultation de mon mémoire manuscrit.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de mon Institut Régional de Formation en Ergothérapie, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 14/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront disponibles au sein de l'IRFE de Saint Denis.

Fait à

Le

Signature

*Je me promets que je ne laisserais jamais les
mauvais jours me décourager.*

*Que malgré les difficultés, j'aurais la force et le
courage de continuer à avancer,
comme je l'ai toujours fait.*



Table des matières

_Toc102994059

Introduction.....	7
La personne âgée.....	9
A. Quelques chiffres.....	9
B. Cadre de vie.....	9
C. Les actions mises en place.	12
Le vieillissement et ses concepts.	14
A. Généralités.....	14
B. Le vieillissement “normal” et “pathologique”	16
Fragilité et “syndrome de glissement”	17
A. Enquête exploratoire	17
B. Définition du syndrome de glissement.	20
C. Étiologie et description clinique	21
D. Traitement et accompagnement humain	22
E. Le concept de fragilité	24
Accompagnement en ergothérapie	25
A. Définition de l’ergothérapie.....	25
B. L’ergothérapie en gériatrie	26
C. Modèle du Rendement et de l’Engagement Occupationnel (MCREO)	27
Problématisation	29
Méthodologie.....	31
A. Objectifs de l’enquête.....	31
B. Choix de l’outil	32
C. Choix de la population	35
D. Méthode d’analyse.....	36
Résultats	37

A.	Description brute des résultats.....	37
A.1/	Stimulation des capacités motrices et d'équilibre à domicile.	38
A.2/	La stimulation des fonctions cognitives.	39
A.3/	La sécurité physique	40
A.4/	Aménagement du domicile.....	41
A.5/	La préconisation des aides techniques.....	42
A.6/	Questions facultatives.	44
B.	Analyse des réponses au regard de notre hypothèse	45
Interprétation		47
A.	Un accompagnement global à domicile.	47
B.	Valorisation des capacités dans un environnement sécurisé et rassurant.	49
Discussion.....		50
A.	Limites rencontrées et analyse réflexive.....	50
B.	Apports de ce travail.....	52
C.	Perspective d'évolution.....	53
Conclusion		54
BIBLIOGRAPHIE.....		56
SITOGRAFIE		56
ANNEXES		60

Table des tableaux

Tableau 1: Soins promulgués à la personne âgée atteinte du syndrome de glissement..20

Tableau 2: Objectifs et moyens généraux utilisés par l'ergothérapeute dans le domaine de la gériatrie.....24

Tableau 3 : Critères d'inclusions de la population.....33

Table des figures

Figure 1.a : Mode de cohabitation des femmes âgées de 65 ans ou plus en 2016.....	9
Figure 1.b : Mode de cohabitation des hommes âgés de 65 ans ou plus en 2016.....	9
Figure 2 : Mode de cohabitation selon l'âge à La Réunion en 2013.....	10
Figure 3 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	28
Figure 4 : Résumé des informations recueillies sur le pôle de questions administratives.....	38
Figure 5 : Moyens utilisés par les ergothérapeutes pour minimiser le risque de chutes à domicile.....	39
Figure 6 : Répartition des ergothérapeutes sur le volet "circulation intérieure"	40
Figure 7 : Recommandations pour les aides techniques dans les AVQ.....	42
Figure 8 : Aides techniques dans les AVQ, leurs impacts sur l'engagement et le rendement occupationnel.....	43
Figure 9 : Aides techniques proposées pour la marche, en extérieur	44

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire à destination des ergothérapeutes (travail exploratoire)	59
Annexe 2 : Message type posté ou envoyé par mail.....	59
Annexe 3 : Questionnaire à destination des ergothérapeutes.....	59

Liste des abréviations

ACE: Association Canadienne des Ergothérapeutes

AEG : Altération de l'État Général

AFEG: Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

ASV : Allocation Supplémentaire Vieillesse

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CAF: Caisse d'Allocation Familiale

CNG: Collège Nationale des enseignants de Gériatrie

EHPAD: Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

ENOTHE : European Network of Occupational Therapist in Higher
Education

ESNA : Equipe Spécialisée Neurologique à Domicile

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HDJ : Hôpital De Jour

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et d'Etudes Economiques

MAD: Maintien A Domicile

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement
Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régionale de la Santé

SAMSAH: Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes
Handicapés

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

Selon Santé Publique France, en 2019, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient $\frac{1}{4}$ de la population et pourraient augmenter à $\frac{1}{3}$ d'ici 2040¹.

Cependant, une évolution de l'espérance de vie serait moins favorable par rapport aux années précédentes, qui s'explique par une augmentation de la dépendance ainsi qu'une fragilité des personnes âgées de plus de 60 ans. Il s'agit d'une problématique importante en santé publique; actuellement un programme a été développé dans le but de favoriser un vieillissement en bonne santé par la promotion de la santé globale ainsi que la prévention de la perte d'autonomie². Au regard de l'évolution de l'espérance de vie est une avancée importante, ainsi il est essentiel de garantir aux générations futures et aux personnes âgées actuelles un vieillissement en bonne santé et un maintien de l'indépendance sur du long terme.

Durant mon parcours de vie, j'ai été en contact avec des personnes âgées vivant une dégradation générale de santé et par conséquent une perte d'autonomie ; sans jamais m'en rendre compte et sans me questionner sur les difficultés qu'elles pouvaient traverser.

Depuis mon entrée à l'école d'ergothérapie, et grâce aux expériences de stages, mes connaissances et ma vision des choses sont en perpétuelle évolution.

C'est ainsi que j'ai découvert que la gériatrie est le domaine dans lequel où je me sens le plus à ma place et où je pense pouvoir apporter des choses en tant que future ergothérapeute

Durant un des stages que j'ai effectués, j'ai été en contact avec une femme âgée qui vivaient une Altération de l'Etat Générale (AEG) . Selon le médecin du service, elle avait un risque d'être atteinte du « syndrome de glissement ». Ce fut la première fois que j'entendis ce terme, je me suis par la suite renseignée et fut interpellée par le taux de décès important des personnes atteintes de ce syndrome (Tariq et *al.*, 2012). J'ai également constaté que l'accompagnement psychologique et infirmier est davantage mis en avant, mais très peu celui de l'ergothérapeute. De par mon attrait à évoluer auprès du public gériatrique, je me

¹ Santé Publique France. (2019). Bien vieillir. Repéré à : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>.

² Ibid.

suis donc interrogée sur la place de l'ergothérapeute dans ce type de situation. C'est ainsi qu'a émergé le questionnement suivant :

« Quel serait le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes du « syndrome de glissement » ? »

Pour répondre à cette question, mon travail s'articulera autour de trois parties. Tout d'abord, j'exposerai le cadre théorique qui permettra de comprendre ce qu'est le syndrome de glissement chez la personne âgée. Cette partie théorique conduira à la problématisation et aux hypothèses de recherche. Dans un troisième temps, seront analysés et interprétés, les résultats obtenus suite aux enquêtes de terrain qui seront discutées.

La personne âgée.

A. Quelques chiffres

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne est considérée comme âgée à partir de 65 ans.³

Comme le soulignent les chiffres de l'Institut Nationale de la Statistique et Études Économiques (INSEE), on recense en France 13,4 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 20,5% de la population en 2019.

A la Réunion, la population âgée de 65 ans et plus représente 10% de la population de l'île. En effet, l'île de la Réunion compte 83 000 personnes de plus de 65 ans. (Gramoune care, 2017)⁴.

L' INSEE prévoit que les séniors représenteront 29% de la population en 2070⁵; la part des personnes âgées de 75 ans et plus augmenterait ; cela s'expliquant par une espérance de vie croissante. Cependant, sous l'effet du vieillissement, la part des personnes dépendantes tend également à augmenter, ce qui entraînera un accompagnement de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse. Ainsi la prévention et la promotion de la santé seraient ainsi primordiales afin de limiter les situations de perte d'autonomie et ainsi diminuer la part des personnes âgées dépendantes et limiter l'entrée en établissement de santé.

B. Cadre de vie

En France

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), le mode de vie prévalent est la vie à domicile, pour 96% des hommes et 93 % des femmes en 2016 . Les femmes âgées représentent deux tiers de celles de 85 ans et les trois quarts de celles de 95 ans. Elles sont plus souvent amenées à vivre avec leur conjoint ou leurs proches.

³ Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Vieillesse et santé. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

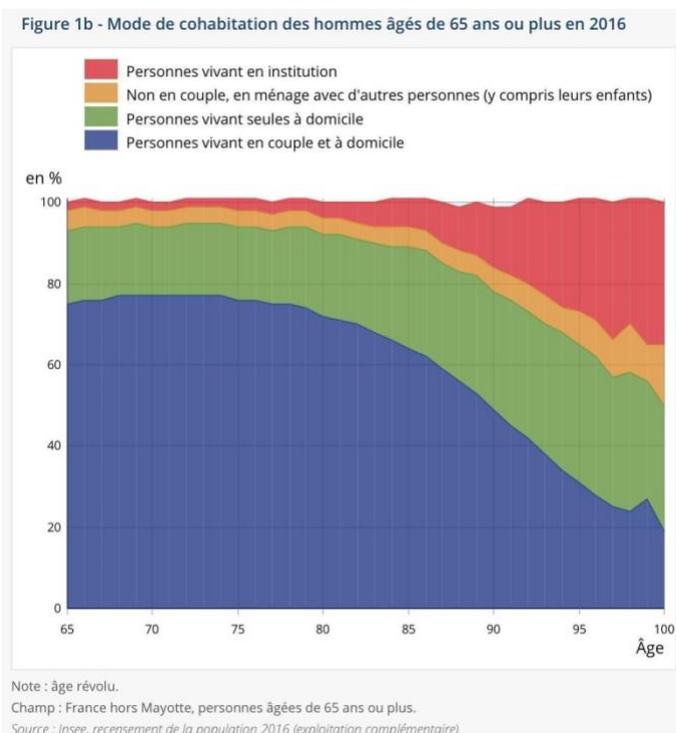
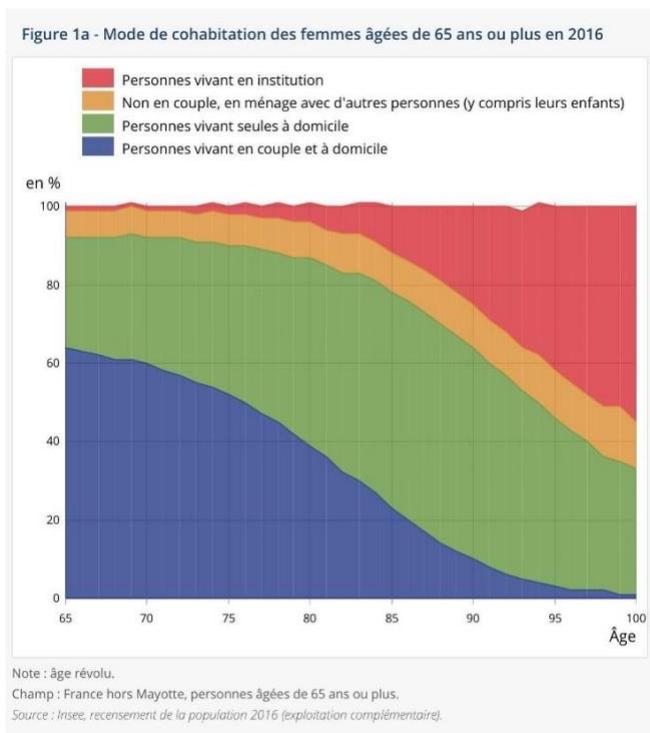
⁴ Agence Régionale de la Santé. (2017). Gramoune Care. Repéré à : http://www.maia.re/userfiles/documents/autres_donnees_/gramouneecare.pdf

⁵ Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques.(2018). De 2,8 millions de séniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2017?. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226>.

Dues à leur plus grande longévité, et le contexte familial, les femmes vivent d'autant plus seules⁶. Cependant, avec l'avancée en âge, les situations de dépendance sont plus importantes chez ces dernières, augmentant le taux de d'institutionnalisation.

Selon les chiffres de 2015, la vie en institution progresse à partir de 80 ans et concerne principalement les femmes :

- à 80 ans : 5% de femme contre 4% d'hommes. (Figure 1a)
- à 95 ans : 42% de femmes contre 27% d'hommes. (Figure 1b)



Les conditions de vie des personnes âgées vont ainsi dépendre de leur limitations fonctionnelles et la restriction dans leurs activités de la vie quotidienne mais dépend également de leur environnement, par exemple de l'architecture du domicile, la disponibilité des proches

⁶ Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques.(2019).SENIORS. France, portail social.
Repéré: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4238781/FPORSOC19.pdf>.

À La Réunion

Comme en France Métropolitaine, l'espérance de vie des personnes âgées de la Réunion tend à augmenter. (Annexe évolution de l'espérance de vie)

Selon l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS), le mode de vie prévalent est également la vie à domicile (23% des personnes âgées de 60 ans vivent seules contre 29% au niveau national, en 2013). La part des personnes âgées vivant seules augmente jusqu'à 90 ans et diminue suite à l'entrée en institution ou dans un ménage de plusieurs personnes, comme indiqué sur la figure 1 ci-joint.

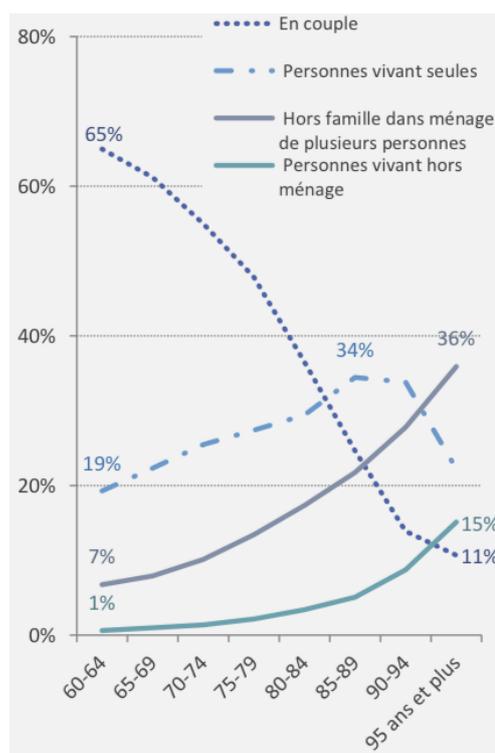


Figure 2. Mode de cohabitation selon l'âge à La Réunion en 2013

Comme toutes personnes âgées, des limitations fonctionnelles vont apparaître et augmenter la restriction dans leurs activités de la vie quotidienne. Pour les personnes âgées vivant seules, il faut alors être vigilant à leur environnement. Dans le cas de l'île de la Réunion, la part des personnes âgées de plus de 80 ans vivant seule, représente plus de 40% des personnes âgées dans certains quartiers des communes suivantes : Cilaos, Saint-Louis et principalement Saint - Denis.

La part des personnes vivant en couple (55%) à domicile diminue suite à l'âge et le décès d'un conjoint (ORS, 2017)⁷.

En 2013, 3,7% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en institution contre 9,7% en France métropolitaine⁸.

⁷ ORS. (2017). Les personnes âgées à la Réunion. Repéré à : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_ORSOI_Personnes_agees_Reunion_2017.pdf

⁸ Ibid.

Que se soit en France métropolitaine ou à l'Île de la Réunion, le souhait des aînés est de vivre le plus longtemps possible à domicile⁹. Cependant, du fait du vieillissement et de ses conséquences, vivre à domicile n'est pas sans risques. Afin de respecter le souhait des aînés, mais également pour des raisons économiques¹⁰, les politiques de santé concernant le grand âge ont pour objectif de réaliser ce souhait, dans les meilleures conditions possibles en préservant la qualité de vie des aînés.

C. Les actions mises en place.

Plusieurs actions peuvent être mises en place pour prévenir la perte d'autonomie et limiter le taux d'entrée en institutions. Ces actions vont alors permettre de maintenir la personne âgée à domicile.

