

## Sommaire

Remerciements .....	I
1. Introduction.....	1
1.1 Thématique de recherche .....	1
1.1.1 Contexte et point de rupture .....	1
1.1.2 Thème .....	2
1.1.3 Résonance du thème .....	4
1.2 Analyse critique de la revue de littérature .....	6
1.2.1 Méthodologie .....	6
1.2.2 Présentation de la revue de littérature.....	7
1.2.3 L'utilité de la prévention en ergothérapie .....	7
1.2.4 Aménagement et accessibilité du domicile.....	9
1.2.5 Déséquilibre occupationnel et limitation d'activité .....	10
1.2.6 Maintien à domicile en ergothérapie .....	11
1.3 Utilités et questionnement .....	13
1.4 Problématique pratique .....	15
1.5 Enquête exploratoire .....	16
1.5.1 Méthodologie .....	16
1.5.2 Résultats.....	18
1.6 Question initiale de recherche.....	31
1.7 Cadre théorique.....	31
1.7.1 La résilience .....	31
1.7.2 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	36
1.7.3 Conclusion .....	40
1.8 Question et objet de recherche.....	41
2. Matériel et méthode .....	42
2.1 Choix de la méthode .....	42
2.2 Population .....	42
2.3 Choix et construction de l'outil de recueil de données.....	43
2.4 Anticipation des biais .....	45
2.5 Test de faisabilité et de validité du dispositif .....	45
2.6 Déroulement de la recherche .....	46
2.7 Choix des outils de traitement de données .....	46
3. Résultats.....	48
3.1 Présentation de la population interrogée.....	48

3.2	Présentation des résultats de l'analyse thématique .....	49
3.2.1	Thème 1 : étude des occupations .....	49
3.2.2	Thème 2 : intégration des changements et représentations du processus de vieillissement et situations de handicap.....	53
3.2.3	Thème 3 : processus de résilience .....	57
3.2.4	Thème 4 : analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention.	61
3.3	Présentation des résultats de l'analyse lexicale .....	72
4.	Discussion.....	74
4.1	Interprétation des résultats .....	74
4.2	Éléments de réponse à l'objet de recherche.....	79
4.3	Critique du dispositif de recherche .....	80
4.4	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle .....	81
4.5	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	81
4.6	Perspectives de recherche et ouverture .....	82
	Bibliographie .....	84
	Sommaire des Annexes .....	86
	Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature.....	87
	Annexe 2 : Biais enquête exploratoire.....	92
	Annexe 3 : Matrice théorique .....	93
	Annexe 4 : Grille d'entretien .....	94
	Annexe 5 : Analyse de contenu thème 1 .....	95
	Annexe 6 : Analyse de contenu thème 2 .....	105
	Annexe 7 : Analyse de contenu thème 3 .....	111
	Annexe 8 : Analyse de contenu thème 4 .....	118
	Résumé et mots clefs .....	163
	Abstract and keywords .....	163

## **1. Introduction**

### **1.1 Thématique de recherche**

#### **1.1.1 Contexte et point de rupture**

Le thème proposé pour cette étude découle d'un questionnement : les ergothérapeutes interviennent-il dans la prévention primaire ? En effet, lors de différentes expériences de stage, j'ai pu constater que l'ergothérapie en France était principalement prodiguée dans des cas de prévention tertiaire, voire secondaire.

J'ai observé que les personnes âgées sont une population fortement représentée dans le public reçu en ergothérapie. C'est une population à fort potentiel de survenue de pathologies et de troubles divers (1). Ces personnes peuvent fréquemment rencontrer des problématiques de déséquilibre occupationnel si leurs capacités physiques et psychiques diminuent ou si leurs environnements physique, humain et social sont modifiés (2).

Il serait donc intéressant de pouvoir repérer et supprimer ces facteurs de déséquilibre occupationnel dans un but de préservation de l'équilibre occupationnel de la personne âgée (2). Une intervention ergothérapique basée sur ces principes peut permettre à une personne de préserver ses routines quotidiennes au sein de son domicile (2).

L'ergothérapeute possède les compétences pour intervenir de manière précoce auprès des personnes âgées afin de limiter la survenue de limitations d'activité, notamment par des aménagements de l'environnement.

Le référentiel d'activités de l'ergothérapeute le prouve : « Activité 4 : conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions. », « Activité 5 : réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement »(3).

Le référentiel de compétences le prouve également : « Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement », « Compétence 3.4 : Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de **prévention** et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité. », « Compétence 5.6 : Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de **prévention** et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée... »(3).

Pourtant, les ergothérapeutes que j'ai pu observer semblent n'intervenir qu'après la survenue de limitations d'activité et donc de déséquilibre occupationnel.

L’ergothérapie pourrait-elle être utilisée à des fins de prévention primaire, c'est-à-dire, intervenir avant que la pathologie et les troubles n’apparaissent ?

A la suite de ce raisonnement, je me suis posé les questions suivantes :

- Quels seraient les bénéfices d'une intervention ergothérapique en prévention primaire sur la prise en soin d'une personne ?
- Comment dépister les facteurs de risque de déséquilibre occupationnel chez les personnes âgées ?
- Quelle place occupe la prévention primaire dans l'intervention en ergothérapie contre les facteurs de risque de déséquilibre occupationnel ?
- Quels sont les liens entre la prévention primaire en ergothérapie et le maintien à domicile ?
- Quels impacts peuvent avoir l'aménagement de l'environnement sur la prévention des risques de déséquilibre occupationnel ?
- Le déséquilibre occupationnel engendré par des limitations d'activité peut-il être supprimé par l'aménagement de l'environnement ?
- L'aménagement de l'environnement est-il un moyen efficace de prévention des risques de déséquilibre occupationnel ?

Ce questionnement m'a permis d'établir la problématique professionnelle suivante :

**En quoi les actions de prévention d'un ergothérapeute sur l'environnement des personnes âgées présentant des risques de déséquilibre occupationnel peuvent-elles favoriser le maintien à domicile ?**

Cette réflexion peut faire émerger le point de rupture suivant :

**L’ergothérapeute intervient rarement / peu en prévention chez les personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile.**

### **1.1.2 Thème**

Le thème développé au cours de ce travail est : les actions ergothérapiques de prévention sur l'environnement des personnes âgées présentant des risques de déséquilibre occupationnel dans un but de maintien à domicile.

❖ **Champs disciplinaires :**

La thématique soulevée par cette réflexion fait apparaître les champs disciplinaires suivants : sociologie, sciences de l'occupation, psychologie, santé, médical, paramédical, démographie, psychologie, social, santé publique. Les définitions terminologiques associées à ces champs disciplinaires sont développées ci-après.

❖ **Définitions terminologiques :**

Le rapport « *Vivre ensemble plus longtemps: enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française* » présentant les travaux coordonnés par Virginie Gimbert et Clélia Godot indique que la catégorie « **personnes âgées** » est définie par les personnes de plus de 75 ans. Cependant, le rapport précise « on observe aujourd’hui non pas « un » vieillissement mais « des » vieillissements. En effet, au-delà de l’apparente uniformité du processus, apparaissent de fortes inégalités entre individus face au vieillissement. »(4).

L’annexe 1 du « *Rapport Flajolet, La prévention : définitions et comparaisons* » indique que la **prévention primaire** consiste à intervenir avant l’apparition de la maladie. En limitant l’apparition de nouveaux cas, elle diminue l’incidence de cette maladie au sein de la population(5). Il est considéré comme prévention primaire l’ensemble des actes visant à prévenir les comportements à risques pouvant provoquer l’apparition d’une pathologie (risques de chutes, risques alimentaires, risques de la sédentarisation etc...)(5).

La **prévention secondaire** consiste à intervenir au début de l’apparition des troubles afin de freiner l’évolution de la pathologie et de supprimer les facteurs de risque(5). « Le dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d’éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire (5). »

La **prévention tertiaire** consiste à intervenir une fois que la pathologie est installée. Elle vise alors à tout mettre en œuvre pour réduire l’apparition de complications, de rechutes et de récidives consécutives à la pathologie (5). Elle intègre la notion de réadaptation qui vise à aider une personne en situation de handicap à vivre de la manière la plus autonome et indépendante avec ses troubles, tout en conservant la notion de bien-être (5).

Le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) définit un **aménagement** comme une « Action d’adapter, modifier quelque chose de manière à le rendre plus adéquat ».

Le Petit Robert de la langue française définit **l’environnement** comme « l’ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d’agir sur les organismes vivants et les activités humaines ». (6) L’environnement comprend donc le domicile de la personne, son entourage, son quartier (6).

Selon la CIF, les **limitations d'activité** sont « des difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités. L'écart de la capacité d'exercer l'activité par rapport à ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas ce problème de santé, peut-être plus ou moins grand, tant en qualité qu'en quantité ».(7)

Selon le « *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* », un **déséquilibre occupationnel** indique un manque de correspondance entre l'engagement désiré et l'engagement réel dans les occupations signifiantes (8).

Catherine L. Backman, dans « *Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being* » décrit le **déséquilibre occupationnel** comme une « expérience individuelle ou collective où la santé et la qualité de vie sont compromises en raison d'une sur-occupation ou d'une sous-occupation » ou encore comme « le temps excessif passé dans un domaine, habituellement le travail, au détriment d'un autre, habituellement les loisirs, qui peut aggraver la santé et la qualité de vie ».(2)

Dans « *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* » de Marie-Chantal Morel-Bracq, le concept d'**occupation** est défini comme « des groupes d'activités et des tâches pour lesquelles l'individu s'engage afin de répondre à ses besoins de soins personnels, d'expression et de réalisation de soi. ». (9)

D'après l'article « *Les enjeux éthiques du maintien à domicile* », le **Maintien à domicile** représente l'ensemble des actions entreprises par les professionnels de santé et les aidants pour permettre à une personne âgée ou en situation de handicap, temporaire ou durable, de continuer à vivre dans son environnement (10).

### 1.1.3 **Résonance du thème**

#### ❖ **Question socialement vive :**

Pour faire face au vieillissement de la population, l'objectif est de mettre en place des interventions globales dans le but de fournir aux personnes les moyens de vieillir dans les conditions qu'ils estiment eux-mêmes les meilleures. « Pour maintenir l'autonomie et la mobilité le plus longtemps possible, il s'agit de mettre en place une démarche globale de promotion de la santé, intégrant la prise en charge de la polypathologie, l'adaptation de l'environnement de vie et les aides techniques. Cette démarche peut contribuer à prolonger le maintien des personnes à domicile et à améliorer l'état de bien-être global, physique et mental, chez les personnes âgées. En parallèle, des mesures d'accompagnement doivent répondre aux

autres conséquences de la dépendance, notamment pour les aidants. C'est un enjeu majeur pour faire face au vieillissement de la population. »(1).

Les recommandations actuelles de santé encouragent les prestataires de soins à intervenir au domicile des personnes âgées dans un but de maintien à domicile. Il est important de noter que les difficultés rencontrées ne vont faire qu'augmenter avec le vieillissement de la population : « La prise en charge de personnes âgées au domicile constitue donc déjà un problème majeur qui va s'amplifier avec le vieillissement de la population. »(11).

Pourtant, la société est globalement en demande de ce ~~maintien à domicile~~. Beaucoup de personnes souhaiteraient vieillir à leur domicile. Cela permettrait de conserver leurs habitudes, leurs routines, leurs loisirs et une plus grande possibilité de voir leurs proches. « 9 Français sur 10 de plus de 45 ans veulent vieillir chez eux, mais bien souvent leur logement n'est pas adapté. »(12). « Rester dans son domicile, de façon autonome et en sécurité est une demande croissante de notre société. »(13). « Le ~~maintien à domicile~~, c'est d'abord et avant tout, l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles. Il est important de restituer ce ~~maintien à domicile~~ comme l'expression d'une volonté de se maintenir chez soi jusqu'au bout de sa vie »(14).

#### ❖ Enjeux et intérêts :

Le ~~maintien à domicile~~ des personnes âgées dépendantes concerne chaque citoyen, à travers l'établissement de son projet de vie personnel aussi bien que pour l'accompagnement de ses proches, sachant qu'il n'existe pas de solution globale, unique et identique à tous, de prise en charge de la dépendance (15).

La prévention primaire limite l'apparition des troubles et pathologies. Elle permet donc d'agir avant que les troubles apparaissent dans le but de limiter leurs survenues et leurs impacts. Les hospitalisations représentent une part importante du budget de la santé en France.

Cette démarche peut diminuer les conséquences néfastes de l'hospitalisation comme la survenue d'escarres après l'alitement. Elle représente une solution de développer l'autonomie et l'~~indépendance~~ des personnes âgées dans leur quotidien. La prévention primaire associée au ~~maintien à domicile~~ peut être un moyen de favoriser et de faire perdurer le bonheur, le plaisir de vivre chez soi. Cette action peut conférer de plus grandes possibilités de réaliser des activités signifiantes.

## **1.2 Analyse critique de la revue de littérature**

### **1.2.1 Méthodologie**

#### **❖ Bases de données**

Au vu de la terminologie, des champs disciplinaires, des enjeux et intérêts impliqués dans cette thématique, les bases de données qui seront utilisées pour effectuer les recherches sont : Pubmed, EM premium, Cairn, Science direct, Cochrane, BDSP. Certaines de ces bases de données fourniront des résultats d'études réalisées dans d'autres pays que la France et en anglais. Ces données supplémentaires permettront d'élargir les recherches et de les comparer aux études françaises.

#### **❖ Équations de recherche / mots clefs / opérateurs booléens**

J'ai décidé de construire une équation de recherche avec des mots clefs précis et des opérateurs booléens. Cette technique me permettra de recueillir un maximum de données en rapport avec mon thème.

<b>Mots clefs</b>	Personnes âgés	Prévention primaire	Maintien à domicile	Déséquilibre occupationnel	Ergothérapie
<b>Keywords</b>	Elderly	Primary prevention	Home support	Occupational imbalance	Occupational therapy

Tableau 1 : mots clefs de l'équation de recherche

**Équation de recherche en français :** ergotherap\* ET « personnes âgées » ET « prévention primaire » ET « maintien à domicile » OU « déséquilibre occupationnel »

**Equation de recherche en anglais :** « occupational therap\* » AND elderly AND « primary prevention » AND « home support » OR « occupational imbalance »

#### **❖ Critères d'inclusions et d'exclusions**

Dans cette recherche, les critères d'inclusions reposeront sur des articles ayant pour sujet principal deux ou plus des mots clefs ci-dessus. Ils devront être des données probantes et posséder un bon degré de scientificité (études, recherches, mise en forme IMRA...).

Les articles devront dater de moins de 20 ans et de préférence de moins de 10 ans. Au-delà de 20 ans, leur réflexion risque de ne plus être d'actualité. Il n'y a pas de critère d'exclusion en rapport avec l'origine du pays dans lequel sera réalisée l'étude, celles réalisées en France seront cependant privilégiées.

### **1.2.2 Présentation de la revue de littérature**

Cette revue de littérature s'est basée sur :

<b>Revue de littérature</b>		
Articles scientifiques	Données professionnelles	Sources issues de la littérature grise
<b>14</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Tableau 2 : nature des documents utilisés pour la revue de littérature

Lors de l'exploration de ces documents, on observe l'émergence de sous-thématiques récurrentes. On y retrouve fréquemment des éléments en lien avec la prévention, l'adaptation et l'accessibilité du domicile, le déséquilibre occupationnel et la limitation d'activité, le maintien à domicile. Ces données sont présentées et exploitées selon différents points de vue par les auteurs de ces articles. Le tableau récapitulatif des sources utilisées dans la revue de littérature est disponible en annexe ([Cf. Annexe 1, p.86](#)).

Grâce à ces sources, il semblerait alors intéressant de débuter cette analyse critique par une explication de l'utilité de la prévention en ergothérapie. Ensuite, une exploration du domaine de l'adaptation et de l'accessibilité du domicile en ergothérapie sera réalisée. Puis, les recherches se poursuivront avec un approfondissement des notions d'équilibre occupationnel et de limitations d'activité avec les caractéristiques et les enjeux qu'elles détiennent sur l'intervention à domicile. Pour finir cette analyse de la revue de littérature, la réflexion s'orientera vers le maintien à domicile en ergothérapie pour y développer ses intérêts et ses enjeux sociaux.

### **1.2.3 L'utilité de la prévention en ergothérapie**

Tous les auteurs s'accordent pour dire que la prévention possède de nombreux avantages. Selon Morestin F. et Cauvin S. (2011), elle permet de « prévenir les situations de dépendance des personnes âgées », d'« optimiser l'adéquation entre le domicile et la personne âgée » (16). La prévention des chutes peut être une intervention essentielle pour permettre aux personnes âgées de conserver une bonne santé et leur indépendance au quotidien(17). Un des moyens efficaces de réaliser de la prévention des chutes est d'agir sur la confiance ressentie en la mesurant lors de la réalisation de chaque activité quotidienne (18). Il s'agira ensuite d'adapter la réalisation de ces activités (conseils, aides techniques) afin d'augmenter la confiance perçue par la personne présentant le risque de chute. Ainsi, il apparaît que la prévention représenterait un moyen efficace de réduire les risques individuels et d'améliorer la qualité de vie (17).

Un projet innovant comme le programme Soutien A Domicile Et ERgothérapie (SADEER) peut servir de guide en terme de prévention (16). Il a pour objectif de renforcer les actions entreprises en terme de soutien à domicile avec comme piliers fondamentaux des prestations d'ergothérapeutes (16). SADEER définit plusieurs axes dans une prise en soins de prévention afin de permettre une intervention adéquate et adaptée aux besoins de la personne.

Des études démontrent ces bienfaits chez les personnes âgées présentant une situation de handicap (8,16,17). Dans une autre étude, la prévention chez les personnes âgées présente des bienfaits également lorsqu'elles sont encore en bonne santé, avec une condition physique relativement bonne (19). *Pour quelles raisons les personnes âgées en bonne santé bénéficient-elles moins des prises en soins préventives ?*

Les chutes possèdent de nombreuses conséquences qui peuvent être physiques comme psychologiques (20). Les principales conséquences physiques primaires sont des : contusions, plaies cutanées et traumatismes sévères (luxations, fractures)(20). Les secondaires découlent de l'immobilisation qui peut en découler : escarres, infections, dénutrition, déshydratation etc...(20). Même sans blessures physiques graves, les personnes peuvent être marquées psychologiquement à la suite d'une chute (20). L'anxiété à la marche et la peur de tomber sont les conséquences psychologiques les plus fréquentes. De plus, trois facteurs pronostics défavorables signent la gravité : la répétition de la chute, l'incapacité à se relever seul et la durée du séjour à terre (20). La prise en compte des facteurs de risque de chute, intrinsèques (comportementaux, médicaux, iatrogènes) et extrinsèques (environnement personnel et urbain), est un moyen de lutter contre la survenue des chutes (20). Il est désormais prouvé que le taux et la fréquence des chutes sont étroitement liés à la quantité de facteurs de risque présents dans l'environnement de la personne (20). Le dépistage et la prise en charge de ces facteurs induisent donc une diminution des chutes (20).

Un des points clefs qui ressort de ces études est que la prise de conscience des personnes âgées des risques de chute semble être le principe de base pour permettre une prévention efficace de la chute. *Peuvent-elles toujours en prendre conscience ?* Les actions de prévention mises en place ne seront réellement efficaces que si la personne est consciente des risques de chutes auxquels elle doit faire face au quotidien. *Comment intervenir lorsque la personne n'en a pas conscience ? Existe-t-il d'autres moyens d'intervention le permettant ?* Cette prise de conscience permettra une meilleure observance dans l'utilisation des conseils, des préconisations et des adaptations du domicile mis en place de manière préventive chez la personne prise en soins. *L'obtention de cette observance peut-elle passer par d'autres méthodes ? L'ergothérapeute possède-t-il d'autres ressources pour l'obtenir ?*

Dans une étude de Mackenzie et al. publiée dans le « *British Journal of Occupational Therapy* (2018) », il a été observé que les ergothérapeutes interrogés éprouvaient des difficultés à dépister régulièrement les risques de chute, à mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes, à collaborer avec les services communautaires et à faire preuve de confiance dans la mise en œuvre des interventions (21). À la suite d'ateliers de formations sur des données probantes et de travaux sur des études de cas, un impact positif a été constaté sur la confiance ressentie des ergothérapeutes dans leurs interventions en prévention des chutes (21). Cependant, ils continuent à rencontrer des obstacles dans l'application des moyens d'interventions, comme par exemple le dépistage des personnes âgées à risques (21). Cette étude révèle également une sous-utilisation d'outils d'évaluations vérifiés dans la pratique réelle alors que les ateliers en avaient présenté plusieurs (21). Pourtant elle incite les ergothérapeutes à utiliser des outils d'évaluations validés afin d'effectuer une intervention de la meilleure qualité possible (21). On peut alors se demander : *pour quelles raisons les ergothérapeutes n'utilisent pas ces outils ? Quels sont leurs inconvénients dans la pratique réelle ? Quels autres moyens d'évaluations utilisent-ils ?* De plus, cette étude indique que peu de médecins généralistes aiguillent leurs patients à risque de chutes vers des ergothérapeutes, ce qui révèle un manque de communication et de collaboration entre ces professionnels de santé (21).

#### **1.2.4 Aménagement et accessibilité du domicile**

Avant de réaliser des aménagements au sein d'un domicile, il est nécessaire d'être en capacité de comprendre l'importance, l'engagement, la nature et le temps consacré aux activités quotidiennes (8). Il est également judicieux de repérer les facteurs de risques à la fois physiques (obstacles environnementaux) comme psychiques (stress, anxiété, peur de chuter...) que rencontrent la personne afin de proposer un accompagnement adéquat (8,22–24). Les adaptations du domicile qui en découlent seront alors davantage personnalisées et adaptées.

L'aménagement du domicile est une action étroitement liée aux principes de prévention et de maintien à domicile (16). L'accessibilité de l'environnement domestique possède des effets positifs sur la santé physique et psychique, les capacités fonctionnelles, la sécurité, la réalisation des activités quotidiennes, la qualité de vie et la réduction du nombre de chutes(16,17,22,24). Ces avantages sont aussi bien bénéfiques pour la personne prise en soin que pour les aidants naturels et la famille (22). *Quelle place occupe les aidants naturels et la famille lors d'une intervention ergothérapique d'aménagement du domicile ?*

Il est possible en ergothérapie de réaliser des aménagements du logement en prenant en compte la personne dans sa globalité. Focaliser son intervention uniquement sur les déficiences

d'une personne ne permet pas de répondre adéquatement à ses besoins et à ses attentes. En effet, la considération des « interrelations de la personne avec son environnement » sont primordiales pour fournir une cohérence dans les adaptations personnalisées proposées (23). Les adaptations possèdent alors du sens pour la personne et sont en accord avec ses principes et ses valeurs (23).

Johansson et al (2018) ont effectué une recherche évaluant un programme de prévention des chutes multifactoriel et multidisciplinaire mis en œuvre dans les soins de santé primaires : «Mode de vie actif toute votre vie»(25). Le programme avait pour objectif de permettre aux participants d'intégrer les connaissances nécessaires pour les motiver à prendre eux-mêmes l'initiative d'apporter les changements adéquats à leur domicile, dans leur environnement immédiat et dans la société (25). A la suite de formations des participants et de deux visites à leur domicile, il a été démontré que ce programme permettait de réduire les chutes ainsi que la peur de tomber grâce à la prévention et à l'aménagement du domicile (25). L'aménagement de l'environnement semble donc avoir un impact positif sur la prévention des chutes à domicile. *Quels peuvent être ses effets négatifs ? Quels obstacles peut rencontrer l'ergothérapeute lors d'une intervention d'aménagement préventif de l'environnement d'une personne âgée ?* L'étude de Johansson et al (2018) a aussi révélé le potentiel bénéfique d'une approche multifactorielle basée sur la science du travail, lorsqu'elle est mise en œuvre dans les soins de santé primaires (25). *Cette approche est-elle applicable à chaque intervention ? Dans quel contexte est-elle favorable au maintien à domicile ? Est-elle acceptée par les personnes âgées ?*

### **1.2.5 Déséquilibre occupationnel et limitation d'activité**

Des incapacités sont à l'origine de limitations d'activité chez près de 4,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile en France(26). Les limitations d'activité qu'ils rencontrent principalement sont liées à la mobilité, à l'agilité, aux soins personnels, à l'audition, aux activités intellectuelles, à la santé mentale et à la vision(27). En effet, le déplacement et la réalisation des soins personnels deviennent régulièrement de réels problèmes au quotidien pour les personnes âgées.

Ces limitations peuvent entraîner un déséquilibre occupationnel en créant une discordance entre les activités qu'ils souhaitent réaliser et celles qu'ils réussissent à réaliser. Or le concept d'équilibre occupationnel représente un moyen d'acquérir un sentiment de bien-être et des activités signifiantes (28). *Le déséquilibre occupationnel ressenti par les personnes âgées pourrait-il être lié à l'environnement ? Si oui, quels types d'environnements ?*

Les personnes sous-occupées ou sur-occupées risquent de voir leur santé se dégrader : soit parce qu'elles sont moins susceptibles de faire suffisamment d'activités pour donner un sens à leur vie et l'enrichir, soit parce qu'elles sont trop occupées pour s'occuper d'elles-mêmes, de leur famille ou de leur collectivité(29). D'ailleurs, une étude a démontré que le déséquilibre occupationnel était significativement et négativement lié au bien-être(30). Être en déséquilibre dans ses occupations provoque donc un mal-être qui peut retentir sur la réalisation des activités quotidiennes. Cette étude arrive à la conclusion que l'équilibre occupationnel semble être très utile pour la prévention et la promotion de la santé(30). En effet, lutter contre le déséquilibre occupationnel pourrait faciliter un équilibre sain entre les occupations de tout adulte dont l'équilibre est perturbé ou qui peut être à risque pour différentes raisons(30). *Est-ce qu'agir préventivement sur l'environnement des personnes âgées pourrait permettre de limiter la survenue et/ou les conséquences d'un déséquilibre occupationnel ? Quels impacts auraient ce type d'actions sur le maintien à domicile ?*

Dans « *Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders (2018)* », il a été observé une corrélation entre les troubles liés au stress et le déséquilibre entre les occupations de la vie quotidienne (31). L'apparition de ces limitations d'activité nécessite souvent de requérir à de l'aide humaine au quotidien (27). Plus du tiers des personnes âgées présentant une incapacité ont des besoins d'aide non comblés pour leurs activités quotidiennes(27). *En quoi le maintien à domicile des personnes âgées pourrait-il être lié à un déséquilibre occupationnel en lien avec l'aménagement de leur environnement ?*

#### **1.2.6 Maintien à domicile en ergothérapie**

Le maintien ou le soutien à domicile devient de plus en plus essentiel dans la société moderne(15,23). Intervenir en ergothérapie de manière préventive au domicile devient un axe de travail privilégié à développer pour répondre à la fois aux exigences des personnes en situation de handicap ou non et aux souhaits de notre société qui y voit également un enjeu majeur (23). En effet, il apparaît que le soutien à domicile est un moyen de permettre aux personnes de conserver une meilleure qualité de vie (18,19). Cette recherche de qualité de vie lors du soutien à domicile devient primordiale car elle permet aux personnes de vieillir dans un environnement qu'elles apprécient, avec leurs habitudes et leurs routines. De plus, les interventions à domicile dans un but de maintien ont également souvent pour conséquence d'améliorer la qualité des réalisations des activités quotidiennes (32). Il est vrai que le maintien à domicile repose à l'origine sur le maintien des capacités existantes. Pourtant, il apparaît dans

ces études qu'un bénéfice secondaire d'amélioration de ces capacités préexistantes peut survenir (19,23).

Pour le soutien qu'ils apportent à leur proche, les aidants familiaux sont souvent une aide précieuse au maintien à domicile(10,15). Cela représente 8,3 millions de personnes de 16 ans et plus qui aident régulièrement une ou plusieurs personnes de leur entourage, touchées par des problèmes de santé ou de handicap(15). Concernant plus particulièrement les personnes âgées de plus de 60 ans qui vivent en couple, dans 80% des cas l'aidant principal est le conjoint(15). L'aidant doit être en pris en compte de manière adaptée et personnalisée(10,15,23). Cet élément est novateur dans l'intervention de soutien à domicile et apparaît comme un point clef d'une prise en soins pertinente, centrée sur les besoins et l'environnement de la personne (23,24).

De nombreuses personnes souhaitent vieillir à domicile le plus longtemps possible(15). Mais le maintien à domicile implique parfois des contraintes comme la gestion des soins médicaux, la gestion des maladies évolutives, la gestion des relations sociales, la gestion de l'épuisement des proches, l'adaptation du domicile et l'aménagement de l'environnement(10,15). L'inadaptation du logement à la personne âgée peut rendre difficile le maintien à domicile, mais les pouvoirs publics, conscients de ces difficultés, ont mis en place des aides qui sont encore mal coordonnées(15). En effet, l'adaptation du logement par des travaux et des aménagements (remplacement de la baignoire par une douche, mise en place de rampes d'accès, téléassistance, gérone technologies, etc.) peut faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie(15). Une évaluation précise et multidimensionnelle de leur situation est primordiale pour proposer des solutions de maintien à domicile personnalisées(15). Pourtant la mise en application de ces solutions d'aménagement de l'environnement reste à l'heure actuelle encore marginale(15). L'ensemble de ces éléments représentent des facteurs de réussite ou d'échec qui doivent être pris en compte lors d'une intervention, afin de proposer à la personne un maintien à domicile le plus adéquat possible à sa situation(10,15).

Dans une intervention de maintien à domicile, il est essentiel de centrer son intervention sur la personne prise en soin. En effet, différents cas peuvent survenir : la famille souhaite le maintien à domicile mais pas la personne, la personne souhaite le maintien à domicile mais pas la famille, les deux parties souhaitent le maintien à domicile et les deux parties ne souhaitent pas le maintien à domicile.(10) Cette notion de qui souhaite le maintien à domicile est un point non-négligeable pour débuter. Ce type d'intervention implique nécessairement de s'imprégner de la dynamique familiale, en comprendre son fonctionnement, afin d'intervenir de manière adaptée(10).

Il est important d'avoir conscience qu'intervenir à domicile évoque d'emblée un sentiment d'intrusion chez la personne prise en soins « *car le domicile est l'expression même de l'intime, de notre personnalité, de nos secrets.* »(10). La complexité du travail à domicile repose sur la nécessité d'avoir une posture professionnelle cadrée, rationnelle, organisée tout en étant humaine, ouverte à l'autre et capable d'être en présence à l'autre (10).

Toutefois, un paramètre essentiel que doivent considérer les politiques publiques est que le maintien à domicile n'est pas obligatoirement la solution optimale, en termes économiques ou de situations individuelles, par rapport à une prise en charge en hébergement collectif(15).

On observe néanmoins que l'offre de services destinée au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est peu lisible du fait de la multiplicité des intervenants. A cause d'une prise en soin fragmentée, l'accompagnement personnalisé et adapté des personnes est souvent difficile à mettre en place(15).

Le maintien à domicile des personnes âgées est étroitement lié à leur capacité à effectuer leurs activités de la vie quotidienne de manière indépendante. Une personne âgée présentant des limitations d'activité aura donc des difficultés à rester dans son domicile. Leurs performances dans la réalisation ces activités peuvent être améliorées à la suite d'aménagements de l'environnement. Celui-ci semble être un point clef dans le maintien à domicile des personnes âgées présentant des limitations d'activité car il permet d'améliorer la performance des activités quotidiennes et des loisirs(33).

### **1.3 Utilités et questionnement**

Au vu des éléments qu'a soulevé cette thématique, des enjeux socio-professionnels ont pu émerger. Ils viennent confirmer l'utilité sociale et professionnelle que possède la thématique soulevée. En effet, cette réflexion révèle des enjeux environnementaux et humains, socio-économiques indispensables lors de l'intervention à domicile.

L'intervention va parfois se heurter à des obstacles environnementaux, comme l'attachement des personnes à des procédés, des routines, des objets, de la disposition des meubles et des pièces qui seront peut-être difficiles à supprimer. Néanmoins, l'ergothérapeute devra faire en sorte de trouver des solutions avec la personne pour pallier ces difficultés. Une intervention basée sur la prévention et l'adaptation du logement peut avoir comme utilité de faire découvrir à la personne âgée de nouvelles techniques pour appréhender son quotidien. L'enjeu est alors de trouver une cohérence dans les solutions préconisées afin de permettre une interaction adaptée entre la personne et son environnement.

Des enjeux humains apparaissent car une intervention ergothérapique adaptée en prévention et en adaptation du domicile induit une intrusion dans la sphère intime de la personne prise en soins. L'intervention demande une connaissance approfondie de ses habitudes de vie.