Le programme « Bien vieillir »¹¹ de Santé publique France s'inscrit notamment dans cette démarche. Il vise à maintenir l'autonomie et l'indépendance et de soutenir la qualité de vie à domicile des personnes âgées, par :

- « La surveillance des maladies chroniques, des traumatismes, de la santé mentale et des déterminants de santé.
- La surveillance des indicateurs de fragilité et de morbidité,
- Le transfert des connaissances et d'informations via le site « pourbienvieillir.fr ». ¹²

La vie à domicile renvoie « à une dimension de continuité et de résistance au temps essentielle à mesure de l'avancée en âge »¹³ cependant, seule une approche centrée sur la personne et son environnement, dans lequel elle évolue, peut garantir la réalisation de ce souhait. Pour permettre la vie à domicile des aînés le plus longtemps possible et en prévenant leur perte d'autonomie, il existe le « Maintien À Domicile ».

Le concept de "Maintien À Domicile" (MAD) regroupe un ensemble des moyens mis en place pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester à domicile¹⁴. Le MAD est possible grâce "un accompagnement global de la personne âgée, coordination des

⁹Resanté-Vous. (2020) Bien Vieillir domicile. Repéré à <https://www.resantevous.fr/wp-content/uploads/2019/01/GuideBienVieillir-Web.pdf>.

¹⁰

¹¹ Santé Publique France. (2019). Bien vieillir. Repéré à <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>.

¹² Santé publique France . (2019) . Bien vieillir. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>.

¹³ Franco. (2010). Rapport de la mission « Vivre chez soi ». Repéré à : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf.

¹⁴ Ameli. (2022). Maintien à domicile. <https://www.ameli.fr/assure/sante/maintien-domicile>

différentes aides et soins, intervention au cas par cas, modulée en fonction des besoins de la personne.” Elle peut être mise en place de façon permanente ou ponctuelle.

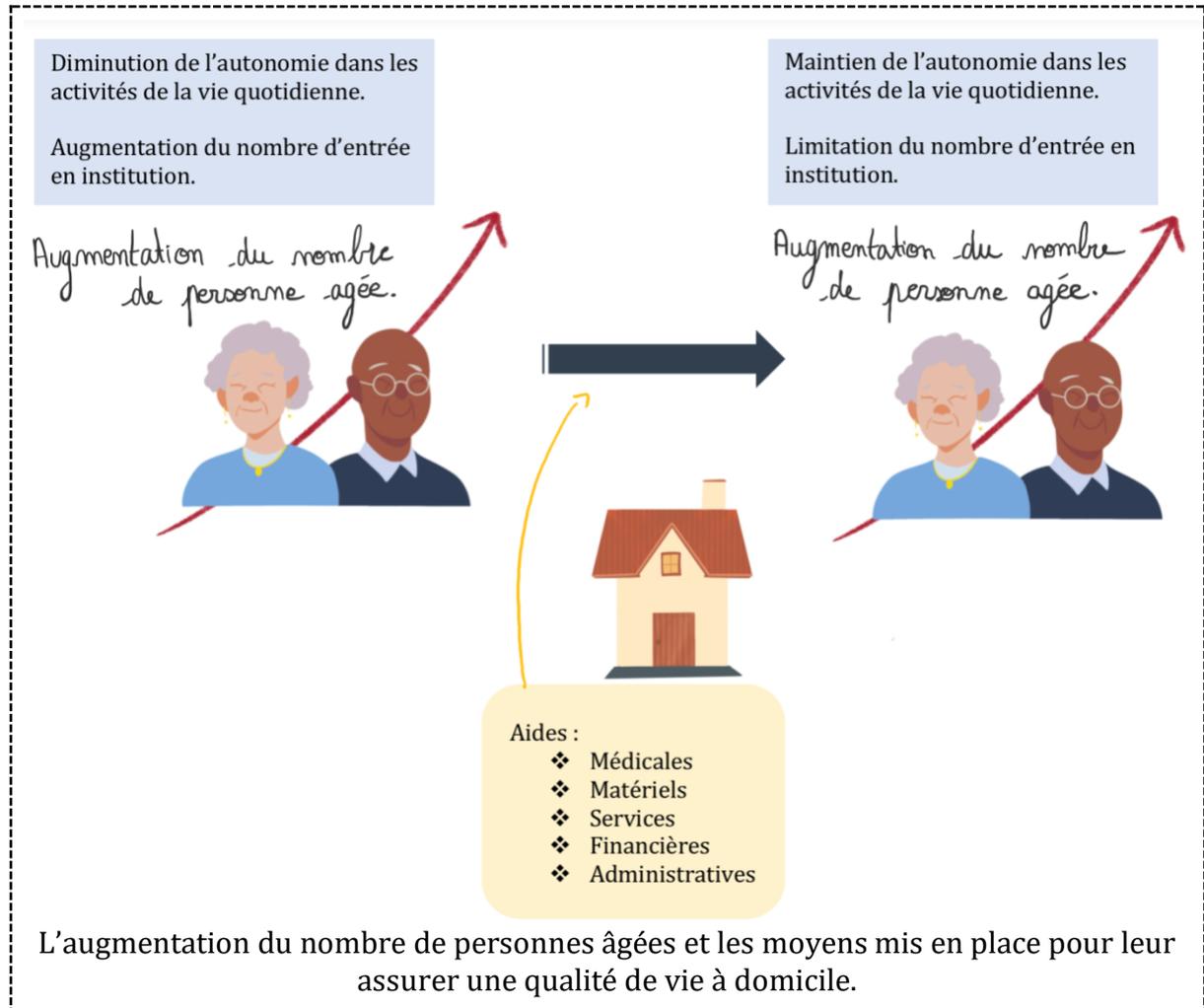
Les moyens existants permettant le MAD sont de différentes natures, ils peuvent être :

- **Médicales et paramédicales** : il s’agit des soins et des traitements donnés à la personne, y compris les soins d’hygiène et de confort.
- **Techniques** : il s’agit des aménagements des lieux de vie, c’est-à-dire rendre accessible les lieux selon la mobilité de la personne et rendre son domicile plus sécuritaire.
- **Financières**: il s’agit des aides prenant en charge totalement ou partiellement les prestations médicales et techniques.
- **Administratives** : il s’agit des accompagnements aux démarches administratives pour la constitution de divers dossiers d’aides.
- **Services** : aides humaines à domicile qui interviennent pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne, notamment pour les personnes âgées isolées.

Les personnes âgées ont des besoins qui peuvent être plus ou moins importants en raison de l’avancée en âge. Certaines aides sont mises en place afin de les accompagner au mieux., parmi ses aides on retrouve des **aides financières**, dont voici une liste non exhaustive :

- l’Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV),
- l’Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) pour les personnes ne recevant pas de retraite ou ayant une pension trop faible.
- l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA) est une aide qui existe.
- Les Caisses d’Allocation Familiale (CAF) proposent également une aide pour le logement aux personnes âgées ayant de faibles ressources, percevant ou non l’APA.

Pour résumer :



Le vieillissement et ses concepts.

A. Généralités

L'OMS considère qu'à partir de 65 ans une personne est âgée. Cependant du point de vue social, deux facteurs émergent et marquent l'entrée en âge mûr. D'une part, l'arrêt de l'activité professionnelle à partir de 55 / 60 ans et d'autre part l'entrée en institution gériatrique aux alentours de 85 ans¹⁵.

La perception de la vieillesse est très variable et personnelle, elle ne rime pas forcément avec dépendance et fragilité.

¹⁵ CERIMES.(2009). Le vieillissement humain. Repéré à : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>

L'augmentation en âge majore le risque de la perte d'autonomie, qui découle naturellement du vieillissement normal, mais aussi de l'environnement dans lequel l'individu vit. Le vieillissement est un processus progressif, il est naturel et obligatoire.

Du point de vue de la biologie, le vieillissement « normal » est associé « à une accumulation de lésions moléculaires et cellulaires » (OMS, 2021)¹⁶. Cette accumulation de lésions a pour conséquence une réduction progressive des fonctions physiologiques et des réserves fonctionnelles augmentant le risque de maladie, de comorbidité, mais aussi, une diminution des capacités générales de l'individu. Avec l'avancée en âge, les personnes risquent de souffrir de plusieurs problèmes de santé simultanément.

Socialement, le vieillissement est également associé à des étapes de la vie, telle que la retraite, l'entrée dans un domicile plus adapté aux capacités.

Cependant, le vieillissement n'est pas linéaire, il reste différent d'une personne à l'autre. Si l'on prend un groupe d'individus de personnes de 75 ans, les capacités physiques et cognitives seront différentes, certaines peuvent nécessiter d'une aide significative au quotidien tandis que d'autres non. Ces différences observables au sein d'un même groupe de personnes s'expliquent par des mécanismes de vieillissement aléatoires, mais aussi par l'influence de l'environnement et des comportements de l'individu tout au long de sa vie. (OMS, 2021). Le vieillissement est très subjectif, chacun le ressentira et le vivra différemment.

Le Collège National des enseignants de Gériatrie (CNG), définit le vieillissement comme « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme ». Ces processus résultent de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux. Ils décrivent ce phénomène comme lent et progressif et à distinguer de la maladie¹⁷.

Le vieillissement influence les métabolismes, les différents systèmes (nerveux, immunitaire et cardiovasculaire), les organes des sens, les appareils respiratoire, digestif, locomoteur et urinaire ainsi que le fonctionnement des organes sexuels. ¹⁸

¹⁶ Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Vieillesse et santé. Repéré à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

¹⁷ Conseil National des enseignants en Gériatrie. (2009). Le vieillissement humain. Repéré à : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>

¹⁸ Ibid

- **Impacts sur les organes des sens:**

Les personnes âgées auront une diminution de la capacité d'accommodation (presbytie)¹⁹, une opacification progressive du cristallin (cataracte). Une presbycusie, diminution de l'audition, est causée par le vieillissement de l'appareil cochléo-vestibulaire. Une modification du goût et / ou de l'olfaction apparaît également.

- **Impact sur le système respiratoire et des différents appareils.**

Est aussi impacté le système cardiovasculaire, avec une diminution du débit cardiaque à l'effort. L'appareil locomoteur est également affecté, la densité osseuse diminue ayant pour conséquence, une diminution de la résistance mécanique des os ainsi qu'un amincissement du cartilage articulaire.

- **Impact sur les métabolismes et du système nerveux .**

La composition organique se modifie, engendrant une diminution de la masse maigre et par conséquent du mécanisme de base ainsi qu'une augmentation de la masse grasse.

L'organisme dans sa globalité s'adapte moins aux situations de stress.

Concernant le système nerveux central, la substance blanche diminue entraînant une augmentation du temps de réaction et diminution des capacités mnésiques (attention, mémoire, acquisition d'informations nouvelles...), mais n'explique pas les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne. S'y ajoute également une "réduction et déstructuration du sommeil", et une diminution de la sensation de soif dû à une diminution de la sensibilité des récepteurs de la soif.

B. Le vieillissement "normal" et "pathologique"

Les différents impacts que nous avons précédemment cités font partie du vieillissement dit « normal », qui fragilise la personne. Il ne présente pas de pathologies, mais il y a un risque d'en développer. Le vieillissement « normal » engendre une diminution des capacités fonctionnelles et touche tout l'organisme.

¹⁹ Apparaît dès l'enfance mais les conséquences n'apparaissent qu'à partir de la cinquantaine.

Pour avoir un vieillissement « normal » et « réussi », comme le préconise Santé Publique France et les politiques de santé, il est important de préserver, maintenir et renforcer nos capacités physique et psychique, ce qui permettra de préserver une autonomie et une indépendance sur un plus long terme et prévenir les maladies (OMS, 2019).

A contrario, le vieillissement peut être également « pathologique », c'est-à-dire que la personne est atteinte de pathologies sévères, évolutives conduisant le plus souvent à un état de dépendance majeur.

Ainsi, divers états de santé complexes peuvent être associés au vieillissement sans être pathologiques, c'est ce qu'on appelle les syndromes gériatriques, y figure l'incontinence urinaire, les chutes, les dénutritions, les escarres et la **fragilité**. (OMS, 2019)

Fragilité et “syndrome de glissement”.

A. Enquête exploratoire

Notre réflexion initiale portait sur l'accompagnement de la personne âgée atteinte du syndrome de glissement. Afin de nous éclairer sur ce sujet, nous avons diffusé un questionnaire en ligne avant d'étayer notre réflexion avec des concepts théoriques.

Nous avons recueilli 17 questionnaires complétés, 16 d'entre eux connaissaient la notion de “syndrome de glissement”. La totalité des personnes interrogées ont été en contact avec une personne atteinte de ce syndrome durant leurs parcours professionnels dans les structures suivantes :

- Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : 6 réponses.
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : 1 réponse
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD) : 1 réponse
- Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) : 1 réponse
- Hôpital de jour (HDJ) Alzheimer : 1 réponse
- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : 1 réponse
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : 1 réponse

Des éléments de définition revenaient régulièrement tel que:

- l'arrêt soudain de la réalisation des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) jusqu'au refus de s'alimenter et de s'hydrater ainsi que de se mouvoir.
- le refus de soins exprimé verbalement et/ou physiquement.
- une perte de volonté de vivre suite à un événement choquant.

Sont concernés principalement les personnes âgées polypathologiques, hospitalisées et institutionnalisées. L'évolution du syndrome peut être sévère si la personne n'est pas rapidement accompagnée. Son état peut la conduire à la grabatisation voire le décès.

Parmi les réponses obtenues, 5 personnes utilisent le terme de « dépression ».

Un témoignage parle de « suicide inconscient », qui survient suite à un choc (émotionnel, physique etc.).

D'après les répondants, la perte d'intérêt, la diminution des capacités (physiques, psychiques, cognitives), vont impacter significativement l'indépendance de la personne, qui va perdre en participation occupationnelle et sociale rapidement.

Afin d'accompagner au mieux ces personnes, ils ont mis en place des activités quotidiennes stimulantes associées à un "renforcement positif". Les activités utilisées sont celles que la personne aimait particulièrement auparavant (lien avec la famille), dans l'objectif de retrouver de l'intérêt dans leur réalisation.

L'accent est davantage mis sur un travail pluridisciplinaire en lien avec la famille :

- "Réaliser des temps d'échanges avec la psychologue et la famille"
- "Réaliser des activités de groupe avec la famille afin de lutter contre l'isolement".

Les répondants apportent une nuance à leurs propos : si la personne ne souhaite pas participer aux activités, il faut s'adapter et ne pas aller à l'encontre de ses souhaits.

Dans le cas où, la personne est en refus de soin et/ou ne présente plus les capacités physiques, cognitives et psychiques à réaliser ses activités, une discussion est menée avec la personne de confiance et l'ensemble de l'équipe afin d'échanger sur les besoins de la personne et des moyens potentiels (adaptation du matériel, de l'approche des soignants...) pour l'accompagner dans la fin de vie.

La majeure partie des réponses recueillies propose un accompagnement vers la reprise des activités afin de trouver un levier pour motiver de nouveau la personne afin de s'investir dans ses AVQ.

Certaines réponses sont plus spécifiques, ils abordent le positionnement au fauteuil pour maintenir un minimum de communication avec les autres, pour être présent pour les animations proposées.

Néanmoins, un témoignage place l'accompagnement vers la fin de vie au premier plan, en optant pour des "soins de confort", "des positionnements antalgiques". D'après lui, au vu de l'évolution soudaine et très rapide du syndrome de glissement, il serait difficile de se positionner en tant qu'ergothérapeute et de proposer un accompagnement adéquat.

Ces professionnels ont parfois été témoins de refus de la part des familles à un accompagnement de leur proche atteint du syndrome de glissement.

Pour conclure ce travail exploratoire, en s'appuyant sur les témoignages des ergothérapeutes. L'accompagnement doit être pluridisciplinaire, elle doit viser la reprise des activités par des activités qui sont valorisantes, qui ont du sens pour la personne et qui sont en lien avec les proches, le tout en respectant sa volonté.

Si la personne est en refus de soin et ne présente pas les capacités (physiques, psychiques, cognitives) et suite à une discussion pluridisciplinaire en lien avec la personne de confiance, la personne sera accompagnée au mieux vers la fin de vie. L'idéal serait alors de prévenir ce syndrome en accompagnant au mieux les personnes âgées.

B. Définition du syndrome de glissement.

En France, le syndrome de glissement a été décrit pour la première fois en 1956 par le gériatre Carié dans sa thèse de médecine, porté sur « les modes de décès des vieillards à l'hospice ». Il définit le syndrome de glissement comme « *un processus d'involution et de sénescence²⁰ porté à son état le plus complet* ». Au fil des années, d'autres auteurs sont venus affiner sa sémiologie, tel que Graux en 1978 qui appuie sur le caractère soudain et très évolutif du syndrome. C'est en 1985, par Delormier, qu'une définition plus restreinte fut décrite comme étant une « *décompensation rapide de l'état général* » somatique et psychique de la personne âgée.

Toutes les modifications apportées au fil des années imprègnent la définition que nous utilisons aujourd'hui. Le syndrome de glissement est alors défini comme une **détérioration importante et rapide de l'état général d'un individu**, elle est le plus **souvent fatale**. Il apparaît suite à un événement déclenchant, dont il est séparé par un intervalle libre où l'individu semble dans un bon état, provoquant ainsi une soudaine perte d'autonomie²¹.

Ce syndrome évolue en quelques jours ou quelques semaines, un mois maximum, pouvant mener au décès de la personne.

Le syndrome de glissement touche principalement les personnes âgées d'environ 80 ans, fragiles et polypathologiques (Tariq et *al.*, 2012). Parmi elles, 80 à 90% décèdent mais elle n'est pas pour autant irréversible. 1 à 4 % des personnes âgées hospitalisées en sont concernées.

Le point commun qui a été relevé entre ces dernières est les antécédents riches en pathologies diverses :

- Atteintes neuromusculaire
- Affections pulmonaires
- Maladies cardiovasculaire
- Problèmes nutritionnel
- Incontinence urinaire
- Épisodes d'agitation
- Dépression

²⁰ "Ensemble des phénomènes non pathologiques qui affectent l'organisme humain à partir d'un certain âge (qui varie selon les sujets) provoquant, par une diminution et une modification des tissus, un ralentissement de l'activité vitale et des modifications physiques, physiologiques et psychiques." Définition de sénescence CNRTL : <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/senescence>.

²¹ *ibid.*

C. Étiologie et description clinique

Le syndrome de glissement apparaît de façon brutale suite à un événement déclencheur, qui peut être de l'ordre somatique, physique, relationnel et environnemental.

D'après une étude menée en 2012 par les médecins gériatrie Tariq et Belbachir, les principaux facteurs déclencheurs sont les épisodes infectieux²², les épisodes traumatiques, les accidents vasculaires cérébraux et les interventions chirurgicales.

Parmi les facteurs psychologiques déclencheurs, on retrouve le décès brutal d'un conjoint, l'hospitalisation non acceptée et l'abandon familial faisant également partie des motifs les plus récurrents.

Ce syndrome à un tableau à double symptomatologie : somatique et psychique (Weimann et Pellrin, 2009).

Les signes somatiques associés sont :

- Une anorexie: avec refus alimentaire provoquant une dénutrition.
- Une asthénie : une fatigue malgré le sommeil et le repos.
- Une adipsie : une perte complète de la soif, provoquant une déshydratation.
- Une adynamie : une importante faiblesse musculaire.
- Des troubles sphinctériens avec constipation, type atonie intestinale et vésicale : défaut de tonus et contractions du tube digestif et du système urinaire.
- Un météorisme abdominal : augmentation du volume abdominal.
- Parfois une pseudo- incontinence.

La personne âgée atteinte du syndrome de glissement présente également des signes psychiques et comportementaux (Weimann et Pellrin, 2009). En effet, elle va se replier sur soi, va s'opposer aux soins, parfois violemment et ne souhaite plus entrer en communication avec l'autre. De la clinophilie est également observé, la personne aura tendance à rester alité et à ne plus réaliser des activités de la vie quotidienne.

Le syndrome de glissement peut amener à des complications de décubitus auxquelles il faut être vigilant. Les complications en décubitus sont principalement liées à

²² Tel que la pneumopathie, la grippe, les infections urinaires et la fièvre.

l'immobilisation²³. Elles comprennent des complications thromboemboliques (phlébite, embolie pulmonaire), respiratoires (encombrement), locomotrices (ankylose) urinaire et psychologique. Elles engendrent également une altération de l'état cutané (escarre et infections).

D. Traitement et accompagnement humain

Au vu de l'évolution gravissime du syndrome, l'objectif est de donner les soins d'urgence. L'efficacité des soins repose sur la coordination pluridisciplinaire. Ces soins (*Tableau1*) s'organisent selon plusieurs volets (symptomatique et thymique) et concernent tous les symptômes.

Soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Réhydratation intraveineuse, - Médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, psychostimulant, désinhibiteurs) - Traitement anti-infectieux (antibiotiques)(Weimann et Pellrin, 2009).
Soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing²⁴ : qui est accompagné de paroles explicatives et rassurantes permettraient de faire le lien entre les sensations corporelles et le monde extérieur, elle favoriserait "<i>la remise en route de la pensée</i>" (Tariq et al., 2012)
Soins psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation narcissique et soutien psychologique.
Suivi diététique	<ul style="list-style-type: none"> - Apport alimentaire quotidien équilibré, hypercalorique et hyperprotidique et riche en vitamines (M. Khater et al., 2005).
Intégration de la famille.	<ul style="list-style-type: none"> - Pour la stimulation cognitive - Le projet de vie est construit avec la famille.

Tableau 1 : Soins promulgués à la personne âgée atteinte du syndrome de glissement.

Lors des entretiens exploratoires, les éléments essentiels concernant l'accompagnement des points similaires ont été cités ; tel que l'importance de la famille, du travail

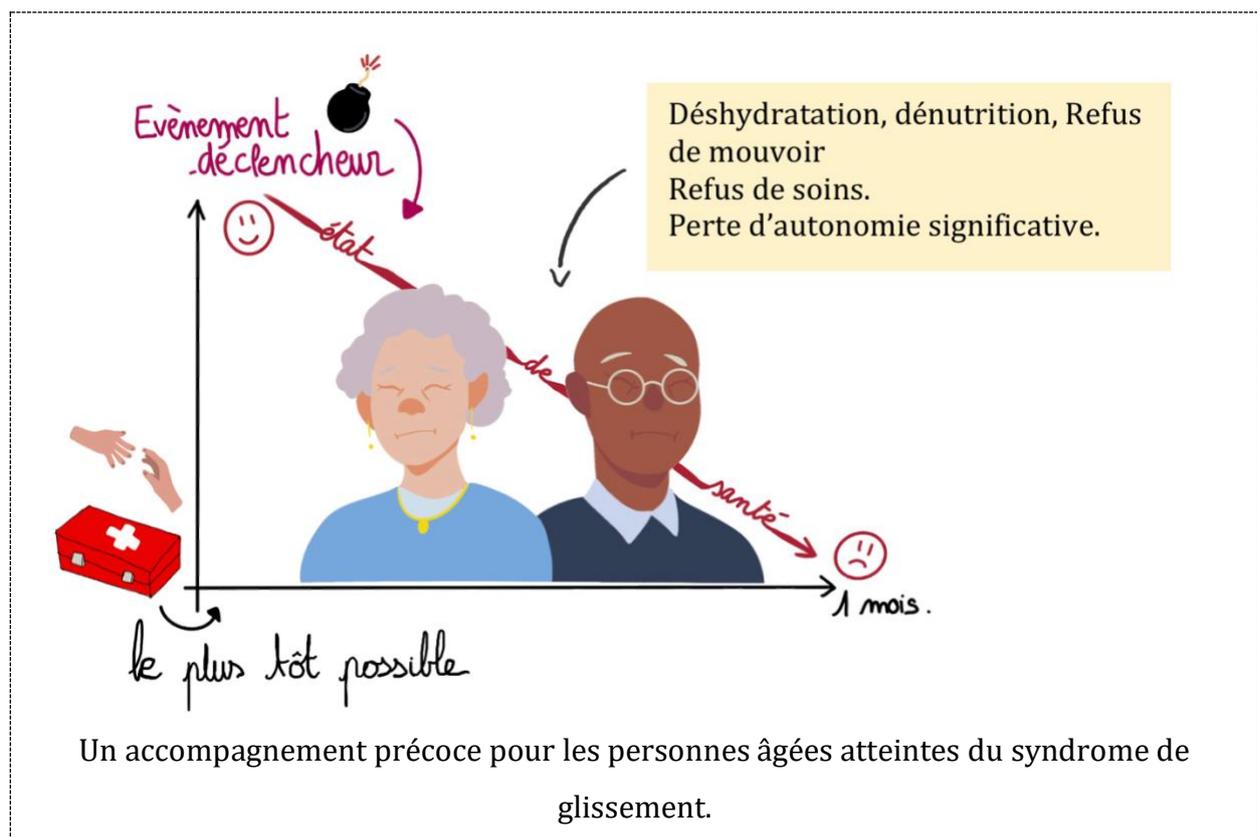
²³ R. Spehler. (2012). Prévention des complications de décubitus. Chir-Ortho. Repéré à : <https://chir-ortho.com/informations-techniques/protocoles-de-soins/prevention-des-complications-de-decubitus/>.

²⁴ Il comprend des soins d'hygiène, la mise en place de cathéter veineux, de sonde urinaire et rectale ainsi que l'aspiration des sécrétions bronchiques.

pluridisciplinaire, principalement en lien avec les infirmières et la psychologue afin d'harmoniser les soins. L'animatrice a également été citée afin de proposer des activités significatives et motivantes.

La place de l'ergothérapeute n'est pas clairement précisée dans l'accompagnement auprès des personnes atteintes du syndrome de glissement. Cependant, comme nous l'avons durant le travail exploratoire, l'ergothérapeute semblerait être légitime et aurait les compétences pour participer à leur accompagnement, point que nous développerons par la suite.

Pour résumer :



E. Le concept de fragilité

Du fait du vieillissement, la personne âgée se fragilise. Comme nous l'avons dit précédemment, les personnes âgées seront de plus en plus dépendantes et fragiles au fil des années.

Le concept de fragilité est né en 2001 en Amérique du Nord, elle désigne une atteinte des fonctions physiologiques sans rapport avec une pathologie définie. De plus en plus, de gériatre définissent la fragilité telle qu'une diminution de résistance aux facteurs de stress de la vie, ce qui a pour conséquence de rendre la personne vulnérable et à plus haut risque de perdre en autonomie.

Quelle est sa pertinence ?

La fragilité est associée plusieurs critères d'évaluation notamment à une perte de poids involontaire dû à une diminution de l'appétit, une sensation d'épuisement de la personne, une diminution de la force musculaire, de l'endurance, de l'équilibre et une diminution de performance dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ).

L'évaluation de ces critères permet de caractériser l'état d'une personne, selon 3 catégories :

- « Robuste » : .si il n'y a aucun des critères
- « Pré-fragile » : présence de 1 à 2 de ces critères
- « Fragile » : présence de 2 à 3 critères
- Près de 40% des plus de 65 ans présentent des signes de pré-fragilité et de fragilité (Fried et al, 2001).

Cette évaluation de la fragilité chez un sujet permet de déduire « son risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation ou d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans » (HAS, 2013). Précisons, qu'un état de fragilité sous-entend un état d'instabilité avec un risque de diminution des capacités fonctionnelles et d'adaptation. Elle marque le début de la perte d'autonomie. Cependant, si la personne est exposée à un événement extérieur ou à une pathologie aiguë, sa perte d'autonomie de manière évoluera de façon significative. Il s'agit alors d'un marqueur prédictif de l'état de santé de la personne âgée, qui est notamment utilisé par les agences de Santé Publique, leur permettant de réajuster leurs actions pour accompagner les personnes âgées.

La personne âgée en situation de fragilité, peut au cours de sa vie, faire un choix entre l'institutionnalisation ou la vie à domicile. Si, le choix est réalisé par un tiers et n'est pas consenti, un syndrome de glissement peut-être induit.

Le vieillissement étant considéré comme un processus intervenant progressivement dans la vie de l'individu, la fragilité est souvent prévisible ; de ce fait un accompagnement adapté peut limiter l'impact de la fragilisation et ses complications.

Accompagnement en ergothérapie

A. Définition de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant dans les domaines sanitaire, médico-social et social.

Il fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. En effet, la santé est définie par l'OMS, comme « *un état de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Nos activités sont « *le reflet de qui nous sommes ; être capable d'accomplir les choses que nous souhaitons ou devons réaliser* » (ANFE, 2019) participe à notre bien-être général et donc à notre santé²⁵.

Ainsi, l'ergothérapeute mène des actions « *pour maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, 2019). Pour cela, il « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2019). Ainsi, il permet de retrouver un rôle social, et de mener une qualité de vie satisfaisante, en permettant à la personne d'avoir une certaine autonomie et / ou une certaine indépendance.

L'autonomie étant la capacité à se gérer, à faire des choix tandis que l'indépendance désigne la capacité de faire des actions seul.²⁶

²⁵ ANFE.(2019). La profession. Repéré à : <https://anfe.fr/la-profession/>

²⁶ MOUAFFIK, C. (2019). Note du cours Sciences de l'occupation. [Présentation Powerpoint]

B. L'ergothérapie en gériatrie

Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG), le maintien de l'autonomie est un enjeu important pour les structures et services d'accompagnement des personnes âgées fragiles, à domicile et en institution.²⁷

L'ergothérapeute intervient auprès de divers publics, de tous les âges, par conséquent aussi avec les personnes âgées.

Auprès de ce public, sa mission est de maintenir la personne dans son environnement après avoir évalué ses capacités que ce soit à domicile ou en établissement²⁸, afin de :

- Prévenir les complications liées aux pathologies de l'avancée en âge.
- Lutter contre diminution des fonctions cognitives et motrices des séniors,
- Améliorer leur confort de vie et leur sécurité.

Il peut ainsi intervenir dans des structures accueillant des personnes âgées ou à domicile où il va appliquer divers moyens et techniques adaptés pour atteindre les objectifs suivants (EXPERGO, 2020):

Objectifs	Moyens
Maintenir ou améliorer les capacités motrices et d'équilibre.	Proposer des activités d'entretien articulaire et musculaire et de mises en situation d'activité du quotidien.
Prévention et traitement du risque de chute.	Sensibiliser la personne et les aidants aux facteurs favorisant le risque de chutes et conseiller sur les attitudes à adopter pour minimiser ces derniers.
Stimuler les capacités cognitives.	Proposer des activités de stimulation cognitive et de mises en situation du quotidien.
Préconiser des aides techniques adaptées.	Proposer des aides techniques, technologiques selon les capacités restantes de la personne et s'assurer de son utilité et de son bon usage.
Adapter le lieu de vie.	Préconiser des aides, conseiller pour garantir la sécurité et l'autonomie de la personne.
Conseiller les aidants.	Assurer un suivi des installations, accompagner les aidants et la personne dans l'utilisation du matériel de compensation.

Tableau 2 : Objectifs et moyens généraux utilisés par l'ergothérapeute dans le domaine de la gériatrie.

²⁷ Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. L'ergothérapie en Gériatrie. Repéré à : http://afeg.asso.fr/#xl_xr_page_index.

²⁸ EXPERGO. (2020). L'ergothérapie chez la personne âgée. Repéré à : <https://www.cabinet-expergo.fr/ergotherapie-chez-la-personne-agee/>

L'implication des ergothérapeutes au sein des services et au sein de la recherche contribue à l'amélioration de l'accompagnement de nos aînés et de leur qualité de vie. Il permet l'élaboration du diagnostic ergothérapique afin d'optimiser l'autonomie et l'indépendance du sujet âgé selon ses habitudes de vie et de ses habiletés cognitives, motrices et sociales (A.Villaumé. 2019).