Cette action doit nécessairement être gérée de manière appropriée afin que la personne ne se sente pas jugée ou examinée. Néanmoins, l'utilité est de permettre à la personne de conserver et/ou de retrouver un maximum d'autonomie et d'indépendance dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne. D'un point de vue social, cet aspect est très intéressant car il permet à la personne de garder la considération et l'estime de son entourage. Son environnement humain la considère encore comme une personne capable de réaliser ses actes quotidiens. Cela réduit le sentiment de jugement et de sous-estimation de la part de leurs proches que peuvent ressentir les personnes en perte d'indépendance.

De la même manière, ce sentiment de jugement et de sous-estimation peut provenir de la société. En effet, les personnes âgées peuvent se sentir jugées par les professionnels qu'elles sont amenées à rencontrer au cours de leur vie. Ainsi, utiliser la prévention ou l'adaptation du domicile en ergothérapie semble représenter un moyen de leur permettre d'être mieux estimées par les professionnels de santé. De plus, par rapport à la courbe démographique de la population française, ce type d'intervention possède également des intérêts économiques pour le système de santé actuel. Assurément, investir dans des actions de prévention et d'adaptations du domicile représentent un somme relativement faible en comparaison des frais résultant des hospitalisations. Cette utilité est donc fondamentale à prendre en compte dans les perspectives de santé actuelles. L'ensemble des données recueillies dans cette revue de littérature vient renforcer le fait que le questionnement effectué dans ce mémoire est socialement vif.

Par rapport aux éléments caractéristiques qui sont ressortis de cette réflexion, des questions émergent :

- Une prise de conscience des conséquences liées au déséquilibre occupationnel a-t-elle un impact bénéfique sur la prise en soin d'une personne ?
- A quel point les problèmes financiers peuvent-ils interférer dans une prise en soin ?
- Quelle est plus précisément la part du relationnel dans l'acceptation des solutions proposées par l'ergothérapeute dans le cas d'une prise en soins basée sur la prise en compte du déséquilibre occupationnel ?

#### **1.4 Problématique pratique**

Grâce à la revue de littérature, il est possible de mieux comprendre l'impact du déséquilibre occupationnel dans le quotidien d'une personne âgée. Pour intervenir sur ce déséquilibre, l'ergothérapeute doit l'évaluer. *De quels moyens d'évaluations du déséquilibre occupationnel dispose l'ergothérapeute? Quels sont les moyens d'interventions de l'ergothérapeute en prévention des risques de déséquilibre occupationnel ? Une prise de conscience des risques de déséquilibre occupationnel a-t-elle un impact sur le maintien à domicile d'une personne âgée ?*

Les données recueillies démontrent les bienfaits de l'aménagement de l'environnement dans le domaine de la santé primaire, comme dans la prévention par exemple. Or malgré les aides et financements disponibles, ces aménagements représentent un coût pour les personnes âgées. On peut alors se demander : *à quel point l'aspect financier peut-il interférer dans l'aménagement de l'environnement ?* De plus, d'autres obstacles peuvent survenir lors d'une intervention de maintien à domicile. *Quels sont les obstacles à l'intervention ergothérapique dans le maintien à domicile des personnes âgées souffrant d'un déséquilibre occupationnel ?*

J'ai pu remarquer lors de mes stages la place prédominante qu'occupait l'acceptation du projet de soin par la personne. Durant les interventions à domicile cette notion doit sûrement impacter la prise en soin d'une personne. Il paraît alors pertinent de se demander : *quelle part détient la relation dans l'acceptation des solutions d'aménagement de l'environnement proposées par l'ergothérapeute lors d'une intervention à domicile avec une personne âgée ?*

De nombreuses données de la revue de littérature évoquent l'influence de l'environnement social de la personne sur la prise en soin. *L'environnement social d'une personne âgée doit-il tout le temps être pris en compte dans une intervention de maintien à domicile d'une personne âgée ?* D'un autre côté, il est possible que l'intervention ergothérapique possède un impact sur cet environnement social. *Quels peuvent-être les impacts d'une intervention ergothérapique en maintien à domicile sur l'environnement social de la personne âgée ?*

Dans certaines études, les résultats montrent des effets positifs à court terme de la prévention et de l'aménagement du domicile sur le maintien à domicile. Mais parfois, ces effets positifs s'estompent à long terme. Il paraît alors judicieux de se demander : *à quel point les effets d'une intervention ergothérapique en maintien à domicile, en ayant pris en compte le déséquilibre occupationnel, sont-ils durables ? Est-ce qu'une prise de conscience du déséquilibre occupationnel augmenterait la réussite du maintien à domicile d'une personne âgée ?*

L’association des données recueillies et de l’évolution du questionnement à travers la problématisation pratique ont modifié la problématique initiale pour aboutir à la question suivante :

**En quoi, la prise en compte du déséquilibre occupationnel d’une personne âgée, lors des actions de prévention à domicile de la part d’un ergothérapeute, peut-elle favoriser le maintien à domicile ?**

## 1.5 Enquête exploratoire

### 1.5.1 Méthodologie

L’enquête exploratoire recherche des méthodes et des avis de professionnels concernés par la thématique soulevée.

❖ **Les objectifs généraux de cette enquête sont :**

- Confronter l’état des lieux de la littérature (l’avancement de la recherche) à l’état des lieux des pratiques.
- Étayer la matrice théorique (concepts, auteurs, ouvrages).
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche.
- Faire l’état des lieux des pratiques sur une question où il n’y a pas de recension actualisée (ancienneté des recherches ou études), de littérature professionnelle.

❖ **Les objectifs spécifiques de cette enquête sont :**

- Découvrir les spécificités des actions de prévention à domicile de la part d’un ergothérapeute et leurs influences sur le maintien à domicile.
- Recenser les méthodes d’intervention en matière d’actions de prévention à domicile.
- Découvrir les moyens de prise en compte du déséquilibre occupationnel de la part de l’ergothérapeute.
- Identifier les obstacles à l’intervention aux domiciles des personnes âgées.
- Approfondir précisément le rôle de l’ergothérapeute dans le maintien à domicile.

❖ **Population :**

La population interrogée est représentée par les ergothérapeutes pouvant intervenir à domicile, chez des personnes âgées. Les ergothérapeutes peuvent travailler dans différents types de structures, les sites d'explorations sont : les CICAT<sup>1</sup>, les ESA<sup>2</sup>, les SSIAD<sup>3</sup>, les SPASAD<sup>4</sup>, les SAVS<sup>5</sup> ou le libéral. Pour trouver leurs contacts, je m'appuie essentiellement sur des recherches documentaires et sur internet.

Ce recueil de données est faisable car un grand nombre d'ergothérapeutes sont concernés par les critères d'inclusions et par la thématique. Un grand nombre d'ergothérapeutes effectuent des interventions de maintien à domicile, de prévention et de conseils en aides techniques. Aucune autorisation particulière n'est nécessaire pour réaliser cette enquête, mis à part l'accord personnel de chaque participant. Afin de favoriser l'obtention de leur accord et surtout pour garantir la qualité de ma recherche, l'anonymat de chaque participant est garanti.

❖ **Construction outil de recueil de données :**

Concernant l'outil de recueil de données, il est choisi d'effectuer une recherche quantitative d'expériences, de méthodes et d'avis à l'aide d'un questionnaire. Le choix s'est porté sur un questionnaire électronique réalisé sur Google Forms® car cet outil permet une diffusion et un recueil de données simplifiés et de donner un aspect plus ludique au questionnaire, ce qui favorise l'implication des participants.

Il est nécessaire de s'interroger sur la cadre de la loi Jardé pour l'enquête à venir. Des personnes sont impliquées par le biais des ergothérapeutes. L'enquête ne vise pas à « développer des connaissances biologiques ou médicales » et elle ne modifiera pas « la prise en charge des participants ». Elle est réalisée dans une volonté « d'effectuer des recherches portant sur les pratiques professionnelles » par l'intermédiaire d'un questionnaire, elle est donc « hors loi Jardé » (34).

❖ **Anticipation des biais :**

De plus, lors de ce recueil de données, une attention sera portée sur les biais pouvant survenir. Les effets pouvant survenir sont détectés et des moyens de les atténuer sont mis en place. En lien avec le questionnaire, une vigilance est apporté aux biais suivants : biais méthodologique, biais de désirabilité sociale, biais d'autocomplaisance, effet de primauté, effet de récence, biais de similarité, biais de différence ([Cf. Annexe 2, p.91](#)).

<sup>1</sup> CICAT : Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques

<sup>2</sup> ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

<sup>3</sup> SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

<sup>4</sup> SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

<sup>5</sup> SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

❖ **Déroulement de l'enquête :**

Le lien Google Forms® du questionnaire a été envoyé par email à la population ciblée. Un délai de vingt jours a été accordé aux participants. Le questionnaire a ensuite été fermé.

### 1.5.2 **Résultats**

❖ **Question n°1 : Dans quel type de structure travaillez-vous actuellement ?**

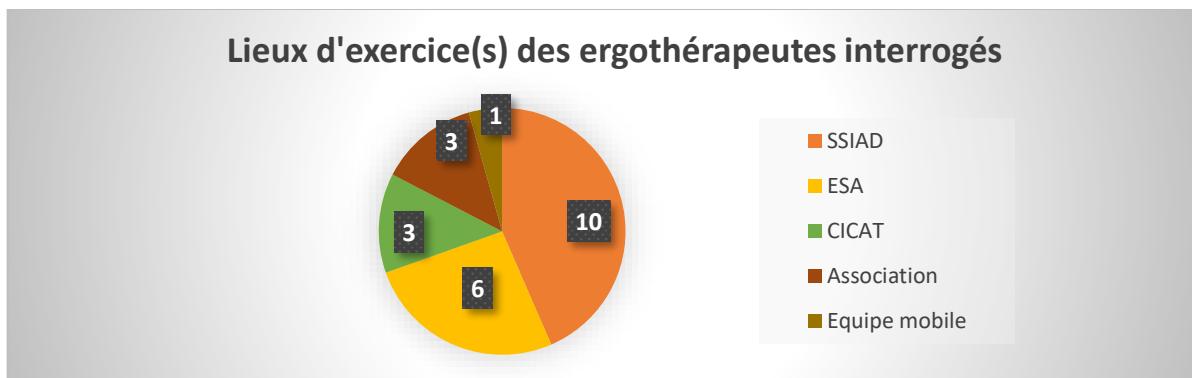


Figure 1 : répartition des lieux d'exercices

Vingt-trois ergothérapeutes ont répondu à cette enquête exploratoire. Les résultats de cette question font apparaître une prédominance des SSIAD (10 ergothérapeutes) et ESA (6 ergothérapeutes). Viennent ensuite les CICAT et les associations. On peut remarquer que les ESA et SSIAD représentent des structures proposant un suivi au domicile des personnes prises en soins. Cela est cohérent avec des interventions de maintien à domicile qui demandent plusieurs séances et un suivi pour assurer la qualité de la prise en soin. Les autres professionnels interviennent davantage de manière ponctuelle mais participent tout de même aux interventions de maintien à domicile. On peut se demander si ces proportions reflètent la réalité du terrain. *Est-ce qu'en réalité la majorité des ergothérapeutes intervenant en maintien à domicile travaillent essentiellement en SSIAD et ESA ? Quels rôles dans le maintien à domicile possèdent les ergothérapeutes travaillant en CICAT et dans diverses associations ?*

❖ **Question n°2 : Selon vous, quels sont les facteurs permettant le maintien à domicile d'une personne âgée ?**

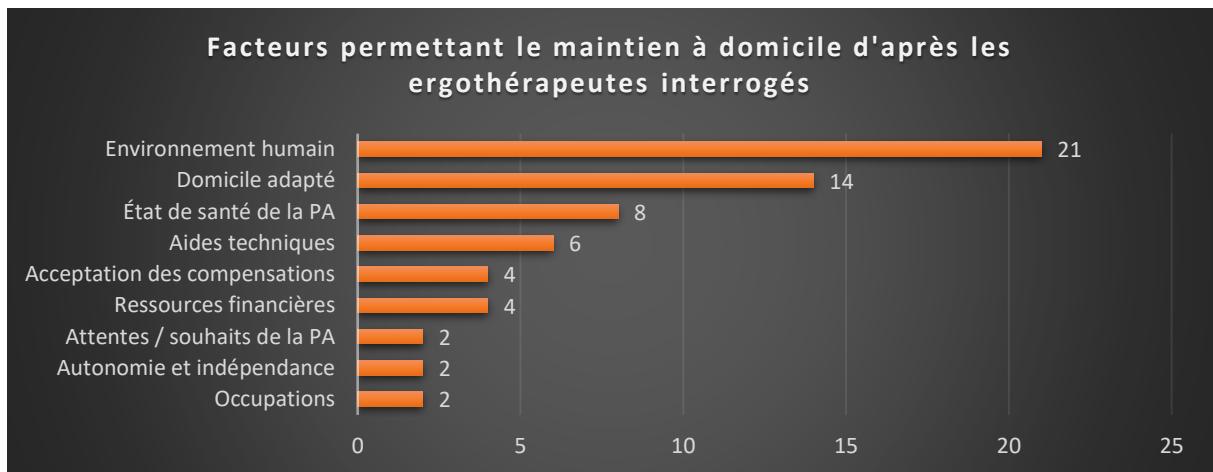


Figure 2 : histogramme des facteurs permettant le maintien à domicile

Les ergothérapeutes interrogés ont majoritairement cité l'environnement humain (21) et l'adaptation du domicile (14) comme facteurs permettant le maintien à domicile. Cela montre que ces facteurs semblent déterminants et obligatoirement à prendre en compte durant une intervention de ce type. Ensuite, l'état de santé de la personne a été cité huit fois et les aides techniques ont été citées six fois. Ces résultats montrent l'importance de la santé (physique comme mentale) de la personne âgée et le besoin en aides techniques. Les ergothérapeutes intègrent ces notions dans leur intervention pour qu'elle soit personnalisée. On peut noter que l'acceptation des compensations est évoquée à quatre reprises. L'ergothérapeute évoque le fait de parfois se heurter à l'acceptation des personnes âgées concernant les aides techniques, l'aménagement de l'environnement, les aides humaines. Pour finir, on peut observer que les ergothérapeutes citent deux fois les catégories suivantes : attentes / souhaits de la personne, autonomie et indépendance et occupations. C'est donc une minorité des ergothérapeutes interrogés qui considèrent ces facteurs comme favorisant le maintien à domicile. *Peut-on en conclure que les autres ne les considèrent pas comme des facteurs favorisant le maintien à domicile ?*

Ces résultats sont en accord avec la revue de littérature en faisant ressortir des notions comme l'adaptation de l'environnement et la mise en place d'aides techniques.

❖ **Question n°3 : Selon vous, quels sont les facteurs faisant obstacle au maintien à domicile d'une personne âgée ?**

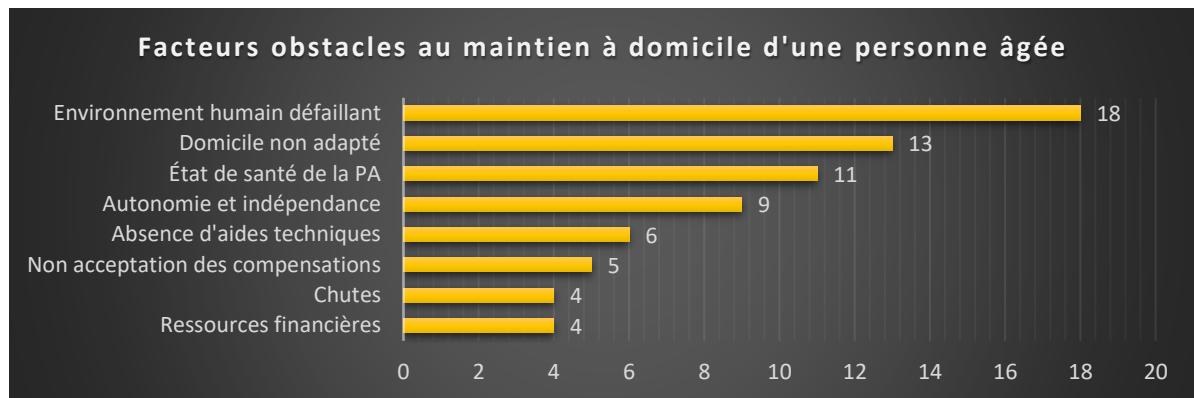


Figure 3 : histogramme des facteurs obstacles au maintien à domicile d'une personne âgée

Comme précédemment, l'environnement humain réapparaît en première position après avoir été mentionné par dix-huit ergothérapeutes. L'adaptation du domicile est en deuxième position en ayant été citée treize fois. Cela renforce l'importance que semblent détenir ces notions dans l'intervention en maintien à domicile d'une personne âgée. L'autonomie et l'indépendance sont cette fois citées neuf fois. Il semblerait que les ergothérapeutes interrogés considèrent ce facteur comme obstacle quand il est faible et favorisant quand il est élevé. Les chutes et les ressources financières sont les moins citées avec quatre citations chacune. De même, on peut noter que ces facteurs font leur apparition dans les facteurs obstacles alors qu'ils n'ont pas été cités dans les facteurs favorisants (absence de chutes et « bonnes ressources financières »). Ces résultats sont en accord avec la revue de littérature en faisant ressortir des notions comme le lien entre l'adaptation de l'environnement et la prévention des chutes.

*Quelle place occupe le partenariat entre l'ergothérapeute et l'équipe pluriprofessionnelle ?  
Est-ce un facteur favorisant ou faisant obstacle au maintien à domicile ? Pourquoi ce facteur n'a-t-il pas été mentionné dans les réponses des ergothérapeutes interrogés ?*

❖ **Question n°4 : Lorsque vous étudiez la possibilité d'un maintien à domicile, quels sont vos objectifs spécifiques et quels moyens utilisez-vous pour les atteindre ?**

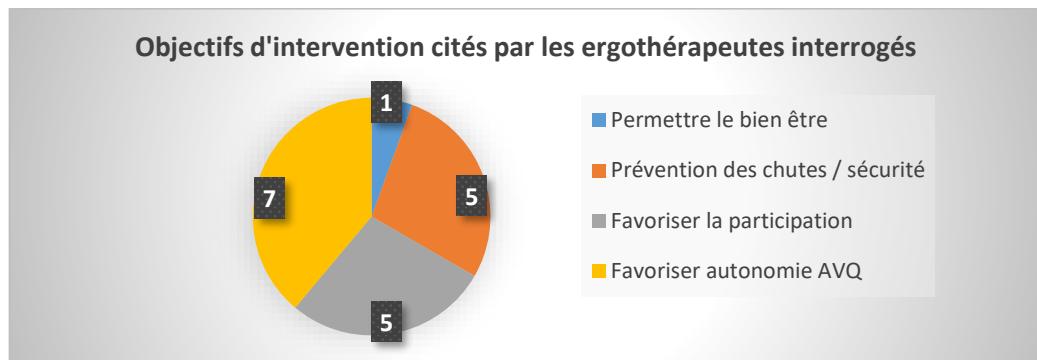


Figure 4 : proportions des objectifs d'intervention cités

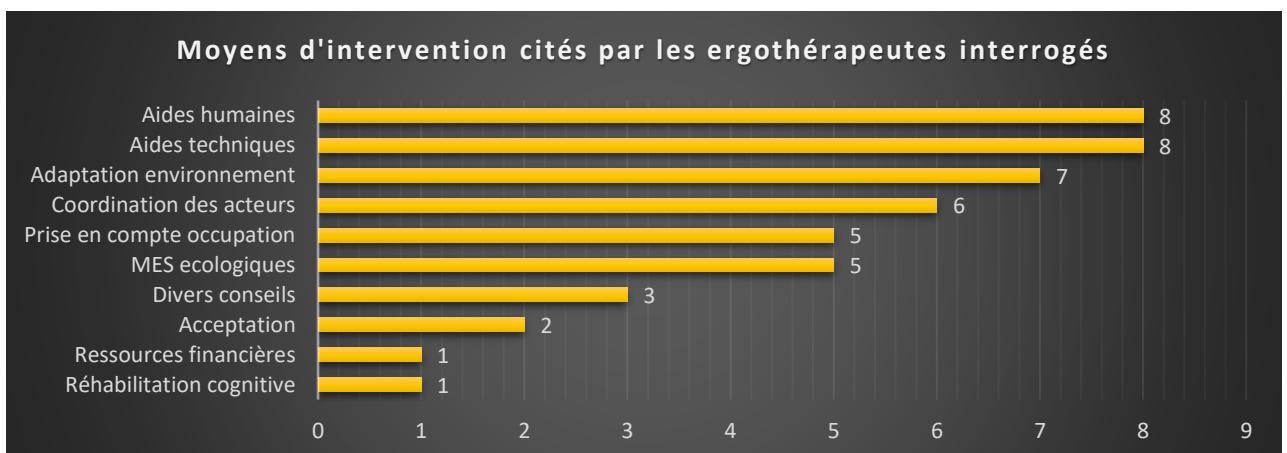


Figure 5 : histogramme des moyens d'intervention cités

Dans cette question, on observe que l'objectif le plus fréquemment cité (sept fois) est de favoriser l'autonomie dans les AVQ. Viennent ensuite « favoriser la participation » et la « prévention des chutes / sécurité » avec cinq citations. Ces objectifs sont en accord avec les facteurs favorisants et obstacles recensés précédemment.

Concernant les moyens utilisés, les aides techniques et l'aide humaine sont les plus fréquemment évoqués avec chacun huit citations, l'adaptation de l'environnement est cité sept fois. On observe l'apparition de la coordination entre les acteurs qui est citée six fois comme moyen par les ergothérapeutes interrogés. Ils décrivent cette notion comme primordiale dans l'intervention pour le maintien à domicile auprès des personnes âgées. La coordination entre les professionnels intervenant à domicile permettrait d'améliorer la qualité et la durabilité du maintien à domicile. On note également que l'acceptation est citée deux fois par les ergothérapeutes. Cette notion réapparaît et démontre l'importance qu'elle détient dans le maintien à domicile.

❖ **Question n°5 : Avez-vous des préconisations types lors d'un maintien à domicile ?**

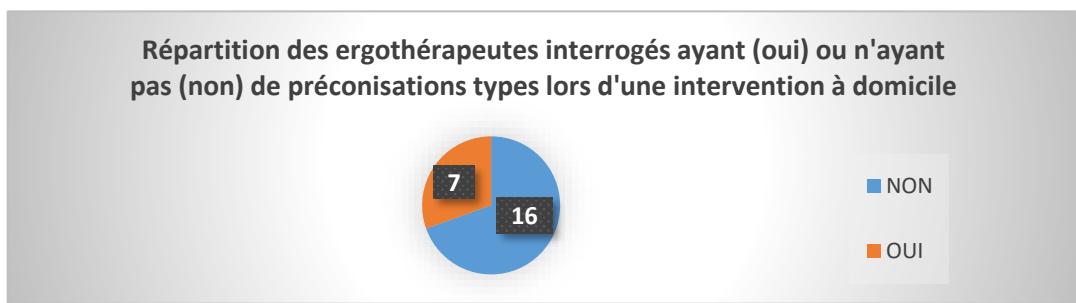


Figure 6 : Répartition des ergothérapeutes ayant ou n'ayant pas de préconisations types

16 ergothérapeutes interrogés sur 23 disent ne pas utiliser de préconisations types lors de leurs interventions à domicile.

➤ **Question n°5A : Si oui lesquelles et pourquoi ?**

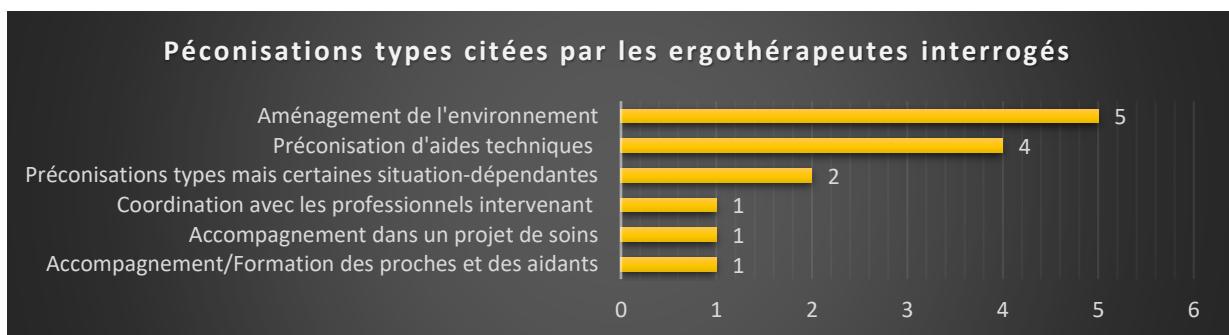


Figure 7 : histogramme des préconisations types citées

Les préconisations types qui ressortent principalement sont en rapport avec l'aménagement du domicile et la préconisation d'aides techniques. Ils définissent ces préconisations types comme des préconisations revenant régulièrement au cours de leurs interventions. Ils peuvent néanmoins les adapter à la situation des personnes avec lesquelles ils interviennent. On observe que la coordination avec les professionnels intervenant est un élément qui émerge à nouveau et semble donc être régulièrement pris en compte dans les interventions de maintien à domicile de la personne âgée.

➤ **Question n°5B : Si non pour quelles raisons ?**

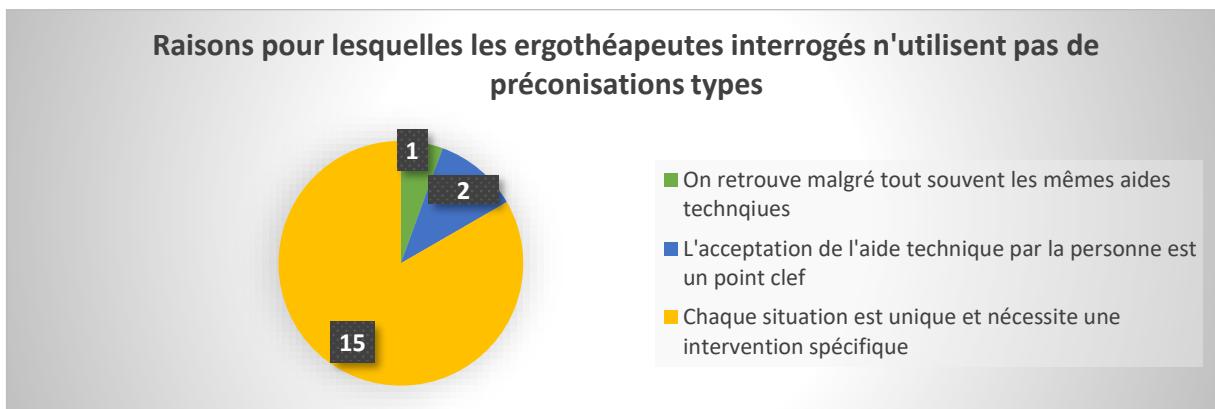


Figure 8 : Répartition des raisons d'absence de préconisation type

Lorsque les ergothérapeutes interrogés disent ne pas avoir de préconisations types lors de leurs interventions, ils indiquent que selon eux chaque situation est unique. Il est alors nécessaire d'intervenir de manière spécifique en effectuant diverses évaluations avec la personne prise en soin. Deux ergothérapeutes signalent que l'acceptation de l'aide technique par la personne âgée est un élément faisant obstacle aux préconisations types. On peut remarquer que le phénomène d'acceptation est à nouveau cité dans cette question. Même si à chaque apparition, ce n'est pas une majorité des ergothérapeutes interrogés qui le cite, on peut tout de même noter une redondance de ces apparitions. Cela pourrait renforcer l'importance que semble avoir cette notion dans le maintien à domicile. *La notion d'acceptation n'a pas été évoquée dans la revue de littérature, pour quelles raisons ? Cette notion est-elle impliquée dans chacune des interventions de maintien à domicile ? Quel est réellement son rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées ? Quels impacts possède-t-elle sur l'intervention de maintien à domicile d'une personne âgée ?*

❖ **Question n°6 : Quels types d'outils d'évaluation utilisez-vous lors d'une intervention en maintien à domicile ?**

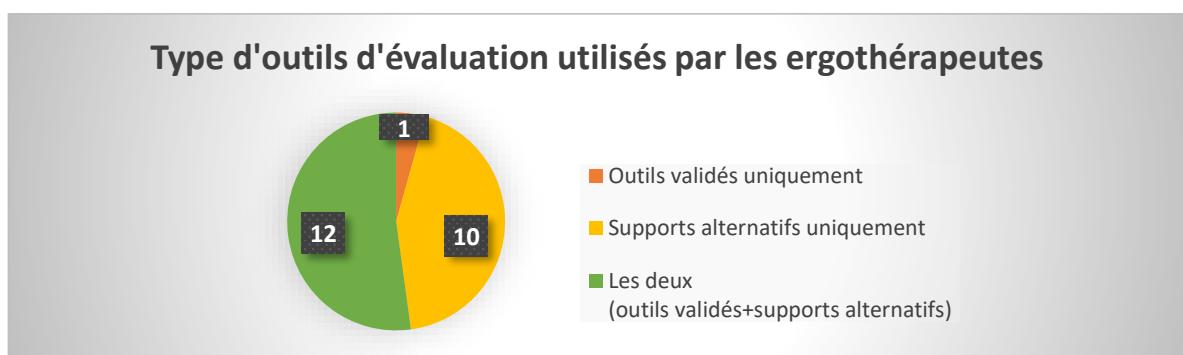


Figure 9 : répartition des types d'outils d'évaluation utilisés

Ici, douze ergothérapeutes sur vingt-trois déclarent utiliser des outils validés et des supports alternatifs comme évaluations durant leurs interventions en maintien à domicile. Dix ergothérapeutes sur vingt-trois indiquent utiliser uniquement des supports alternatifs pour leurs évaluations. Un seul ergothérapeute utilise uniquement des outils validés pour ses évaluations. On peut donc dire que vingt-deux ergothérapeutes sur vingt-trois ont recours à des supports alternatifs non validés pour leurs évaluations. *Y aurait-il un manque d'évaluations validées pour les interventions en maintien à domicile des personnes âgées ? Quels sont les supports alternatifs et les outils validés les plus couramment utilisés lors d'une intervention à domicile avec une personne âgée ?* La majorité des ergothérapeutes interrogés utilise tout de même un mélange des deux types d'évaluations pour effectuer des évaluations les plus exhaustives possible.

➤ **Question n°6A : Plus précisément, quels outils d'évaluations validés utilisez-vous et pourquoi ?**

Un seul ergothérapeute indique qu'il utilise uniquement des outils d'évaluation validés. Il emploie : le MMS<sup>6</sup>, le DAD<sup>7</sup>, le NPI<sup>8</sup>, le test de TINETTI, l'échelle de ZARIT. Il semblerait que peu d'ergothérapeutes n'utilisent que des outils validés pour leur évaluation.

*Est-ce réellement possible d'utiliser uniquement des outils d'évaluations validés ? Les outils validés sont-ils suffisants pour recueillir l'ensemble des informations nécessaires à une intervention en maintien à domicile ?*

➤ **Question n°6B : Plus précisément, quels supports alternatifs utilisez-vous et pourquoi ?**

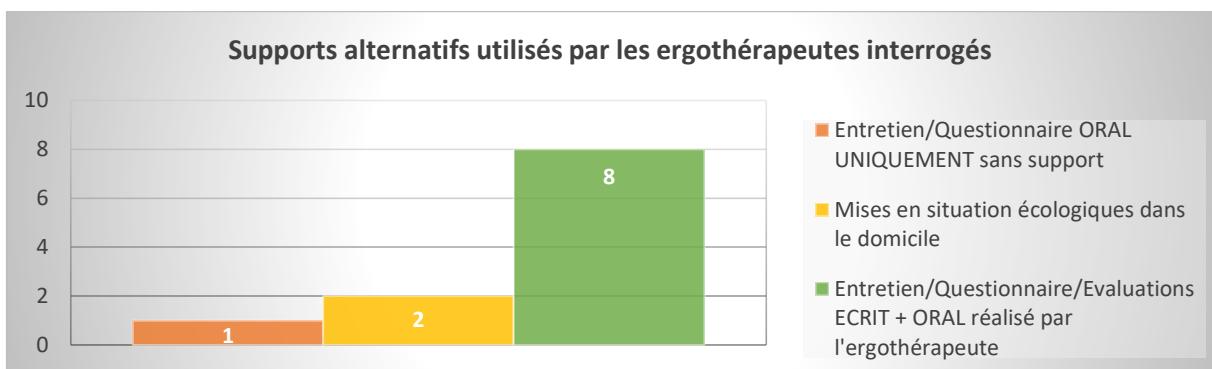


Figure 10 : histogramme des types de supports alternatifs utilisés

<sup>6</sup> MMS : Mini-Mental State

<sup>7</sup> DAD : Disability Assessment of Dementia

<sup>8</sup> NPI : NeuroPsychiatric Inventory

Parmi les dix ergothérapeutes utilisant les deux types d'évaluations, 8 indiquent utiliser des entretiens/questionnaires/évaluations à l'écrit et à l'oral durant leurs interventions. Deux personnes effectuent des mises en situations écologiques et une personne utilise un entretien/questionnaire à l'oral uniquement. On observe qu'une majorité des ergothérapeutes opte pour un mélange des modalités d'évaluations (à l'oral et à l'écrit) et des supports d'évaluations (entretien, questionnaire, évaluations alternatives).

*Pour quelles raisons utilisent-ils uniquement des supports d'évaluations alternatifs ? Ces supports d'évaluations alternatifs leurs permettent-ils d'obtenir des données fiables, non dépendantes inter examinateur ?*

➤ **Question n°6C : Quels outils d'évaluations validés utilisez-vous ? Quels supports alternatifs utilisez-vous et pourquoi ?**

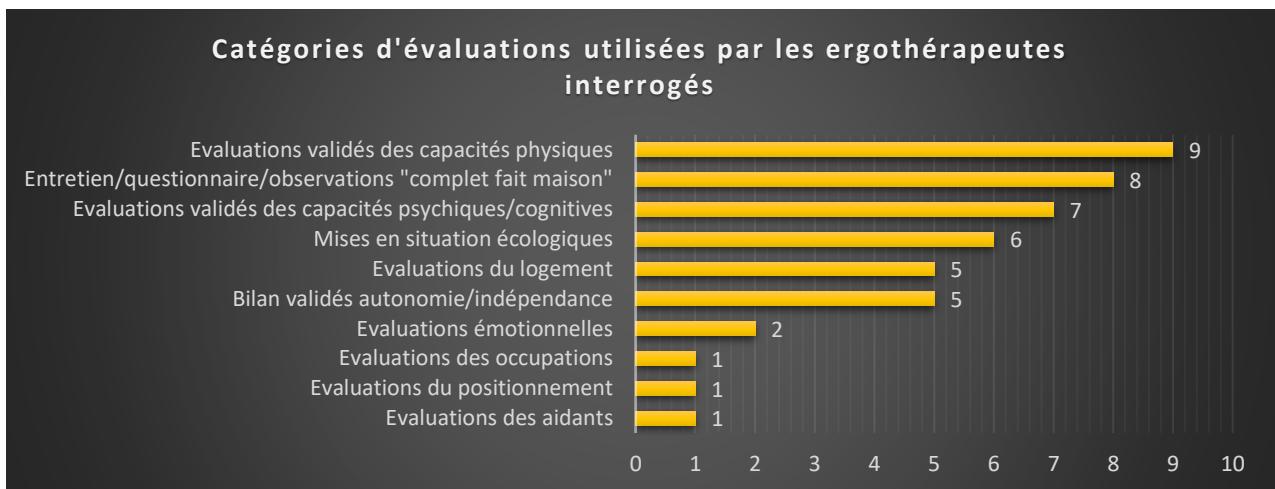


Figure 11 : histogramme des catégories d'évaluations utilisées

Parmi les ergothérapeutes indiquant utiliser les deux types d'évaluations (outils validés + supports alternatifs), on observe qu'ils indiquent à neuf reprises utiliser des évaluations validées des capacités physiques et à sept reprises utiliser des évaluations validées à propos des capacités psychiques/cognitives. Ils évoquent 8 fois le fait d'utiliser l'entretien, le questionnaire ou les observations qu'ils désignent comme « complet et fait maison ». De manière cumulée avec la question précédente, on peut remarquer que dix-sept personnes sur vingt-trois interrogés ont recours à l'entretien, au questionnaire ou aux observations « fait maison ».

*Pourquoi une si forte proportion ? Existe-t-il une évaluation validée présentant les mêmes caractéristiques que ces supports faits maison ? Existe-t-il une évaluation spécifique à l'intervention en maintien à domicile ?*

On peut observer que la majorité des évaluations citées s'axe sur le modèle biomécanique en évaluant les capacités et incapacités. L'évaluation des occupations n'est citée qu'une fois, l'évaluation des facteurs émotionnels est citée deux fois.

*Est-ce que d'autres évaluations (davantage basées sur l'humain, ses occupations, ses envies et besoins) sont applicables dans le cadre de maintien à domicile ?*

❖ **Question n°7 : Parmi ces propositions, cochez celles qui selon vous sont à prendre en compte dans le cadre d'une intervention concernant le maintien à domicile d'une personne âgée ?**

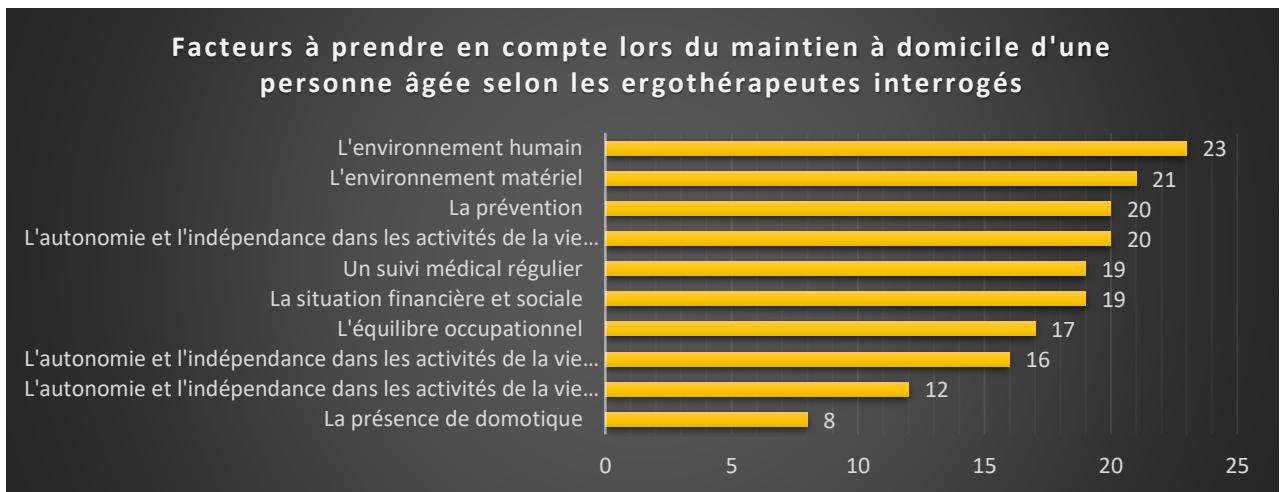


Figure 12 : histogramme des facteurs à prendre en compte lors du maintien à domicile

Cette question étant à choix multiples, les ergothérapeutes interrogés avaient la possibilité de cocher plusieurs cases différentes. Une fois de plus, l'environnement humain est la proposition qui a été mentionnée le plus de fois (vingt-trois). Cela signifie que tous les ergothérapeutes ont désigné l'environnement humain comme un facteur à prendre en compte lors d'une intervention en maintien à domicile. L'environnement matériel est également cité de nombreuses fois avec un score de vingt pour vingt-trois personnes interrogées. On peut remarquer que l'équilibre occupationnel a été mentionné par dix-sept ergothérapeutes sur vingt-trois. Or dans les questions précédentes de cette enquête exploratoire, aucun ne l'avait évoqué.

*Pourquoi n'en parlent-t-ils pas plus tôt dans l'enquête exploratoire ? L'équilibre occupationnel est-il réellement pris en compte dans les interventions de maintien à domicile des ergothérapeutes interrogés ? Est-ce que les personnes ne l'ayant pas mentionné le prennent en compte sans pour autant pouvoir nommer ce concept ? Comment les ergothérapeutes interrogés l'ayant cité font pour le prendre en compte dans leur intervention ?*

De plus, aucun ergothérapeute ne mentionne d'évaluation de l'équilibre occupationnel dans leurs interventions. *Existe-il des évaluations validées de l'équilibre occupationnel ? Si oui pourquoi ne les utilisent-ils pas ? Si non, y a-t-il un moyen d'évaluer de manière alternative l'équilibre occupationnel ? Quel serait l'impact de la prise en compte de cette notion dans l'intervention de maintien à domicile d'une personne âgée ?*

On peut aussi remarquer que la prévention est citée par vingt ergothérapeutes interrogés sur vingt-trois. Ces résultats sont en accord avec les objectifs et moyens d'intervention qu'ils ont cités dans les précédentes questions de cette enquête. Ce résultat est également en accord avec la partie de la revue de littérature à propos de la prévention en ergothérapie. La présence de domotique est quant à elle citée par huit ergothérapeutes interrogés sur vingt-trois. Ce résultat signifie qu'une minorité d'ergothérapeutes s'y intéresse lors des interventions à domicile.

*Pourquoi les ergothérapeutes interrogés ne considèrent pas forcément la présence de domotique comme un facteur à prendre en compte lors d'une intervention en maintien à domicile ? Quelles actions entreprennent-ils réellement quand ils prennent en compte la présence de domotique ? A quelles difficultés font-ils face lorsqu'ils s'intéressent à la présence de domotique chez une personne âgée ?*

❖ **Question n°8 : Quelle plus-value l'évaluation de l'équilibre occupationnel peut-elle avoir dans le cadre d'un projet de maintien à domicile d'une personne âgée ?**

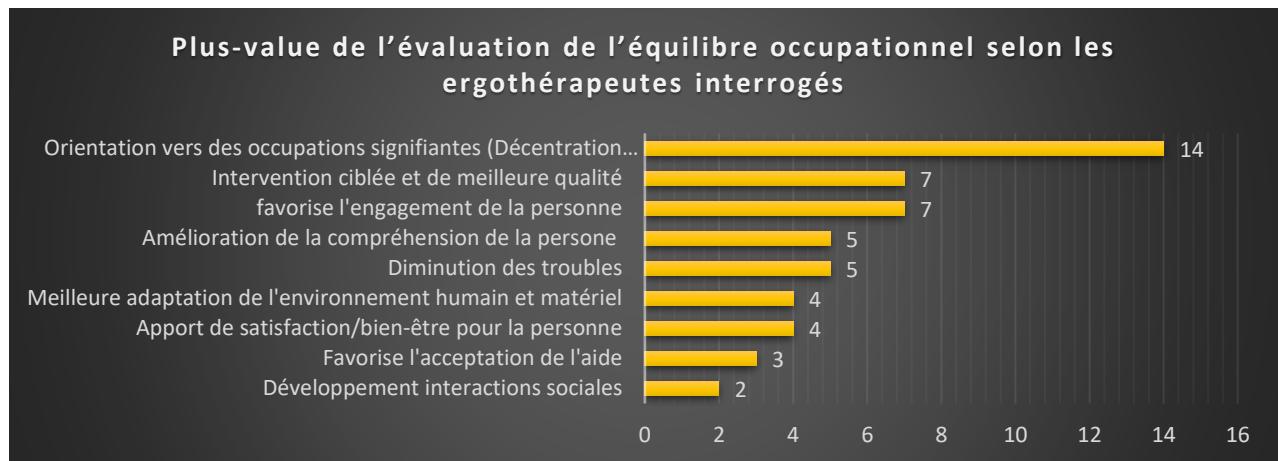


Figure 13 : histogramme des apports de l'évaluation de l'équilibre occupationnel

Dans cette question, les ergothérapeutes interrogés ont principalement fait émerger que l'évaluation de l'équilibre occupationnel pouvait avoir comme plus-value d'orienter vers des occupations signifiantes. Cette proposition est en accord avec la revue de littérature. Elle s'inscrit dans l'ambivalence qu'il semble exister entre ce que les ergothérapeutes interrogés souhaitent faire et prendre en compte durant leurs interventions de maintien à domicile, et ce

qu'ils réalisent réellement. En effet, la plupart des ergothérapeutes souhaiterait agir sur les occupations signifiantes, favoriser l'engagement, apporter de la satisfaction et du bien-être, adapter l'environnement matériel (aménagement du domicile) et humain (aide humaine, sociale). Alors que dans les faits, ils semblent plutôt agir sur l'environnement matériel et humain, sur le développement des capacités et la réduction des incapacités physiques et psychiques. Ils évoquent sept fois que l'équilibre occupationnel leur permettrait d'effectuer une intervention ciblée et de meilleure qualité, tout en favorisant l'engagement de la personne. Ils disent trois fois que l'équilibre occupationnel favoriserait l'acceptation de l'aide. Ce résultat n'est pas suffisant pour être généralisé, mais on peut tout de même remarquer que la notion d'acceptation ressurgit dans cette question ouverte. Ils mentionnent quatre fois que l'évaluation de l'équilibre occupationnel pourrait permettre une meilleure adaptation de l'environnement humain et matériel. Ce sont également des notions qui sont apparues à de nombreuses reprises dans les questions précédentes, ce qui signifie qu'ils évaluent et agissent sur ces deux environnements. S'ils indiquent que l'évaluation de l'équilibre occupationnel améliorerait la qualité de l'adaptation de l'environnement humain et matériel, on peut alors se demander : *Pourquoi ne l'évaluent-ils pas durant leurs interventions ? Rencontrent-ils des obstacles à son évaluation ? A sa prise en compte ? Quel serait concrètement l'impact de sa prise en compte dans une intervention de maintien à domicile d'une personne âgée ?*

❖ **Question n°9 : Quels sont les freins à la prise en compte de l'équilibre occupationnel durant une intervention concernant le maintien à domicile d'une personne âgée ?**

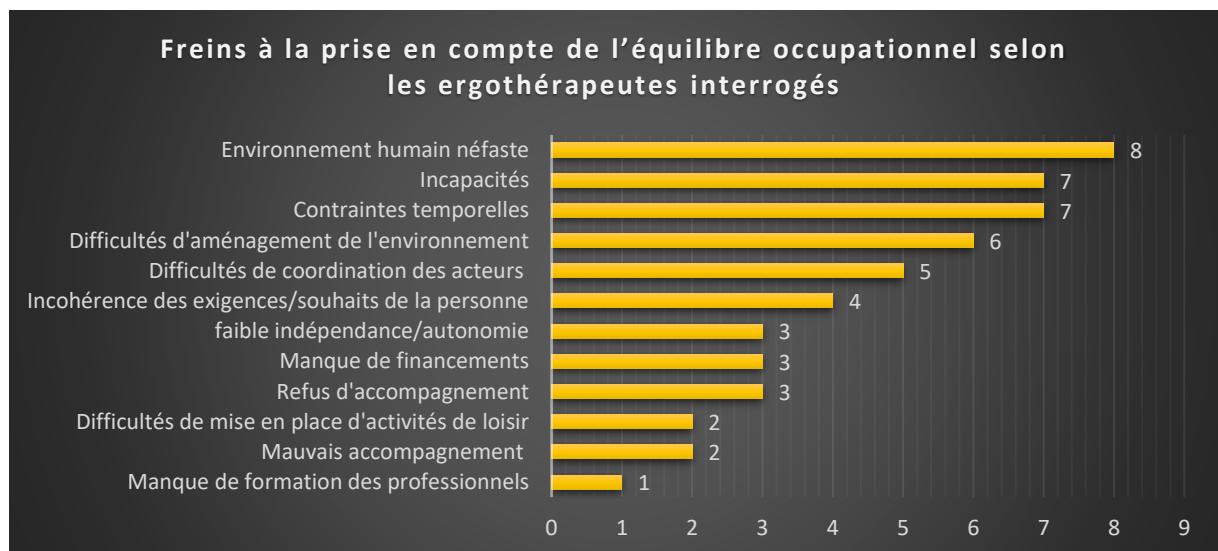


Figure 14 : histogramme des freins à la prise en compte de l'équilibre occupationnel

Dans cette question, l'environnement humain est cité 8 fois par les ergothérapeutes interrogés comme un facteur pouvant être un frein à la prise en compte de l'équilibre occupationnel. Dans cette situation, ils décrivent cet environnement comme frein s'il est néfaste à l'accompagnement de la personne âgée prise en soin.

*Comment intervenir auprès d'une personne âgée lorsque son environnement humain est néfaste à son accompagnement ? De quels facteurs dépend cette relation ? Comment agir sur ces relations familiales pour favoriser la qualité de l'intervention ergothérapique en maintien à domicile ?*

Le temps et les incapacités sont mentionnés sept fois chacun par les ergothérapeutes interrogés comme des facteurs freins à l'évaluation de l'équilibre occupationnel. Il ressort principalement que de faibles capacités psychiques ou physiques ainsi que de fortes contraintes temporelles nuiraient à l'évaluation de cette notion lors des interventions de maintien à domicile.

*De quels éléments découlent les contraintes temporelles que les ergothérapeutes interrogés évoquent ? Existe-t-il un moyen d'agir dessus au profit de la personne prise en soin ? Quels autres impacts peuvent comporter ces contraintes sur l'intervention de maintien à domicile d'une personne âgée ? A partir de quel moment les incapacités physiques ou psychiques d'une personne âgée sont-elles pénalisantes pour l'évaluation de l'équilibre occupationnel ?*

On peut noter que les ergothérapeutes interrogés citent cinq fois les difficultés de coordination des acteurs comme frein à l'évaluation de l'équilibre occupationnel. Cette notion de coordination des acteurs réapparaît ici et semble importante à prendre en compte durant les interventions de maintien à domicile d'une personne âgée.

*Comment s'effectue cette coordination ? Avec quels professionnels ? Quels sont les enjeux de cette coordination ? Quels facteurs agissent sur la qualité de cette coordination ? Existe-t-il différents types de coordinations ? Quels sont ses caractéristiques ? Quels impacts peut avoir cette coordination sur l'évaluation et la prise en compte de l'équilibre occupationnel ? Sur l'intervention de maintien à domicile ?*

Il est possible de noter qu'un ergothérapeute interrogé exprime que le manque de formation à l'évaluation de l'équilibre occupationnel serait un frein. Il semble intéressant de se demander : *quelle formation est-il possible d'effectuer à propos de l'équilibre occupationnel ? De son évaluation ? Existe-t-il un modèle d'intervention en ergothérapie incluant la prise en compte de l'équilibre occupationnel ?*

En conclusion, l'environnement humain (quand il est jugé bénéfique à la personne) et l'adaptation du domicile sont les deux facteurs ressortant majoritairement des réponses des participants comme facteurs permettant le maintien à domicile. Les mêmes facteurs ont été majoritairement identifiés comme obstacles lorsqu'ils sont jugés néfastes au bon déroulement du projet de soin de la personne âgée. Les objectifs d'intervention cités préférentiellement par les ergothérapeutes interrogés sont : favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, favoriser la participation, prévenir les chutes. Les moyens qu'ils y associent sont : la préconisation d'aide(s) technique(s) et d'aide(s) humaine(s), l'adaptation de l'environnement et la coordination entre les acteurs. Lors de leurs interventions de maintien à domicile, une majorité des ergothérapeutes n'a pas de préconisations types car « chaque situation est unique ». Pour effectuer leurs évaluations, la plupart d'entre eux utilisent une combinaison d'outils validés et de supports alternatifs. Concernant la liste de facteurs à prendre en compte lors du maintien à domicile qui leur été proposée dans le questionnaire, les ergothérapeutes ont fait ressortir : l'environnement humain et matériel, la prévention, et l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne concernant les soins personnels. Une grande partie d'entre eux considère que la plus-value de l'évaluation de l'équilibre occupationnel réside dans l'orientation vers des occupations signifiantes, une intervention ciblée et de meilleure qualité, qu'elle favorise l'engagement de la personne. Pour finir, les principaux freins à la prise en compte du déséquilibre occupationnel sont : un environnement humain jugé néfaste, les incapacités, les contraintes temporelles et les difficultés liées à l'aménagement de l'environnement. L'interprétation et l'utilisation de ces résultats doivent rester mesurées car seulement vingt-trois ergothérapeutes ont répondu au questionnaire.

On remarque de nombreuses corrélations avec la revue de littérature. Les ergothérapeutes reconnaissent l'apport bénéfique de l'aménagement de l'environnement et de la prise en compte de l'équilibre occupationnel sur le maintien à domicile des personnes âgées, mais ils expriment avoir des difficultés à l'utiliser dans leurs interventions. La revue de littérature a fait émerger l'influence de l'environnement social de la personne sur la prise en soin, ce principe est confirmé par les réponses des participants. La revue de littérature a souligné le fort impact du déséquilibre occupationnel dans le quotidien d'une personne âgée, pourtant les ergothérapeutes interrogés n'ont pas fait ressortir cette notion dans les premières questions.

## **1.6 Question initiale de recherche**

L'ensemble de cette analyse, de cette problématisation pratique et la confrontation entre l'enquête exploratoire et la revue de littérature converge vers la question initiale de recherche suivante :

**En quoi la prise en compte du déséquilibre occupationnel d'une personne âgée de la part d'un ergothérapeute peut-elle favoriser l'acceptation des actions liées au maintien à domicile ?**

## **1.7 Cadre théorique**

A la suite de cette enquête exploratoire, nous avons pu voir ressortir plusieurs fois la notion d'acceptation dans les réponses des ergothérapeutes interrogés. Cette notion semble donc importante et est décrite comme primordiale selon les ergothérapeutes qui l'ont mentionnée. En poursuivant cette réflexion on peut y associer l'acceptation du processus de vieillissement que vit chaque personne âgée profitant d'une intervention de maintien à domicile. Des changements importants bouleversent la vie des personnes âgées et ils doivent souvent faire face à l'apparition de nouvelles situations de handicap. Ils doivent ainsi apprendre à « vivre avec » et à s'adapter, même s'ils n'ont pas toujours les clefs pour y arriver. L'ensemble de ces idées se retrouve dans le concept de résilience que nous allons étayer ci-dessous.

### **1.7.1 La résilience**

La vie de chaque personne est marquée de pertes, de traumatismes, de deuils qui nécessitent des adaptations. L'ensemble de ces faits marquants participe au processus de développement de la personne en lui fournissant les moyens et l'expérience de les affronter à l'avenir. Pourtant certains traumatismes peuvent parfois bouleverser ce processus et vont dépasser les capacités adaptatives d'une personne (35). Comment réagir face à la vieillesse ? Comment réagir quand ses habitudes quotidiennes sont perturbées par l'arrivée de professionnels ? Comment faire face aux bouleversements sous-tendus par les actions liées à une intervention de maintien à domicile ?

### **Définitions**

Pour Cyrulnik B « *Un merveilleux malheur.1999* », la résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (35).

Selon Lecomte J. (Qu'est-ce que la résilience ?), en suivant diverses approches, trois définitions sont possibles :

- Trait : la résilience de l'ego (ego-resiliency) est la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles et les possibilités comportementales, et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution du problème (Block & Kremen ; 1996).
- Processus : la résilience réfère à un processus dynamique comprenant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative (Luthar, Cicchetti & Becker ; 2000).
- Résultat : la résilience réfère à une classe de phénomènes caractérisés par de bons résultats en dépit de menaces sérieuses pour l'adaptation et le développement (Masten ; 2001) (35).

Il est important de différencier la personne résiliente et la personne en résilience. Quelqu'un a pu se montrer résilient à une époque de sa vie, mais ne pas l'être à un autre moment, dans un contexte différent(35). Cette notion peut donc être qualifiée de « potentialité actualisable, ou non » tout au long de la vie d'une personne. La période de la vieillesse, où la personne se rend compte qu'elle est âgée et qu'elle perd des capacités, est une période charnière où le processus de résilience va être mis à l'épreuve(35).

### **Vieillissement et résilience**

Avec l'avancée de l'âge, les personnes doivent faire face à des pertes, des renoncements, des deuils en lien avec leur vie quotidienne. Pour affronter ces faits de vie, le processus de résilience est nécessaire pour permettre à la personne âgée d'intégrer ces changements, de les comprendre et de continuer à vivre avec de manière satisfaisante. Il est tout de même important de comprendre les différents types de perte auxquelles les personnes âgées sont confrontées afin d'agir en conséquence.

Ferrey et Le Goués définissent trois types de pertes chez la personne âgée :

- La perte d'objet, avec une disparition d'une partie de soi dans le décès de l'autre ;
- La perte de fonction où la personne se retrouve confrontée aux limitations, à la baisse d'efficacité de son corps ;
- La perte de soi avec une atteinte narcissique plus ou moins profonde (36).

C'est le moment de l'adaptation à des incapacités, qui rendent des actes réalisés facilement pendant des décennies difficiles à effectuer. L'adaptation à l'idée que la mort est « proche », qu'on est « mourant, alors que l'humain ordinaire se sent uniquement "mortel" ». L'adaptation à l'évolution de son corps qui tend à être douloureux et à perdre la finesse de ses sens. L'adaptation à un environnement qui change parfois brusquement par la perte d'êtres, de lieux, d'objets signifiants et importants pour leur vie(35).

L'avancée de l'âge devient parfois signifiante aux yeux des personnes à partir de la retraite. Cet évènement peut parfois être perçu comme isolant socialement avec une perte d'utilité pour la société. Dans les sociétés occidentales, le lien social entre la population générale et les personnes âgées n'assure plus le même étayage en termes de « place sociale ». Ainsi, les personnes âgées manifestent régulièrement un sentiment de ne plus avoir leur place dans la société, d'être un poids pour elle et une charge pour leur environnement social. Malgré ce fréquent processus de rupture entre la société et les personnes âgées, certaines rencontres, certains liens, certaines activités et certaines interventions peuvent ouvrir la possibilité de créer de nouvelles relations et ainsi de déclencher l'éventuelle mise en marche de mécanismes de résilience (35).

### ***Les mécanismes de la résilience***

Le traumatisme est le premier mécanisme à rentrer en compte dans le processus de résilience. En effet, le traumatisme est représenté par un « événement majeur qui va dépasser les capacités de la personne à le métaboliser (deuil, accident...) » (35). Il peut également être caractérisé par la succession d'actes maltraitants, d'événements de santé négatifs qui vont dépasser la capacité psychique de la personne âgée. Il faut savoir que ce ne sont pas les événements en eux-mêmes qui sont sources de traumatisme, mais bien la représentation que chacun s'en fait avec sa subjectivité personnelle (35). Un événement peut donc être extrêmement traumatisant pour une personne donnée et ne pas l'être du tout pour une autre.

Ce traumatisme intervient dans une période spécifique et peut potentiellement avoir trois conséquences :

- D'abord, il fait irruption dans la vie d'une personne en la déstabilisant et en rompant ses barrières psychiques.
- Ensuite, le traumatisme provoque comme un « arrêt du temps » en interrompant la pensée, car il est perçu comme impossible et inconcevable. Il n'est donc pas traité par la personne traumatisée et reste en suspens.
- Pour finir, le traumatisme induit une destruction du lien entre la personne et son environnement social. Les personnes traumatisées s'isolent d'un monde qu'elles perçoivent comme incapable de comprendre et d'intégrer leur réalité (35).

C'est avec ces éléments que le traumatisme peut se constituer, lorsque la personne se sent incapable d'y faire face et de lutter contre.

Une fois le traumatisme établi, le ou les tuteur(s) de résilience font leur apparition. Le tuteur de résilience représente la personne (famille, aidant, professionnel etc...) qui accompagne la personne traumatisée dans le processus de résilience. Il aide la personne à réorganiser les éléments fondateurs de sa vie et surtout à reconstruire leur propre cohérence. Il est possible d'accéder au rôle de tuteur en résilience à partir de l'instant où la disponibilité, l'écoute, le non-jugement, la bienveillance et la capacité de percevoir les potentialités de chacun au-delà des modèles social ou médical sont des éléments intégrés à la prise en soin. Ces éléments représentent les facteurs pouvant potentiellement permettre à une personne traumatisée d'entamer un processus de résilience (35).

Selon Bessoles P. dans « *Processus originaires et facteurs de résilience. Synapse 2001* » il existe sept caractéristiques de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux événements difficiles : la perspicacité (capacité d'analyse, de repérage, de discrimination), l'indépendance (capacité d'agir seul), l'aptitude aux relations (socialisation), l'initiative (capacité d'élaboration et de représentation), la créativité (capacité à créer des formations réactionnelles), l'humour (sublimation) et la moralité (capacité à interroger les valeurs) (35). Ils sont des facteurs favorisant le processus de résilience mais ne suffisent pas à eux-seuls pour régler les problématiques. Le processus est également étroitement lié aux mécanismes de défenses psychiques qui vont être mobilisés par la personne traumatisée. Les mécanismes de défenses « matures » décrits par Vaillant dans « *The Wisdom of the Ego.1993* » participent au processus de résilience (35). Ces mécanismes sont par exemple la sublimation, l'altruisme et

l'humour. Même s'ils possèdent un puissant coût psychique pour les personnes traumatisées, ils permettent de favoriser les interactions sociales, le partage et l'estime de soi. Ils représentent un véritable catalyseur du processus de résilience. En effet, à la suite du traumatisme, les mécanismes de défenses mis en place tentent de gérer et de réduire la désorganisation psychique. L'évolution psychique et l'appropriation des problématiques découleront de ces mécanismes. Il sera question ensuite de laisser place à la reconstruction puis au développement : c'est le temps de la résilience (35).

Il est possible de contribuer à l'activation d'un potentiel de résilience en ayant pour but d'accompagner et d'aider une personne dans la gestion de ses interactions entre ses activités et son environnement (37). Pour cela, il est intéressant de déceler les attitudes et les caractéristiques de la personne favorisant le développement d'un comportement efficient, de se concentrer sur ses capacités plutôt que sur ses incapacités (37). De plus dans le processus de résilience, il y a la notion de construction ou de reconstruction comme l'évoque Anaut M. « *Résiliences familiales ou familles résilientes. 2006* » : « Dans le processus de résilience, il ne s'agit pas seulement de résister face à l'adversité, mais de se construire malgré ou avec les blessures ». Pour aider dans ce processus dynamique, chaque personne peut favoriser les interactions de la personne en résilience avec son environnement afin que la personne y trouve elle-même des réponses adaptées, satisfaisantes et « multivariées » (37). C'est avec ce type d'action qu'une personne en résilience peut trouver la force nécessaire au dépassement des circonstances adverses et des conflits, mais cela peut également lui fournir l'accès au développement d'autres ressources et possibilités qui peuvent être mobilisables et utiles dans d'autres circonstances de sa vie (37). « *En effet, promouvoir la résilience, c'est reconnaître la force au-delà de la vulnérabilité* » (37).

Le rôle des intervenants (soignants, travailleurs sociaux, famille, amis, voisins etc...) est basé sur la reconnaissance des ressources internes et externes pouvant permettre à une personne de dépasser l'adversité lui faisant face (37). Il s'agira par la suite de s'appuyer sur ces ressources, sur ces signes de résilience, en dépit de la vulnérabilité apparente pour accompagner la personne dans son processus (37). De plus, il peut être judicieux de stimuler chez la personne en résilience des modes de protection basés sur des caractéristiques individuelles préexistantes et/ou à développer comme par exemple : le sens de l'humour, l'autonomie et l'efficacité dans ses rapports avec son environnement, la créativité, les capacités d'adaptation relationnelles (37). Accompagner une personne dans son processus de résilience pourrait consister à organiser

des actions et/ou des comportements ayant pour but d'agir de manière positive sur sa qualité de vie. Ce type d'accompagnement doit être centré sur ses envies, ses besoins ses désirs, ses occupations et sur la « spécificité de ses perceptions et de ses expériences de confrontation au monde »(37).

*Quel guide d'intervention en ergothérapie se rapprocherait le plus de ce type d'accompagnement ? Existe-t-il un modèle d'intervention adoptant la même vision de la personne ? Existe-t-il un modèle d'intervention prenant en compte les caractéristiques incluses dans le concept de la résilience ?*

A la suite de l'étayage du concept de résilience, nous pouvons mieux cerner les enjeux de ce processus sur l'intervention avec l'ergothérapeute. L'acceptation des actions liées au maintien à domicile de la part de la personne âgée dépendra du stade où elle se situe dans son processus de résilience et surtout de la façon qu'aura l'ergothérapeute d'intégrer ces informations pour proposer des solutions adaptées.

### **1.7.2 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)**

Dans le but de chercher à comprendre comment l'ergothérapeute pourrait intégrer la prise en compte du processus de résilience mais également les problématiques liées au déséquilibre occupationnel dans son intervention de maintien à domicile, nous proposons d'aller explorer dans la suite de ce cadre théorique le Modèle de l'Occupation Humaine. En effet, ce modèle propose un guide pour intervenir de manière centrée sur la personne, sur ses occupations et son environnement, tout en prenant en compte les possibles obstacles à l'implication de la personne dans ses occupations.