Ainsi, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui construit sa pratique sur l'activité humaine. En lien avec la personne qu'il accompagne, il va ainsi lui proposer des moyens qui lui permettront d'avoir une certaine autonomie et/ou indépendance.

Auprès de la personne âgée fragile qui est en perte d'autonomie, l'ergothérapeute pourrait intervenir pour lui permettre de *maintenir ou restaurer* son autonomie ou limiter l'impact de la perte d'autonomie sur son quotidien et son bien être, en utilisant des moyens adaptés, comme ceux cités précédemment dans les entretiens exploratoires.

C. *Modèle du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)*

Les modèles conceptuels permettent de guider les évaluations et les interventions toute en proposant un cadre de référence spécifique à l'ergothérapie. Ils permettent de mieux cerner les besoins et les enjeux occupationnels de l'individu.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) a été créé par l'Association Canadienne d'Ergothérapeutes (ACE) en 1997. Ce modèle suppose que la vie d'un individu est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ou l'engagement occupationnel. Le **rendement occupationnel** réfère "*à la capacité d'une personne de choisir et d'effectuer des occupations significatives qui lui procurent satisfaction et qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité.*" (ACE, 1997)

Selon le groupe European Network of Occupational Therapist in Higher Education (ENOTHE), l'**engagement occupationnel** désigne « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* ».

Et la participation désigne "*l'engagement par l'occupation dans des situations de vie socialement contextualisés*".

Pour décrire ce modèle, nous nous appuyerons sur l'ouvrage de Morel-Bracq (2017), intitulé "Les modèles conceptuels en ergothérapie : Initiation aux concepts fondamentaux".

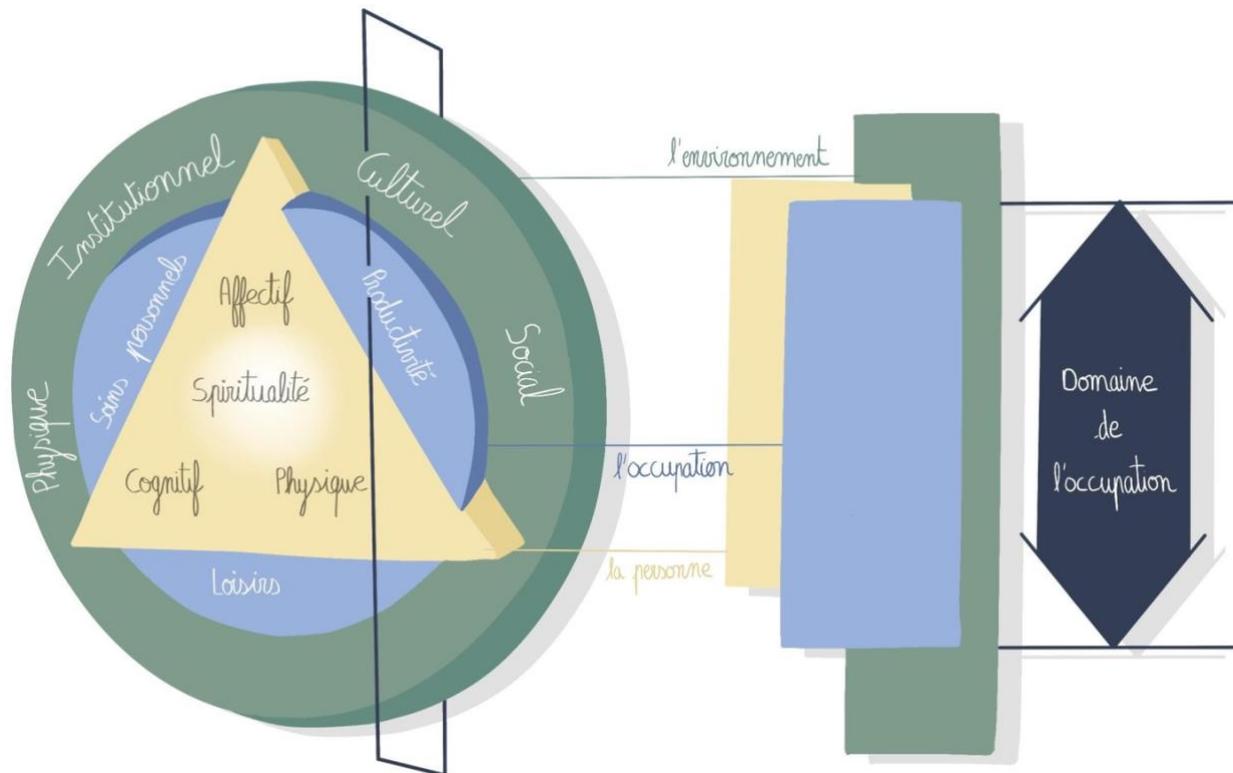


Figure 3 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

Il existe des liens forts entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et son bien-être, de la même façon c'est ce que met en avant le MCREO.

Dans ce modèle (Figure 3), la personne est considérée selon quatre domaines :

- **Affectif** : correspond à toutes les fonctions sociales, émotionnelles ainsi que les facteurs intra et interprofessionnels.
- **Physique** : correspond aux fonctions motrices, sensorielles, et sensori-motrices.
- **Cognitif** : correspond aux fonctions cognitives et intellectuelles (mémoire, raisonnement, perception, concentration...).
- **Spirituel** : difficilement plus observable, désigne "l'essence de l'être intérieur".

Ce modèle décrit également 3 domaines de l'occupation qui sont :

- Les **soins personnels** désignent le fait de s'occuper de soi-même, comprennent les responsabilités personnelles, l'organisation de l'espace et du temps.

- La **productivité** comprend les activités ludiques, les travaux scolaires, l'emploi, les tâches ménagères...
- Les **loisirs** ou le divertissement, désigne les activités créatives, les activités de plein air, sportives...

Ainsi, le MCREO décrit les bases de la profession d'ergothérapie : occupation, environnement et personne. L'interaction dynamique entre ses domaines illustre le rendement occupationnel. Il prend en compte les désirs, les besoins propres de l'individu et sa subjectivité.

Ce modèle a ainsi pour objectif d'harmoniser et d'aider les ergothérapeutes dans leurs démarches de traitement en se recentrant sur l'importance des occupations pour la personne.

Utiliser le MCREO dans l'accompagnement d'une personne âgée permettrait à l'ergothérapeute de prendre en compte sa singularité selon les quatre domaines, tout en s'appuyant sur son environnement et ses occupations afin de favoriser l'engagement et améliorer son rendement occupationnel.

Problématisation

La part de la population de plus de 65 ans se voit augmenter au fil du temps, cependant elle devient de plus en plus dépendante et plus fragile. Pour diminuer le taux de dépendance, plusieurs actions de prévention et de promotion à la santé sont mises en place par la santé publique pour prévenir la perte d'autonomie et diminuer le taux d'entrée en établissement²⁹.

La santé publique a pour objectif de part ses actions de "renforcer les compétences des personnes âgées pour prolonger leur autonomie et soutenir santé et qualité de vie à **domicile le plus longtemps possible**"³⁰, en cohérence avec le mode de vie privilégié par les personnes âgées, qui est de vivre à domicile.³¹

²⁹ Santé Publique France. (2019, 26 juin). Bien vieillir. Repéré à : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>

³⁰ Ibid.

³¹ Conseil Économique, Social et Environnemental. (2011). Les personnes âgées à la Réunion : anticiper les risques et les besoins. Repéré à : <https://www.ceser-reunion.fr/2011/06/28/les-personnes-agees-a-la-reunion-anticiper-les-risques-et-les-besoins/>.

En regard de notre cadre théorique, nous pouvons relever que l'ergothérapeute peut intervenir auprès des personnes âgées fragiles pour participer à l'amélioration de l'engagement et le rendement occupationnel de ces dernières.

De par ses actions, il pourrait limiter les complications de santé et occupationnelles qui pourraient suivre un état de fragilité (tel que une perte d'autonomie importante et le syndrome de glissement) et ainsi prolonger leur autonomie à domicile.

Ainsi, naît notre question de recherche, qui est la suivante :

« Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement et le rendement occupationnel d'une personne âgée fragile dans le but d'un maintien à domicile ? »

Les hypothèses que nous pouvons émettre sont les suivantes:

- *Les divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour le maintien à domicile de la personne âgée fragile vont améliorer son engagement et son rendement occupationnel.*
- *L'ergothérapeute par sa démarche d'éducation et de conseil permet aux personnes âgées fragiles à domicile d'améliorer leur engagement et leur rendement occupationnel.*

Afin de répondre à notre problématique, des enquêtes auprès des ergothérapeutes et des aidants nous permettront de mesurer l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute sur l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile, vivant à domicile..

Méthodologie

L'objectif de travail de recherche est de répondre à la problématique suivante :

Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement et le rendement occupationnel d'une personne âgée fragile dans le but d'un maintien à domicile ?

Pour y répondre, nous mènerons une enquête auprès d'ergothérapeutes. Cette enquête prendra la forme d'un questionnaire que nous diffuserons. Il s'agit d'une approche quantitative centrée sur la pratique du professionnel ciblé. Nous pourrions ainsi recueillir des informations sur la pratique, ces informations nous permettront d'affirmer ou rejeter les hypothèses suivantes :

- Les divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour le maintien à domicile de la personne âgée fragile vont améliorer son engagement et son rendement occupationnel.
- L'ergothérapeute par sa démarche d'éducation et de conseil permet aux personnes âgées fragiles à domicile d'améliorer leur engagement et leur rendement occupationnel.

A. Objectifs de l'enquête.

Nous avons formulé les deux objectifs suivants qui nous permettront d'affirmer ou de rejeter nos hypothèses.

- **Identifier les moyens et techniques** de l'ergothérapeute qui favorisent l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile dans le maintien à domicile, en lien avec notre hypothèse 1.
- **Évaluer l'impact de la démarche d'éducation et de conseil** de l'ergothérapeute sur l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile, en lien avec notre hypothèse 2.

La seconde hypothèse et le deuxième objectif ne feront pas l'objet de notre présente recherche. Néanmoins, il nous semble important de notifier que la « dépendance perçue »

par la personne âgée est souvent différente de la « dépendance évaluée » par le professionnel de santé³².

Ainsi, il serait pertinent, d'évaluer et comparer l'évolution du rendement et de l'engagement occupationnelle du point de vue de la personne âgée fragile, avant et après l'intervention de l'ergothérapeute. Ce travail de recherche permettrait également de déterminer comment sont investis les aides sur le long terme.

Cependant, pour explorer cette 2nd hypothèse, il faudrait rencontrer des personnes âgées fragiles vivant à domicile ainsi que leurs aidants. Mais, dans le temps imparti, il nous semble difficile de l'explorer et recueillir des données pertinentes.

Nous mettrons ainsi la focal uniquement sur la première hypothèse pour cette initiation à la recherche. La seconde hypothèse ainsi que le deuxième objectif pourront représenter un second objet de recherche.

Ainsi notre questionnaire, nous permettra de recenser les moyens utilisés par l'ergothérapeute, qui favorisent l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile, dans le but d'un maintien à domicile.

Ils viseront ainsi à mettre en évidence les bienfaits d'une intervention de l'ergothérapeute auprès de ces dernières.

B. Choix de l'outil

Dans le cadre de notre enquête, nous utiliserons le questionnaire pour recueillir des informations sur la pratique des ergothérapeutes.

Il existe divers moyens de mener une enquête dans le but d'une recherche : les entretiens, les questionnaires et l'observation en sont les principaux.

Cependant, le questionnaire est un outil de collecte de données quantifiables qui se présente sous la forme d'une série de questions posées dans un ordre précis. Les questions peuvent être ouvertes ou fermées. Il permet ainsi de réaliser des études statistiques et de recueillir un grand nombre de données plus simplement et plus

³² Selon une Etude du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, mené auprès de 750 personnes âgées en France explique que la dépendance perçue par la personne âgée est différente de celle mesurée. La construction des perceptions est différente selon l'âge les habitudes de vie et autre.

rapidement³³. Utiliser cette méthode nous permettra alors d'identifier les moyens et techniques utilisés par de nombreux ergothérapeutes auprès de la personne âgée fragile à domicile.

Création du questionnaire

La construction de notre questionnaire (Annexe 3) se basera sur les différents objectifs d'un ergothérapeute travaillant dans le domaine de la gériatrie³⁴ (abordé dans la partie IV. B. de notre cadre théorique).

Brièvement ces objectifs portent sur :

- Le maintien ou l'amélioration des capacités motrices et d'équilibre.
- La prévention et le traitement du risque de chute.
- La stimulation des capacités cognitives.
- La préconisation des aides techniques adaptées.
- L'adaptation du lieu de vie.
- Le conseil des aidants pour l'accompagnement de l'aidé.
- L'éducation thérapeutique du patient et de l'entourage.

Ces objectifs, sont des objectifs globaux que l'on pourrait rencontrer en gériatrie. Nous nous baserons sur ces derniers afin de déterminer si des moyens propres à l'accompagnement des personnes âgées fragiles s'en dégagent.

Notre questionnaire présente un texte introductif (Annexe 2) composé :

- Du thème,
- Des objectifs principaux de la recherche,
- De la durée estimée du questionnaire,
- Du respect de leur anonymat,
- Du respect des données.

Seront également transmis nos coordonnées, si les répondants désirent des informations supplémentaires.

³³ LAUDE, P. (2021, 24 mars). Le questionnaire: définition, étapes, conseils et exemples. <https://www.scribbr.fr/méthodologie/questionnaire/>

³⁴ EXPERGO. (2020). L'ergothérapie chez la personne âgée. Repéré à : <https://www.cabinet-expergo.fr/ergotherapie-chez-la-personne-agee/>

Le cœur de notre questionnaire comporte diverses formes de questions : des questions fermées, avec des réponses courtes ou à choix multiple. Ce choix nous semble pertinent car il nous permet d'obtenir une grande variété de réponses et des justifications si nécessaire.

Les réponses à choix simples ou multiples nous permettront d'avoir une réponse précise. Les questions à choix unique nous donneront de déterminer quels moyens permettront d'améliorer l'engagement et / ou le rendement occupationnel.

Rappelons que le **rendement occupationnel désigne la capacité d'une personne de choisir et d'effectuer des occupations significatives, qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, et de contribuer à un contexte social et économique. (ACE, 1997)**

Tandis que **l'engagement occupationnel désigne un sentiment de participation et de libre choix et de trouver un sens positif et de s'impliquer dans la réalisation d'une activité (ENOTH, 2016).**

L'engagement désigne ainsi un ressenti positif dans le choix et la réalisation³⁵ d'une activité, tandis que le rendement, lui, désigne la capacité de faire ce choix et de réaliser l'activité pour s'occuper de soi et contribuer à un édifice social et économique.

C'est pourquoi dans notre questionnaire nous ferons la distinction entre ces notions, car elles ne sont pas exactement les mêmes.

Les questions à choix unique nous permettront également d'avoir des informations sur leurs cadres de travail.

Ils pourront par moment développer brièvement leurs réponses lors des questions ouvertes, nous aurons ainsi plus de précisions sur les outils utilisés.

Le cœur de notre questionnaire est composé de 5 grands axes :

- Les questions administratives et des généralités sur le maintien à domicile et la personne âgée.

³⁵On entend pas « réalisation », la préparation à l'exécution et enfin à la finalisation de l'activité,

- Les moyens utilisés pour stimuler les capacités cognitives et motrices.
- Les conseils et actions mis en place pour adapter le domicile : comprenant la préconisation des aides techniques, l'aménagement global du domicile.
- L'éducation thérapeutique de la personne âgée fragile et de son entourage.
- Le suivi de ce qui a été proposé et leur avis sur les limites du maintien à domicile.