Le MOH<sup>9</sup> est un modèle centré sur les occupations humaines. Un modèle axé sur l'occupation définit une approche thérapeutique qui se concentre sur l'engagement et la participation d'une personne à des occupations en tant que mécanisme de changement, plutôt que de se concentrer spécifiquement sur la remédiation d'une déficience(38). Crée en 1980 par Gary Kielhofner, il représente le modèle basé sur les occupations le plus étudié à l'heure actuelle. D'ailleurs, dans une récente étude aux Etats-Unis, 76% des ergothérapeutes indiquent qu'ils utilisent le Modèle de L'Occupation Humaine dans leur pratique (38). Le MOH part du principe que l'être humain est un être occupationnel, c'est-à-dire que l'occupation est

---

<sup>9</sup> MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

primordiale dans l'organisation de la personne. C'est en réalisant leurs occupations que les êtres humains forgent leur personnalité et donc ce qu'elles sont (9,38).

Pour Kielhofner, l'occupation humaine se définit comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs, et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel »(38). Les activités productives correspondent aux activités rémunérées ou non qui ont pour but de servir ou de créer. Les activités de loisirs font référence aux activités ayant pour but de se divertir ou de se faire plaisir. Les activités de la vie quotidienne représentent l'ensemble des activités qu'effectue chaque jour un individu pour subvenir à ses envies et besoins (soins personnels, manger, nettoyer son domicile etc.) (9,38).

Le modèle de l'occupation humaine se veut fortement humaniste et place les actions, les pensées et les sentiments de la personne au cœur de l'intervention en ergothérapie. Il cherche à se détacher le plus possible des données strictement médicales pour comprendre la personne et agir en fonction d'elle. Marie-Chantal Morel-Bracq, dans « *les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* », dit « les choix de la personne, ses actions et ses expériences sont donc le cœur du processus thérapeutique » (9,38).

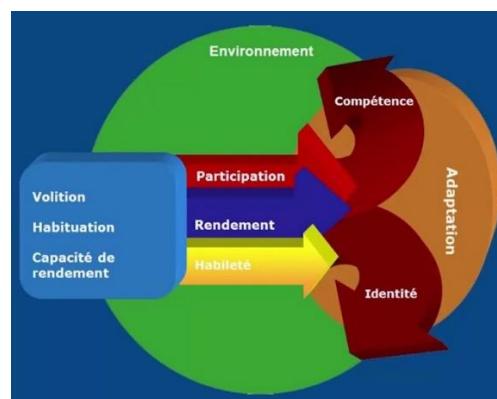


Schéma 1 : Modèle de l'Occupation Humaine

Le Modèle de l'Occupation Humaine peut se décomposer en 4 parties :

- l'Être : composé de la volition, l'habituation et la capacité de rendement
- l'Agir : la participation, le rendement et les habiletés
- les conséquences de l'Agir : compétence, identité, adaptation
- l'Environnement

❖ l'Être :

Dans ce modèle l'être est défini comme composé de trois éléments : la volition, l'habituat ion et les capacités de rendement.

La **volition** correspond à la motivation d'une personne à agir dans l'environnement. Elle représente pour Kielhofner « le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité » (38). Elle intègre :

- les valeurs personnelles : ce que la personne estime comme important pour elle ;
- les déterminants personnels : ce que la personne connaît et a appris d'elle-même, ses compétences, ses capacités, son efficacité dans la réalisation de ses activités ;
- les centres d'intérêts : ce que la personne considère comme satisfaisant et source de plaisir lors de la réalisation d'activités. C'est ce qui rend une activité plus intéressante qu'une autre pour la personne et ce qui détermine qu'elle soit réalisée ou non.

L'**habituat ion** est un concept faisant référence à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques qui s'opèrent dans un environnement considéré comme familier pour la personne (38). Elle est constituée de deux composantes :

- les habitudes : aptitudes acquises à réagir ou à agir de manière similaire et automatique aux stimuli des environnements familiers.
- les rôles : assimilation d'un statut social et/ou personnel, et d'un ensemble d'attitudes et d'actions lié à ce statut.

La **capacité de rendement** (ou capacité de performance) décrit l'expérience et la perception qu'a une personne de sa propre capacité à réaliser une occupation ainsi que la perception qu'ont les autres de son expérience et de sa perception de cette capacité (38). Ce concept peut également être défini comme la capacité à faire des choses en lien avec les composantes objectives physiques et mentales sous-jacentes et l'expérience subjective correspondante (exemples : plaisir, bien-être, douleur, hallucinations) (9,38).

❖ L'Agir :

Trois niveaux d'actions peuvent être perçus lorsqu'une personne agit. La notion d'Agir est organisée en trois sous-parties : la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés (9,38).

Les **habiletés** concernent les actions observables dirigées vers des buts qu'une personne effectue pour réaliser ses activités. Les habiletés peuvent être d'ordre motrices, opératoires, de communication ou encore d'interaction. La **performance occupationnelle** ou **rendement occupationnel** représente la réalisation concrète des occupations, activités et tâches, fortement

influencée par les habitudes (ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle). La **participation occupationnelle** correspond à la « notion basique d'occupation ». Elle fait référence à l'implication qu'engage une personne dans ses occupations en fonction d'environnements spécifiques, de ses désirs, ses besoins et du contexte socio-culturel. Ces occupations sont souhaitables voire nécessaires pour le bien-être de la personne (9,38).

❖ Les conséquences de l'Agir :

Dans l'Agir, il est possible d'observer la notion d'expériences découlant des conséquences de l'agir vécues par la personne ([Cf. schéma 1 p. 37](#)). L'accumulation de ces expériences aboutit à la naissance d'une identité et d'une compétence occupationnelle (9,38). Cela permet à la personne de suivre un processus d'évolution dans la réalisation de ses occupations.

L'**identité occupationnelle** correspond à un assemblage de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir (9,38). Cette identité est directement liée aux composantes de la personne, ce qu'elle est et ce qu'elle souhaite devenir (38). L'identité occupationnelle est une notion évoluant dans le temps et elle représente une expérience subjective intériorisée par le sujet (38).

Quant à la **compétence occupationnelle**, elle fait référence aux routines d'occupations mises en place par une personne (9,38). Ces routines doivent être en accord avec son identité occupationnelle. Il peut s'agir de remplir les attentes inhérentes aux rôles impliqués dans ses occupations, ou encore, de parvenir à faire perdurer une routine nécessaire à certaines responsabilités (38). Certaines routines, en lien avec la compétence occupationnelle, sont très utiles pour nous permettre de réaliser des activités significatives et signifiantes en réduisant le coût psychique et/ou physique (38).

❖ L'environnement :

Chaque personne agit et évolue dans un contexte environnemental spécifique. Les interactions possibles entre la personne et son environnement sont diverses et variées. Elles peuvent correspondre aux ressources, aux circonstances, aux contraintes, aux attentes, aux problématiques qui ressortent de cet environnement caractéristique. L'ensemble de ces éléments vont influencer la participation, la performance et les habiletés mises en place par une personne dans la réalisation de ses occupations (9,38). Ainsi, la réalisation d'une occupation dans deux environnements distincts ne s'effectuera pas de la même manière et n'aboutira pas

aux mêmes résultats. L'expérience qui en découlera sera par conséquent différente et modifiera la perception de l'occupation pour la personne (9,38).

Il est intéressant de remarquer que Renée R.Taylor, dans son ouvrage « *Kielhofner's Model Of Human Occupation* » fait référence au concept de résilience à travers deux citations d'auteurs ayant travaillé sur le sujet : « *La résilience fait référence à la capacité de réagir aux changements et de s'adapter ou de se remettre d'un événement défini.* » (Abelenda & Helfrich, 2003; Carmichael, 2015) ; « *Il s'agit de la capacité à résister à des conditions environnementales défavorables comportant de multiples dimensions, telles que des difficultés ou des défis tout au long de la vie.* » (Abelenda & Helfrich, 2003; Greene, 2014). Renée R.Taylor exprime également que, selon elle, la résilience serait basée sur une multitude de facteurs permettant aux individus de résoudre des problèmes, de changer de comportement et de se recréer un sens (38).

Elle poursuit sa réflexion en décrivant le Modèle de l'Occupation Humaine comme un système dynamique ayant pour caractéristiques l'ensemble des composantes évoquées précédemment (l'Être, l'Agir, les conséquences de l'Agir et l'Environnement) (38). Lorsqu'un nouvel élément fait irruption (un traumatisme par exemple), c'est l'ensemble du système dynamique qui peut être bouleversé. Les familles et les individus s'engagent dans un processus de changement et doivent alors mettre en place des stratégies de réorganisation des occupations, c'est l'**adaptation occupationnelle** (38). Cette notion consiste à apporter les changements nécessaires pour faire perdurer l'engagement dans les activités signifiantes et significatives, ou pour développer de nouvelles activités (38). C'est la réaction aux perturbations/changements et toutes les adaptations qui y sont liées. Les personnes résilientes font les modifications nécessaires pour poursuivre leur activité professionnelle (habitudes vestimentaires, comportement, éloquence)(38). La perturbation à l'origine de l'adaptation occupationnelle peut ainsi provenir d'une source interne ou externe.

### **1.7.3 Conclusion**

La résilience semble être un point clef à ne pas négliger lors d'une intervention sur le lieu de vie d'une personne. Les changements subis par une personne âgée peuvent bouleverser ses capacités à entrer dans un processus de résilience. Le Modèle de l'Occupation Humaine semble offrir une trame de réflexion permettant de comprendre les traumatismes vécus par la personne et les impacts sur les occupations de la personne dans son lieu de vie. Le MOH permet de mieux

comprendre l'ensemble des occupations effectuées par une personne afin de proposer une intervention en adéquation avec les envies et besoins de la personne.

La prise en compte partielle par l'ergothérapeute des occupations de la personne âgée ne permet pas la réalisation des actions liées au maintien à domicile. En effet, les solutions proposées ne seront pas en adéquation avec les problèmes rencontrés par la personne âgée en déséquilibre occupationnel et donc ne seront jamais mises en place.

La non prise en compte par l'ergothérapeute des capacités d'entrer en résilience d'une personne âgée ne permet pas la réalisation des actions liées au maintien à domicile. En effet, les solutions proposées pourront être vécues de façon traumatique pour la personne âgée en déséquilibre occupationnel et ne pas être mises en place.

### **1.8 Question et objet de recherche**

A la suite de cet étayage conceptuel, des résultats de l'enquête exploratoire et de la problématique pratique, la question et l'objet de recherche sont :

**Comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne âgée lors de ses actions de maintien à domicile ?**

Explorer les différents moyens d'intervention utilisés par les ergothérapeutes pour prendre en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience lors de leurs actions de maintien à domicile d'une personne âgée.

## **2. Matériel et méthode**

### **2.1 Choix de la méthode**

Pour répondre à la question « *Comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne âgée lors de ses actions de maintien à domicile ?* », la méthode clinique semblerait la plus adaptée. La méthode clinique est, selon Eymard C. (*Initiation à la recherche en soins et santé*, 2003), une « méthode qualitative ayant pour but la compréhension des phénomènes de soin liés à la singularité de l'humain » (39). Elle vise à caractériser et donner du sens à un phénomène dont certaines subtilités restent encore méconnues. C'est pour cela qu'elle est régulièrement employée lorsqu'il y a un manque de connaissances existantes ou suffisantes à propos du sujet étudié. En effet, les notions incluses dans notre objet de recherche sont connues dans le milieu du soin et plus particulièrement en ergothérapie. Mais il manque actuellement des précisions sur la démarche employée dans les interventions ergothérapiques pour appliquer ces notions.

De plus, la méthode clinique possède la particularité de laisser la liberté au chercheur de découvrir la singularité, les particularités du groupe qui sera interrogé. Dans cette recherche, cet aspect est primordial afin de découvrir l'ensemble des moyens d'interventions qu'utilisent les professionnels afin de prendre en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne lors d'actions de maintien à domicile. C'est ainsi que la méthode clinique propose de ne pas démarrer la recherche avec des hypothèses a priori afin d'explorer et de considérer l'ensemble des pratiques utilisées par les personnes interrogées.

Cette méthode permet également d'enrichir les savoirs préexistants grâce à la révélation de moyens d'intervention innovants qui peuvent parfois dépasser les critères préconçus de la théorie.

Les résultats obtenus seront analysés et permettront de souligner les caractéristiques du raisonnement des ergothérapeutes, particulièrement lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes.

### **2.2 Population**

Au vu du sujet de cette recherche, la population ciblée est composée d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées. Les critères d'inclusions sont donc que les ergothérapeutes soient diplômés d'état et qu'ils pratiquent ou qu'ils aient pratiqués des actions de maintien à domicile auprès de personnes âgées. Par conséquent, les critères d'exclusions sont que les ergothérapeutes ne soient pas

diplômés d'état et/ou qu'ils n'aient jamais pratiqués d'actions de maintien à domicile d'une personne âgée.

### **2.3 Choix et construction de l'outil de recueil de données**

À la suite du choix de la méthode clinique et de la volonté de poursuivre le raisonnement établi en lien avec la question de recherche, le moyen de recueil de données qui semble le plus pertinent est l'entretien. Il s'agira d'un entretien semi-directif, plus précisément un entretien compréhensif de Kaufmann (40). Cet outil de recueil de données offre l'opportunité à la personne interrogée de partager ses connaissances sur le sujet, tout en permettant au chercheur d'obtenir des données reliées à son sujet de recherche. En effet, J-C. Kaufmann exprime que cette technique permet de « comprendre le social aux fins de l'objectiver, de le rendre intelligible et/ou de l'expliquer »(40). L'entretien semi-directif est une méthode offrant la possibilité aux ergothérapeutes interrogés de partager l'ensemble des caractéristiques, voire de l'originalité, de leurs moyens d'intervention. Cela aura pour effet de venir alimenter le sujet de la recherche en permettant le partage de connaissances s'éloignant parfois du cadre théorique préétabli par les principes ou par le chercheur.

Parmi les différents entretiens existants, dans le cas de cette recherche il sera pertinent d'utiliser l'entretien compréhensif de Kaufmann. En effet les techniques qu'emploient ce type d'entretien, ont pour but de « comprendre le social aux fins de l'objectiver, de le rendre intelligible et/ou de l'expliquer. », d'après J-C. Kaufmann. Ce but est commun à la méthode de recherche clinique.

Les objectifs de ces entretiens sont :

- ❖ Proposer une régulation des théories par rapport au phénomène étudié.
- Explorer les méthodes utilisées par les ergothérapeutes lors de leurs actions de maintien à domicile.
- Découvrir les modalités de prise en compte par l'ergothérapeute du déséquilibre occupationnel et du processus de résilience et leurs influences sur le maintien à domicile.
- Identifier les éléments facilitateurs et obstacles à l'intervention au domicile des personnes âgées.
- Étayer le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile.
- Découvrir la singularité de certaines pratiques des ergothérapeutes interrogés.

En s'appuyant sur le cadre théorique, une matrice théorique ([Cf. Annexe 3, p.92](#)) a été élaborée. Elle est constituée de l'ensemble des variables, des critères et des indicateurs, étayés par le cadre théorique. A partir de cette matrice une grille d'entretien a été construite ([Cf. Annexe 4, p.93](#)) dans le but de répondre à la question suivante : « *Comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne âgée lors de ses actions de maintien à domicile ?* ». La grille est constituée des thématiques et sous-thématiques émergeant du cadre théorique qui, pour rappel, est venu étayer le raisonnement avec la notion de processus de résilience ainsi que du Modèle de l'Occupation Humaine. Les catégories présentes dans cette grille d'entretien sont les suivantes :

- **Étude des occupations**
- **Analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention**
- **Intégration des changements & représentations du processus de vieillissement et situations de handicap**
- **Processus de résilience**

Chaque question de la grille d'entretien possède des éléments de réponse clairement établis afin de pouvoir discerner précisément, lors de l'analyse des entretiens, les éléments inattendus. Néanmoins, lors de l'introduction de cet entretien, les répondants seront invités à proposer spontanément des thèmes qui sont pour eux en lien avec la question de recherche. Cette démarche est effectuée dans la volonté de limiter les biais induits par les thèmes préétablis et d'ainsi permettre à chaque ergothérapeute interrogé de pouvoir livrer la singularité de ses moyens d'interventions. Il est également prévu dans cette grille quelques questions de relance si jamais l'interrogé se retrouve dans une situation d'incompréhension ou si ses propos s'éloignent trop de la question. Elles représentent un moyen simple et efficace de préciser une interrogation incomprise en la reformulant ou en donnant des détails sur certains termes.

Il est nécessaire de s'interroger sur la cadre de la loi Jardé pour la recherche à venir. Des personnes sont impliquées par le biais des ergothérapeutes. La recherche ne vise pas à « développer des connaissances biologiques ou médicales » et elle ne modifiera pas « la prise en charge des participants ». Elle est réalisée dans une volonté « d'effectuer des recherches portant sur les pratiques professionnelles » par l'intermédiaire d'entretiens, elle est donc « hors loi Jardé »(34).

## **2.4 Anticipation des biais**

L'outil choisit (entretiens) pour ce recueil de données peut induire des biais. Il semble intéressant de les identifier afin de les atténuer, à défaut de pouvoir les supprimer. Cette démarche d'anticipation représente un moyen de diminuer leurs impacts sur les données recueillies.

Tout d'abord le biais méthodologique apparaît en lien avec la formulation des questions qui peut induire une mauvaise interprétation. De plus, le biais de désirabilité sociale peut apparaître si les ergothérapeutes interrogés essayent de se montrer sous une facette positive lors de l'entretien. Pour terminer, des biais de similarité et de différence peuvent surgir chez l'intervieweur, s'il considère plus favorablement les personnes qui lui ressemblent, ou s'il considère plus défavorablement les personnes qui ne lui ressemblent pas.

Pour atténuer le biais méthodologique, il est possible par le test de faisabilité du dispositif d'améliorer la pertinence des questions. De plus, l'utilisation de questions de relance permet de pallier les erreurs d'interprétation. Concernant le biais de désirabilité sociale, plusieurs ergothérapeutes exerçant dans différents types de structures peuvent être interrogés afin d'obtenir différents points de vue. Les biais de similarité et de différence peuvent être atténuer grâce à l'adoption d'une posture de non-jugement de la part de l'intervieweur.

## **2.5 Test de faisabilité et de validité du dispositif**

Afin d'étudier la faisabilité et la validité du dispositif, un test est effectué au préalable avec un ergothérapeute. Ce professionnel répond aux critères d'inclusions évoqués précédemment mais ne fait pas partie de la cohorte d'ergothérapeutes sélectionnés pour l'enquête. Tout d'abord, ce test permet de s'entraîner à la passation de l'entretien afin d'améliorer l'élocution de l'intervieweur, la connaissance des questions et leurs enchaînements. Ensuite, il a pour objectifs d'analyser la formulation et la compréhensibilité des questions de l'entretien, de travailler la pertinence des questions proposées, d'améliorer les enchaînements entre les questions et de parfaire la fluidité de l'entretien.

A la suite de cet entretien test, certaines questions ont dû être reformulées car elles étaient difficiles à comprendre. Les questions de relances ont été retravaillées afin de mieux remplir leur rôle et de répondre aux objectifs présentés dans la grille d'entretien. Cela permettra d'alimenter l'échange avec des techniques de reflet (reformulation), d'écho (répétition), de synthèse partielle (résumé d'une partie du discours) et d'interprétation partielle (expression d'une attitude non verbale)(39). Des questions inaugurales ont été ajoutées pour permettre

d'entamer la réflexion autour des thématiques de la recherche. Elles permettent également de laisser la possibilité aux personnes interrogées de proposer du contenu sur d'autres thèmes que ceux proposés dans la grille d'entretien.

L'ensemble de cette démarche a permis d'améliorer la qualité et la fiabilité de l'entretien qui sera proposé aux ergothérapeutes interrogés. Les questions sont plus justes et les reformulations ont développé la pertinence des questions. L'outil théorisé de recueil de données est donc prêt à être utilisé pour les entretiens.

## **2.6 Déroulement de la recherche**

A la suite de recherches sur internet, la population d'ergothérapeutes interrogée lors de cette enquête a été démarchée par e-mail. Six ergothérapeutes ont acceptés participer à cette recherche en répondant à l'entretien. Ces professionnels exercent dans quatre types de structures différentes : CICAT, ESA, SSIAD et SPASAD. Au vu du contexte dans lequel s'est déroulé cette enquête (confinement sanitaire), deux modalités ont été proposées aux ergothérapeutes interrogés : un entretien téléphonique ou un entretien en visioconférence. La date et l'horaire ont été planifiées en fonction des disponibilités de chacun des participants.

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés afin de permettre la retranscription des données et informations. Dans un premier temps, ils ont débuté par des remerciements pour leur participation à la recherche. Une discussion s'est orientée sur leur parcours professionnel, leur lieu d'exercice et leurs potentielles formations complémentaires après le Diplôme d'État. Cette première interrogation a eu pour but de mettre en confiance l'interviewé, et de recueillir des données pouvant éventuellement servir à l'analyse des résultats. Ensuite, un contexte général, valable pour toutes les questions de l'entretien, a été établi : les questions se rapportent à une intervention de maintien à domicile d'une personne âgée. Il a permis de préciser le thème général et de ne pas répéter ces informations pendant l'entretien. L'ensemble des enregistrements se sont déroulés correctement. Les entretiens ont duré en moyenne cinquante minutes.

## **2.7 Choix des outils de traitement de données**

Les entretiens ont été retranscrits manuellement via le site internet otranscribe.com. Ce site facilite la retranscription en permettant de contrôler la vitesse de lecture de l'enregistrement audio et de réunir sur la même page un fichier audio et un fichier texte. La retranscription peut ensuite être exportée en fichier texte ou sur Google Drive®.

Dans un premier temps, l’analyse thématique est sélectionnée pour traiter les données des entretiens. Les thèmes repérés dans les retranscriptions des entretiens sont comparés à ceux présents dans la matrice théorique. Il est question d’effectuer une approche thématique des réponses des ergothérapeutes interrogés en « codant le discours selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture » (41).

Dans un second temps, l’analyse lexicale est choisie. Cette analyse consiste à réaliser un corpus comprenant l’ensemble des réponses de tous les ergothérapeutes interrogés. Le corpus est ensuite traité à l’aide du logiciel IRaMuTeQ®<sup>10</sup>. Ce logiciel permet l’analyse de données textuelles. Il est utilisé pour déterminer les occurrences<sup>11</sup> de mots, puis il détermine les cooccurrences<sup>12</sup> de mots entre les différents discours des ergothérapeutes. Au vu du nombre élevé d’occurrences, les trente occurrences de mots les plus fréquentes sont sélectionnées. Ensuite, IRaMuTeQ® offre l’opportunité de réaliser une modélisation des cooccurrences de mots grâce à la présentation « graphopt des communautés en halo ».

---

<sup>10</sup> IRaMuTeQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

<sup>11</sup> Occurrence : apparition d’une unité linguistique dans le discours

<sup>12</sup> Cooccurrence : apparition simultanée de deux ou plusieurs éléments dans le même discours

### **3. Résultats**

Une synthèse des résultats obtenus des entretiens avec les six ergothérapeutes va être présentée. Ensuite, comme évoqué précédemment, une analyse thématique des données recueillies sera effectuée.

Dans un premier temps une présentation succincte des ergothérapeutes interrogés sera réalisée afin de faciliter la lecture et la compréhension des données ainsi que de contextualiser les propos de chacun d'entre eux.

#### **3.1 Présentation de la population interrogée**

	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5	Ergo 6
<b>Structure d'exercice</b>	CICAT (depuis 1999)	CICAT	ESA	ESA	SSIAD (depuis 2 ans)	SPASAD + ESA
<b>Département d'exercice</b>	(59)	(69)	(84)	(13)	(75)	(75)
<b>Date d'obtention du diplôme</b>	1996	2011	1985	Non communiqué	2013	2018
<b>Expériences</b>	IEM <sup>13</sup> , Santé mentale, SSR <sup>14</sup> ,	UMG, SSR, EHPAD <sup>15</sup>	SSR, Revendeuse matériel médical, EHPAD	Non communiqué	SSR gériatrique	EHPAD
<b>Formation supplémentaire</b>	-	DU <sup>16</sup> en gérontologie sanitaire et sociale	-	-	-	Master en éducation thérapeutique

Tableau 3 : présentation de la population interrogée

<sup>13</sup> IEM : Institut d'Education Motrice

<sup>14</sup> SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

<sup>15</sup> EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

<sup>16</sup> DU : Diplôme Universitaire

### **3.2 Présentation des résultats de l'analyse thématique**

Les résultats de l'analyse thématique sont présentés dans les tableaux d'analyses des contenus des quatre thèmes ([Cf. Annexe 5, p.143](#) ; [Cf. Annexe 6, p.153](#) ; [Cf. Annexe 7, p.159](#) ; [Cf. Annexe 8, p.166](#)).

#### **3.2.1 Thème 1 : étude des occupations**

##### **❖ Ergothérapeute 1 :**

L'ergothérapeute 1 indique à propos de l'Être :

- la personne et de sa volition : « elles veulent garder leur autonomie et pouvoir penser par elles-mêmes, et parfois leurs enfants leur enlève »(l.28-29), « en général, ils savent très bien ce qu'ils veulent...»(l.49).

A propos de l'Agir, l'ergothérapeute 1 :

- prend en compte les occupations en envoyant une fiche de renseignement avant toute intervention « nous on envoie une fiche de renseignement...»(l.60),
- souligne les principales incapacités (habiletés motrices/opératoires) liées aux activités quotidiennes « c'est essentiellement au niveau de la salle de bain, les incapacités au niveau de la toilette et de l'habillage » (l.11-12). L'entourage et la famille peuvent être « aidants » (l.103) comme « problématiques » (l.88) en fonction de la situation.

A propos de l'environnement, l'ergothérapeute 1 :

- remarque des demandes en lien avec des difficultés d'utilisation de certains équipements « j'agis souvent par rapport aux demandes de pouvoir utiliser les équipements qui sont déjà au domicile avec l'incapacité de pouvoir les utiliser correctement ou pas du tout » (l.8-12).

##### **❖ Ergothérapeute 2 :**

Concernant l'Etre, il :

- note à propos des intérêts et habitudes des personnes âgées, que « la personne elle a le droit de ne pas être prête, chacun est libre de fonctionner comme il le souhaite c'est normal » (l.189-190),
- identifie que le corps médical représente des personnes « importantes » et liées aux « habitudes » des personnes âgées(l.207-208).

A propos de l'Agir, l'ergothérapeute 2 :

- souligne que les occupations matinales d'une personne âgée peuvent prendre du temps (rendement occupationnel) : « entre se lever, préparer son petit-déjeuner, faire sa toilette, ranger son intérieur pour la personne âgée il ne va pas être très loin de midi » (l.20-21),
- exprime être parfois confrontée à des refus et un manque de participation « la personne âgée ne va pas forcément proposer qu'on mette une barre d'appui chez elle, parce qu'elle ne veut pas par exemple » (l.214-216),
- relève les « capacités » et « incapacités » des personnes âgées et indique que ces informations peuvent être transmises spontanément (l.172).

En parlant de l'environnement, l'ergothérapeute 2 :

- appuie sur l'obligation de prendre en compte l'environnement de la personne « sur les activités "occupationnelles", il doit y avoir un objectif de lien avec l'environnement de la personne » (l.102-103),
- remarque que la douleur de la personne peut « se manifester par son environnement » (l.109-110),
- met en évidence l'importance de l'avis de l'entourage humain sur les décisions de la personne âgée « si la personne âgée voit que le fils ou fille est hyper partie prenante en disant que c'est super, du coup oui ça va être des facilitateurs » (l.217-218),
- insiste sur l'importance de l'entourage humain (professionnel avec les ASG par ex.) pour que les solutions mises en place avec la personne sont « pérennisées et perpétuées » (l.86).

❖ Ergothérapeute 3 :

Pour discuter de l'Être, l'ergothérapeute 3 :

- déclare, valeurs et intérêts, être intéressé par « ce qui important pour la personne » (l.26),
- souligne qu'essayer de « réhabiliter une activité qui n'a plus d'importance pour la personne, [c'est aller] à l'échec » (l.35-36),
- signale, concernant les déterminants et valeurs personnels, il signale que les personnes âgées ont le droit de « décider » et de « dire non » (l.315-316),
- indique qu'une activité qui n'est plus réalisée n'est pas obligatoirement liée à une incapacité mais peut aussi être liée à un manque de signification pour la personne « [...]tous sont capables, mais par contre elle n'y voit plus d'intérêt » (l.40-41).

En parlant de l'Agir, l'ergothérapeute 3 :

- remarque que la « mémoire procédurale » aide pour la reprise de certaines activités (l.39),
- reconnaît que « les capacités sont variables d'une personne à l'autre » (l.76-77),

- exprime que « c'est par rapport à ses fonctions exécutives qu'on voit les soucis » (l.125-126).

A propos de l'Environnement, l'ergothérapeute 3 :

- indique en parlant du rôle de l'aide, il indique avoir remarqué que « l'homme est plus facilement dépassé par toute cette gestion » (l.101),
- montre la fatigue et le poids que peut subir un proche aidant dans l'accompagnement d'une personne âgée en partageant certaines de ses expériences. Elle indique que la « famille » et « les différents paramédicaux » peuvent aider au « recueil » des informations nécessaires à l'intervention (l.256-258),
- souligne que le domicile reste « le lieu de la personne » (l.373).

❖ Ergothérapeute 4 :

En parlant de l'Être, l'ergothérapeute 4 :

- dit se focaliser « sur les activités qui ont du sens pour la personne » (l.167),
- tient compte des déterminants et valeurs personnels de la population âgée de « milieu rural » avec laquelle elle intervient « les femmes bossaient aux champs et élevaient les enfants et c'est tout » (l.137-141).

A Propos de l'Agir, l'ergothérapeute 4 :

- indique que le discours des personnes âgées à propos de leurs occupations, capacités et incapacités peut être variable « il y a des personnes pour qui tout va bien et qui n'ont "pas besoin de nous", et il y a d'autres qui vont parler d'ennui plutôt, ils ne vont pas dire qu'ils ne font rien, ils vont dire qu'ils s'ennuient » (l.26-28),
- identifie, à propos des habiletés, « des troubles cognitifs, troubles de la mémoire, qui sont souvent installés depuis longtemps » (l.12-15),
- déclare que certaines personnes peuvent être « désoccupées » (l.12) et que leurs capacités à s'exprimer à ce sujet « dépend de leur niveau d'anosognosie » (l.24),
- remarque que les personnes présentant des troubles cognitifs maintiennent des facilités à partager leur « histoire (enfance, adolescence, jeune adulte) » (l.148-151),
- souligne que les habiletés, capacités et incapacités d'une personne évaluées par un bilan normé ne reflètent pas obligatoirement le rendement occupationnel d'une personne âgée « la mémoire procédurale elle est ancrée, on peut donc avoir quelqu'un qui a un mauvais MMS et qui est pourtant très autonome à domicile » (l.76-78).

En évoquant l'Environnement, l'ergothérapeute 4 :

- remarque que l'aidant apporte une aide précieuse en fournissant des informations supplémentaires qui peuvent parfois contredire celles fournies par la personne âgée « et quand on fait un entretien avec l'aidant, c'est une catastrophe en réalité » (l.25-26),
- indique que les aidants ont parfois « besoin de se confier en-dehors de la présence de la personne » (l.157-158),
- tient compte de l'avis de l'aidant mais ne le suit pas forcément « si la demande de l'aidant n'a pas de sens pour la personne » (l.161-162).
- montre que le soutien apporté par des « aidants solides » peut être « facilitateur » et faire « perdurer » l'intervention (l.178-180).

❖ Ergothérapeute 5 :

A propos de l'Être, l'ergothérapeute 5 :

- Déclare, lors de son intervention avec la personne âgée, lui laisser « la possibilité de prioriser les activités sur lesquelles elle veut que j'intervienne » (l.12-13),
- Comprend le choix d'une personne ne souhaitant pas rester à domicile si elle se sent trop « dépendante » (l.144). L'ergothérapeute 5 ne le vit pas forcément comme un échec « c'est simplement que c'est le choix de la personne, que les services ne sont pas ou plus adaptés, parce que c'est le principe de réalité et c'est comme ça » (l.145-147).

Pour évoquer l'Agir, l'ergothérapeute 5 :

- remarque que « les activités de loisirs passent généralement un peu en dernier plan, et pourtant elles sont importantes » (l.33-35),
- constate que l'entretien peut être impacté par certains troubles et incapacités « selon l'incapacité de la personne de se modérer, on a des personnes qui sont très anxieuses, qui ont l'esprit qui dévie souvent de la conversation » (l.65-66).

En parlant de l'Environnement, l'ergothérapeute 5 :

- indique que sa prise en compte de l'avis de l'entourage était dépendant de « la cohérence que je décèle dans les propos de mon patient » (l.82),
- relève que « ce sont très souvent les aides-soignants qui m'orientent les patients » (l.90-91),
- affirme que le soutien à domicile est « vraiment conditionné par l'entourage social » et que « c'est ce qui va conditionner beaucoup plus le maintien à domicile que l'autonomie ou que les ressources financières ou que la présence d'un soutien professionnel » (l.253-256).

❖ **Ergothérapeute 6**

A propos de l'Être, l'ergothérapeute 6 :

- partage que parfois les personnes âgées demandent juste la mise en place d'une aide technique et n'ont pas « **envie qu'on rentre un peu plus dans leur intimité** » (l.12-13),
- demande systématiquement aux personnes ce qu'elles « **attendent de mes séances** » (l.58-59) et elle prend en compte si une activité est signifiante « **on commence par ce qui est le plus important pour eux** » (l.71), « **quand c'est signifiant pour la personne, ça passe plus facilement** » (249-250),
- intervient « **en fonction de son histoire passée** » (l.140-141).

En parlant de l'Agir, l'ergothérapeute 6 :

- rencontre des difficultés avec les « **personnes anosognosiques** » (l.78) et les « **personnes en fin de vie pas communicantes** » (l.99-100),
- indique que les « **troubles cognitifs leurs font perdre plein de temps** » (l.216-217).

Pour évoquer l'Environnement, l'ergothérapeute 6 :

- remarque que dans certaines interventions, les personnes âgées « **n'ont pas obligatoirement choisi qu'on vienne, c'est plus souvent l'aidant ou le médecin** » (l.230-231),
- note l'importance de recueillir « **le regard de l'aidant car avec les personnes avec des troubles cognitifs, c'est aussi bien de pouvoir avoir les deux versions** » (l.46-50),
- désigne la famille comme « **primordiale** » (l.121-122),
- déclare être amenée à intervenir pendant que « **la personne est train de recevoir ses soins donc ce n'est pas évident de poser plein de questions** » (l.104-106). Ces difficultés sont la conséquence de « **problèmes de clefs** » liés à son intervention « **en pleine ville** » (l.108),
- qualifie le rôle des autres professionnels comme « **important** » (l.124-125),
- indique que son intervention peut « **libérer l'aidant, qui va pouvoir sortir une heure ou deux prendre l'air et souffler** » (l.198-199).

### **3.2.2 Thème 2 : intégration des changements et représentations du processus de vieillissement et situations de handicap**

❖ **Ergothérapeute 1**

A propos de la perte d'objet, il :

- remarque par rapport à la gestion de la disparition d'habitudes de vie en lien avec des objets obsolètes que certaines personnes âgées ont des « **blocages...parce qu'elle ne pensait pas que ce serait aussi contraignant techniquement et parfois aussi cher** » (l.36-37),

En parlant de la perte de fonction, l'ergothérapeute 1 :

- indique que leurs capacités d'adaptation vont influencer leur implication dans le projet de soin « **la personne est complètement actrice du projet et c'est elle qui veut faire les travaux, c'est elle qui a choisis de faire les travaux et à ce moment-là c'est assez simple** » (l.18-20).

L'ergothérapeute 1 n'évoque pas la perte de soi pendant l'entretien.

### ❖ Ergothérapeute 2

Concernant la perte d'objet, il :

- décrit « **suite à une perte [...] d'un proche, de toute façon on palpe la douleur de la personne** » (l.107-109).

A propos de la perte de fonction, l'ergothérapeute 2 :

- rencontre parfois des personnes ayant des difficultés à auto-évaluer leurs incapacités, « **après si la personne ne comprend vraiment pas du tout, je ne sais pas, je n'ai jamais eu ce cas de figure** » (l.178-179),
- signale que « **les pertes d'autonomie qui sont liées au vieillissement font écho à beaucoup d'autres pertes** » (l.262-263).

Au sujet de la perte de soi, il :

- observe chez certains concernant les relations des personnes avec la perception de leur corps et l'image qu'elles renvoient « **une perte de poids, une négligence au niveau vestimentaire, au niveau de l'apparence** » (l.119-120).

De plus, il remarque également que « **la perte reste quelque chose de négatif, d'un point de vue sociétal aussi** » (l.263-264). Il dit « **qu'en ne voyant personne, en étant seul, ce symptôme de tristesse se découpe** » (l.276-277).

### ❖ Ergothérapeute 3 :

Concernant la perte d'objet, l'ergothérapeute 3 :

- Développe un exemple concernant la perte d'un objet d'investissement (ici la perte d'une épouse) pour exprimer le fait qu'il prenait des nouvelles des personnes étant exposées à ce type de situation « **je lui ai téléphoné pour savoir dans quel état il était, avec le confinement, pour savoir s'il allait bien** » (l.77-80).

Pour évoquer la perte de fonction, il :

- remarque qu' « **elle peut rencontrer des difficultés dans une activité, elle peut l'abandonner. Donc si une activité ne se fait plus, c'est peut-être parce qu'elle s'est retrouvée face à trop**

de difficultés... », « ... parce qu'elle n'arrive plus à voir ce qu'elle peut faire et elle se sent totalement incapable de faire cette chose » (l.45-48),

- dit que parfois la personne âgée peut auto-évaluer ses incapacités « elle dit avoir des difficultés à ce niveau-là » (l.135-136),
- parle d'un exemple d'adaptation d'une personne âgée à ses incapacités pour l'activité rentrer dans une baignoire : « ...des personnes qui ont pris l'habitude de s'asseoir sur le bord, de s'accrocher au bord, il y a celles qui n'arrivent pas à lever la jambe, à fléchir au niveau de la hanche, qui va se pencher en avant et qui va lever la jambe et va faire plutôt une extension de hanche » (l.182-187),
- exprime que les mises en situations permettaient de mieux cerner les capacités d'adaptation « oui, pour voir si elle arrive à s'adapter, si elle arrive à trouver des changements » (l.207),
- développe autour des limites de l'adaptation dont peuvent faire preuve les personnes âgées « elle s'est adaptée dans sa façon d'entrer dans sa baignoire, mais elle s'est adaptée 20 ans auparavant. Voilà il y avait plus de capacités d'adaptation. Donc on peut avoir des systèmes aussi qui ont été mis en place par la personne, à une époque elle a su s'adapter, et à un moment, elle atteint la limite de ces adaptations possibles » (l.209-212),
- poursuit en évoquant l'adaptation aux aides techniques « une aide technique, il faut que la personne puisse se l'approprier, il faut que ça vienne s'harmoniser dans son environnement, et pas quelque chose qui fasse tâche et qui crée blocage » (l. 373-375). De plus, elle signale que « si vous avez une personne qui ne voit pas bien, mais elle a l'habitude, elle sait que tel objet et à tel endroit, et tout se fait comme ça » (l.377-378),

En parlant de la perte de soi, l'ergothérapeute 3 :

- remarque que parfois la personne âgée « n'arrive plus à se projeter » (l.56).

#### ❖ Ergothérapeute 4 :

L'ergothérapeute 4 pose des questions au sujet des « échecs et pertes qu'ils ont pu avoir » (l.132). Il n'évoque pas la perte d'objet au cours de l'entretien.

Concernant la perte de fonction, l'ergothérapeute 4 :

- évoque les difficultés d'auto-évaluation de leurs capacités et des risques qui y sont liés : « les personnes ne veulent souvent pas l'entendre avant que l'incident (la chute) soit arrivé » (l.207-208).

A propos de la perte de soi, il :

- souligne, « ils ne veulent pas l'entendre qu'ils vont vieillir, qu'ils vont être dépendant » (l.208-211).

❖ Ergothérapeute 5 :

Il n'évoque que la perte de fonction :

- en déclarant que « ce sont ses capacités d'adaptations qui vont orienter vers la proposition d'une solution plutôt qu'une autre » (l.42-43),
- en signalant que parfois les personnes avaient du mal à auto-évaluer et parler de leurs incapacités « la personne dit souvent "ça va bien" et nous sommes obligés de creuser parce que les problèmes n'émergent pas spontanément » (l.74-75),
- en évoquant les capacités d'adaptation « elle préfère s'adapter, s'appuyer sur leur environnement [...] » (l.100),
- en remarquant que quelquefois l'intervention « ne convenait pas, elle n'avait rien et finalement elle s'adaptait » (l.103-104),
- en indiquant que « la personne est capable de s'adapter à pleins de choses, elle a quand même pas mal de ressources, d'autonomie [...] » (l.175-178).

❖ Ergothérapeute 6 :

Il n'évoque également que la perte de fonction :

- dit que « les mises en situation c'est une des meilleures façons de voir justement les capacités préservées et qu'est-ce que la personne à mis en place aussi elle-même comme adaptations pour maintenir ses activités » (l.34-36),
- cherche à comprendre : « qu'est-ce qu'ils ont mis en place justement quand c'est difficile ? Parce que justement ils peuvent mettre des stratégies qui les ont aidées et chacun va pouvoir s'appuyer dessus pour pouvoir en trouver d'autres et pour d'autres activités » (l.41-45),
- souligne que l'aïdant apporte une aide par rapport aux difficultés de la personne âgée éprouve à auto-évaluer ses incapacités « c'est plus souvent dans le sens où la personne n'a pas forcément conscience de ses troubles mais par l'aïdant va apporter des solutions. » (l.53-55),
- poursuit à propos de l'auto-évaluation des incapacités : « il y en a d'autres où on ne peut jamais vraiment passer le seuil de la porte, ils refusent toutes les mises en situation parce que pour eux tout va bien » (l.81-82).

### **3.2.3 Thème 3 : processus de résilience**

#### **❖ Ergothérapeute 1 :**

A propos des traumatismes, il n'évoque rien au cours de l'entretien.

En parlant des mécanismes de défense, l'ergothérapeute 1 :

- parle d'un mécanisme de défense que mettent parfois en place les personnes âgées lors de ses interventions à domicile : « ...même si des fois ils obstruent un peu les choses négatives » (l.93-94).

Au sujet de la reconstruction, il :

- dit également que lorsque les enfants choisissent seuls les aménagements à réaliser pour la personne âgée « c'est beaucoup plus compliqué pour la personne d'accepter son vieillissement on va dire, et les transformations qui pourraient être amenées à être faites chez elle » (l.21-23),
- remarque lors du retour à domicile des personnes âgées hospitalisées qu'« elles sont vraiment dans une problématique d'acceptation de leurs déficiences » (l.87-88).

#### **❖ Ergothérapeute 2 :**

A propos des traumatismes, l'ergothérapeute 2 :

- signale que dans une situation où une « personne âgée perd en lien social » peut aboutir à la « dépression » car « le fait d'être isolée la rend davantage fragile » (l.14-15),
- poursuit avec les problématiques d'isolement en disant : « ce qui est compliqué, c'est pour les personnes qui sont assez isolées » (l.115-116),
- dit « on voit le degré d'impact de la perte d'autonomie sur le moral de la personne » (l.156),
- indique que « les personnes âgées sont soumises à des symptômes propres à la dépression » (l.256-257).

En parlant des traumatismes, il :

- évoque « le déni de leur perte de capacité » (l.142-143),
- confie également à propos des personnes âgées refusant les aides techniques « on est clairement face à un déni des incapacités » (l.174-175).

Au sujet de la reconstruction, l'ergothérapeute 2 :

- déclare « accompagner les gens en séances pour qu'ils puissent intégrer un groupe, essayer, et se faire une idée de ce que c'est » (l.68-69),
- qualifie la « relation de confiance » de « très importante » (l.72),
- essaie de « leur montrer qu'elles sont encore capables » (l.75-76),
- indique que parfois « ça prend beaucoup de temps pour que la personne accepte » (l.187),

- remarque que l'entourage de la personne va « aussi pouvoir permettre de faire accepter des fois des choses qu'on propose » (l.214).

❖ **Ergothérapeute 3 :**

A propos des traumatismes, il :

- partage une expérience d'une discussion avec une personne « on a une personne qui craque, on a une personne qui pleure, et on revient là-dessus » (l.271-272).

En évoquant les mécanismes de défense, l'ergothérapeute 3 :

- indique que certaines personnes « commencent et laissent de côté en se disant "et bien je m'en fiche" » (l.166-167),
- précise que les moyens de défense peuvent passer par des « non-dits » pour ne pas se retrouver « en face de ses incapacités » (l.174-176),
- exprime que la personne âgée peut être dans « la plainte », dans « la colère » et qu'« elle a besoin d'exprimer ça mais elle n'est pas en recherche de solutions » (l.220-221),
- indique que même lorsque les conseils sont relayés par « plusieurs services », il peut arriver que ce soit « toujours non » (l.285-287),
- trouve que « les aides à domicile qui sont mises en place une fois par semaine, quand la personne est en refus, c'est souvent difficile à accepter, et c'est difficile à mettre en place » (l.114-116).

A propos de la reconstruction, il :

- remarque que « dans l'ensemble les femmes s'en sortent mieux quand elles sont les aidantes, que les hommes, dans l'ensemble » (l.98-99),
- spécifie qu'« il est difficile pour une personne âgée d'initier un changement, mais ce qui ne veut pas dire que lorsque qu'il y a un changement, ils n'ont pas de capacités à s'y adapter. Ce sont deux choses différentes » (l.108-110),
- indique que pour prendre en compte les capacités d'adaptation, il faut aussi savoir « dans quelle condition elle a pu s'adapter » (l.182),
- précise que lorsqu'une personne âgée traverse une période difficile « le tout c'est d'accepter le deuil » et que « suivant dans quelle phase on arrive, il est possible qu'il n'y ai pas de solution » (l.218-220).

❖ **Ergothérapeute 4 :**

En parlant des traumatismes, il :

- remarque que « la mise en échec dans les mises en situation » peut être « très mal vécu aussi donc il faut faire attention » (l.90-92),
- relève pendant les entretiens des « choses qui émotionnellement ont pu compter pour eux, les marquer positivement ou négativement leur histoire de vie... ce sont des choses qui reviennent, des traumatismes qui refont surface » (L.133-137),
- constate qu'« il y en a beaucoup qui ont souffert, de leurs conditions de vie, de leur couple, de leur rôle d'épouse, de leur rôle de mère » (l.141-142).

Au sujet des mécanismes de défense, l'ergothérapeute 4 :

- Repère du « déni » dans ses entretiens quand les personnes âgées « cachent beaucoup de choses » (l.32-33),
- note que la prise en compte des capacités adaptatives d'une personne âgée face aux pertes peut être réalisée « quand il n'y a pas de déni trop important » (l.37-38).

A propos de la reconstruction, il :

- dit que « s'ils acceptent de se faire aider, c'est qu'ils travaillent sur l'acceptation de leur perte d'autonomie », et ajoute « le processus d'acceptation peut être très lent chez les personnes âgées et qui est parfois encore beaucoup plus lent chez les aidants... Quel que soit nos moyens d'interventions et les activités qu'on propose, finalement l'objectif caché de tout ça, c'est vraiment l'acceptation des aides extérieures » (l.98-102),
- termine à propos du processus d'acceptation en disant « quand ils commencent à accepter de se faire aider, c'est qu'ils commencent à accepter qu'ils soient plus vieux, qu'ils soient plus dépendants » (l.105-106).

❖ **Ergothérapeute 5 :**

Au sujet des traumatismes, l'ergothérapeute 5 :

- pense que « ça justifie complètement la prise en charge et mes préconisations » (l.40), Il signale que « c'est vécu comme un échec le fait qu'elle ne puisse pas rester à domicile » (l.144-145).

A propos des mécanismes de défense, il :

- parvient à repérer « quelqu'un qui a du déni » (l.84),
- remarque que « la personne elle est chez elle et si jamais elle se braque, au pire, elle n'ouvrira plus la porte » (l.136-137),

- souligne que parfois, pour les « personnes qui sont isolées », ces défenses peuvent aller jusqu'à « refuser absolument toutes les adaptations, quitte à mettre en danger la santé des soignants qui interviennent » (l.153-155).

Pour la reconstruction, l'ergothérapeute 5 :

- évoque la notion d'identification du tuteur de résilience en disant « on est face à une personne isolée, socialement dépendante, qui a besoin de tuteurs. Tout cela va aussi un peu conditionner mon implication dans la mise en place des préconisations » (l.169-171).

#### ❖ Ergothérapeute 6 :

Au sujet des traumatismes, il :

- rencontre des personnes âgées « pas très stable psychologiquement » (l.143-144),
- ajoute « une personne qui vient d'avoir un handicap ou l'annonce d'un diagnostic et qui a besoin d'aller de l'avant, oui on a tout à fait notre place, ça fait partie du suivi » (l.157-159),
- partage également une expérience professionnelle avec un monsieur présentant une maladie d'Alzheimer qui « était complètement sous l'eau » depuis un an (l.159-160).

A propos des mécanismes de défense, l'ergothérapeute 6 :

- indique rencontrer parfois des situations où « c'est l'aïdant qui dit "non tout va bien" mais en général c'est plus un moyen de défense » (l.51-52).

En évoquant la reconstruction, il :

- signale ne pas connaître « d'outil d'évaluation pour l'accompagnement au changement » et il ajoute « on voit vite quand la personne ne veut pas changer. Mais voilà c'est surtout du ressenti, des observations et des entretiens » (l.114-118),
- explique que « des discussions sur comment ils ont fait face, ça peut aider pour quand ils sont en difficultés » (l.145-147),
- partage que lorsque « la personne ne veut pas du matériel mais qu'il est nécessaire pour poursuivre les soins, l'accompagnement au changement n'est pas évident..., c'est tout un travail la convaincre de la nécessité » (l.238-241), de même lorsque « ce n'est pas une demande de la personne, mais que c'est une demande des soignants, c'est plus compliqué » (l.248-249),
- remarque que « l'acceptation de certaines choses reflète son handicap et sa situation d'autonomie et d'indépendance » (l.250-254).

### **3.2.4 Thème 4 : analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention**

#### **❖ Ergothérapeute 1 :**

A propos des conséquences de l'Agir, il :

- définit comme « compliqué » la situation où « ce sont les enfants qui ont décidé, et finalement les parents deviennent des enfants de leurs enfants » (l.23-24),
- identifie comme conséquence que les personnes âgées peuvent se retrouver avec « un aménagement qu'elles n'auront pas voulu et qu'elles n'utiliseront pas parce qu'elles en ont peur » (l.26-28).

Au sujet des moyens d'intervention, l'ergothérapeute 1 :

- dit intervenir « pour le long terme » (l.33-34),
- est parfois confronté à des demandes d'aménagements non financables « une cabine de douche avec un receveur de 10cm, ça ne sera pas financé par les financeurs » (l.41-42),
- indique « [...] je n'utilise pas de grille. je fais ça sous forme de dialogue, de questions réponses, je n'ai pas de grille sous la main pour faire rentrer la personne dans des cases » (l.45-47),
- explique être présent « pour apporter des conseils » (l.49), et ajoute « qu'il y a beaucoup d'observation » (l.52),
- indique que suite à son évaluation « la demande de départ ce n'est pas forcément l'aménagement qui va être proposé » (l.68-72),
- explique que « la visite du domicile » (l.63-64) lui donne l'opportunité d'évaluer « ce qui est nécessaire de mettre en place » (l.63-64), ce qui lui permet également de « remarquer autre chose qui n'était pas présent dans la demande initiale » (l.72-76),
- souligne parfois une méconnaissance de « la possibilité de prise en charge » des solutions (l.77-79),
- utilise « l'entretien » et « l'observation de la personne et de son domicile » (l.82-83).
- rédige un compte-rendu envoyé à la personne pour qu'elle puisse vérifier les informations saisies et potentiellement corriger les erreurs d'interprétation, « ça appartient aussi à la personne et elle a tout à fait le droit de le faire modifier. Et on le modifie sans souci si on a mal interprété les informations qu'elle a pu nous donner » (l.124-127). Dans ce compte-rendu elle « inscrit toutes les propositions d'aménagements » (l.131-132). Ce compte-rendu est « mix de toutes les informations, de tout ce qu'on a compris de ses occupations, de son état actuel, si elle est en pleine phase d'acceptation ou pas, si elle arrive à s'adapter... ensuite on accompagne avec les études des devis, on aide dans les dossiers d'aides financières à monter » (l.136-140),

En parlant de l'examen en profondeur des options proposées, il :

- exprime « être dans l'empathie » et « essayer de faire comprendre à la personne que son état de santé est différent d'avant son hospitalisation » (l.89-91),
- remarque que les personnes âgées « ne comprendraient pas si j'arrivais avec une grille » (l.47-49),
- indique « essayer de lui montrer le gain qu'elle pourrait avoir avec les aménagements et les difficultés qui pourraient être moindre dans son quotidien » et « d'essayer de reformuler ses difficultés pour qu'elle puisse en prendre vraiment conscience » (l.94-98),
- témoigne que parfois les préconisations « venant d'une personne extérieure, d'un professionnel, ça peut être plus facilement entendable et assimilable que si c'était un enfant qui l'avait dit » (l.104-105)
- explique être parfois « facilitateur de la prise de conscience des difficultés plutôt que l'entourage » (l.105-107).
- dit « si au final la personne ne veut qu'un des projets proposés, à ce moment-là, on remodifie le compte-rendu » (l.132-134),

#### ❖ Ergothérapeute 2 :

A propos des conséquences de l'Agir, il :

- explique que « ce qui va compter c'est surtout de faire la part entre les activités en effet liées aux besoins primaires et les activités secondaires » (l.11-12),
- indique que « la part des activités sociales » peuvent être réduites à cause des autres activités qui prennent « plus de temps » (l.16-17),
- souligne que la prise en compte partielle des « les pertes et traumatismes » peut aboutir à des « fragilités majorées » et des « dégradations en chaîne » (l.31-34),
- signale que les pertes et les douleurs peuvent avoir des conséquences sur les activités : « elle ne va pas vouloir participer, elle va être dans une souffrance » (l.109).

En évoquant les moyens d'intervention, l'ergothérapeute 2 :

- dit que « tout est à évaluer » (l.16),
- exprime prendre en compte « le rythme » (l.22) de la personne âgée,
- indique que discuter des pertes, des changements et des traumatismes « peut faire revenir sur des bons souvenirs...qui pourront être repris dans des moments où ça va moins bien » (l.42-43),

- déclare ne pas utiliser « d'évaluation normée type MCRO<sup>17</sup> » mais baser son évaluation sur « les activités de plaisir qui ont été arrêtées à cause de la pathologie ou des incapacités » (l.48-50),
- trouve intéressant de « hiérarchiser la priorité de la personne » (l.54),
- pense « qu'il ne faut pas sortir du cadre de ce qu'on nous a appris, c'est-à-dire de se fixer des objectifs à court, moyen et long termes. A court terme, réaliser une activité avec la personne dans son domicile, c'est quelque chose qui me semble intéressant pour voir si c'est fonctionnel. Si ça ne l'est pas, la tourner vers quelque chose vers d'autres structures comme les CCAS<sup>18</sup> ou avec une activité de secteur proposé par la mairie » (l.79-83),
- déclare « l'évaluation primaire des besoins occupationnels n'est pas figée dans le temps » (l.89-90),
- dit « j'utilise l'observation. on fait une prise en charge holistique de la personne » (l.106),
- poursuit en disant « pour tout ce qui est plutôt fonctionnel, on va leur proposer du matériel et leur proposer de l'essayer si ça les intéresse. Mais tout va passer par l'observation des activités de la personne » (l.146-148),
- s'appuie sur un « travail avec les psychologues » (l.166). Pour lui, « les psychologues peuvent nous aider à voir le degré d'acceptation de la perte » (l.170). Il pense que la collaboration avec les psychologues « est trop peu développée à domicile pour les personnes âgées, ce qui est vraiment dommageable à mon avis » (l.167). Confronté aux refus des préconisations, il explique qu'« il faut se rapprocher d'une équipe pluridisciplinaire et d'acteurs qui connaissent peut-être mieux la personne » (l.182),
- « met en place des gestionnaires de cas » pour les personnes en rupture de soins (l.192),
- analyse qu'« il faut toujours réévaluer l'activité qu'on aura choisi avec la personne et marquer quels sont les facilitateurs et les freins de la mise en place de notre prise en charge. Parce qu'à chaque fin de séance c'est réévaluable » (l.83-85),
- exprime que « tout est question d'équilibre dans ses occupations ! » (l.232),

Au sujet de l'examen en profondeur des options proposées, il :

- partage que son accompagnement est « beaucoup plus prononcé » (l.67) lorsque la personne âgée ne se sent plus « capable » (l.64),
- essaye de « tourner les personnes vers l'extérieur également » et « surtout leur redonner confiance en elle, les revaloriser et leur montrer qu'elles sont encore capable » (l.74-76),

---

<sup>17</sup> MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

<sup>18</sup> CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

- évoque le cas des « personnes qui ont des troubles cognitifs qui apparaissent ou se dégradent, je pense que c'est aussi un travail d'équipe » (l.95),
- signale « je me suis occupé de beaucoup de personnes isolées qui n'avaient pas vécues récemment de perte significative, ...je n'ai pas forcément le recul nécessaire » (l.122-123),
- indique « je pense en plus que notre regard de réadaptateur est complètement inscrit dans cette prise en charge, plus que sur une perte humaine où c'est de l'observation pure » (l.133-134). Durant son intervention, elle indique qu'« il faut expliquer notre démarche » (l.211) et qu'il faut « identifier les personnes qui vont être facilitatrice » (l.219). Il définit des « objectifs à court, moyen et long termes » (l.80). Dans le projet, « il faut inclure les professionnels qui entourent la personne âgée et l'entourage » (l.240). Ces préconisations peuvent inclure la « mise en place de l'aide humaine » (l.262).
- indique parfois « revenir sur les objectifs qu'on s'était fixés dès le départ et prendre une autre direction » (l.88) et « partager avec les autres personnes qui peuvent intervenir à domicile » (l.91). Selon elle, « sans l'appui d'un professionnel comme un psychologue c'est dur de poursuivre l'avancée de la prise en charge » (l.188),
- remarque que « des fois les enfants vont être au contraire, pas facilitateur du tout mais dégradant dans la situation » (l.220-221),
- trouve que « c'est vraiment délicat de savoir qui entre la famille ou l'équipe médicale peut nous aider » (l.224),
- dit en parlant de la dépression : « je trouve que [c'est quelque chose] qu'on ne prend aujourd'hui pas assez en charge » (l.258),
- spécifie : « on ne met pas assez l'accent sur la valorisation de ce que les personnes peuvent encore faire et je ne sais pas en tous cas si l'amélioration de l'accompagnement psychologique de ces personnes pourrait faire en sorte de changer un peu le regard de la société sur les personnes âgées qui sont encore capable finalement » (l.264-267).

### ❖ Ergothérapeute 3 :

En évoquant les conséquences de l'Agir, l'ergothérapeute 3 :

- décrit la prise en compte du déséquilibre occupationnel comme « la première chose qui va nous intéresser » (l.18-21),
- ajoute « on est là pour voir surtout l'incidence, des troubles sur le quotidien, sur les activités du quotidien. Donc c'est vraiment : voir ce que la personne avait l'habitude de faire et ce qu'elle ne fait plus » (l.22-24),

- dit « elle doit savoir, mais finalement elle n'y arrive pas. Quand elle est devant le fait, elle ne sait plus par quoi commencer, elle ne sait plus organiser, planifier, elle ne s'en sort pas » (l.133-135). Ces atteintes peuvent influer sur son entretien « elles ne peuvent pas par le discours nous dirent réellement ce qui ne va pas » (l.167-170).

A propos des moyens d'intervention, il :

- a pour objectif « de voir ce que les troubles cognitifs vont entraîner comme difficultés dans le quotidien » (l.18-21),
- déclare « faire attention » à la provenance du « désintérêt » ou du manque « d'importance » pour une activité (l.36-38),
- indique « quand on approche une personne, il y a toute une globalité à prendre en compte. Son histoire de vie, ses habitudes, ses routines, ses motivations. On prend tout en compte » (l.72-74),
- utilise l'«observation» (l.214), et « les mises en situations » (l.139),
- Choisit les mises en situations « en fonction de ce que va exprimer la personne, sur les difficultés qu'elle peut avoir » (l.140),
- signale « quand je rentre chez les gens, je ne sors pas de papier, je ne sors pas de dossier, je ne sors rien. Alors ce que j'aime bien c'est qu'on s'installe au salon, on discute, et le discours va partir dans tous les sens, entre guillemets » (l.145-148),
- exprime « parfois je conseille le CMP<sup>19</sup> parce que la personne a besoin d'écoute » (l.226),
- Dit « on fait automatiquement un bilan final de notre intervention » (l.348).

Au sujet de l'examen en profondeur des options proposées, l'ergothérapeute 3 :

- explique, à propos de l'accompagnement au changement, que lorsqu' « une aide qui va être mise tous les jours, ça rentre plus facilement dans leur routine » (l.116-117),
- indique « rester ouverte » (l.245-247), faire des propositions sans les imposer, « j'accepte que pour l'instant elle n'en veut pas » (l.241),
- poursuit en parlant de l'importance que l'information et les conseils soient distillés par plusieurs personnes « quand les gens l'entendent une fois, ils l'entendent d'un autre et encore d'un autre, ça commence à prendre de l'importance pour elle.... Il s'agit surtout de garder l'ouverture » (l.258)
- indique que durant son intervention « on ne part jamais de l'aide technique, on part de la personne » (l.384),

---

<sup>19</sup> CMP : Centre Médico-Psychologique

- parle des capacités d'adaptations en disant « si on ne lui montre pas comment il faut l'utiliser, si on ne s'entraîne pas avec elle, si on ne lui permet pas de s'approprier un objet, elle ne peut pas non plus s'y adapter » (l.190-196),
- déclare « quand ça se ferme, que la relation se ferme, c'est qu'à ce moment-là, elle n'a pas avancé dans l'acceptation » (l.222-224), « parce que de toute façon, tant qu'elle en est à ce niveau et bien je ne peux rien faire. Il faut accepter que l'on ne puisse pas résoudre tous les problèmes » (l.231-233), « il faut surtout être présent à la bonne phase de la personne, au moment où elle est mure » (l.278). « le temps est en notre faveur par le fait que l'on va intervenir minimum sur 3 mois,... on tisse des liens » (l.318-320).
- explique, en parlant de la relation de confiance, « elle va permettre aussi de trouver l'élément qui empêche d'accepter une adaptation, d'accepter un changement » (l.296-297), « la relation de confiance c'est avant tout l'écoute, c'est l'absence de jugement, c'est l'absence d'ego » (l.311)
- explique « on n'est pas l'élément essentiel qui va faire le maintien à domicile, parce qu'il y a trop de facteurs qui entrent en jeu pour un maintien à domicile, trop de facteurs, et il y a une part émotive qui est énorme » (l.361-363),
- remarque « on peut avoir un impact négatif si on vient changer de grosses habitudes » (l.376).

#### ❖ Ergothérapeute 4 :

##### Au sujet des conséquences de l'Agir, l'ergothérapeute 4 :

- déclare « on arrive sur des situations où on a des personnes qui sont déjà bien "désoccupationnées" » (l.11-12).

##### Concernant les moyens d'intervention, il :

- dit « on essaye de questionner l'histoire de vie de la personne. Moi c'est ce que je fais lors de mes premiers entretiens avec les patients » (l.15-16),
- déclare « au début de mon exercice en ESA j'utilisais beaucoup de bilans, de MMS, d'IADL<sup>20</sup> » (l.47), « j'ai un document papier maison avec des questions... Je travaille avec une infirmière qui fait tous les bilans de premières évaluations avec moi » (l.51-53), « on fait le GIR<sup>21</sup>. Je suis dans l'observation, dans l'échange et dans l'humilité énormément », « on respecte, on discute et on observe beaucoup » (l.55-56),

---

<sup>20</sup> IADL : Instrumental Activities of Daily Living (ou évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne)

<sup>21</sup> GIR : Grille Iso Ressources

- signale avoir fait « la formation COTID<sup>22</sup> » (l.82), « je n'ai pas d'outils mais la formation COTID a été très précieuse. De l'observation, de la mise en situation » (l.89), « donc beaucoup d'observation voilà, c'est vraiment de l'échange, de la douceur de la présence. Être présent pour la personne, la remettre au centre de sa vie » (l.93-94),
- explique que « le savoir-être est très important. Ça va servir à se faire accepter en tant qu'accompagnant et pas uniquement en tant que soignant. Et du coup, c'est un moyen de permettre à la personne d'accepter ses déficits et ses incapacités » (l.96-98), « on valide, on est là, on écoute, on ne juge pas, c'est vraiment du savoir-être » (l.113), « il faut un positionnement professionnel » (l.120), « nous on fonctionne d'égal à égal. On est deux êtres humains, on est égaux... L'écoute est très importante aussi. Je pense que lorsqu'on se met d'égal à égal aussi avec les gens, ils acceptent plus facilement » (l.124-126),
- explique qu'il faut « prendre les informations sans juger, même si ça peut parfois se confronter à nos valeurs et nos histoires, nos connaissances, mais après ça leur appartient » (l.145-146),
- dit faire « un travail de fond sur l'acceptation que des personnes viennent les aider à la maison sur n'importe quel sujet » (l.102), « on peut faire du conseil en matériels, proposer des relais intéressants en accueil de jour, proposer l'utilisation d'un agenda adapté et d'une horloge à date, l'utilisation d'un four avec des petites aides » (l.183-185),
- précise que « la discussion et la validation par l'ergothérapeute qui vient à la maison est très importante », « qu'on leur valide que c'est une bonne idée, ça peut avoir un fort impact » (l.193-194).