Ce dernier point est un pôle de questions facultatives qui n'ont permettront de nourrir une nouvelle piste de réflexion.³⁶

Il est attendu un minimum de 30 participants pour avoir des données significatives.

C. Choix de la population

Au regard de notre étude, il est pertinent de questionner la population principale à savoir les ergothérapeutes. Ils seront sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Un critère d'inclusion est un critère positif décrivant une caractéristique que doit présenter la personne pour être inclus à la recherche. Ci-dessous les critères d'inclusions de notre population.

Population	Critères d'inclusions
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayant intervenu ou intervenant à domicile. ➤ Auprès de personnes âgées fragiles à domicile. ➤ Intervention ponctuelle ou récurrente.

Tableau 3 : Critères d'inclusions de la population.

La récurrence de l'intervention à domicile est un critère spécifique. En effet, les ergothérapeutes peuvent, selon la structure ou le dispositif, intervenir de façon ponctuelle (SSR) ou régulière (SSIAD).

L'étude de ce critère nous permettra d'observer si les moyens mis en place différent selon la nature de l'intervention.

³⁶Si les aides sont réellement investi par les personnes âgées fragiles, est ce que les ergothérapeutes réalise un suivi pour assurer leurs investissements / utilisations.

Pour identifier un maximum de moyens et techniques utilisés par les ergothérapeutes et augmenter le nombre de notre échantillon nous questionnerons des professionnels de l'île de la Réunion ainsi que de la France Métropolitaine.

Pour entrer en contact avec les professionnels, nous enverrons des mails ou par l'intermédiaire des réseaux sociaux.

D. Méthode d'analyse

La méthode d'analyse quantitative désigne « l'ensemble des méthodes et des raisonnements utilisés pour analyser des données standardisées » (O. Martin, 2010)³⁷. Les données récoltées résultent souvent d'une enquête par des questionnaires. Ces données se présentent sous forme de chiffres. Ces chiffres, permettent aux chercheurs:

- D'identifier les régularités dans les opinions ou comportement,
- De créer des liens entre les données récoltées
- D'estimer la fiabilité d'un résultat.

Plusieurs approches sont possibles (O. Martin, 2010), elles peuvent être longitudinales ou transversales.

L'étude longitudinale permet de décrire et mettre en évidence une situation et ses composantes à instant « T » d'une population. L'étude transversale, elle, permet de confronter les données et de créer des liens logiques et de causalité entre elles.

Dans le cadre de notre initiation à la recherche, nous réaliserons une étude longitudinale et transversale. L'analyse longitudinale en fonction des pôles de questionnement, permettra de décrire les actions mises en place par l'ergothérapeute et leurs impacts sur le rendement et l'engagement occupationnel. Puis, par une analyse transversale, en comparant et croisant les données, nous pourrons établir des liens entre les propositions faites et le cadre de travail de l'ergothérapeute. Ceci, nous permettra de mettre en évidence les différents accompagnements existants et les différences d'impact. La présentation des données prendra la forme de graphiques.

Enfin, notre analyse se déclinera sous 3 axes :

- La perception des ergothérapeutes sur les bienfaits du maintien à domicile.
- Les méthodes et moyens utilisés pour permettre le maintien à domicile.
- Le suivi et l'utilisation des moyens et méthodes conseillés.

³⁷ Repéré dans l'ouvrage en ligne « les 100 mots de la sociologie ».

La loi Jardé.

D'après la loi Jardé du 6 mars 2012, relative "aux recherches impliquant la personne humaine", les recherches non interventionnelles sont hors champ de la loi Jardé.

Le protocole établi précédemment correspond aux existences de la Loi Jardé. Ainsi, cette loi ne nous limite pas.

Résultats

A. Description brute des résultats.

³⁸Notre questionnaire a débuté par un recueil de données sur le cadre de travail des intervenants (Figure 4).

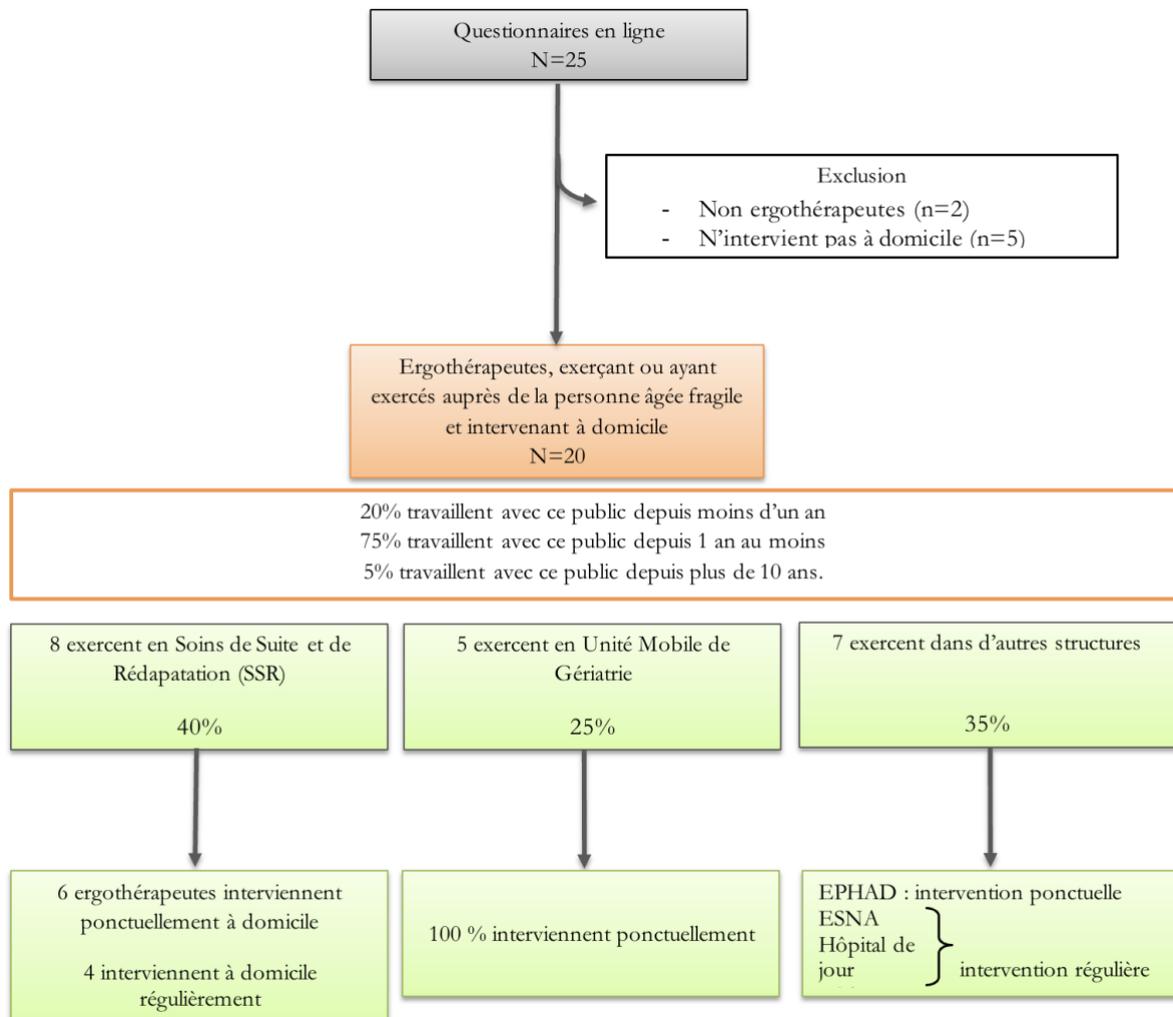


Figure 4. Résumé des informations recueillies sur le pôle de questions administratives.

³⁸ Concernant l'ergothérapeute travaillant à l'EHPAD, Il s'agit d' interventions ponctuelles, qui n'arrivent qu'en qu'a de retours à domicile.

Selon les ergothérapeutes de notre échantillon un état de fragilité chez la personne âgée augmenterait :

- Les risques de chute
- L'isolement social
- La polypathologie
- Le désengagement occupationnel
- La perte d'autonomie et d'indépendance

Globalement les personnes âgées fragiles auraient un risque important de voir leur autonomie et indépendance altérées : 85.7 % des ergothérapeutes pensent qu'il y a une altération de l'engagement et du rendement occupationnel.

Les personnes âgées fragiles seraient plus vulnérables et s'isoleraient : 64.3% des répondants considèrent que les capacités motrices, cognitives et l'état émotionnel sont atteints.

A.1/ Stimulation des capacités motrices et d'équilibre à domicile.

La totalité des répondants propose des moyens pour améliorer les capacités motrices et d'équilibre tels que :

- Des exercices d'entretien articulaire et musculaire,
- Des mises en situation en milieu écologique.

Parmi les réponses "Autres" obtenues, les professionnelles vont :

- Conseiller l'intervention de professionnels tels que celle d'un éducateur sportif spécialisé, des kinésithérapeutes et des associations de quartier.
- Préconiser des aides techniques et donner des conseils dans les AVQ.

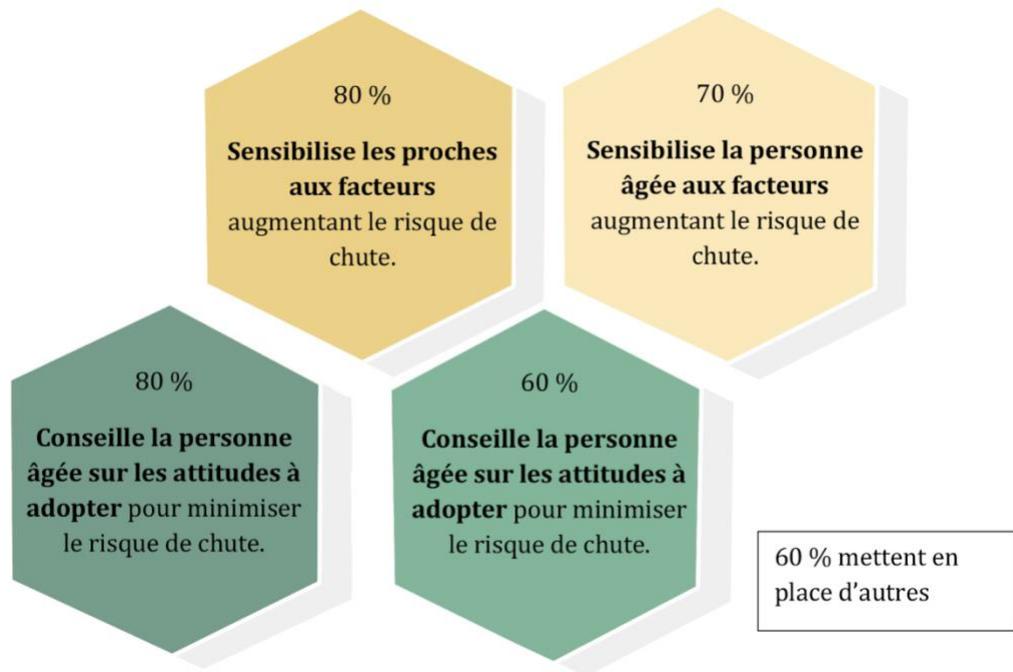
Les ergothérapeutes vont davantage sensibiliser les proches de la personne âgée sur les facteurs favorisant le risque de chutes (*Figure 5*). Cependant, ils vont conseiller la personne âgée sur les attitudes à adopter pour diminuer le risque de chute à son domicile.

Figure 5 : Moyens utilisés par les ergothérapeutes pour minimiser le risque de chutes à domicile.

Parmi, les autres propositions apportées par les répondants, on retrouve :

- « L'apprentissage du relevé de sol » ; par l'ergothérapeute en ESNA

- « Conseiller sur le chaussage » ; par l'ergothérapeute l'EPHAD
- « Orientation vers un kinésithérapeute ou de la gym douce » ; par un ergothérapeute en SSR.



Huit ergothérapeutes sur 10 pensent que ces moyens participent à l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel.

Tous les répondants, sont unanimes sur le fait qu'il faut adapter l'environnement ; nous développerons ce point dans la suite de notre analyse.

A.2/ La stimulation des fonctions cognitives.

Concernant la stimulation des fonctions cognitives ; 60 % considèrent qu'il y a une amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel, tandis que 10% considèrent que seul le rendement occupationnel est amélioré et 20% pour l'amélioration de l'engagement occupationnel uniquement.

Cependant, un répondant considère que la stimulation des fonctions cognitives n'a aucun impact sur l'engagement et le rendement occupationnel.

Huit personnes sur 9 vont proposer des moyens pour stimuler les fonctions cognitives.

La personne ne proposant pas de moyens pour stimuler ces dernières, considère tout de même que leur stimulation améliore l'engagement et le rendement occupationnel.

Les moyens utilisés sont :

- La proposition d'exercices à réaliser au domicile,
- La réalisation de mise en situation.

Parmi les réponses supplémentaires obtenues, on retient :

- L'orientation vers des intervenants extérieurs (orthophoniste libéral, accueil de jour...)
- Conseiller les aidants pour stimuler leur proche : activités à réaliser, exemple de stimulation dans le quotidien.
- Conseiller de maintenir le lien social avec la famille et les amis.

A.3/ La sécurité physique

Précédemment, nous avons parlé de l'adaptation de l'environnement pour minimiser le risque de chutes. Pour adapter le domicile aux capacités de la personne âgée et sécuriser son environnement, les ergothérapeutes vont conseiller :

- De retirer les obstacles qui ne servent pas de repère visuel ou qui n'ont pas « d'importance pour la personne » : certains meubles, tapis et moquettes.
- D'installer des barres d'appui à des endroits stratégiques.
- Conseiller sur l'éclairage pour augmenter la visibilité dans le domicile et ainsi diminuer le risque de chute.

Ils ont également conseillé l'installation d'une téléalarme. Ils ont également conseillé le passage régulier d'un voisin ou d'un proche, si la personne vit seule et préconisent également une aide à la marche.

Un ergothérapeute préconise une aide humaine pour les activités pouvant mettre la personne âgée en danger. Il faisait notamment référence à la toilette, car la salle de bain est, selon lui, souvent exigüe, et les sols glissants peuvent augmenter le risque de chute. Il recommande également un accompagnement dans les longs déplacements (promenade à l'extérieur...) ainsi que pour gravir les escaliers, afin de sécuriser les déplacements.

Selon les répondants, assurer la sécurité physique de la personne âgée fragile lui permettra de se sentir en sécurité dans la réalisation de ses activités. Ce cadre sécurisant, lui permettra de prendre des initiatives et ainsi maintenir ou améliorer son engagement et son rendement occupationnel.

Cependant, un autre répondant considère que seul l'engagement occupationnel est amélioré, mais il n'a pas fourni de justifications.

A.4/ Aménagement du domicile.

Comme nous l'avons dit précédemment, tous les répondants considèrent que l'aménagement du domicile améliore l'engagement et le rendement occupationnel.

Nous avons proposé différents moyens qui pourraient potentiellement améliorer l'engagement et/ou le rendement occupationnel de la personne âgée fragile à domicile (Figure 6).