En parlant de l'examen en profondeur des options proposées, l'ergothérapeute 4 :

- constate être appelée « très tard » sur des situations et qu'en arrivant « c'est le désert au niveau des activités » (l.14),
- explique au sujet de la relation avec la personne âgée « quand je commence à rentrer en relation, peut-être que la semaine d'après quand j'y retournerai, il n'y aura peut-être pas le même discours. Il y aura une reconnaissance de l'échange et du lien et il va pouvoir y avoir des portes qui s'ouvrent sur les incapacités et une envie d'envisager certaines aides techniques » (l.38-42), « on rentre dans leur intimité » (l.56),
- identifie comme « délicat » (l.60) d'être la première personne soignante à intervenir avec une personne âgée.

---

<sup>22</sup> COTID : Community Occupational Therapy In Dementia (ou Ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants).

- signale « alors attention, je suis toujours frileuse par rapport à la mise en échec dans les mises en situation, parce que ça peut être rédhibitoire pour la suite de l'accompagnement et que les personnes nous acceptent » (l.90-92),
- indique que « la personne extérieure peut être considérée comme une personne avec laquelle on peut plus facilement se confier par rapport à sa famille où l'on peut avoir peur d'être jugée » (l.118-120),
- indique qu'« il faut l'entendre la demande de l'aidant quand même » (l.162),
- exprime « si on intervient à nouveau l'année suivante, on pourra travailler sur des choses qui auront été acceptées pendant tout ce temps d'absence », « on n'est qu'un catalyseur ! On ne fait parfois que réenclencher la machine et c'est tout. Et ça aussi ça va dans le sens de l'acceptation de la perte » (l.168-171),
- exprime « on nous demande beaucoup de faire de la prévention ! Le problème c'est que chez la personne âgée, faire de la prévention c'est de l'anticipation négative ! C'est hyper anxiogène ! Et c'est vrai que ce n'est pas forcément comme ça qu'on accompagne les gens dans la perte d'autonomie » (l.202-206).

❖ **Ergothérapeute 5 :**

En parlant des conséquences de l'Agir, l'ergothérapeute 5 :

- dit au sujet de la prise en compte du déséquilibre occupationnel « je dirais que pour moi c'est clairement central, dans mes interventions, je pense que c'est quelque chose qui va guider toutes mes préconisations » (l.15-16).

Au sujet des moyens d'intervention, il :

- indique : « l'entretien c'est un outil qui est vraiment intéressant, car c'est un outil qui permet d'approfondir. Cet entretien je l'axe, généralement, sur un déroulement de journée type » (l.46-47), « je me base beaucoup sur l'ADL<sup>23</sup> et IADL,...Il y a juste besoin éventuellement de compléter sur une ou deux questions sur les loisirs, et voilà c'est une bonne trame » (l.50), « ça me fait une trame pour ne pas oublier d'activités,...l'outil aide aussi à comprendre comment les activités vont s'imbriquer les unes avec les autres » (l.68),
- explique « mes outils sont l'observation directe, la mise en situation et le dialogue » (l.104-105) et des « essais de matériels » (l.102), échange et partage des informations avec « deux psychologues » (l.112), « des réunions de transmission quotidiennes » (l.120),

---

<sup>23</sup> ADL : Activities of Daily Living (activités de la vie quotidienne)

- indique « En fait, j'ai comme principe de toujours laisser la personne choisir, de toujours lui laisser la possibilité de prioriser les activités sur lesquelles elle veut que j'intervienne » (l.126),
- est parfois amené à « être un peu plus sollicitée, où c'est moi qui vais faire les devis, c'est moi qui vais organiser les essais, c'est moi qui vais prendre contact avec des gens » (l.165-167). Par moment il a « juste une fonction de conseil » et à d'autres moments « je vais être clairement impliquée avec des psychologues, avec des plans, avec des entrepreneurs, avec des assistantes sociales, cela prend beaucoup de temps » (l.176-178),
- exprime travailler avec « une équipe soudée, ils sont unis, ils discutent bien avec les patients, ils les connaissent bien, donc finalement je m'appuie souvent sur eux » (l.93-94),
- ajoute : « je compose avec une énorme richesse médico-sociale sur le territoire, parfois c'est difficile de faire le tri, [...], parfois nous sommes 4/5 ergothérapeutes sur une situation, [...] et on ne doit pas se marcher sur les pieds » (l.242-246)

Pour l'examen en profondeur des options envisagées, l'ergothérapeute 5 :

- souligne que pour son évaluation « ce n'est pas facile d'arriver avec un papier et de prendre des notes » (l.56-59),
- déclare : « j'ai l'avantage aussi de travailler avec des infirmiers et des aides-soignantes qui peuvent m'aider. L'avantage de travailler avec des aides-soignants et des infirmiers c'est qu'ils les voient tous les jours. Je peux alors confronter les différentes versions » (l.85-87),
- Indique que « ça fait peut-être 6 mois que je ne systématisé pas ces essais, car une fois sur deux je repars avec mon matériel » (l.102),
- explique parfois se mettre « volontairement en retrait pour laisser aussi la personne venir, laisser mes collègues lui en parler » (l.119), « de toute manière, à domicile on ne peut rien imposer » et que « finalement les relations sont beaucoup plus équilibrées à domicile » (l.136-138),
- explique : « Ça manque je trouve ce principe de se dire "ok vous ne voulez pas, c'est votre droit, mais nous on ne peut pas intervenir dans ces conditions, donc s'il n'y a personne pour vous lever, vous faites comment ?". Repositionner les choses » (l.156-158),
- poursuit au sujet de l'étude des occupations et des capacités adaptatives en disant « les deux conditionnent complètement la manière dont va s'orienter ma prise en charge » (l.162),
- ajoute : « une particularité de l'ergothérapeute en ville, c'est de devoir avoir une grosse connaissance du territoire, des structures médico-sociales sur le territoire, de connaître les

services de mairie, d'APA<sup>24</sup>, le CLIC<sup>25</sup> et de connaître vraiment les personnes pour être capable de s'adresser à la bonne personne » (l.180-183),

- remarque « des situations qui pourraient être catastrophiques en termes d'autonomie, mais finalement la famille est présente, bienveillante et ça se passe très bien. Je pense qu'ils ont une connaissance intuitive de leur proche, plus que nous » (l.256-259).

#### ❖ Ergothérapeute 6 :

En évoquant les conséquences de l'Agir, il :

- dit au sujet de la prise en compte du déséquilibre occupationnel « oui à fond c'est d'ailleurs la chose qui prime le plus parce qu'on fait un tour de toutes les occupations de la personne et que c'est justement lorsqu'il y a un déséquilibre qui est important que l'on intervient », « c'est primordial », « quand on change des choses et qu'on n'a pas pris en compte ça, la personne au final elle ne va pas adhérer et ça ne sera pas utile » (l.9-11).

Au sujet des moyens d'intervention, l'ergothérapeute 6 :

- utilise « l'entretien » (l.38), « l'observation » (l.114) et « les mises en situations » (l.27), « je me base sur le programme COTID. On a un entretien occupationnel de l'OPHI-2<sup>26</sup> », « après, je passe par les mises en situation et je me fie aussi à un entretien d'une heure avec en général l'aidant principal » (l.38-41). Il trouve intéressant dans le programme COTID « le fait qu'il y a la négociation d'objectifs. De par notre entretien avec la personne et avec l'aidant et nous ce qu'on en retire, on se pose autour de la table et on dit tous les objectifs qu'on peut faire ressortir de ces entretiens et de ces bilans » (l.63-65), « j'ai également eu l'occasion, avec une personne encore en âge de travailler, de faire lui faire passer la MCRO » (l.68-69),
- déclare essayer « de trouver de nouvelles activités, on fait beaucoup de liens avec les accueils de jour pour que les personnes trouvent davantage de liens sociaux et puis des activités de loisirs » (l.186), « ou de présenter des jeux, ou des moments de loisir, parce que souvent il y en qui n'ont plus de moments de plaisir » (l.192),
- dit « c'est plus le ressenti et ce qu'ils disent dans la discussion qui me permet de comprendre dans quelle phase d'acceptation de leurs changements ils se situent » (l.151-153),

---

<sup>24</sup> APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

<sup>25</sup> CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

<sup>26</sup> OPHI-2 : Occupational Performance History Interview – 2 (ou Questionnaire de l'histoire de la performance occupationnelle – 2)

- déclare « mon rôle est de l'accompagner là-dedans, à favoriser ce changement le plus possible » (l.162), « on va l'aider à accepter en lui trouvant des moyens de compensation que ce soit matériel ou par d'autres techniques » (l.166), « on apprend à une personne à vivre au mieux avec ses activités signifiantes, avec son handicap ou son déficit » (l.169), « alors j'ai été formé en Master aux différentes étapes du changement et comment le repérer, et je n'ai pas encore réussi à mettre cela en pratique » (l.150),
- met en place « beaucoup de nouvelles activités » (l.183) ou par exemple « mettre en place une aide à domicile pour qu'il puisse sortir tous les jours » (l.207),
- observe « c'est justement un peu la contrainte à domicile, c'est que les liens entre les professionnels ne sont pas évidents » (l.135),
- établit « le planning de la journée parce que ça permet de voir le temps qu'ils accordent à toutes leurs activités, et de voir s'il y a des disparités ou pas. Il y en qui peuvent passer quatre heures dans la journée assis sur le canapé à ne rien faire, là l'équilibre occupationnel n'est pas top » (l.209-212),
- utilise la méthode suivante : « avec un regard extérieur je pourrais vous apporter des astuces supplémentaires aux adaptations que vous avez déjà mises en place. Par exemple mettre des post-it, un autocollant sur le micro pour bien repérer le bouton marche/arrêt... Et comme ça, ça passe un peu mieux. Ça passe moins comme une évaluation de leur capacités » (l.225-228).

A propos de l'examen en profondeur des options proposées, il :

- dit « [en SPASAD] on part de demandes qui sont très précises et ensuite on essaye d'élargir. Alors qu'en ESA on part d'une demande qui est très large et on affine » (l.88),
- constate « il en découle pleins d'objectifs souvent quand on a l'aidant après » (l.50), « sans l'aidant principal c'est très compliqué » (l.122),
- dit « miser aussi sur les capacités restantes de la personne et d'apporter la juste aide nécessaire et pas plus qu'il n'en faut. Sinon elle devient davantage dépendante de nous parce qu'on apporte trop d'aide » (l.24-26),
- pense que « l'ergothérapeute doit accompagner au changement » (l.167),
- remarque « Ça ne sert à rien qu'on mette une douche si elle n'en a rien à faire et qu'elle préfère se laver au lavabo » (l.19), « Si on n'a pas la personne qui est d'accord et qui est motivée par les séances, ça ne marche pas » (l.83),
- remarque « on rentre dans leur domicile et dans leur quotidien de manière brutale entre guillemets » (l.231), « c'est tout l'art de la présentation. Une fois que la relation est mise en

place, ça se passe bien » (l.234), « on a donc besoin de cette relation de confiance pour réussir » (l.237).

### **3.3 Présentation des résultats de l'analyse lexicale**

Pour rappel, une occurrence désigne le nombre d'apparition d'une unité linguistique dans le discours. Ainsi les nombres associés à chaque mot représentent le nombre de fois où le mot apparaît dans l'ensemble des discours des ergothérapeutes interrogés.

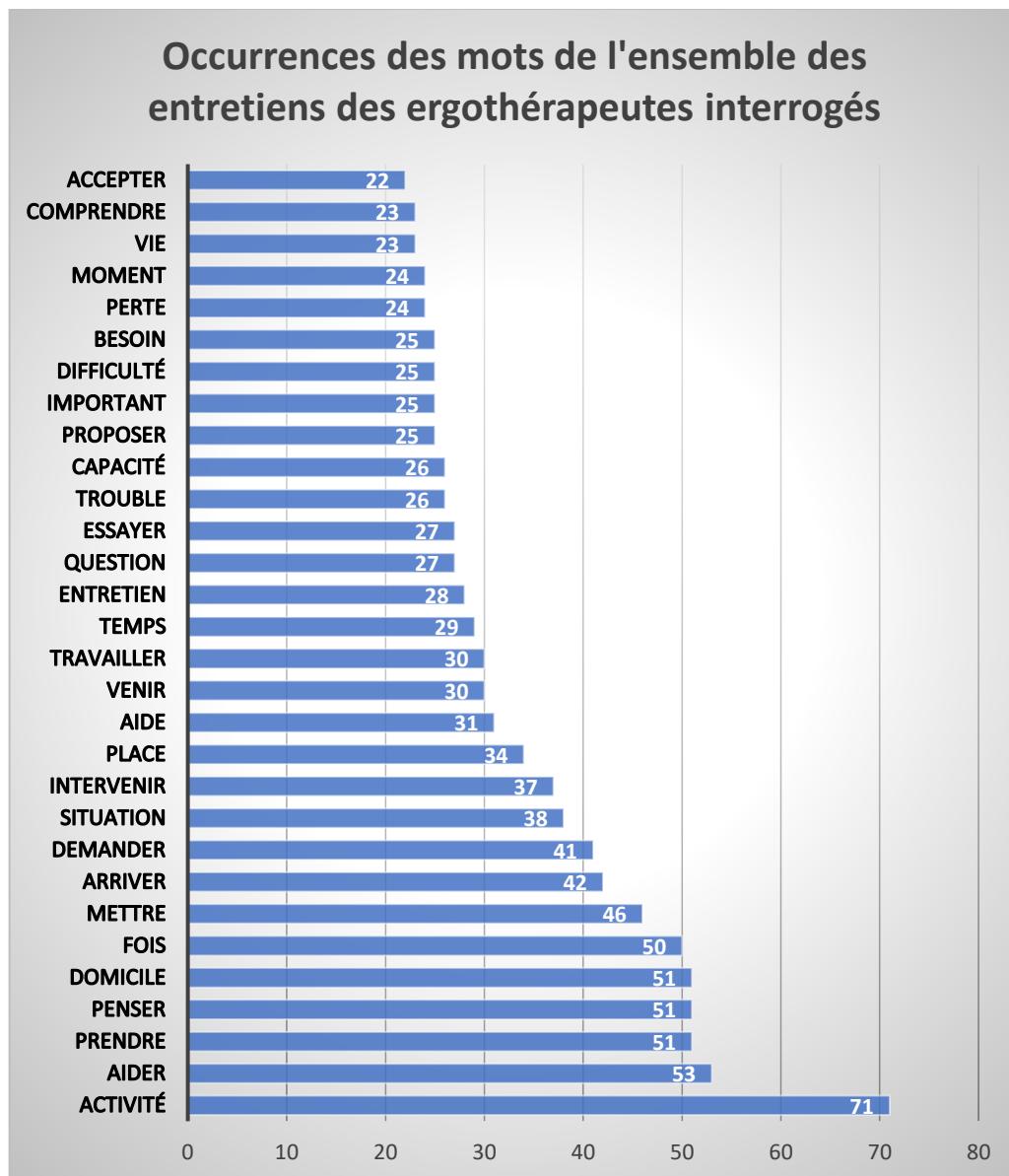


Figure 15 : histogramme des occurrences des mots des entretiens des ergothérapeutes.

Ce schéma présente les cooccurrences présentes dans l'ensemble des entretiens des ergothérapeutes interrogés. Pour rappel, une cooccurrence désigne une apparition simultanée de deux ou plusieurs éléments dans le même discours.

Celles-ci sont représentées par des branches reliant les différents mots. Le chiffre présent sur la branche indique le nombre de cooccurrences dans l'ensemble du discours.

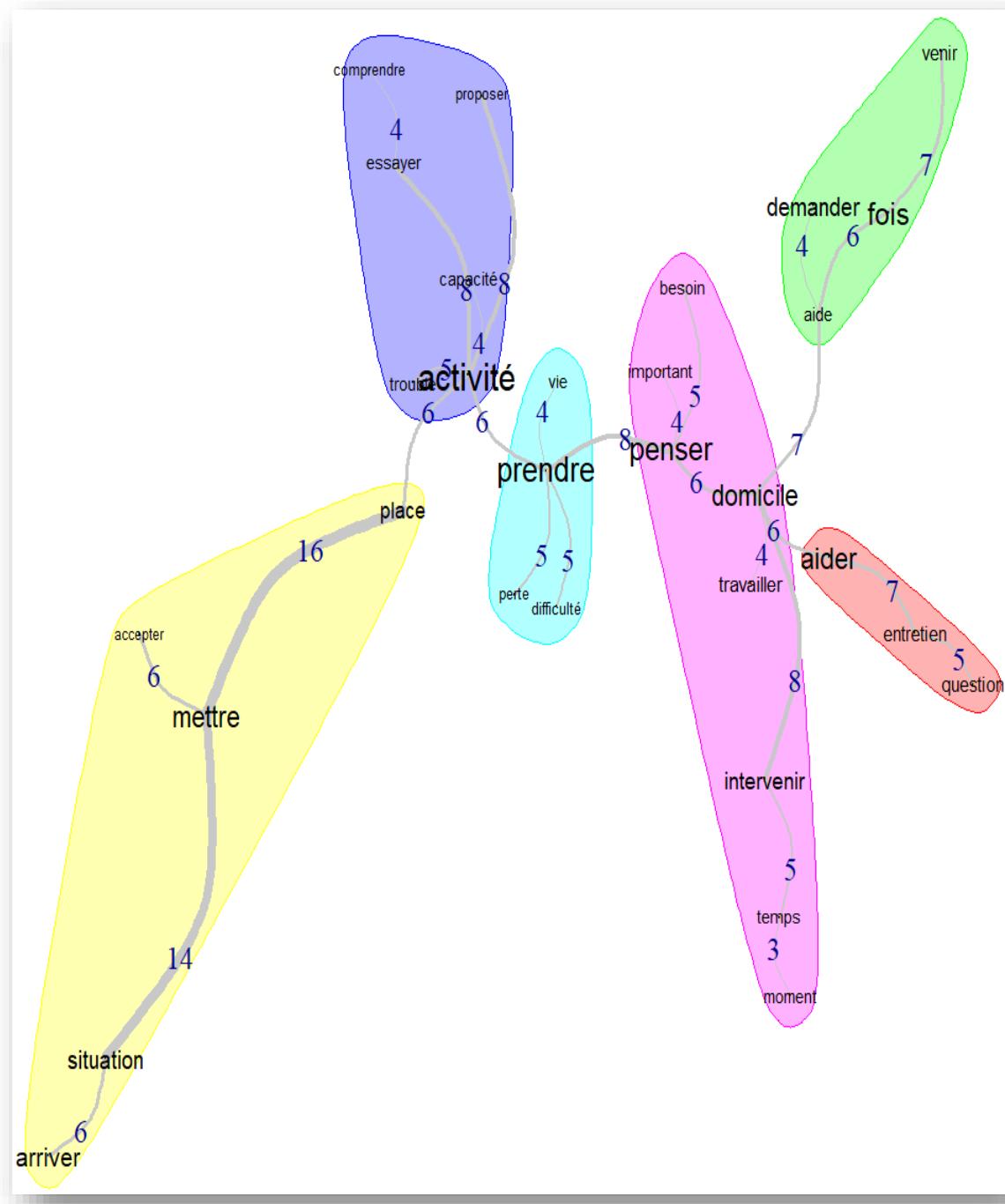


Figure 16 : Cooccurrences des mots de tous les entretiens des ergothérapeutes interrogés

#### **4. Discussion**

Il est intéressant de rappeler la problématique pratique :

**En quoi la prise en compte du déséquilibre occupationnel d'une personne âgée lors des actions de prévention à domicile de la part d'un ergothérapeute peut-elle favoriser le maintien à domicile ?**

La question de recherche est :

**Comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne âgée lors de ses actions de maintien à domicile ?**

##### **4.1 Interprétation des résultats**

###### **❖ Concernant l'analyse thématique :**

A propos de l'*étude des occupations*, la majorité des ergothérapeutes font ressortir l'importance d'axer leur intervention sur des activités signifiantes et sur ce qui est important pour les personnes âgées. Ce résultat fait écho aux réponses de l'enquête exploratoire où l'évaluation de l'équilibre occupationnel apparaissait comme une plus-value pour orienter l'intervention vers des occupations signifiantes. C'est un principe fondamental également décrit dans la composante de l'Être du MOH. Dans le cas contraire, ils constatent être confrontés à un manque d'implication dans le projet, voire un refus de l'intervention. Cette démarche induit de laisser la possibilité aux personnes âgées d'être actrices de l'intervention en proposant des objectifs ou en choisissant sur quelle activité intervenir en priorité. Comme vu précédemment, le MOH est un outil permettant de prendre en compte les possibles obstacles à l'implication de la personne dans ses occupations.

Les ergothérapeutes font également ressortir l'importance d'analyser les composantes de l'Agir (selon le MOH) : identifier les incapacités permet une meilleure compréhension des occupations. La revue de littérature informe que le maintien à domicile des personnes âgées est étroitement lié à leur capacité à effectuer leurs activités de la vie quotidienne de manière indépendante. C'est ainsi que les ergothérapeutes interrogés dans cette recherche expriment l'évaluer par la mise en situation, l'entretien et le recueil des dires de l'entourage humain de la personne âgée (famille et aidants professionnels). Les résultats de l'enquête exploratoire faisaient d'ailleurs ressortir que la majorité des évaluations s'axaient sur les capacités et incapacités.

Les ergothérapeutes analysent également l'environnement (selon le MOH) de la personne âgée. En fonction des situations, l'environnement social peut être décrit comme facilitateur ou comme obstacle. Cette remarque avait aussi été recueillie dans les résultats de l'enquête exploratoire. Au début de l'intervention, la plupart des ergothérapeutes remarquent un appauvrissement de la diversité des occupations des personnes âgées, faisant écho au concept de participation occupationnelle décrite dans le MOH. Pour rappel, la participation occupationnelle fait référence à l'implication qu'engage une personne dans ses occupations en fonction d'environnements spécifiques, de ses désirs, ses besoins et du contexte socio-culturel.

Dans l'*intégration des changements et représentations du processus de vieillissement et situations de handicap*, les ergothérapeutes soulèvent un impact important des pertes subies par les personnes âgées sur leur intervention. En effet, ils soulignent que les personnes âgées constituent une population particulièrement exposée aux pertes (objets, fonction et soi) et aux conséquences néfastes liées. Pour faire face aux pertes, il semble intéressant, grâce au développement du concept de processus de résilience, de comprendre les différents types de perte auxquelles les personnes âgées sont confrontées afin de favoriser le processus de résilience. Celui-ci apparaît selon les résultats de cette recherche interdépendant de l'intégration des changements. En effet, pour les ergothérapeutes interrogés, l'intégration des changements passe par l'échange autour des pertes dans des entretiens et des observations. Ils s'appuient parfois sur la collaboration avec les psychologues pour mieux comprendre les conséquences des pertes. L'intervention des ergothérapeutes s'appuie ensuite sur la compensation des pertes, permettant la restauration du sentiment de confiance. Cela fait également écho au MOH qui parle d'identité et de compétence occupationnelles, permettant à la personne de suivre un processus d'évolution dans la réalisation de ses occupations.

Concernant le *processus de résilience*, les ergothérapeutes expriment des difficultés à aborder dans l'entretien les traumatismes vécus par les personnes âgées. Effectivement, le concept du processus de résilience indique que certains traumatismes peuvent aller au-delà des capacités adaptatives d'une personne. Un ergothérapeute a cependant mis en évidence l'intérêt d'évoquer ces derniers afin de favoriser sa compréhension des mécanismes de résilience de la personne et ainsi accompagner le processus de résilience. Les autres ergothérapeutes remarquent que l'absence de résilience est un facteur obstacle aux interventions de maintien à domicile. Il est possible de remarquer que cela n'avait pas été évoqué dans les résultats de l'enquête exploratoire concernant les facteurs obstacles au maintien à domicile. La recherche

apporte donc un nouvel élément concernant les impacts du processus de résilience sur le maintien à domicile des personnes âgées.

Les ergothérapeutes interrogés sont régulièrement confrontés au déni chez les personnes âgées, ce mécanisme de défense semble avoir un impact sur l'identification du stade d'acceptation des traumatismes. Cette notion vient corroborer l'apport conceptuel du processus de résilience où les mécanismes de défenses étaient décrit comme un moyen de gérer et de réduire la désorganisation psychique. Ainsi, l'acceptation apparaît comme un point déterminant dans l'aboutissement du projet de la personne âgée. L'ensemble des personnes interrogées s'accordent sur la nécessité de redonner confiance aux personnes accompagnées en leur montrant, grâce à leur adaptations et préconisations, qu'elles sont encore capables de réaliser certaines de leurs activités signifiantes. Ces actions renvoient une nouvelle fois aux concepts d'identité et de compétence occupationnelles développés dans le MOH.

Quelques ergothérapeutes reconnaissent que suivant la phase d'acceptation (et donc la phase du processus de résilience) dans laquelle se trouve la personne âgée au moment de l'intervention initiale, il n'y aura parfois aucune solution possible. Cependant, ils expliquent accepter de se mettre en retrait tout en distillant leurs conseils afin de permettre à la personne âgée de cheminer dans son processus. Plusieurs d'entre eux déclarent avoir débloqués certaines situations avec cette démarche. De plus, un ergothérapeute ajoute l'idée de rester ouvert à la possibilité que la personne âgée éprouve uniquement l'envie de s'exprimer, de se libérer d'un poids peut être pénible pour elle, sans être obligatoirement dans la recherche de solution. Il apparaît donc que son accompagnement se focalise sur le bien-être de la personne âgée et non sur une recherche absolue de solutions d'adaptations ou de préconisations. Ces précisions font échos aux apports de la revue de littérature sur la posture qui semble recommandée dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées. Il ressort du discours des ergothérapeutes interrogés que la complexité du travail à domicile repose sur la nécessité d'avoir une posture professionnelle cadrée, rationnelle, organisée tout en étant humaine et ouverte à l'autre.

L'ensemble des ergothérapeutes note le rôle considérable que détient l'environnement social de la personne âgée dans l'accompagnement du processus de résilience. En effet, face au refus des solutions proposées, un ergothérapeute exprime s'appuyer sur les autres professionnels et la famille afin qu'ils relayent les préconisations. Les résultats de l'enquête exploratoire faisaient également apparaître la coordination entre les acteurs comme un moyen d'intervention pour les ergothérapeutes, pouvant être facilitateur comme obstacle. Pour un autre ergothérapeute, l'isolement social et la dépendance peuvent conditionner son implication avec la personne accompagnée en favorisant une posture de tuteur. Ces propos entrent en corrélation avec la

notion de tuteur de résilience, qui représente l'individu accompagnant la personne traumatisée dans le processus de résilience. Un des ergothérapeutes interrogés fait apparaître le manque d'évaluation normée pour l'accompagnement au changement.

Au sujet du *l'analyse des impacts des actions de maintien à domicile*, les ergothérapeutes n'énoncent pas le concept de déséquilibre occupationnel. Pourtant, il apparaît que leur démarche d'évaluation mesure ce déséquilibre. De même, les moyens d'interventions développés semblent viser la compensation de ce déséquilibre occupationnel. Ce phénomène a aussi été soulevé dans les résultats de l'enquête exploratoire.

Les ergothérapeutes expriment baser leurs évaluations principalement sur des bilans non validés (entretiens, observations et discussions), deux ergothérapeutes évoquent s'inspirer de l'évaluation validée COTID. Des résultats similaires ont été révélé par l'enquête exploratoire au sujet des évaluations utilisées par les ergothérapeutes. Un des ergothérapeutes interrogés durant la recherche précise avoir recours à entretien occupationnel de l'OPHI-2 présent dans le programme COTID. Un autre exprime s'inspirer des évaluations validés ADL et IADL pour son évaluation initiale. Il ajoute également employer parfois la MCRO. La majorité des ergothérapeutes émet des craintes au sujet des évaluations validées qui peuvent faire peur et ainsi réduire l'implication de la personne âgée dans son projet.

Cependant, un ergothérapeute signale qu'il faut être vigilant avec la prévention qui peut s'avérer néfaste au soutien à domicile si elle n'est pas correctement effectuée.

Un ergothérapeute relève l'importance d'être précis dans la prise en compte des pertes et des traumatismes. En effet, un manque de considération de ces notions pourra mettre à mal l'intervention pour le maintien à domicile, en oubliant certains facteurs de dégradation de l'état de santé de la personne âgée.

Les ergothérapeutes interrogés s'appliquent à mettre en place une relation pour redonner confiance et revaloriser la personne âgée. Ensuite, ils s'accordent pour dire qu'il faut adopter un positionnement basé sur l'empathie, l'écoute, l'absence de jugement afin de favoriser le processus d'acceptation. La relation de confiance apparaît comme un point clé permettant l'acceptation des préconisations et l'adhésion dans un but de maintien à domicile. Il est possible de remarquer une corrélation avec l'apport des travaux de Szanton et al. (2014), étudiés précédemment, qui montrent qu'agir sur la confiance ressentie dans les activités quotidiennes est un moyen efficace de prévention des chutes.

Un ergothérapeute remarque qu'il faut parfois accepter son impuissance dans certaines situations. Elle en évoque deux types : quand la personne âgée estime que le maintien à domicile n'est plus possible, et lorsque la personne âgée refuse toute adaptation qui permettrait le

maintien à domicile malgré sa volonté de vieillir chez elle. Cette réflexion pose la question de l'éthique de la faisabilité du maintien à domicile.

#### ❖ Concernant l'analyse lexicale :

L'analyse lexicale effectuée sur l'ensemble des réponses aux questions de tous les ergothérapeutes fait ressortir que le mot possédant la plus grande fréquence d'apparition est « activité » avec soixante et onze citations. Ce résultat montre l'importance accordée à l'activité qui apparaît comme centrale dans leurs interventions de maintien à domicile. Un lien direct peut être effectué entre l'activité et les occupations. Pour les ergothérapeutes interrogés, la prise en compte des occupations semble être centrale à leur intervention. L'identification du déséquilibre occupationnel semble être effectuée par les ergothérapeutes de la population interrogée. Cela vient corroborer les résultats trouvés avec l'analyse thématique.

Une modélisation des cooccurrences permet de mieux comprendre les liens entre les occurrences. Le mot « activité » est régulièrement associé à des mots tels que « capacité », « troubles », « essayer », « comprendre » et « proposer ». Ce résultat explique la démarche employée par les ergothérapeutes par rapport aux activités en lien avec leurs évaluations, leurs mises en situation ou bien leurs préconisations. De plus, il ressort de cette modélisation une forte interdépendance entre « mettre » et les mots « place » et « situation ». Cela renforce un des résultats de l'analyse thématique en lien avec le moyen d'intervention utilisé par l'ensemble des ergothérapeutes : les mises en situation pour l'étude des occupations. Pour terminer, la modélisation révèle que le mot « prendre » régulièrement associé aux mots « perte », « difficultés » et « vie ». Un parallèle peut ainsi être réalisé avec la prise en compte du processus de résilience. En effet, il est également ressorti dans l'analyse thématique qu'il est primordial de tenir compte de ces notions durant l'accompagnement de ce processus de résilience.

Finalement, au regard de la problématique pratique, le modèle de l'occupation humaine a dévoilé l'apport de la prise en compte du déséquilibre occupationnel sur les actions de maintien à domicile de la personne âgée. La prise en compte du déséquilibre occupationnel favorise les actions de maintien à domicile de la personne âgée en permettant à l'ergothérapeute de se concentrer sur les capacités de la personne âgée et ses activités signifiantes. Le passage en revue du processus de résilience a permis de comprendre son intérêt dans les interventions pour le maintien à domicile des personnes âgées. En effet, il offre l'opportunité de comprendre dans quelle phase d'acceptation se situe la personne âgée au moment de l'intervention et d'ainsi

adapter sa posture. C'est ainsi que la réflexion s'est ensuite orientée vers la compréhension des moyens utilisés par les ergothérapeutes pour tenir compte de ces notions.

#### **4.2 Éléments de réponse à l'objet de recherche**

D'après les données recueillies avec ces six entretiens et grâce à leur analyse par les méthodes thématique et lexicale, des éléments de réponses à l'objet de recherche ont été caractérisés.

Pour rappel, la question et l'objet de recherche sont les suivants :

**Comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience d'une personne âgée lors de ses actions de maintien à domicile ?**

**Explorer les différents moyens d'intervention utilisés par les ergothérapeutes pour prendre en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience lors de leurs actions de maintien à domicile d'une personne âgée.**

Lors de leurs actions de maintien à domicile d'une personne âgée, chaque ergothérapeute indique prendre en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience. Les deux notions semblent interdépendantes : les occupations ont un impact sur le processus de résilience, et le processus de résilience influence les occupations.

Les ergothérapeutes commencent par évaluer le déséquilibre occupationnel et par estimer la phase dans laquelle se situe la personne âgée dans le processus de résilience. Pour cela, ils utilisent un mélange entre des bilans non validés (entretien, observation, mises en situation), et des outils validés comme le programme COTID, la MCRO, l'ADL ou l'IADL. Cette étape d'évaluation semble primordiale dans l'intervention pour le maintien à domicile pour les personnes âgées, afin de proposer des solutions adaptées.

A la suite de leurs évaluations, ils rédigent un compte-rendu de l'ensemble des informations recueillies tout en laissant la possibilité à la personne accompagnée de le modifier en cas d'oubli ou d'erreurs d'interprétations. Ce compte rendu sert de base à la relation établie entre l'ergothérapeute et la personne âgée.

Les ergothérapeutes insistent sur les caractéristiques de cette relation : respecter le rythme de la personne, adopter une posture d'empathie, d'écoute, de non-jugement et de tuteur de résilience. Il semble également essentiel d'avoir une approche centrée sur la personne et donc sur ses activités signifiantes. Cette relation favorise l'acceptation et l'implication de la personne âgée dans son projet de maintien à domicile.

Au cours de leur intervention, les ergothérapeutes interrogés s'appuient tous sur le soutien de leur équipe professionnelle ainsi que sur celui de l'entourage familial de la personne âgée. Ensuite ils effectuent leurs préconisations d'aides techniques, leurs propositions d'adaptation de l'environnement physique et humain. Ces préconisations s'appuient sur leur évaluation et viennent renforcer le sentiment de confiance en soi et la participation occupationnelle des personnes. Un relais est ensuite fait vers des partenaires, pour la mise en place des aménagements ou de nouvelles occupations venant consolider l'identité et la compétence occupationnelles.

#### **4.3 Critique du dispositif de recherche**

Ce dispositif de recherche présente certaines limites. Tout d'abord, la revue de littérature qui a été réalisée manque d'exhaustivité au regard de l'ampleur du sujet étudié. De plus, elle se base sur une majorité d'articles scientifiques ou données professionnelles internationales. Un nombre plus important d'articles scientifiques français aurait pu apporter un éclairage supplémentaire du thème choisi. Ces lectures ont néanmoins apporté des données précises tout en venant alimenter la problématisation générale. Concernant la méthodologie, l'élaboration d'une équation de recherche et la sélection de bases de données cohérentes ont permis d'effectuer des recherches précises et riches.

Les questions posées dans l'enquête exploratoire ont peut-être manqué de précisions au sujet de la gestion de la relation thérapeutique durant les actions de maintien à domicile. De plus, cette enquête comportait une majorité de questions ouvertes (huit questions sur onze), ce qui a potentiellement engendré une baisse d'engagement dans la passation du questionnaire et donc réduit la qualité des réponses.

Les cohortes d'essai de l'enquête exploratoire et de l'entretien auraient pu être plus importantes afin d'ajuster la pertinence des questions posées.

Concernant la passation des entretiens, la situation sanitaire exceptionnelle a probablement eu pour effet de favoriser la participation des ergothérapeutes car ils étaient davantage disponibles. Cependant, les entretiens ont dû s'effectuer obligatoirement à distance (quatre entretiens téléphoniques et deux entretiens en visioconférence), ce qui a réduit la qualité des échanges et des interactions. Le manque d'expérience à la passation d'entretiens du chercheur a compliqué cet exercice malgré le test du dispositif qui a permis de réduire les erreurs et de travailler les relances. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés sont du même genre (féminin), ce qui constitue un biais de sélection. La pluralité des secteurs d'intervention des ergothérapeutes interrogés a cependant apporté une diversité propice au recueil de données

pertinentes. Durant ces entretiens, certains termes ou moyens d'interventions semblent ne pas avoir été suffisamment approfondis pour avoir davantage de précisions sur leurs utilisations et leurs impacts sur le maintien à domicile des personnes âgées. Le programme COTID a été évoqué à plusieurs reprises et très peu de données ont été répertoriées.

La double méthode d'analyse sélectionnée pour traiter les données de la recherche a apporté un réel bénéfice. Néanmoins, il est envisageable qu'un meilleur développement de l'analyse lexicale associé à l'ajout d'une analyse linguistique aurait été profitable à la pertinence de la discussion des résultats.

Les résultats obtenus montrent le point de vue des ergothérapeutes interrogés. En effet les données n'arrivent pas à saturation. Cette recherche a exploré et recueilli les avis d'ergothérapeutes exerçant sur des sites différents dans plusieurs régions françaises. Certaines singularités ont néanmoins pu être mises en lumière, et des tendances communes ont été identifiées dans la population.

#### **4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle**

La recherche effectuée apporte un éclairage sur les modalités d'intervention ergothérapiques dans le domaine du maintien à domicile de la personne âgée. Il apparaît que des notions complexes comme le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience sont indissociables, et que leur prise en compte continue permet de tendre vers des solutions de maintien à domicile adaptées. Les éléments de réponses développés constituent une amorce de réflexion au sujet de l'intervention ergothérapique favorisant le vieillissement à domicile. Cette réflexion peut être poursuivie en explorant d'autres éléments, comme la création d'outils d'évaluations validés et l'approfondissement des caractéristiques de la relation de confiance. Le concept de déséquilibre occupationnel reste encore une notion émergeante dans les sciences de l'occupation appliquées à l'ergothérapie. Cette recherche vient alimenter les publications à ce sujet.

#### **4.5 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle**

Pour les ergothérapeutes interrogés, la compréhension de la personne est inséparable de la prise en compte du déséquilibre occupationnel et du processus de résilience. Cette notion fait écho à de nombreux principes associés à l'ergothérapie comme l'approche centrée sur la personne ou bien les sciences de l'occupation. Le modèle de l'occupation humaine, détaillé dans ce travail, est transférable à de nombreuses situations de maintien à domicile.

La complexité de l'intervention à domicile auprès des personnes âgées révèle la nécessité d'effectuer une évaluation multifactorielle de la personne accompagnée pour favoriser la réussite du projet de soutien à domicile.

Les résultats de cette recherche démontrent une corrélation entre le cadre donné par les modèles d'intervention (MOH et processus de résilience) et la pratique des professionnels. Cependant, certains ergothérapeutes ont été surpris par la formulation de certains concepts comme le déséquilibre occupationnel ou la résilience. Cela vient interroger la formation des ergothérapeutes sur les concepts émergents des sciences de l'occupation.

L'approche centrée sur la personne nécessite une réévaluation régulière des moyens d'intervention pour qu'ils correspondent à la personne âgée. De même, une remise en question constante concernant la posture semble centrale pour garantir le non-jugement et favoriser l'obtention d'une relation de confiance. Cela vient renforcer l'importance de l'interdisciplinarité, les analyses de la pratique professionnelle pouvant s'effectuer individuellement mais aussi de manière collective.

Cette recherche révèle des principes éthiques primordiaux dans la relation entre l'ergothérapeute, la personne âgée et son environnement social. Ceux-ci semblent indissociables des actions ergothérapiques de maintien à domicile de la personne âgée.

#### **4.6 Perspectives de recherche et ouverture**

Il apparaît à la suite de cette recherche que le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience soient pris en compte par les ergothérapeutes. Cependant, il est possible d'envisager de nouvelles perspectives.

Tout d'abord, le développement de la prise en charge des éléments psychiques des personnes âgées représente un point clé dans le contexte de maintien à domicile. Si en premier lieu, l'intervention des psychologues semble indispensable, l'ergothérapeute a son rôle à jouer dans cette prise en soin. Il pourra s'appuyer sur ses compétences d'évaluations, d'éducation, de conseils et de gestion de la relation thérapeutique.

Ensuite, le déséquilibre occupationnel étant essentiel dans ce contexte de maintien à domicile, il semble pertinent d'utiliser, voire de créer, des outils validés et spécifiques pour l'identifier. Ces outils viendraient compléter la pratique ergothérapique dans ce domaine. De plus, il ne semble pas exister d'outil validé pour l'accompagnement au changement dans le cadre du processus de résilience. Il semblerait intéressant de travailler à la création d'un outil, qui pourrait étayer la pratique des ergothérapeutes.

La crise sanitaire en lien avec le COVID-19 de cette année 2020 semble avoir permis à l'ensemble de l'humanité d'expérimenter une forme de déséquilibre occupationnel. Cette expérience collective a duré quelques mois, alors que certaines populations (comme les personnes âgées isolées) vivent ce déséquilibre occupationnel pendant plusieurs années. Il est souhaitable que cette situation donne l'opportunité à notre système de santé d'évoluer positivement dans de nombreux domaines. Cette évolution peut être stimulée par le développement des sciences de l'occupation dans le modèle de soins actuellement appliqué en France.

## **Bibliographie**

1. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)
2. Backman CL. Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Can J Occup Ther.* oct 2004;71(4):202-9.
3. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute -- Référentiel d'activités et de compétences [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLitEn=id>
4. Gimbert V, Godot C, Centre d'analyse stratégique (France). Vivre ensemble plus longtemps: enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: Documentation française; 2010.
5. Rapport Flajolet Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons - LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
6. Robert P, Rey A, Rey-Debove J. Le Petit Robert de langue française. Société du nouveau Littré, Le Robert. Paris; 2013.
7. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001.
8. Leufstadius C, Eklund M. Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities: Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2008; 15: 23–33. *Scand J Occup Ther.* oct 2014;21(sup1):53-63.
9. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
10. Olejnik Binier C. Les enjeux éthiques du maintien à domicile. *VST - Vie Soc Trait.* 2018;139(3):66-73.
11. Doiezzi É, Salgado-Sánchez L, Pautas É. Adaptation du domicile, une expertise ergothérapique. *Soins Gérontologie.* mars 2017;22(124):30-4.
12. Cauvin S. Prévention des risques et adaptation du domicile des personnes âgées. L'expérience de réunica. *Gérontologie Société.* 2012;35 / HS 1(5):155-62.
13. L'adaptation du logement aux personnes handicapées et aux personnes âgées [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/publication/l-adaptation-du-logement-aux-personnes-handicapees-et-aux-personnes-agees\\_6293](http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/publication/l-adaptation-du-logement-aux-personnes-handicapees-et-aux-personnes-agees_6293)
14. Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile: Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie Société.* 2007;30 / n° 123(4):153.
15. Cour des comptes. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>
16. Morestin F, Cauvin S. Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et prospectives du projet et de l'étude SADEER. *Gérontologie Société.* 2011;34 / 136(1):141-55.
17. Frith KH, Hunter AN, Coffey SS, Khan Z. A Longitudinal Fall Prevention Study for Older Adults. *J Nurse Pract.* avr 2019;15(4):295-300.e1.
18. Szanton SL, Wolff JW, Leff B, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd C, et al. CAPABLE trial: A randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults: Rationale and design. *Contemp Clin Trials.* mai 2014;38(1):102-12.
19. Cornillon E, Blanchon MA, Ramboatsisetraina P, Braize C, Beauchet O, Dubost V, et al. Impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant-après des performances physiques. *Ann Réadapt Médecine Phys.* déc 2002;45(9):493-504.
20. Dejardin P. Guide Pratique du Vieillissement- Fiche 33-Les chutes. In: Guide Pratique du Vieillissement [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 23 déc 2019]. p. 214-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294749049000336>

21. Mackenzie L, Lovarini M, Price T, Clemson L, Tan A, O'Connor C. An evaluation of the fall prevention practice of community-based occupational therapists working in primary care. *Br J Occup Ther.* août 2018;81(8):463-73.
22. Cho HY, MacLachlan M, Clarke M, Mannan H. Accessible Home Environments for People with Functional Limitations: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. août 2016 [cité 1 févr 2019];13(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997512/>
23. Marousé O, Charras K. Du bloc à l'espace : approche ergothérapique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* févr 2012;12(67):15-23.
24. Stark S, Landsbaum A, Palmer JL, Somerville EK, Morris JC, Harvey A, et al. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Can J Occup Ther.* juill 2009;76(1\_suppl):235-45.
25. Johansson E, Jonsson H, Dahlberg R, Patomella A-H. The efficacy of a multifactorial falls-prevention programme, implemented in primary health care. *Br J Occup Ther.* 2018;81(8):474-81.
26. Brunel M, Carrère A. Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. *Doss DREES.* juin 2018;(26).
27. Lafontaine P, Camirand J. Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités. *Santé Société Solidar.* 2002;(2).
28. Kühne N, Tétreault S. Équilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ? 19 mai 2017;
29. Townsend E, Wilcock AA. Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* 2004;71(2):75.
30. Anaby DR, Backman CL, Jarus T. Measuring Occupational Balance: A Theoretical Exploration of Two Approaches. *Can J Occup Ther.* déc 2010;77(5):280-8.
31. Håkansson C, Ahlborg G, Institutionen för medicin avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Gothenburg University, et al. Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. *Scand J Occup Ther.* 2018;25(4):278-87.
32. Whitehead PJ, Walker MF, Parry RH, Latif Z, McGeorge ID, Drummond AER. Occupational Therapy in HomEcare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open.* août 2016;6(8):e011868.
33. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL Dependence and Aspects of Usability Following Housing Adaptation—A Longitudinal Perspective. *Am J Occup Ther.* 2005;
34. Levy C, Rybak A, Cohen R, Jung C. La loi Jardé, un nouvel encadrement législatif pour une simplification de la recherche clinique ? *Arch Pédiatrie.* juin 2017;24(6):571-7.
35. Ribes G, Poussin M. Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2014;8(6):592-8.
36. Ferrey G, Le Gouës G. Psychopathologie de sujet âgé. Masson. Paris; 2000.
37. Anaut M. Résiliences familiales ou familles résilientes ? *Reliance.* 2006;n°19(1):14-7.
38. Taylor RR, Kielhofner G. Kielhofner's model of human occupation: theory and application. 5e édition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
39. Eymard C. Initiation à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2003.
40. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Nathan; 1996.
41. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [cité 12 mai 2020]. p. pp 1-16. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>

**Sommaire des Annexes**

<u>Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature.....</u>	87
<u>Annexe 2 : Biais enquête exploratoire.....</u>	92
<u>Annexe 3 : Matrice théorique .....</u>	93
<u>Annexe 4 : Grille d'entretien .....</u>	94
<u>Annexe 5 : Analyse de contenu thème 1 .....</u>	95
<u>Annexe 6 : Analyse de contenu thème 2 .....</u>	105
<u>Annexe 7 : Analyse de contenu thème 3 .....</u>	111
<u>Annexe 8 : Analyse de contenu thème 4 .....</u>	118
<u>Résumé et mots clefs .....</u>	163
<u>Abstract and keywords .....</u>	163

### Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Pour attribuer un degré de scientifcité aux données de la revue de littérature, plusieurs critères ont été utilisés : la qualité de l'argumentation et de la présentation des résultats, la date de parution, le nombre de références bibliographiques, la structuration IMRAD (Introduction, Methods, Results, And Discussion). Légende :

\*\*\* = Fort degré de scientifcité, \*\* = scientifcité moyenne, \* = faible degré de scientifcité

Sources	Degré de scientifcité	Thème / objet traité	Méthode utilisée	Population	Champs disciplinaires	Principaux résultats	Réflexion
1. A Longitudinal Fall Prevention Study for Older Adults. 2018	***	Risques de Chutes, personnes âgées, prévention, santé publique	Etude quantitative	30 personnes âgées dans un groupe d'intervention, 30 personnes âgées dans un groupe témoin	Sciences infirmières, Social Santé	Réduction du nombre de chutes et de la prise de médicaments	La participation dans les loisirs a-t-elle augmentée ?
2. Accessible Home Environments for People with Functional Limitations: A Systematic Review. 2016	***	Accessibilité du domicile, environnement, activités de la vie quotidienne.	Sélection et comparaison d'études avec une méthode mixte	Personnes âgées de plus de 70 ans	Santé Social	Effets positifs de l'amélioration de l'accessibilité du domicile, réduction de l'invalidité	Est-ce que les mêmes résultats peuvent être obtenus avec des personnes présentant des pathologies mentales ?
3. Occupational Therapy in HomEcare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. 2016	***	Ergothérapie, activités de la vie quotidiennes, soins à domicile, adaptation, soutien, conseils	Essai contrôlé randomisé	adulte âgé de plus de 18 ans au sein service de secours aux personnes à domicile des autorités locales en Angleterre	Ergothérapie Santé Social	Effets positifs sur la qualité de vie et le bien-être mental, réduction des chutes	La peur de chuter a-t-elle diminuée ?
4. Changes in ADL Dependence and Aspects of Usability Following Housing Adaptation—A Longitudinal Perspective. 2005	**	Indépendance dans les activités de la vie quotidienne	Etude longitudinale	131 personnes d'un âge moyen de 71 ans	Ergothérapie	La dépendance dans les AVQ n'a pas changé de manière significative mais s'est améliorée dans certains domaines. Les résultats sont utiles pour développer des stratégies efficaces pour évaluer les adaptations de logement	Quelle est le rôle de l'environnement social à propos de la dépendance dans les AVQ ?

5. CAPABLE trial: A randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults: Rationale and design. <b>2014</b>	***	Ergothérapie, personnes âgées, interdisciplinarité, réduction de l'invalidité, qualité de vie, coûts de la santé, facteurs de risque personnels et environnementaux	Essai contrôlé randomisé	personnes âgées avec déficiences dans les soins personnels 300 participants, dont 150 dans le groupe d'intervention et 150 dans le groupe de contrôle	Ergothérapie Santé Social	Réduction de l'invalidité en soins personnels lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne + Amélioration de la force, de l'équilibre, de la vitesse de marche et de l'utilisation des soins de santé	Quel est l'impact sur l'environnement humain de la personne prise en soin ?
6. Du bloc à l'espace : approche ergothérapique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile. <b>2012</b>	**	Ergothérapie, maintien à domicile, adaptation du logement, personnes âgées, équipements	Etude de l'approche ergothérapique de l'adaptation du bloc sanitaire et interview de professionnels	Personnes âgées atteints de la maladie d'Alzheimer	Ergothérapie Santé Social	L'aménagement du bloc sanitaire doit être fondée sur une analyse des déficiences de la personne, pour y répondre de façon précise	Quelle conséquence possède ce type de prise en soins sur la prise du traitement médicamenteux ?
7. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. <b>2009</b>	***	Approche centrée sur le client, maintien à domicile, aménagement du domicile	étude prospective et quasi expérimentale menée auprès d'un seul groupe	67 personnes âgées	Ergothérapie Santé Social	Amélioration de la perception de la réalisation des activités de la vie quotidienne qui s'est maintenue au cours des deux années qui ont suivi l'intervention	Les effets positifs relevés sont-ils durables 2 ans après l'intervention ?
8. Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying	***	Ergothérapie, déséquilibre dans les activités quotidiennes, facteurs de risques	Etude transversale ; Essai contrôlé randomisé	103 personnes sélectionnées dans une unité de consultation externe psychiatrique	Santé Social	Un diagnostic de psychose augmente : les chances de diminution de participation dans les activités.	Peut-on établir un lien entre les résultats de cette étude et le déséquilibre occupationnel ?

risk factors for imbalance in daily activities. <b>2008</b>							
9. Impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant-après des performances physiques. <b>2002</b>	**	Prévention multidisciplinaire ; Personnes âgées ; Autonomie et indépendance à domicile	Etude analytique ; Questionnaires ; Choix des participants ; Actions avec programme d'activités physiques	150 personnes âgées volontaires pour participer à une activité de prévention des chutes	Social Santé Santé publique	Diminution et retardement de la survenue des chutes	L'implications dans des activités sportives a-t-elle augmentée à la suite de cette intervention ?
10. Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et prospectives du projet et de l'étude SADEER. <b>2011</b>	*	Prévention primaire ; Personnes âgées ; adaptation du domicile	Etude analytique ; Prospective ; Questionnaires ; intervention ; « recherche-action »	14 000 allocataires du groupe REUNICA	Ergothérapie Social Santé Santé publique Paramédical	Mauvaise conscience des risques de chute, fort pourcentage (90,5%) d'adaptations du domicile chez les participants	Est-ce qu'une prise de conscience des risques de chute diminuerait le pourcentage d'adaptations du domicile ?
11. Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. <b>2018</b>	***	Déséquilibre occupationnel et le lien avec les troubles liés au stress	Etude longitudinale	2223 employés d'une organisation publique en Suède	Ergothérapie	Le déséquilibre occupationnel permet de prédire les troubles liés au stress, avec une différence lié au genre.	Quels sont les raisons des différences observées entre les genres ?
12. Measuring Occupational Balance: A Theoretical Exploration of Two Approaches. <b>2010</b>	**	Equilibre occupationnel	Etude transversale	1ère étape : 122 adultes jusqu'à 60 ans  2e étape : 24 adultes jusqu'à 60 ans	Ergothérapie	Certains résultats ont été associés de manière significative à une échelle de satisfaction	Quels seraient les impacts de la satisfaction dans le maintien à domicile des personnes âgées ?
13. Les enjeux éthiques du maintien à domicile.	-	Maintien à domicile / Rôle des aidants	Document professionnel	Personnes en perte d'autonomie	Santé publique / Psychologie	Le maintien à domicile des personnes âgées est dépendant de la capacité des	Comment favoriser la collaboration entre les

2018				(âgée ou en situation de handicap)		aidants et des professionnels à répondre à leurs besoins	aidants et les professionnels ?
14. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. <b>2016</b>	-	Rapport public de la Cour des comptes	Document officiel	Personnes âgées en perte d'autonomie	Santé publique	Les personnes âgées en France souhaitent vieillir à leur domicile mais l'organisation du développement de cette politique est difficile	Quelle est précisément le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées ?
15. Guide Pratique du Vieillissement. Fiche 33 – Les Chutes <b>2016</b>	-	Guide pour la compréhension et les conséquences des chutes chez la personne âgée	Document professionnel	Personnes âgées de plus de 65 ans	Santé	Les chutes ont une origine multifactorielle	L'ergothérapeute pourrait-il s'appuyer sur ce guide pour ses interventions de prévention des chutes ?
16. Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. <b>2018</b>	-	Résultats de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) « ménages »	Document officiel	Personnes âgées de 60 à 74 ans et personnes âgées de 75 ans et plus	Santé publique	Limitations fonctionnelles physiques : - Baisse des inégalités liées au genre pour les personnes âgées de 60 à 74 ans -Augmentation des inégalités liées au genre (en défaveur des femmes) pour les personnes âgées de 75 ans et plus	Comment expliquer l'inconstance de ces inégalités en fonction d'une tranche d'âge ?
17. Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités. <b>2002</b>	* * *	Impact de l'incapacité sur l'autonomie des personnes âgées	Etude descriptive	2 950 répondants de 65 ans et plus, dont 1102 avec incapacité	Santé publique	accroissement , en lien avec l'âge, de l'incapacité et de l'importance relative de l'incapacité	Quels conséquences détiennent ces incapacités sur les activités de la vie quotidienne ?
18. Équilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les	* *	Perception de l'équilibre occupationnel	Etude descriptive	303 participants	Ergothérapie	La majorité des participants ont déclarés être satisfaits du temps consacré aux activités productives.	Quels sont les autres moyens d'intervention permettant de favoriser l'équilibre occupationnel ?

ergothérapeutes et les étudiants ? <b>2017</b>							
19. Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. <b>2004</b>	* * *	Relation entre l'occupation, la justice et la pratique centrée sur le client	Analyse critique des dialogue et intérêts culturels des auteurs	Discussions des deux auteurs avec des participants (sans limite de participants)	Ergothérapie	Proposition de quatre cas d'injustice occupationnelle: aliénation occupationnelle, privation, carence, dépossession occupationnelle	Comment aborder les injustices occupationnelles avec les personnes accompagnées ?
20. An evaluation of the fall prevention practice of community-based occupational therapists working in primary care. <b>2018</b>	* * *	Prévention des chutes chez les personnes âgées	Etude prospective	40 ergothérapeutes	Ergothérapie en soins primaires	Des ateliers de développement professionnel concernant la prévention des chutes a eu un impact positif sur la confiance et les connaissances des ergothérapeutes	Comment faciliter l'accès à ce type de formations pour l'ensemble des ergothérapeutes ?
21. The efficacy of a multifactorial falls-prevention programme, implemented in primary health care. <b>2018</b>	* * *	Comparaison et évaluation d'un programme de prévention des chutes multifactorielles	Essai pilote contrôlé et randomisé	131 personnes âgées (à partir de 65 ans) étant tombées au cours des 6 derniers mois	Ergothérapie	Diminution significative du risque de chute et de la peur de tomber	En quoi la diminution des risques de chutes et la peur de tomber impactent-elles la participation occupationnelle ?

## Annexe 2 : Biais enquête exploratoire

Biais	Effets	Moyens de les atténuer
<b>Biais méthodologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile.</li> <li>• Mauvaise formulation des questions.</li> <li>• Excès de questions ouvertes dans un questionnaire : lassitude des sondés, comportement d'évitement et exploitation plus difficile.</li> <li>• Les personnes sondées ne sont pas représentatives des caractéristiques de la population-mère que l'on est censée étudier (biais de sélection).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre du temps et mobiliser des moyens pour organiser le travail de collecte, d'analyse et de traitement de l'information.</li> <li>• Ne pas poser de questions orientées, trop sensibles ou agressives. Ne pas orienter les réponses, ni influencer. Poser des questions précises, simples, courtes, neutres, sans ambiguïté et reformuler les réponses données dans le cadre d'entretiens et soigner les réponses proposées dans le cadre d'un questionnaire.</li> <li>• Réaliser un questionnaire dans l'esprit qu'il faut pouvoir y répondre vite, sans trop de réflexion, car le risque est de passer la question ou de n'y mettre que quelques mots. Si questions ouvertes, faire une analyse de contenu et créer des catégories.</li> <li>• Avoir des informations sur la population mère, avant de bâtir un échantillon d'enquête.</li> </ul>
<b>Biais de désirabilité sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé...</li> <li>• Mise en confiance, motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés.</li> </ul>
<b>Biais d'autocomplaisance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance des individus à attribuer la causalité de leur réussite à leurs qualités propres (causes internes) et leurs échecs à des facteurs ne dépendant pas d'eux (causes externes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir que les gens endosseront bien souvent la responsabilité de leurs réussites, mais rejettent la responsabilité de leurs échecs. Interroger également les individus sur les causes externes d'une réussite et les causes internes d'un échec.</li> </ul>
<b>Effet de primauté Effet de récence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il donne une importance exagérée à ce qui se passe au début du recueil d'information.</li> <li>• Il donne une importance exagérée à ce qui se passe à la fin du recueil d'information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas sous-estimer ce qui se passe entre le début et la fin du recueil d'information.</li> </ul>
<b>Biais de similarité Biais de différence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer plus favorablement les personnes qui nous ressemblent.</li> <li>• Considérer plus défavorablement les personnes qui ne nous ressemblent pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas considérer une personne seulement parce qu'elle nous ressemble ou qu'elle est différente.</li> </ul>

### Annexe 3 : Matrice théorique

Variables	Critères	Indicateurs
<b>Etude des occupations</b>	L'Être (personne)	Volition, déterminant personnels, capacité de rendement, intérêts et centres d'intérêts, habitation, habitudes, valeurs personnelles (signifiantes, significatives), rôles
	L'Agir (activité)	Participation, habiletés opératoires, habiletés motrices, capacités physiques/cognitives, rendement occupationnel, interactions, communication, occupations, souhaits, besoins
	L'Environnement	Environnements : physique, social, matériel et humain, contextes environnementaux
	Apports divers sur la situation globale	Autres faits et informations, règles, obligations, devoirs, conséquences : occupationnelles, médicales, juridiques, économiques, principes éthiques liés à la situation
<b>Intégration des changements Représentations du processus de vieillissement et situations de handicap</b>	Perte d'objets	Gestion des décès des objets d'investissement (famille, proches, animaux) ; Gestion de la disparition d'habitudes vie en lien avec des objets obsolètes
	Perte de fonction	Auto-évaluation de ses incapacités physiques et/ou cognitives ; Adaptation aux incapacités physiques et/ou psychiques
	Perte de soi	Evolution image de soi ; Perception de son corps ; Image renvoyée
<b>Processus de résilience</b>	Traumatisme	Déstabilisation ; arrêt du temps ; désorganisation psychique ; destruction du lien social
	Mécanismes de défense	Perspicacité ; indépendance ; aptitude aux relations ; initiatives ; créativité ; humour ; moralité
	Reconstruction	Réorganisation psychique ; identification du tuteur de résilience ; famille aidante dans le processus de résilience
<b>Analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention</b>	Conséquences de L'Agir (conséquences sur l'activité)	Compétence occupationnelle, identité occupationnelle, avenir souhaité par la personne, routines, activités, adaptation, participation actuelle et antérieure, sentiment de contrôle et/ou d'impuissance, accomplissements et satisfactions personnel, objectif personnel et dans sa communauté, valeurs personnelles, habitudes de vie, équilibre/déséquilibre occupationnel
	Moyens d'intervention	Interventions envisageables, avantages, inconvénients, moyens d'action, hypothèses, conseils, conflits, préconisations, recommandations, bénéfices, plan
	Examen en profondeur des options proposées	Stratégies relationnelles employées, influence de l'action choisie, rôles sociaux, intérêts personnels de la personne, avis de l'entourage, approbation, soutien, opposition, solution adaptée

## Annexe 4 : Grille d'entretien

Questions	Objectifs
<p><b><u>Questions inaugurales :</u></b></p> <p>-Lors de vos actions de maintien à domicile, quels éléments pouvez-vous nous partager au sujet de la prise en compte du déséquilibre occupationnel ?  -Et quels éléments pouvez-vous nous partager à propos de la prise en compte des capacités adaptatives d'une personne âgée face aux pertes, aux changements, aux traumatismes ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entamer la réflexion autour des thématiques de la recherche.</li> <li>-Laisser la possibilité de proposer du contenu sur d'autres thèmes que ceux proposés dans l'outil théorisé de recueil de données</li> </ul>
<p><b><u>Question (1) :</u></b></p> <p>De quelle manière utilisez-vous l'étude des occupations d'une personne âgée pour comprendre ses envies, ses attentes et ses besoins dans le cadre de son maintien à domicile ?</p> <p><b><u>Question de relance :</u></b></p> <p>Comment vous servez-vous de l'analyse des occupations d'une personne âgée pour comprendre ses envies et ses besoins en lien avec son maintien à domicile ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprendre comment l'ergothérapeute s'appuie sur l'étude des occupation d'une personne âgée pour guider son intervention</li> </ul>
<p><b><u>Question (2) :</u></b></p> <p>Comment faites-vous pour mieux discerner les capacités d'intégrations des changements liés aux pertes d'objets, de fonction ou de soi auxquelles peut être confrontées la personne âgée avec laquelle vous intervenez ?</p> <p><b><u>Question de relance :</u></b></p> <p>Quels moyens utilisez-vous pour percevoir capacités d'adaptation aux modifications liées aux pertes d'éléments appartenant à son environnement, aux pertes de ses fonctions ou d'elle-même ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rechercher les techniques employées par les ergothérapeutes pour mieux comprendre les capacités d'intégrations liés aux pertes des personnes âgées</li> </ul>
<p><b><u>Question (3) :</u></b></p> <p>Si la personne âgée fait actuellement face à période difficile de sa vie, comment parvenez-vous à comprendre dans quelle phase d'acceptation de ces changements se situe-t-elle au moment de l'intervention ?</p> <p><b><u>Question de relance :</u></b></p> <p>Avec une personne âgée dans une phase compliquée de sa vie, de quelle manière parvenez-vous à repérer à quelle phase d'intégration des changements qu'elle subit se trouve-t-elle au moment de l'intervention ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Venir explorer les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour comprendre dans quelle phase d'acceptation des changements subis se trouve la personne avec laquelle il intervient.</li> </ul>
<p><b><u>Question (4) :</u></b></p> <p>Quelle méthode adoptez-vous pour comprendre les impacts que peuvent avoir les données recueillies sur l'étude des occupations et des capacités adaptatives d'une personne âgée sur vos actions de maintien à domicile ?</p> <p><b><u>Question de relance :</u></b></p> <p>Comment faites-vous du lien entre l'étude des occupations et des capacités adaptatives d'une personne âgée et vos actions de maintien à domicile ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chercher à préciser la méthode employée par l'ergothérapeute pour comprendre le lien entre les données qu'il recueille et ses actions de maintien à domicile.</li> </ul>