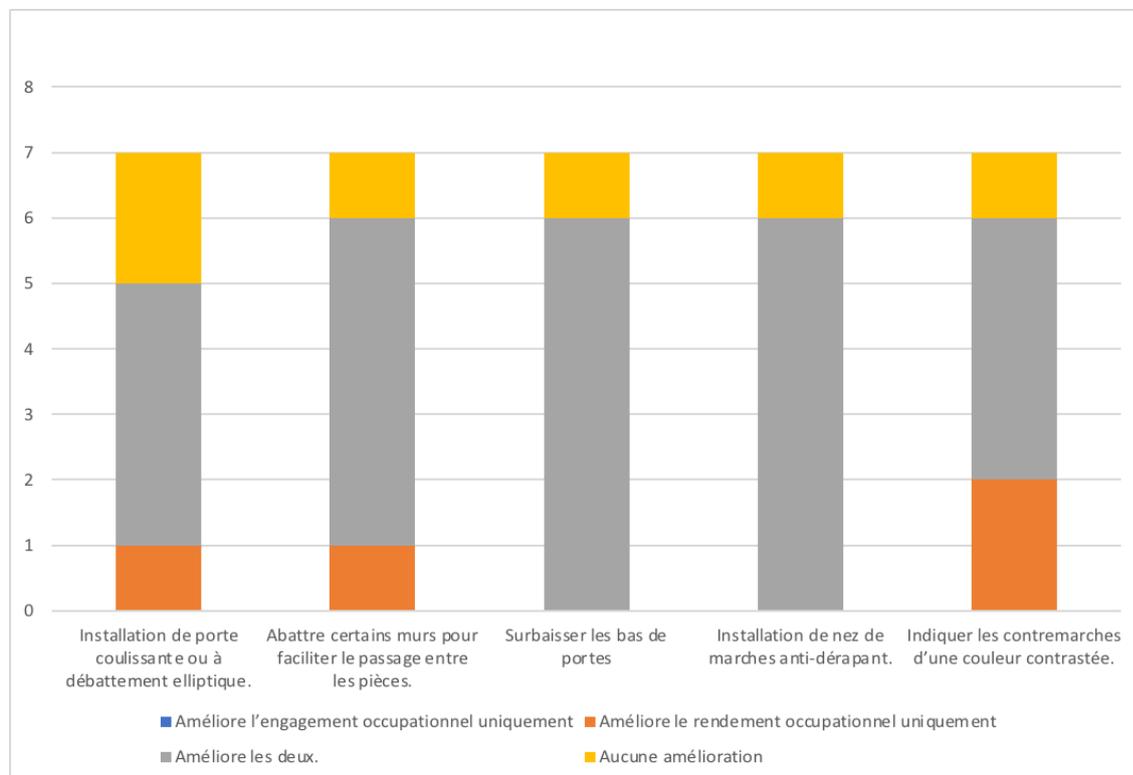


Figure 6 : Répartition des ergothérapeutes sur le volet "circulation intérieure".

Le professionnel ayant répondu qu'il n'y a aucune amélioration pour les aménagements des escaliers et des portes pensent plutôt qu'il faudrait réduire les déplacements entre les pièces en les aménageant et en les organisant selon les habitudes de vie de la personne

âgée fragile. Elle conseille également un « bon éclairage » ainsi qu'une aide technique au déplacement pour sécuriser les déplacements.

Un ergothérapeute ajoute que les aménagements doivent être cohérents avec les habitudes de vie de la personne âgée fragile pour préserver sa participation dans ses habitudes de vie.

A.5/ La préconisation des aides techniques.

La totalité des participants pensent que les aides techniques contribuent à l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel. Cependant, selon la nature de l'activité, elles ne vont pas avoir le même impact.

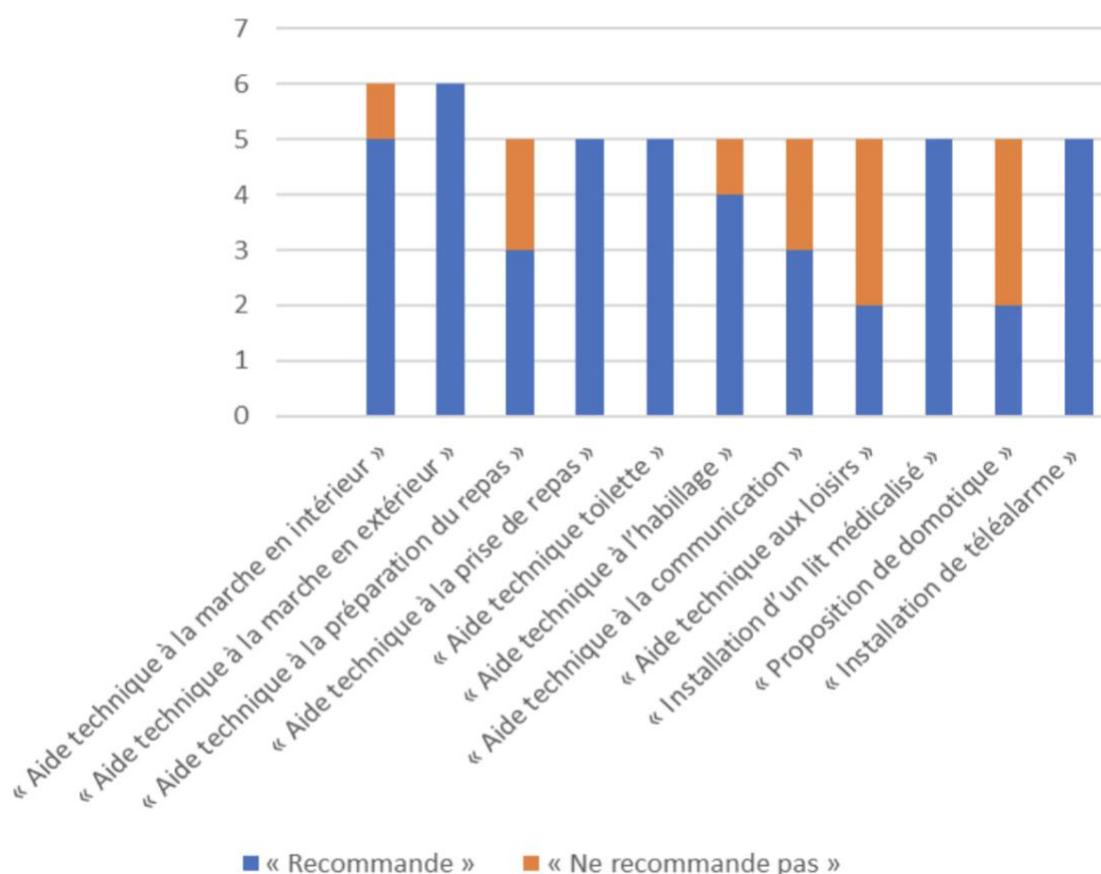


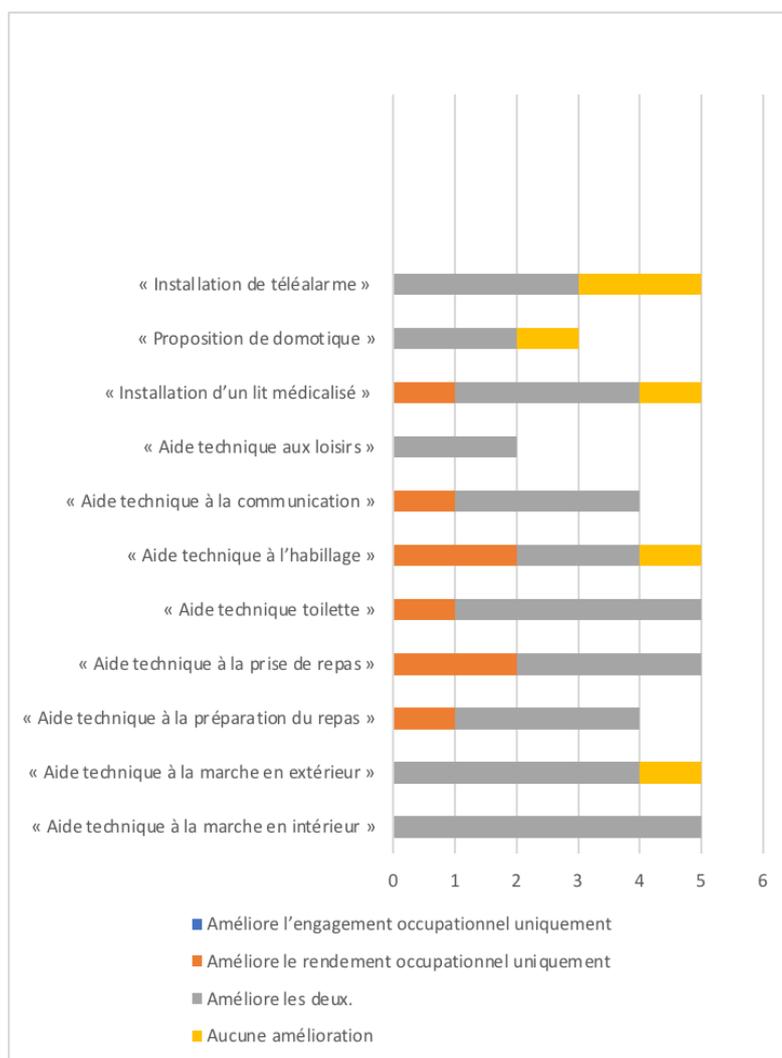
Figure 7 : Recommandations pour les aides techniques dans les AVQ.

Les personnes n'ayant pas répondu « oui » aux questions « recommandez-vous cette aide technique pour cette activité ? », n'ont alors pas répondu aux questions « pensez-vous qu'elles améliorent l'engagement et/ou le rendement occupationnel ? ».

Certaines aides ne sont pas préconisées par les ergothérapeutes (Figure 7). Les recommandations concernant la domotique semblent rares, celles des loisirs et de la communication également.

Cependant, on constate qu'ils recommandent tous des aides techniques pour la prise de repas, la toilette, la téléalarme et la mise en place d'un lit médicalisé.

La personne ne recommandant pas d'aide technique pour les déplacements intérieurs, recommande tout de même des aides techniques pour les déplacements extérieurs.



Les avis des participants concernant les aides techniques à la prise de repas et à l'habillage sont mixtes (Figure 8). Une majorité pense que le matériel mis en place permet d'améliorer l'engagement et le rendement occupationnel, cependant on observe pour ces deux activités, que deux personnes sur cinq, considèrent que seul le rendement est amélioré (Figure 8). Les aides les plus régulièrement proposées sont : les manches grossissantes pour les couverts, les "couverts adaptés" et les antidérapants pour la prise du repas et l'enfile bas pour l'aide à l'habillage.

Figure 8 : Aides techniques dans les AVQ, leurs impacts sur l'engagement et le rendement occupationnel.

Concernant la toilette, les aides proposées par les ergothérapeutes semblent avoir pour objectifs d'améliorer les deux aspects (Figure 8). Les). Les aides proposées sont : la chaise

de douche principalement, l'installation d'une barre de douche et enfin la brosse à longue manche.

Les aides aux déplacements extérieurs semblent améliorer l'engagement et le rendement occupationnel à l'activité, l'aide la plus proposée par les ergothérapeutes étant le fauteuil roulant puis le déambulateur (Figure 9).

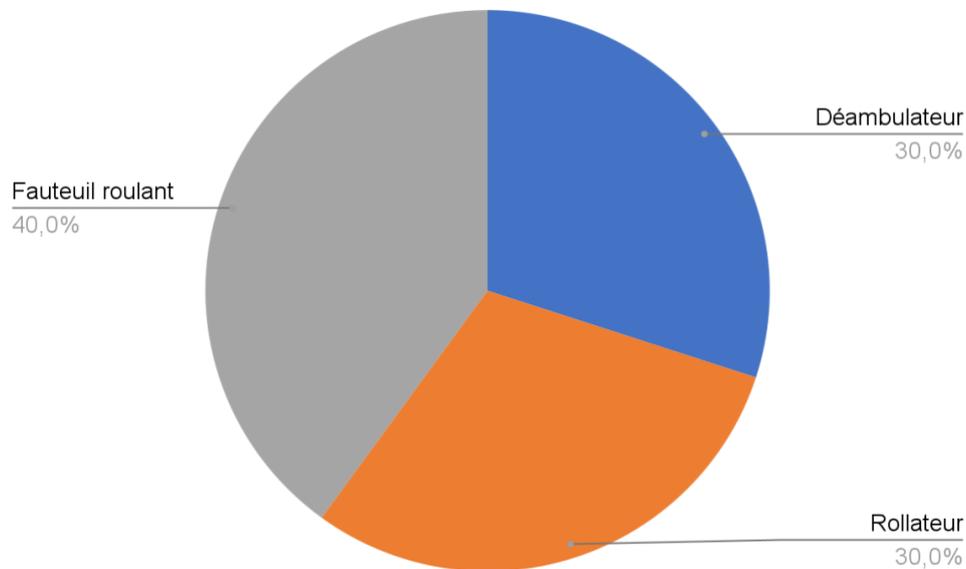


Figure 9: Aides techniques proposées pour la marche, en extérieur.

A.6/ Questions facultatives.

En questions facultatives, il a été demandé aux répondants de faire part d'autres éléments importants à leurs sens, un répondant a fait un retour et à soulever des éléments que nous n'avions pas abordé dans le questionnaire, tels quel :

L'importance du lien social

L'environnement physique de proximité tel que des commerces ou des lieux d'activité, la possibilité d'un transport / accompagnement aux clubs séniors

La reconnaissance des rôles sociaux, des responsabilités.

L'ergothérapeute a également ajouté que les aides techniques améliorent le rendement mais pas l'engagement, puisqu'elles sont destinées à des activités que les personnes avaient pour habitude de réaliser. Cependant, les aides à la marche et à la communication permettraient "de sortir de l'engagement occupationnel". Elle ajoute également que "les aides proposées dépendent beaucoup de la personne, de ce qu'elle aime (jardin, promenade, ...) et de son entourage."

Il leur a également été demandé quel serait selon eux les limites du maintien à domicile, les principaux éléments qui sont revenus sont :

- « *Les troubles cognitifs avancés.* »
- « *Lorsque la personne n'est pas consciente de sa perte d'autonomie et qu'elle est isolée.* »
- « *Besoin d'aide humaine trop important.* »
- « *Mise en danger* »
- « *L'épuisement des aidants*».

B. Analyse des réponses au regard de notre hypothèse

Au début de notre recherche, nous supposions que « Les divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour le maintien à domicile de la personne âgée fragile vont améliorer son engagement et son rendement occupationnel. » (*Hypothèse 1*)

Suite à nos recherches, nous constatons que la majorité des répondants considèrent que les aides techniques mises en place permettent l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel. Cependant, parmi ces répondants certains pensent que tous les moyens n'améliorent pas le rendement occupationnel et l'engagement occupationnel.

Par exemple, pour l'habillage et la prise de repas, une part des répondants pensent que seul le rendement occupationnel est amélioré. Certains moyens semblent n'améliorer ni le rendement ni l'engagement, ou uniquement un mais pas l'autre (la téléalarme est la seule proposition où deux personnes sur cinq, considèrent qu'elle n'apporte aucune amélioration à l'engagement ou au rendement occupationnel.

Dans le cas de la sécurité physique, la majorité des ergothérapeutes préconisent des aides techniques, conseillent sur l'aménagement du domicile et recommandent des exercices d'entretiens musculaire et articulaire. Ces préconisations et recommandations ont pour objectifs de permettre à la personne âgée fragile de réaliser ses activités en sécurité et de valoriser ses capacités afin qu'elle maintienne un engagement occupationnel.

Son rendement sera également amélioré puisque les aides qui lui sont apportées lui permettent d'effectuer ses occupations et de s'occuper d'elle-même.

Ce rendement occupationnel est également entretenu par certaines techniques préconisées par l'ergothérapeute ; en effet, les aides techniques ou « *tout instrument,*

équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne » ³⁹(Mon parcours handicap, 2020) permet à une personne de réaliser une activité avec l'aide d'un matériel. Les aides techniques préconisées concernent principalement les activités de soins personnels : toilette, habillage, prise de repas, préparation de repas et les déplacements. Cependant, les aides techniques aux loisirs ne semblent pas être autant investies.

La personne âgée fragile peut maintenir ou gagner en confiance en ses capacités et habiletés, dans la réalisation de ses activités, si les moyens qui lui sont proposés sont en congruence avec qui elle est, son quotidien et lui permettent de compenser une ou plusieurs difficultés.

Ainsi, nous pouvons partiellement infirmer et apporter une nuance à notre hypothèse de départ qui était :

“Les divers moyens mis en place par l'ergothérapeute permettent l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel de la personne âgée fragile à domicile.”

En prenant en compte les retours des professionnels, nous pouvons ainsi la formuler :

“La réassurance et la valorisation de la personne âgée fragile par les divers moyens mis en place par l'ergothérapeute initie le maintien ou l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel de cette dernière, à domicile”.

³⁹ Mon Parcours Handicap. (2020). Aide technique à la compensation du handicap .
<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/emploi/aide-technique-la-compensation-du-handicap>

Interprétation

La finalité de notre enquête auprès des ergothérapeutes exerçant auprès des personnes âgées fragiles à domicile était d'apporter un éclaircissement à notre problématique :

« Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement et le rendement occupationnel d'une personne âgée fragile dans le but d'un maintien à domicile ? »

afin de prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée fragile et soutenir la santé et la qualité de vie à domicile le plus longtemps possible.

A. Un accompagnement global à domicile.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons proposé divers moyens qui permettraient d'améliorer l'engagement et le rendement occupationnel.

Comme nous l'avons vu dans les réponses à notre questionnaire, la singularité de la personne doit être prise en compte : ses goûts, ses centres d'intérêts, ses priorités afin de lui faire les propositions les plus adaptées. Ces propositions doivent également prendre en compte les éléments de son environnement qu'il soit physique, social, institutionnel ou culturel.

L'approche du MCREO⁴⁰ adopte également cette démarche pour prendre en compte la singularité de la personne selon les quatre domaines (affectif, physique, cognitif, spirituel), tout en s'appuyant sur son environnement et ses occupations afin de favoriser son engagement et améliorer son rendement occupationnel.

Il en est de même pour la personne âgée fragile. Les moyens et méthodes que nous avons recensés pour les maintenir à domicile ne sont que des généralités. Il s'agit avant tout de faire des recommandations qui sont adaptées à chaque situation, respectant la personne singulière qu'elle est dans un environnement unique. D'autant plus que le vieillissement n'est pas linéaire, et est différent selon le contexte social et environnemental, etc. C'est ce qui est expliqué par les Enseignants en Gériatrie dans le rapport « Le vieillissement humain »⁴¹ l'être humain est soumis à divers facteurs sur lesquels il peut agir ou non. Parmi ces facteurs nous pouvons citer les facteurs

⁴⁰ Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introductions aux fondamentaux. 2e édition. Bruxelles: De Boeck p79-89.

⁴¹ Conseils National des enseignants en Gériatrie. Le vieillissement humain. Chapitre 1. Repéré à : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>.

génétiques⁴², les facteurs liés au mode de vie, par exemple si la personne pratiquait une activité physique régulière⁴³. Chaque contexte de vie est ainsi différent, c'est pourquoi l'approche du MCREO et des répondants est pertinente.

Selon les répondants, l'isolement des personnes âgées est un frein au maintien à domicile. En effet, le mode de vie prévalent en France Métropolitaine et à L'île de la Réunion est la vie à domicile, cependant les femmes ayant une longévité plus importante, ont tendance à vivre seules (INSEE, 2018)⁴⁴

Dans cette situation, il faut être vigilant, car de part le vieillissement et ce qu'il entraîne; une personne âgée isolée à domicile peut être plus vulnérable à certains facteurs environnementaux.

Nous ne l'avons pas abordé dans notre cadre théorique mais l'isolement des personnes âgées peut entraîner des sentiments de solitude.

La personne âgée fragile, étant en perte d'autonomie, peut avoir des difficultés plus ou moins importantes dans la réalisation des AVQ. Le risque de chute est un risque majeur chez la personne âgée, sans accompagnement adapté ou aide humaine, elle pourrait diminuer sa participation occupationnelle pour ne pas se mettre en danger. C'est ce qu'ont révélé les répondants, le maintien à domicile a ses limites : une personne âgée fragile isolée peut se mettre en danger si son environnement physique n'est pas adapté. Ce risque peut s'accroître si, des troubles cognitifs sont présents ou si la personne n'a pas un entourage pour l'accompagner ou lui rendre visite au quotidien.

Comme nous l'avons dit précédemment, divers aspects doivent être pris en compte dans l'environnement, dans les habitudes de vie de la personne afin de faire les propositions les plus justes pour lui permettre d'avoir une qualité de vie qui lui satisfait à son domicile, si cela est possible.

⁴² « Certains terrain génétiques particulier est associé à une plus grande longévité » (CERIMES, 2009)

⁴³ « Les fonctions cardio-vasculaire et respiratoire sont aussi mieux préservées chez les sujets âgés qui ont une activité physique régulière » (CERIMES, 2009)

⁴⁴ INSEE.(2018). De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2017?. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226>.

B. Valorisation des capacités dans un environnement sécurisé et rassurant.

L'état de fragilité chez la personne âgée fait référence à un état d'instabilité avec un risque de diminution des capacités fonctionnelles et d'adaptation. Elle marque le début de la perte d'autonomie. (Fried et al., 2001)⁴⁵

Le vieillissement étant considéré comme un processus intervenant progressivement dans la vie de l'individu, la fragilité est souvent prévisible ; de ce fait un accompagnement adapté peut limiter l'impact de la fragilisation et ses complications. (Fried et al, 2001)

La personne âgée fragile préserve certaines capacités pour réaliser ses activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute devra alors amener la personne âgée fragile à prendre ou garder confiance en ses capacités.

Pour cela, en conseillant sur la réalisation des activités du quotidien, en conseillant les aidants, en préconisant des aides techniques, l'ergothérapeute pourra aider la personne âgée fragile à maintenir son engagement et rendement occupationnel.

Comme les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire l'ont exprimé, valoriser les capacités de la personne et lui montrer que malgré des difficultés elle peut réaliser partiellement ou totalement ses activités, est primordial. Cependant, si, ses incapacités et limitations sont trop importantes, il est important de lui montrer que les aménagements et les adaptations lui permettent de compenser ses difficultés afin qu'elle puisse réaliser ses occupations. Valoriser ses capacités au quotidien et lui faire prendre conscience qu'elle peut réaliser ses occupations d'elle-même permettront d'initier ou de maintenir son engagement occupationnel. Le rendement occupationnel lui, pourra être amélioré ou prolongé si les préconisations faites par l'ergothérapeute lui permettent de contribuer à son édifice économique social (dans l'entourage, faire partie d'une association, de club...).

En ergothérapie une notion est importante, comme en santé publique, il s'agit de l'empowerment. L'empowerment est une stratégie qui va « renforcer la capacité d'agir

⁴⁵ Hervé Michel. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche. Repéré à :<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2012-1-page-174.htm>.

du patient sur les facteurs déterminants de sa santé. » (Centre Éducation du Patient, 2017).⁴⁶

Sécuriser et rendre rassurant l'environnement est également un aspect important. Les répondants ont insisté sur ce point ; nombreux sont ceux qui recommandent le passage régulier de proches ou d'un voisin, ou insistent sur l'aspect sécuritaire des aides techniques, tel que la chaise douche. En effet, un environnement sécurisé et rassurant ne permet pas uniquement de protéger la personne, mais, il lui permet également de prendre conscience qu'elle peut réaliser ses activités au sein de son domicile de façon sécurisée. En ayant, cet aspect en tête, la personne ayant ses capacités physiques et cognitives altérées aura probablement moins de réticence à réaliser ses occupations, ce qui favorise son engagement et son rendement occupationnel.

Nous avons pu constater suite à notre enquête que tous les moyens proposés par l'ergothérapeute vont permettre à la personne âgée fragile d'essayer, voire de réaliser ses activités dans un cadre sécurisant et renforce sa confiance en elle et en ses capacités. Son intervention n'améliore pas directement l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile. Cependant, la valorisation de ses capacités dans un environnement rassurant et sécurisé, va initier ou maintenir l'engagement et le rendement occupationnel de la personne âgée fragile à domicile.

Discussion

A. Limites rencontrées et analyse réflexive.

Lors de la réalisation de ce mémoire, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative auprès d'ergothérapeutes de l'île de la Réunion et de la France Métropolitaine. Nous souhaitons recueillir 30 questionnaires complets afin d'avoir des données. Nous souhaitons également recueillir les réponses d'ergothérapeutes accompagnant des personnes âgées de différents cadres d'interventions (UMG, Libéral, SSR...), ainsi que des années d'expérience variables.

⁴⁶ Centre d'éducation du patient. (2017). L'empowerment du patient.
<https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>

Par cette démarche, nous souhaitons comparer les différentes pratiques et observer si le nombre d'année et le lieu d'exercice, impactent les propositions faites par l'ergothérapeute auprès de la personne âgée fragile dans le but d'un maintien à domicile.

Cependant, nous avons obtenu 25 réponses dont seuls 4 questionnaires remplis entièrement. Parmi ces réponses, nous avons recueilli les pratiques d'ergothérapeutes de différents services.

Cependant, notre petit échantillon nous donne peu d'éléments différents. Il ne nous permet pas de confronter les différentes pratiques comme nous le souhaitions.

Lors de l'analyse des données, nous avons observé une diminution significative du nombre de participants : 25 répondants aux questionnaires pour un taux de complétion de 36% et un temps moyen de 15 min 54 s. La diminution des participants s'est fait de façon progressive.

La première diminution à lieu à la question "intervenez-vous à domicile"?, 5 répondants sur 20 ne répondaient pas à ce critère d'inclusion, ils n'ont alors pas pu continuer le questionnaire.

Le nombre de participants passent de 20 à 11 à la question 9 "Quels sont selon vous les impacts d'un état de fragilité chez la personne âgée ?"

Par la suite, le nombre de participants a continué à diminuer progressivement. A la cinquantième question "Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques par la prise de repas?", il n'y avait plus que 4 répondants.

Nous avons également observé lors de l'analyse des données une variation importante du temps moyen de réponse, entre les 4 questionnaires complets.

Les différents temps sont de :

- 15 minutes
- 16 minutes 36 secondes
- 23 minutes
- 57 minutes 15 secondes

Nous avons annoncé aux participants que le questionnaire ne prendrait que 15 minutes maximum, un seul participant l'a réalisé en 15 minutes. Nous pouvons alors supposer que nous avons sous-estimé le temps moyen de complétion. Il aurait alors été intéressant de réaliser un pré -test sur un échantillon de 5 à 10 personnes afin d'estimer plus justement le temps nécessaire.

Certaines questions ont pu paraître répétitives et donner une sensation de longueur aux participants, malgré les questions facultatives. Nous pourrions revoir leurs formulations, ou, cibler notre questionnaire sur une occupation, telle que les soins personnels, afin de diminuer le nombre de questions et d'avoir des données probantes.

B. Apports de ce travail.

Cette initiation de la démarche à la recherche m'a davantage sensibilisé à un enjeu de la Santé Publique, qui est la préservation de l'indépendance et de l'autonomie des personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne, à domicile. L'objectif de Santé Publique France n'étant pas d'allonger la vie mais d'améliorer la qualité de vie de ces dernières et de diminuer l'entrée en institution.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a également permis d'identifier et de justifier le rôle de l'ergothérapeute dans la démarche de la Santé Publique. L'ergothérapeute peut intervenir auprès de la personne âgée fragile en prévenant sa perte d'autonomie en maintenant ou améliorant l'engagement et le rendement occupationnel par son accompagnement. L'ergothérapeute possède les compétences qui lui permettent de valoriser les capacités de la personne âgée fragile au sein de son environnement et de sécuriser ce dernier. A ce titre, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur les activités de la vie quotidienne. Il accompagne des personnes en altération de l'autonomie et leur propose un accompagnement avec approche holistique centrée sur la personne.

C. Perspective d'évolution

Lors de la création de notre enquête, d'autres questionnements ont naquis autour de cette thématique. Nous avons ici obtenu la vision des ergothérapeutes : les moyens qu'ils utilisent pour accompagner la personne âgée fragile à domicile afin de préserver son engagement et rendement occupationnel.

Il serait intéressant de recueillir l'avis et le ressenti des personnes âgées fragiles à domicile qui sont les bénéficiaires ciblés de cet accompagnement, ainsi que de leurs aidants.

En effet, malgré les propositions faites par l'ergothérapeute en cohérence avec le profil occupationnel de la personne, il est possible que les aides ne soient que partiellement investies. C'est ce qu'ont révélé des ergothérapeutes dans le questionnaire. Ainsi nous pourrions les questionner sur :

L'accompagnement mis en place, si elles en sont satisfaites ou non.

Si, les aides ont réellement été investies, quelles sont les aides les plus importantes selon elles et lesquelles ont fait plus sens.

Sur le positionnement qu'elles adoptent dans l'accompagnement ? Ou la place qui leur a été accordée.

Leur ressenti sur l'évolution ou le maintien de leur engagement et rendement occupationnel.

Questionner ainsi les bénéficiaires permettrait d'avoir des retours significatifs sur les aides mis en place, et permettrait d'orienter les propositions faites afin qu'elles soient plus efficaces.

Un second sujet de recherche nous a interpellés. Nous avons constaté lors de nos recherches que l'une des limites au maintien à domicile est l'isolement social. Le nombre de personnes âgées isolées est important, notamment à l'île de la Réunion et particulièrement dans la commune de Saint- Denis. Des recherches pourraient être mené sur les conditions de vie des personnes concernées ainsi que sur les aides qui leurs sont proposées et le rôle de l'ergothérapeute dans cette démarche.

Conclusion

Dans les prochaines années la population âgée sera plus dépendante malgré une évolution de l'espérance de vie favorable. Il paraît alors important de ralentir cette évolution. Pour cela, il est primordial de réaliser de la prévention et de la promotion à la santé, afin de préserver ou maintenir l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées plus longtemps. Il s'agit d'un enjeu important de la Santé Publique pour lequel nous devons porter un intérêt.

Plusieurs expériences personnelles et professionnelles en lien avec la perte d'autonomie du public gériatrique, ont permis l'émergence de la problématique suivante : « Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement et le rendement occupationnel d'une personne âgée fragile dans le but d'un maintien à domicile ? »

Dans un premier temps, nos recherches nous ont permis de mieux comprendre le cadre de vie des personnes âgées à l'île de la Réunion ainsi qu'en France Métropolitaine.

D'éclaircir les impacts du vieillissement ainsi que l'aspect variable et personnel de l'avancée en âge. De plus, cet étayage théorique nous a permis de comprendre la place de l'ergothérapeute dans le domaine de la gériatrie.

Après avoir établi notre étayage théorique et notre méthodologie de recherche, nous avons procédé à la diffusion d'une question auprès d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes âgées fragiles à domicile. Cependant les données recueillies ne sont pas significatives, au vu du nombre de témoignages que nous avons reçus. Nous avons tout de même analysé et interprété ces résultats qui nous ont permis de nuancer notre hypothèse de départ. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute auprès de personne âgée fragile permet l'amélioration ou le maintien de son engagement et de son rendement occupationnel ; par la valorisation de ses capacités et en sécurisant son environnement. Pour cela, l'ergothérapeute va utiliser divers moyens humains et matériels.

Par ailleurs, nous avons appris que les ergothérapeutes ne s'assurent pas toujours que les aides mises en place soient investies par les bénéficiaires. Il se peut alors que les bénéficiaires n'investissent pas les aides sur le long terme, ou ne perçoivent pas d'amélioration au quotidien. Les raisons nous sont inconnues, un nouveau questionnement fait alors surface : « Du point de vue des aidés et des aidants, dans quelles

mesures l'intervention de l'ergothérapeute à domicile impactent leur engagement et leur rendement occupationnel ? »

BIBLIOGRAPHIE

- A.Villaumé. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, volume(19), p. 30-38. Repéré à : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483018301508?casa_token=xRe-XGtU4mgAAAAA:WrkiZHtFiliRQzhcgIXGsx6J41DauoUzTWtgqqXzcX741aXWo2Zxn2D_-8MZtE4BSGDGAyS2IKqO.
- Carrié J. (1956). Étude sur les modes de décès des vieillards à l'hospice. Clermont-Ferrand : thèse de médecine.
- Delomier Y. (1985). Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. Psychol Med, 17.
- Hervé Michel. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche. H. Michel, Retraite et Société, volume(62), p. 174-181. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2012-1-page-174.htm>.
- JP. Lavoie. (2007). Cahier pratique: Aides techniques et aménagement du domicile. Dans P. Dreyer, B. Ennuyer, Quand nos parents vieillissent, p. 225-300. Repéré à : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=AUTRE_DREYE_2007_01_0225.
- M.Khater, S.Richa, E.Stephan. (2005). Le syndrome de glissement. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, volume(5), p. 44-49. Repéré à : [:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483005825929](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483005825929).
- MOUAFFIK, C. (2019). Sigle: Sciences de l'occupation. Recueil inédit, Institut Régional de Formation en Ergothérapie de l'île de la Réunion.
- Morel-Bracq, M-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introductions aux fondamentaux. 2e édition, p79-89.Bruxelles: De Boek.
- N.Tariq ; S.Belbachir ; FZ.Sekkat. (2012).Syndrome de glissement: Analyse au travers d'une étude clinique. Doctinews, volume (49). Repéré à: <https://www.doctinews.com/index.php/archives/39-dossier/2178-syndrome-de-glissement-analyse-du-concept-a-travers-une-etude-clinique>.

- N.Weimann , J.Pellerin. (2009). Le syndrome de glissement: description clinique; modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. L'encéphale, volume(36), p. 1-6. Repéré à :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370060900044X>.
- O. Martin. (2010). Méthodes. Dans : Serge Paugam éd., Les 100 mots de la sociologie (pp. 23-43). Repéré à :
<https://journals.openedition.org/sociologie/1204>.
- P.Graux. (1978). Le syndrome de glissement. Actual Gerontol, 12, pp. 21–23.
- R. Spehler. (2012). Prévention des complications de décubitus. Chir-Ortho. Repéré à : <https://chir-ortho.com/informations-techniques/protocoles-de-soins/prevention-des-complications-de-decubitus/>.

SITOGRAPHIE

- Agence Régionale de la Santé. (2017). Gramoun Care. Repéré à : http://www.maia.re/userfiles/documents/autres_donnees_/gramoune_care.pdf
- Ameli. (2022). Maintien à domicile. <https://www.ameli.fr/assure/sante/maintien-domicile>.
- Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. L'ergothérapie en Gériatrie. Repéré à : http://afeg.asso.fr/#xl_xr_page_index.
- Centre d'éducation du patient. (2017). L'empowerment du patient. <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient>.
- CERIMES.(2009). Le vieillissement humain. Repéré à :<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>
- Conseil Économique, Social et Environnemental. (2011). Les personnes âgées à la Réunion; anticiper les risques et les besoins. Repéré à : https://www.ceser-reunion.fr/wp-content/uploads/2019/02/11.06.28_Note_dependance.pdf.
- Conseil National des enseignants en Gériatrie. . (2009). Le vieillissement humain. Repéré à : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>.
- CREDOC. (1997). Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches d'une même réalité. Dans Cahier de recherche, *numéro 07*. Repéré à : <https://www.credoc.fr/download/pdf/Rech/C110.pdf>.
- EXPERGO. (2020). L'ergothérapie chez la personne âgée. Repéré à : <https://www.cabinet-expergo.fr/lergothérapie-chez-la-personne-agee/>
- Franco. (2010). Rapport de la mission « Vivre chez soi ». Repéré à : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf.
- Haute Autorité de Santé. (2013). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?. Points clés et solutions , organisation des parcours. Repéré à : https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

- Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques . (2019).SENIORS. France, portail social. Repéré : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4238781/FPORSOC19.pdf>.
- Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques.(2018). De 2,8 millions de seniors en 1870 en France À 21,9 millions en 2017?. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226>.
- LAUDE, P. (2021, 24 mars). Le questionnaire: définition, étapes, conseils et exemples. <https://www.scribbr.fr/methodologie/questionnaire/>
- Mon Parcours Handicap. (2020). Aide technique à la compensation du handicap . <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/emploi/aide-technique-la-compensation-du-handicap>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Vieillesse et santé. Repéré à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organisation Régionale de la Santé. (2017). Les personnes âgées à la Réunion. Repéré à : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_ORSOI_Personnes_agees_Reunion_2017.pdf
- Resanté-Vous. (2020) . Bien Vieillir à domicile. Repéré à : <https://www.resantevous.fr/wp-content/uploads/2019/01/GuideBienVieillir-Web.pdf>
- Santé Publique France. (2019). Bien vieillir. Repéré à : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>.

ANNEXES

- **Annexe 1** : Questionnaire à destination des ergothérapeutes (travail exploratoire)
 1. Connaissez-vous le terme « syndrome de glissement »?
 2. Comment le définiriez-vous ?
 3. Avez-vous déjà été en contact avec une ou plusieurs personne(s) âgée(s) atteinte de ce syndrome, dans le cadre professionnel?
 4. Quelle est la structure dans laquelle vous l'avez-vous accompagné ?
 5. Avez-vous déjà été en contact avec une personne âgée atteinte de ce syndrome, dans le cadre personnel ?
 6. Si oui, pouvez vous décrire ce qui a été mis en place ?
 7. Pensez-vous que l'ergothérapeute a un rôle à jouer auprès des personnes atteintes du syndrome de glissement ? (développez si vous le souhaitez.)
 8. Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?
 9. Auriez-vous des ressources qui pourraient m'être utiles ?
 10. Pour la suite de mon étude, je pourrais être amené à vous recontacter, si vous êtes d'accord, je vous remercie de me laisser votre adresse mail.
- **Annexe 2** : Message type posté ou envoyé par mail.

Bonjour,

Je m'appelle TECHER Océane, je suis étudiante en 3ème année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie (IRFE) à l'Île de la Réunion.

Je vous contact aujourd'hui, dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'étudie le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées fragiles à domicile.

Cette enquête a pour objectif de recueillir les différentes pratiques des ergothérapeutes et identifier les moyens qui permettent l'amélioration de l'engagement et le rendement occupationnel des personnes âgées fragiles pour le maintien à domicile.

Ce questionnaire est donc dédié aux **ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé auprès du public gériatrique en état de fragilité (de plus de 65 ans), travaillant à l'Île de la Réunion ou en France Métropolitaine.**

Ce questionnaire est anonyme, il vous prendra 15 minutes de votre temps.

Si vous le souhaitez, vous pouvez partager ce questionnaire auprès d'autres professionnels répondant aux critères, ou le communiquer les adresses mails.

- **Annexe 3 : Questionnaire à destinations des ergothérapeutes.**

QUESTIONS ADMINISTRATIVES	MODALITÉS
Êtes-vous ergothérapeute ?	choix unique
Oui	
Non	arrêt du questionnaire
Travaillez-vous ou avez-vous travaillé auprès de personnes âgées fragiles ?	choix unique
Oui	
Non	arrêt du questionnaire
Intervenez-vous à domicile ?	choix unique
Oui	
Non	arrêt du questionnaire
Pendant combien de temps avez-vous travaillé auprès de ce public ?	choix unique
Moins d'un an	
1 à 10 ans	
Plus de 10 ans	
Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé ou travaillez-vous pour accompagner ce public ?	choix unique
Libéral	
Unité Mobile de Gériatrie	
Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	
Autre, précisez :	
Intervenez - vous de façon ponctuelle ou régulière ?	choix unique
Ponctuelle	si ponctuelle, reporter à la partie « personne âgée »
Régulière	
S'il s'agit d'une intervention régulière, à quelle fréquence, intervenez -vous ?	choix unique
Deux fois	
Trois fois	
Plus de trois fois	
S'il s'agit d'une intervention régulière, se déroule t-elle...	choix unique
Sur plusieurs jours	
Sur plusieurs semaines	
Sur plusieurs mois	
Sur plusieurs années.	
LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE	
Quels sont selon vous les impacts d'un état de fragilité chez la personne âgée ?	question ouverte
Rencontrent-elles , selon vous une altération de l'engagement et / ou du rendement occupationnel?	choix unique

Une altération de l'engagement occupationnel uniquement.	
Une altération du rendement occupationnel uniquement.	
Une altération de l'engagement et du rendement occupationnel.	
Aucune altération de l'engagement et du rendement occupationnel.	
Selon vous, quelles difficultés peuvent rencontrer une personne âgée fragile ?	choix multiple
Altération des capacités motrices	
Altération des capacités cognitives	
Altération de l'état émotionnel	
Autre, précisez;	
Quels sont les aspects essentiels du domicile qui permettent le maintien à domicile ?	question ouverte
Comment permettent-ils la stimulation de l'engagement et du rendement occupationnel de la personne ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez- vous que la stimulation des capacités motrices et d'équilibre à domicile participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Proposez-vous des moyens pour améliorer les capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Si oui, quels sont ces moyens ?	choix multiple
Proposer des exercices d'entretien articulaire et musculaire à réaliser régulièrement.	
Mener des mises en situation d'activité du quotidien.	
Autre, précisez;	
Proposez-vous des moyens pour améliorer l'équilibre de la personne âgée fragile à domicile ?	choix unique
Oui	
Non	
Mettez-vous en place des moyens afin de prévenir ou traiter le risque de chute chez la personne âgée fragile à domicile ?	choix unique
Oui	
Non	
Quels sont ces moyens?	choix multiple
Sensibiliser la personne aux facteurs favorisant le risque de chute.	
Conseiller la personne sur les attitudes à adopter pour minimiser les risques.	
Sensibiliser le(s) proche(s) aux facteurs favorisant le risque de chute.	
Conseiller le(s) proche(s) sur les attitudes à adopter pour minimiser les risques.	
Autre, précisez;	
Comment ces moyens permettent-ils l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel chez la personne âgée fragile à domicile?	question ouverte

Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez- vous que la stimulation des fonctions cognitives participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Mettez - vous en place des moyens pour stimuler ses capacités cognitives ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Quels sont les moyens pour stimuler ses capacités cognitives ?	choix multiple
Proposer des exercices de stimulation cognitive à domicile.	
Réaliser des mises en situation pour stimuler les fonctions cognitives.	
Autre, précisez:	
Comment ces moyens permettent-ils l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel chez la personne âgée fragile à domicile?	question ouverte
ADAPTER LE DOMICILE : ACTIONS ET CONSEILS	
La sécurité physique	
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez- vous qu'assurer la sécurité physique ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Quels conseils donnez-vous pour assurer la sécurité physique des personnes âgées fragiles à domicile ?	choix multiple
Retire tout ce qui est usagé ou instable.	
Garder certains meubles et décorations comme repérages visuels.	
Installer des barres d'appui dans le domicile.	
Retirer ou fixer les tapis et moquettes.	
Installer des carreaux anti- dérapants.	
Conseiller sur l'éclairage, pour minimiser le risque de chute.	
Conseillez-vous autre chose pour assurer la sécurité physique des personnes âgées à domicile?	question ouverte
Comment ces moyens permettent-ils l'amélioration de l'engagement ou / et du rendement occupationnel de la personne âgée fragile à domicile?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez- vous que l'aménagement du domicile ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	

Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Concernant la circulation intérieure, avez-vous d'autres conseils qui permettent le maintien à domicile d'une personne âgée fragile?	question ouverte
Comment ces moyens permettent-ils l'amélioration de l'engagement ou / et du rendement occupationnel de la personne âgée fragile à domicile?	question ouverte
Dans le but d'un maintien à domicile de la personne âgée fragile, l'installation d'un tapis de douche anti-dérapant participe-t-il à :	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
PRÉCONISATION D'AIDES TECHNIQUES	
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que les aides techniques ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques pour les déplacements en intérieur ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide aux déplacements participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques par les déplacements en extérieur ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide aux déplacements participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	

Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques pour la préparation du repas ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide à la préparation des repas participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques par la prise de repas?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide à la prise de repas participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques pour la toilette ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide à la toilette participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques à l'habillement ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide à l'habillement participe à ...	choix unique

Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques à la communication ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide à la communication participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous des aides techniques aux loisirs ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Laquelle proposez-vous le plus régulièrement ?	question ouverte
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que cette aide aux loisirs participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, conseillez-vous que l'installation d'un lit médicalisé ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que le lit médicalisé participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	
Améliore les deux	
Aucune amélioration	
Chez la personne âgée fragile à domicile, proposez-vous de domotique ?	choix unique
Oui	
Non	si non, le répondant n'a pas la question suivante
Chez la personne âgée fragile à domicile, pensez-vous que la domotique participe à ...	choix unique
Améliore l'engagement occupationnel	
Améliore le rendement occupationnel	

Care of occupational therapist for frail elderly people :

Benefits of home care

Introduction: In 2040, the elders will represent 1/3 of the population . Elder's life expectancy will extend, however their dependence and frailty will increase. To slow this process, public health created a program that will be applied to the elderly at home to prevent the loss of autonomy.

Occupational therapists are professionals who support people who are in alteration of autonomy. They benefit from the help of occupational therapists to maintain or get back their quality of life. Then, they could be able to take part in the public health .

Objectifs: The purpose of this research is to identify tools and methods used by the occupational therapist to support the occupational engagement and productivity with frail elderly people, who live at home.

The second one is to determine how occupational therapists participate in home care for the frail elderly.

Methods: Professionals targeted are occupational therapists who work or were used to working with frail elderly people. A questionnaire was sent to occupational therapists on social media and by email.

This questionnaire was build on 3 major axis:

Tools and methods to stimulate cognitive and motor skills at home for frail erderly.

Advice and actions put in place to adapt home.

Therapeutic education for frail elderly and their relatives.

Results: Findings indicate a collective agreement among the occupational therapists. They agreed about the fact that advice and actions, participate in improving occupational engagement and productivity of the frail older person. Although, to make their actions work, they have to be consistent with the life habits of the elderly. The results also indicate that reinsurance and valorisation are essential, which is what leads to improved engagement and productivity at home.

Conclusion: The care of frail elderly people by occupational therapists allows the keeping of occupational engagement and preventing the loss of autonomy.

Key-words : *frail elderly people- occupational therapist- home care- occupational productivity- occupational engagement .*

Accompagnement en ergothérapie des personnes âgées fragiles :

Les bienfaits du maintien à domicile.

Introduction : D'ici 2040, les personnes âgées représenteront $\frac{1}{3}$ de la population. L'espérance de vie des personnes âgées va s'améliorer, cependant leur dépendance et fragilité augmenteront également. Pour ralentir ce processus, la Santé Publique a créé un programme permettant à destination des personnes âgées afin de prévenir leur perte d'autonomie et leur assurer une qualité de vie à domicile.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui accompagne les personnes en altération de l'autonomie. Ces personnes bénéficient de l'accompagnement de l'ergothérapeute afin de préserver ou d'améliorer leur qualité de vie. L'ergothérapeute pourrait alors prendre part à la démarche de la santé publique.

Objectifs : L'objectif de cette recherche est d'identifier les outils et les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour améliorer l'engagement et le rendement occupationnel des personnes âgées fragiles, dans le but d'un maintien à domicile.

Méthode : les professionnelles ciblées sont les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes âgées fragiles à domicile. Le recueil de données s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire diffusé en ligne ou transmis par mail. Résultats : Les résultats indiquent un consensus entre les ergothérapeutes, sur le fait que les actions mises en place participent à l'amélioration de l'engagement et du rendement occupationnel et que celle-ci est induite par la valorisation des capacités de la personne âgée fragile. Cependant, pour que leurs actions soient efficaces, elles doivent être cohérentes avec les habitudes de vie du bénéficiaire.

Conclusion : L'accompagnement des personnes âgées fragiles à domicile par des ergothérapeutes permet de maintenir l'engagement occupationnel et de prévenir la perte d'autonomie.

Mots clés : personnes âgées fragiles - ergothérapeute - maintien à domicile - rendement professionnelle - engagement professionnel- perte d'autonomie- santé public.