## Annexe 5 : Analyse de contenu thème 1

<b>Thème 1 :Etude des occupations</b>		
	1.1 : L'Etre (personne)	1.2 : L'Agir (activité)
Ergo1	<p>« ...des fois les personnes n'aiment pas forcément prendre des douches, n'ont jamais eu l'habitude de prendre des douches et n'aiment pas le faire... » <b>L.25-26</b></p> <p>« Elles veulent garder leur autonomie et pouvoir penser par elles-mêmes, et parfois leurs enfants leur enlève. » <b>L.28-29</b></p> <p>« ... eux voulait simplement changer leur baignoire par une cabine de douche. » <b>L.35-36</b></p> <p>« ... en général, ils savent très bien ce qu'ils veulent et c'est là où c'est le plus compliqué. Ils veulent des aides financières aussi. » <b>L.49-51</b></p>	<p>« Au niveau déséquilibre occupationnel, j'agis souvent par rapport aux demandes de pouvoir utiliser les équipements qui sont déjà au domicile avec l'incapacité de pouvoir les utiliser correctement ou pas du tout. Il y aussi des incapacités de pouvoir monter à l'étage, de pouvoir dormir, de pouvoir continuer à avoir ses habitudes de vie précédentes. C'est essentiellement au niveau de la salle de bain, les incapacités au niveau de la toilette et de l'habillage. » <b>L.8-12</b></p> <p>« On connaît les grandes lignes de ses potentielles pathologies... » <b>L.61-62</b></p> <p>« Parce qu'au domicile les gens voient leurs difficultés,... » <b>L.92-93</b></p> <p>« Après il y a aussi le fait que ce soit les enfants qui veulent que les aménagements se fassent. » <b>L.20-21</b></p> <p>« ... et surtout aussi problématique de l'entourage, surtout les conjoints. » <b>L.88-89</b></p> <p>« Les enfants sont quand même aidants. » <b>L.103</b></p>

	<p>« Nous on envoie une fiche de renseignement donc on sait déjà plus ou moins ce qu'elle veut. »</p> <p><b>L.60</b></p>		
Ergo2	<p>« Entre se lever, préparer son petit-déjeuner, faire sa toilette, ranger son intérieur (faire son lit, ranger la cuisine etc), pour la personne âgée il ne va pas être très loin de midi. »</p> <p><b>L.20-21</b></p> <p>« Il peut y avoir un décalage entre l'activité «occupationnelle» (comme le tricot par exemple)... alors que la personne elle va plutôt vouloir réutiliser son four pour la cuisine, ce qui a plus de sens pour elle. »</p> <p><b>L.51-53</b></p> <p>« Parce que dans le passé, la personne a pu faire du tricot, du piano, participer à un groupe de Taïchi. »</p> <p><b>L.56-57</b></p> <p>« La personne elle a le droit de ne pas être prête, chacun est libre de</p>	<p>« C'est soit on fait une activité et on se rend compte que la personne a par exemple du mal à se baisser au niveau de son pieds... »</p> <p><b>L.139-140</b></p> <p>« ... voir quelles sont les capacités de la personne afin d'attribuer l'aide appropriée. »</p> <p><b>L.151-152</b></p> <p>« Parce que la personne va nous apporter des éléments d'elle-même "tiens je n'arrive plus à mettre mes chaussettes"... »</p> <p><b>L.153-154</b></p> <p>« ... elle a des difficultés à mettre ses chaussures... »</p> <p><b>L.244</b></p>	<p>« . Après, quand tout fonctionne, ça sera pérennisé et perpétué par nous ou un agent extérieur, je pense notamment aux ASG qui interviennent au domicile. »</p> <p><b>L.87-89</b></p> <p>« Je pense que ça peut être intégré aux objectifs de la prise en charge de la personne à domicile. Sur les activités « occupationnelles », il doit y avoir un objectif de lien avec l'environnement de la personne. »</p> <p><b>L.102-104</b></p> <p>« Alors ça peut se manifester par son environnement. »</p> <p><b>L.110-111</b></p> <p>« ..., mais voilà les gens restent quand même dynamique et les gens se mobilise autour de la</p>

	<p>fonctionner comme il le souhaite c'est normal. » <b>L.190-191</b></p> <p>« Après c'est vrai que le corps médical pour les personnes âgées avec lesquelles on intervient, infirmière ou médecin, ce sont des personnes qui sont vraiment identifiées comme des médicaux et ce sont souvent des personnes qui sont importantes pour la personne âgée. Elles ont l'habitude de l'infirmière qui intervient etc, alors nous on est un peu des extra-terrestres pour eux parce que l'ergothérapie ne leur parle pas du tout ou très peu en tous cas. » <b>L.205-209</b></p> <p>« La personne âgée ne va pas forcément proposer qu'on mette une barre d'appui etc chez elle, parce qu'elle ne veut pas par exemple. » <b>L.214-216</b></p>	<p>personne qui a perdu quelqu'un. » <b>L.114-115</b></p> <p>« Même les familles des patients, tant qu'ils ne connaissent pas ce métier, ils se demandent ce qu'on vient faire en fait. » <b>L.209-211</b></p> <p>« Alors que si on reparle de cette proposition avec un membre de l'entourage, si la personne âgée voit que le fils ou fille est hyper partie prenante en disant que c'est super, du coup oui ça va être des facilitateurs. » <b>L.216-218</b></p>
Ergo3	<p>« ... nous ce qui nous intéresse c'est ce qui</p>	<p>« ... il a des troubles de la mémoire,... » <b>L.21-22</b></p> <p>« ..., c'était impressionnant de</p>

	<p>important pour la personne. C'est à dire que si j'ai quelqu'un qui dit je cuisine plus, qui arrive plus à cuisiner, bon c'est vrai que c'est pas toujours exprimé comme ça, mais bon... On se rend compte qu'elle n'arrive plus à cuisiner, et qu'elle cuisinait énormément, mais cette personne qui vous dit : "et bien vous savez j'ai ma fille qui habite en dessous, elle me fait des plats et elle me les monte tous les jours, et bien c'est très bon et c'est très bien comme ça". Mais si pour elle voilà « ce qui me plaît c'est d'aller jouer aux cartes avec les copines, et là je peux plus y aller », et bien c'est ça qui va nous intéresser. »</p> <p><b>L.26-33</b></p> <p>« ... à chaque fois que l'on essaye de réhabiliter une activité qui n'a plus d'importance pour la personne, on va à l'échec. »</p> <p><b>L.35-36</b></p>	<p>« On le voit par exemple avec le tricot, les personnes qui ont beaucoup tricoté, on voit que la mémoire procédurale fait qu'à partir du moment où vous leur redonnez des aiguilles, il y a des gestes qui se font automatiquement... »</p> <p><b>L.38-40</b></p> <p>« Après les capacités sont variables d'une personne à l'autre. Elles sont vraiment très variables. »</p> <p><b>L.76-77</b></p> <p>« ..., elle avait des troubles du comportement,... »</p> <p><b>L.82-83</b></p> <p>« A partir du moment où l'on a une personne âgée comme lui qui a les capacités d'auto-occupation, cette personne, il suffit qu'il soit dans son jardin, qu'il bricole, qu'il enlève deux herbes, ça lui convient. »</p> <p><b>L.90-92</b></p> <p>« Et c'est par rapport à ses fonctions exécutives qu'on voit les soucis. »</p> <p><b>L.125-126</b></p>	<p>l'entendre au téléphone, d'entendre une voix qui était très claire, de quelqu'un qui justement n'avait plus toute cette fatigue qu'il pouvait avoir sur l'accompagnement de son épouse. »</p> <p><b>L.80-82</b></p> <p>« Il n'a jamais voulu qu'elle aille en accueil de jour, alors encore moins le placement. Sa fille s'affolait en se disant "mon dieu mais mon père il va partir avant ma mère, ce n'est pas possible". Il vit dans une maison de village, avec des escaliers, mais des escaliers, il fallait voir le type d'escalier...des marches étroites, assez hautes,... »</p> <p><b>L.83-87</b></p> <p>« Tout est assez complexe, quand il y a une maladie, une dépendance, qui se met en place, pour certain ça va être lourd, je parle pour les aidants, ça peut être quelque chose de très lourd. D'autres vont y</p>
--	--	--	---

	<p>« ...tous sont capables, mais par contre elle n'y voit plus d'intérêt, parce que c'était une activité qui était faite lorsque les enfants étaient jeunes, parce que à ce moment-là ça se faisait de faire du tricot etc, et que maintenant ça n'a plus de sens... » <b>L.40-43</b></p> <p>« Une femme elle a l'habitude de s'occuper de toute la gestion de la maison. Quelque part tout ça elle le gère, et l'homme est plus facilement dépassé par toute cette gestion. Ça c'est quelque chose que nous avons pu remarquer. » <b>L.99-102</b></p> <p>« Après la personne veut ou ne veut pas, hein, ça marche ou ça ne marche pas mais bon voilà, ça c'est un recours. » <b>L.230-231</b></p> <p>« ... une personne qui a le droit de décider, qui a</p>	<p>« Déjà voir si elle est capable de tricoter, et puis voir ce qui s'en suit. » <b>L.165-166</b></p> <p>« ..., ça peut être par la famille, ça peut être par les professionnels, ça peut être par l'observation, par le discours, c'est toujours un recueil qui va se faire à tout niveau. » <b>L.144-145</b></p> <p>« ..., ça peut être les différents paramédicaux qui vont pouvoir intervenir, infirmiers, kinés, aides à domicile, ça peut être quelqu'un de la famille, ça peut être tout. » <b>L.256-258</b></p> <p>« ..., on est à un domicile, c'est le lieu de la personne. » <b>L.373</b></p>
--	---	--

	le droit de dire non,... » <b>L.315-316</b>		
Ergo4	<p>« Il y a des personnes pour qui tout va bien et qui n'ont "pas besoin de nous", elles disent qu'elles font leurs courses, qu'elles font leur toilette. » <b>L.24-25</b></p> <p>« Après il y a d'autres qui vont parler d'ennui plutôt, ils ne vont pas dire qu'ils ne font rien, ils vont dire qu'ils s'ennuient. » <b>L.26-28</b></p> <p>« Sauf que dans tout ça, il faut que l'activité dont on parle est du sens pour elle ! Si ça n'a pas de sens, il n'y a aucun intérêt. Si ça a du sens que pour les autres mais pas pour la personne, il n'y a aucun intérêt. » <b>L.42-44</b></p> <p>« On va faire avec ce qu'ils ont envie de nous livrer, parce que c'est très compliqué pour eux, souvent ça arrive sur des situations où il n'y a</p>	<p>« ...avec des troubles cognitifs, troubles de la mémoire, qui sont souvent installés depuis longtemps. On nous appelle très tard finalement sur les situations, donc c'est vrai que c'est un peu le désert au niveau des activités pour eux souvent. » <b>L.12-15</b></p> <p>« Ça dépend de leur niveau d'anosognosie. » <b>L.24</b></p> <p>« Pour les personnes qui ont des troubles cognitifs, cette partie de l'histoire (enfance, adolescence, jeune adulte) est très présente. Ils racontent facilement pleins d'anecdotes de leur vie d'avant. La mémoire est liée à l'émotion de toute façon, les souvenirs ancrés sont ceux qui ont été marqué par l'émotion. » <b>L.148-151</b></p> <p>« Ça marche chez les personnes qui sont en démence modéré, quand ils sont trop avancés dans la pathologie, c'est quand</p>	<p>« Et quand on fait un entretien avec l'aide et c'est une catastrophe en réalité. » <b>L.25-26</b></p> <p>« Voilà il n'y a personne de soignant qui est rentré dans le domicile, on est les premières. Donc c'est délicat. » <b>L.59-60</b></p> <p>« La présence de l'aide est précieuse,... » <b>L.64</b></p> <p>« La personne extérieur peut être considérée comme une personne avec laquelle on peut plus facilement se confier par rapport à sa famille où l'on peut avoir peut d'être jugée. » <b>L.118-120</b></p> <p>« On a aussi des informations sur la relation qu'ils ont avec leurs enfants et l'ensemble de leur entourage. » <b>L.143-144</b></p> <p>« On sent parfois un aidant qui a besoin de se</p>

	<p>personne, il n'y a aucun aidant. » <b>L.57-59</b></p> <p>« Après on est encore sur une génération aussi 80 / 90 ans en milieu rural, j'ai beaucoup d'agriculteurs dans mes patients, avec l'histoire du rôle des femmes et leur... comment dire...oui ce qu'étaient les femmes dans ce milieux rural dans les années 50 / 60. Elles bossaient aux champs et élevaient les enfants et c'est tout. » <b>L.137-141</b></p> <p>« Encore une fois, on se focalise sur les activités qui ont du sens pour la personne. C'est souvent ce qui est difficile à cerner même avec le temps. » <b>L.166-168</b></p> <p>« Après il y en a qu'ils ne veulent pas du tout modifier. » <b>L.197-198</b></p>	<p>même bien plus compliqué. Avec les personnes présentant une démence modéré, ça marche quand même bien. » <b>L.180-182</b></p>	<p>confier en-dehors de la présence de la personne. On a cette discussion des fois en amont de la visite car la demande vient de l'aidant. » <b>L.157-158</b></p> <p>« Si la demande de l'aidant n'a pas de sens pour la personne, on ne la suivra pas forcément. » <b>L.161-162</b></p> <p>« Alors quand on a la possibilité d'avoir des aidants solides qui eux continuent dans le même sens que notre intervention et qui font un relais à d'autres intervenants, ça peut perdurer dans le temps et c'est facilitateur. » <b>L.178-180</b></p>
Ergo5	<p>« ..., de toujours lui laisser la possibilité de prioriser les activités sur lesquelles elle veut que</p>	<p>«..., s'il n'ont pas d'autres activités qu'ils veulent que l'on aborde ensemble comme les activités de</p>	<p>« Ça dépend de la cohérence que je décèle dans les propos de mon patient. » <b>L.82</b></p>

	j'intervienne. » <b>L.127-</b> 128  « ..., c'est simplement que c'est le choix de la personne, que les services ne sont pas ou plus adaptés, parce que c'est le principe de réalité et c'est comme ça. » <b>L.145-147</b>	loisirs qui passent généralement un peu en dernier plan, et pourtant elles sont importantes. » <b>L.33-35</b>  « ...selon l'incapacité de la personne de se modérer, on a des personnes qui sont très anxieuses, qui ont l'esprit qui dévie souvent de la conversation,... » <b>L.65-66</b>  « Si cette personne ne peut plus rester à son domicile parce qu'elle est trop dépendante... » <b>L.143-144</b>	« Complètement, d'ailleurs ce sont très souvent les aides-soignants qui m'orientent les patients sur des situations,... » <b>L.90-91</b>  « Exactement, et aussi avec sa famille finalement. Parfois c'est avec la famille que j'interviens. » <b>L.122</b>  « ... le soutien à domicile est vraiment conditionné par l'entourage social mais pas l'entourage professionnelle, vraiment l'entourage familiale, amicale, et c'est ce qui va conditionner beaucoup plus le maintien à domicile que l'autonomie ou que les ressources financières ou que la présence d'un soutien professionnel » <b>L.253-256</b>
Ergo6	« Et des fois avec des personnes, on vient juste pour mettre en place une planche de bain et elles n'ont pas trop envie	« ... j'ai le plus de mal c'est avec des personnes anosognosiques... » <b>L.78</b>	« Il y a un questionnaire de COTID qui s'appelle « l'entretien ethnographique » qui permet aussi d'avoir le

	<p>qu'on rentre un peu plus dans leur intimité,... » <b>L.12-13</b></p> <p>« ...je leur pose la question, de qu'est-ce qu'ils attendent de mes séances ? Parce que des fois ils ne comprennent pas trop pourquoi on est là. » <b>L.58-59</b></p> <p>« C'est eux aussi qui nous disent "non ça au final, vous l'avez vu mais ce n'est absolument pas important pour moi. Si quelqu'un vient me les donner, au contraire ça m'arrange". » <b>L.66-67</b></p> <p>« Et ce sont vraiment des choses qu'ils veulent travailler, on commence par ce qui est le plus important pour eux. » <b>L.70-71</b></p> <p>« ... et puis en fonction de son histoire passée. » <b>L.140-141</b></p> <p>« surtout qu'à domicile ce n'est pas forcément</p>	<p>« ..., avec certains ce n'est pas possible parce que ça peut être des personnes en fin de vie pas communicantes. » <b>L.99-100</b></p> <p>« ... il y a pleins de troubles cognitifs qui leurs font perdre pleins de temps. » <b>L.216-217</b></p> <p>« ...on intervient souvent en même temps qu'une aide à domicile, qu'une infirmière ou qu'une aide-soignante et la personne est train de recevoir ses soins donc ce n'est pas évident de poser pleins de questions. » <b>L.104-106</b></p> <p>« Oui parce qu'en pleine ville, on a des problèmes de clefs. Les soignants ont les clefs de chez les personnes parce qu'il y a pleins de personne prisent en soin qui n'ont pas la capacité d'ouvrir aux soignants. Donc nous ergothérapeute, on est obligé de passer pendant leurs soins pour avoir</p>
--	---	---

	<p>évident parce qu'ils n'ont pas obligatoirement choisis qu'on vienne, c'est plus souvent l'aidant ou le médecin. » <b>L.230-231</b></p> <p>« Toute façon, quand c'est signifiant pour la personne, ça passe plus facilement. » <b>L.249-250</b></p>	<p>accès au logement. » <b>L.108-111</b></p> <p>« La famille, surtout quand la personne a des troubles cognitifs, c'est primordial » <b>L.121-122</b></p> <p>« Et puis tous les autres professionnels vont en général un rôle important. » <b>L.124-125</b></p> <p>« Et en plus souvent pour libérer l'aidant, qui va pouvoir sortir une heure ou deux prendre l'air et souffler. » <b>L.198-199</b></p>
--	---	--

### Annexe 6 : Analyse de contenu thème 2

<p style="text-align: center;"><b>Thème 2 :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Intégration des changements et Représentations du processus de vieillissement et situations de handicap</b></p>			
	2.1 : Perte d'objets	2.2 : Perte de fonction	2.3 : Perte de soi
Ergo1	<p>« Et des fois on a des blocages de la part de la personne parce qu'elle ne pensait pas que ce serait aussi contraignant techniquement et parfois aussi cher. Il y a aussi un frein à ce niveau également. »</p> <p><b>L.36-37</b></p>	<p>« Soit la personne est complètement actrice du projet et c'est elle qui veut faire les travaux, c'est elle qui a choisis de faire les travaux et à ce moment-là c'est assez simple. »</p> <p><b>L.18-20</b></p>	
Ergo2	<p>« Suite à une perte par exemple, si c'est la perte d'un proche, de toute façon on palpe la douleur de la personne... »</p> <p><b>L.109-110</b></p>	<p>« Après si la personne ne comprend vraiment pas du tout, je ne sais pas, je n'ai jamais eu ce cas de figure. »</p> <p><b>L.179-180</b></p> <p>« ..., les pertes d'autonomie qui sont liées au vieillissement font écho à beaucoup d'autres pertes. »</p> <p><b>L.262-263</b></p>	<p>« On peut observer chez les personnes âgées avec qui on intervient une perte de poids, une négligence au niveau vestimentaire, au niveau de l'apparence... »</p> <p><b>L.119-121</b></p>

		<p>« La perte reste quelque chose de négatif, d'un point vu sociétal aussi. » L.263-264</p> <p>« On parlait de la dépression et l'intervention de psychologues, mais c'est vrai qu'en ne voyant personne, en étant seul, ce symptôme de tristesse se découpe. » L.275-276</p>	
Ergo3	<p>« Il y a quelques jours j'ai téléphoné à un monsieur, qui a perdu son épouse, son épouse avait des troubles cognitifs, mais qu'on suivait depuis, depuis 4 - 5 ans, et voilà, je lui ai téléphoné pour savoir dans quel état il était, avec le confinement, pour</p>	<p>« ... il faut savoir qu'avec les troubles cognitifs, elle peut rencontrer des difficultés dans une activité, elle peut l'abandonner. Donc si une activité ne se fait plus, c'est peut-être parce qu'elle s'est retrouvée face à trop de difficultés ou parce qu'avec le temps ça n'a plus d'intérêt. » L.45-48</p> <p>« ... parce qu'elle n'arrive plus à voir ce qu'elle peut faire et elle se sent totalement incapable de faire cette chose. » L.56-57</p> <p>« ... on a une personne qui a un conjoint qui a des troubles cognitifs</p>	<p>« ... elle n'arrive plus à se projeter,... » L.56</p> <p>« Elle va nous dire :"oh oui moi je fais mes courses tous les jours" et elle ne les fait absolument pas, ou ne veut pas les faire, mais dans l'image qu'elle a et de ce qu'elle a appris, c'est oui elle a toujours fait ses courses tous les jours, elle a toujours lavé son linge, toujours</p>

	<p>savoir s'il allait bien,... » <b>L.77-80</b></p> <p>et qui perd en capacités dans certaines activités,... » <b>L.97-98</b></p> <p>« ...oui elle doit savoir, mais finalement elle n'y arrive pas. Quand elle est devant le faite, elle ne sait plus par quoi commencer, elle ne sait plus organiser, planifier, elle ne s'en sort pas...Ça peut être aussi parce qu'elle dit avoir des difficultés à ce niveau-là,... » <b>L.135-136</b></p> <p>« On va prendre l'exemple d'une baignoire, avec les difficultés que l'on peut avoir pour rentrer dans une baignoire quand on est âgée. Fonctionnellement cela devient un peu plus compliqué, alors c'est vrai que l'on voit des personnes qui ont pris l'habitude de s'asseoir sur le bord, de s'accrocher au bord, il y a celles qui n'arrivent pas à lever la jambe, à fléchir au niveau de la hanche, qui va se pencher en avant et qui va lever la jambe et va faire plutôt une extension de hanche. » <b>L.182-187</b></p> <p>« Oui, pour voir si elle arrive à s'adapter, si elle arrive à trouver des changements. » <b>L.207</b></p> <p>« ..., elle s'est adaptée dans sa façon d'entrer dans sa baignoire, mais elle s'est adaptée 20 ans auparavant.</p>	<p>fait ceci et toujours fait cela. » <b>L.122-125</b></p>
--	---	--

		<p>Voilà il y avait plus de capacités d'adaptation. Donc on peut avoir des systèmes aussi qui ont été mis en place par la personne, à une époque elle a su s'adapter, et à un moment, elle atteint la limite de ces adaptations possibles. » <b>L.209-212</b></p> <p>« Une aide technique, il faut que la personne puisse se l'approprier, il faut que ça vienne s'harmoniser dans son environnement, et pas quelque chose qui fasse tâche et qui crée blocage. » <b>L.373-375</b></p> <p>« Si vous avez une personne qui ne voit pas bien, mais elle a l'habitude, elle sait que tel objet et à tel endroit, et tout se fait comme ça. » <b>L.377-378</b></p>	
Ergo4	« ...les échecs et pertes qu'ils ont pu avoir,... » <b>L.132</b>	<p>« ..., on essaye d'utiliser au maximum les capacités restantes. » <b>L.166</b></p> <p>« Les personnes ne veulent souvent pas l'entendre avant que l'incident soit arrivé. » <b>L.207-208</b></p>	<p>« Ils ne veulent pas l'entendre qu'ils vont vieillir, qu'ils vont être dépendant. Pour tout le monde ce processus de vieillissement on ne veut pas l'entendre donc c'est pour ça, attention, attention avec la prévention. » <b>L.208-211</b></p>
Ergo5		<p>« Ce sont ses capacités d'adaptations qui vont orienter vers la proposition d'une solution plutôt qu'une autre. » <b>L.42-43</b></p>	

		<p>« Exactement, sachant que la personne dit souvent "ça va bien" et nous sommes obligés de creuser parce que les problèmes n'émergent pas spontanément. » <b>L.74-75</b></p> <p>« ... elle préfère s'adapter, s'appuyer sur leur environnement,... » <b>L.100</b></p> <p>« Finalement cela ne convenait pas, elle n'avait rien et finalement elle s'adaptait. » <b>L.103-104</b></p> <p>« Soit la personne est finalement capable de s'adapter à pleins de choses, elle a quand même pas mal de ressources, d'autonomie,... » <b>L.175-178</b></p>	
Ergo6		<p>« ... je pense que les mises en situation c'est une des meilleures façon de voir justement les capacités préservées et qu'est-ce que la personne à mit en place aussi elle-même comme adaptations pour maintenir ses activités. » <b>L.34-36</b></p> <p>« Qu'est-ce qu'ils ont mis en place justement quand c'est difficile?... Parce que souvent ils nous disent "ça moi je n'arrivais pas mais maintenant ça va. "Et pourquoi ça va ? qu'est-ce que vous avez mis en place?" Parce que justement ils peuvent mettre des</p>	

	<p>stratégies qui les ont aidées et chacun va pouvoir s'appuyer dessus pour pouvoir en trouver d'autres et pour d'autres activités. » <b>L.41-45</b></p> <p>« C'est plus souvent dans le sens où la personne n'a pas forcément conscience de ses troubles mais par l'aïdant va apporter des solutions. » <b>L.53-55</b></p> <p>« ... qui pense que tout va bien et qui se demande pourquoi vous venez me voir. » <b>L.78-79</b></p> <p>« Mais il y en a d'autres où on ne peut jamais vraiment passer le seuil de la porte, ils refusent toutes les mises en situation parce que pour eux tout va bien. » <b>L.81-82</b></p>	
--	--	--

### Annexe 7 : Analyse de contenu thème 3

<b>Thème 3 : Processus de résilience</b>			
	3.1 : Traumatisme	3.2 : Mécanisme de défense	3.3 : Reconstruction
Ergo1		<p>« ...même si des fois ils les obstruent un peu les choses négatives. »</p> <p><b>L.93-94</b></p>	<p>« Et c'est beaucoup plus compliqué pour la personne d'accepter son vieillissement on va dire, et les transformations qui pourraient être amenées à être faites chez elle. » <b>L.21-23</b></p> <p>« ... le retour à domicile des personnes hospitalisées. Elles sont vraiment dans une problématique d'acceptation de leurs déficiences... » <b>L.87-88</b></p>
Ergo2	<p>« Même les activités à caractère sociale peuvent être placées dans les activités primaires parce qu'on sait qu'une personne âgée qui perd en lien social, on sait qu'il peut y avoir de la dépression qui peut très vite apparaître. Le fait d'être isolée la rend davantage fragile. » <b>L.13-16</b></p> <p>« Ce qui est compliqué, c'est pour les personnes</p>	<p>« Mais souvent les personnes sont aussi un peu dans le déni de leur perte de capacité... »</p> <p><b>L.143-144</b></p> <p>« Les personnes qui se braquent et qui ne veulent pas entendre parler de fauteuil roulant, de verticalisateur, de chaise dans la salle de bains, de barre d'appui, on est clairement face à un déni des</p>	<p>« Je suis allé jusqu'à accompagner les gens en séances pour qu'ils puissent intégrer un groupe, essayer, et se faire une idée de ce que c'est. » <b>L.66-68</b></p> <p>« Très importante cette relation de confiance ! » <b>L.74</b></p> <p>« ..., et leur montrer qu'elles sont encore capable. » <b>L.77-78</b></p> <p>« J'ai côtoyé pas mal de bénévoles qui intervenaient auprès moi dans établissement pour personnes âgées de plus de</p>

	<p>qui sont assez isolées. » <b>L.116-117</b></p> <p>« On voit le degré d'impact de la perte d'autonomie sur le moral de la personne. » <b>L.157</b></p> <p>« les personnes âgées sont soumises à des symptômes propres à la dépression... » <b>L.256-257</b></p>	<p>incapacités. » <b>L.174-176</b></p>	<p>80 ans et qui ont perdus des conjoints, et pour le coup eux ont besoin d'être bénévole pour justement oublier leur douleur. » <b>L.117-119</b></p> <p>« Il y a des fois aussi où ça prend beaucoup de temps pour que la personne accepte,... » <b>L.188</b></p> <p>« Parce que ce sont elles qui vont aussi pouvoir permettre de faire accepter des fois des choses qu'on propose. » <b>L.213-214</b></p>
Ergo3	<p>« on papote, on discute, et on a un discours, on a une personne qui craque, on a une personne qui pleure, et on revient là-dessus,... » <b>L.271-272</b></p> <p>« ... je suis tombée sur une personne qui était pareil, en pleure, en train de craquer,... » <b>L.289</b></p> <p>« ..., quand vous avez une personne étrangère, qui arrive chez vous, qui s'installe, qui prend son</p>	<p>« On voit des personnes qui commencent et qui laisse de côté en se disant "et bien je m'en fiche" » <b>L.166-167</b></p> <p>« ..., on peut avoir des non-dits par le fait de ne pas vouloir être en face de ses incapacités, c'est à dire qu'il y a des choses que l'on va laisser de côté et on ne veut pas en parler, on ne veut pas aborder le sujet. » <b>L.174-176</b></p>	<p>« ..., dans l'ensemble les femmes s'en sortent mieux quand elles sont les aidantes, que les hommes, dans l'ensemble. » <b>L.98-99</b></p> <p>« ... il est difficile pour une personne âgée d'initier un changement, mais ce qui ne veut pas dire que lorsque qu'il y a un changement, ils n'ont pas de capacités à s'y adapter. Ce sont deux choses différentes. » <b>L.108-110</b></p> <p>« Donc il y a des aides à domicile qui sont mises en place une fois par semaine, et</p>

	<p>questionnaire, qui vous pose pleins de questions, vous n'avez pas envie, automatiquement de lui dire tous vos sentiments avec toute la culpabilité que vous pouvez avoir par rapport au placement de quelqu'un et ainsi de suite... » <b>L.304-307</b></p>	<p>« Puisque tant que la personne elle est dans la plainte, qu'elle est dans la colère, elle a besoin d'exprimer ça mais elle n'est pas en recherche de solutions... » <b>L.220-221</b></p> <p>« Plusieurs services lui ont dit " vous devriez faire ci, vous devriez faire comme ça, il devrait prendre l'EHPAD, etc", c'était toujours non, c'était toujours non. » <b>L.285-287</b></p>	<p>que la personne est plutôt en refus, c'est souvent difficile à accepter, et c'est difficile à mettre en place. » <b>L.114-116</b></p> <p>« ... il n'y a pas qu'une histoire de capacités d'adaptation, il y a aussi dans quelle condition elle a pu s'adapter à quelque chose. » <b>L.181-182</b></p> <p>« Le tout c'est d'accepter le deuil » <b>L.218</b></p> <p>« ... on est là pour apporter des solutions, et que suivant dans quelle phase on arrive, il est possible qu'il n'y ai pas de solution. » <b>L.219-220</b></p>
Ergo4	<p>« Ça peut être très mal vécu aussi donc il faut faire attention. » <b>L.92</b></p> <p>« Voilà les choses qui émotionnellement ont pu compter pour eux, les marquer positivement ou négativement leur histoire de vie. J'ai beaucoup de patients qui ont vécu le retour d'Algérie en 1962 dans des conditions</p>	<p>« Et puis il y a aussi ce déni qui fait qu'ils cachent beaucoup de choses... » <b>L.32-33</b></p> <p>« Ce sont des choses qu'on peut élaborer quand il n'y a pas de déni trop important. Il y a des personnes la première fois qui peuvent passer d'entretien et qui ne vont rien lâcher. » <b>L.37-38</b></p>	<p>« S'ils acceptent de se faire aider, c'est qu'ils travaillent sur l'acceptation de leur perte d'autonomie. Le processus d'acceptation peut être très lent chez les personnes âgées et qui est parfois encore beaucoup plus lent chez les aidants... Quel que soit nos moyens d'interventions et les activités qu'on propose, finalement l'objectif caché de tout ça, c'est vraiment l'acceptation des aides extérieures. » <b>L.98-102</b></p>

	<p>catastrophiques, des hommes qui ont fait la guerre d'Algérie, c'est une période de vie où eux ils avaient une trentaine d'année et ce sont des choses qui reviennent, des traumatismes qui refont surface. » <b>L.133-137</b></p> <p>« Il y en a beaucoup qui ont souffert, de leurs conditions de vie, de leur couple, de leur rôle d'épouse, de leur rôle de mère. » <b>L.141-142</b></p>		<p>« Quand ils commencent à accepter de se faire aider, c'est qu'ils commencent à accepter qu'ils soient plus vieux, qu'ils soient plus dépendant. » <b>L.105-106</b></p>
Ergo5	<p>(la prise en compte des capacités adaptatives d'une personne âgée)</p> <p>« Bien sûr ça justifie complètement la prise en charge et mes préconisations. » <b>L.40</b></p> <p>« ..., et bien c'est vécu comme un échec le fait qu'elle ne puisse pas rester à domicile. » <b>L.144-145</b></p>	<p>« Quelqu'un qui a du déni... » <b>L.84</b></p> <p>« La personne elle est chez elle et si jamais elle se braque, au pire, elle n'ouvrira plus la porte. » <b>L.136-137</b></p> <p>« Parfois ce sont des personnes qui sont isolées, qui vont refuser absolument toutes les adaptations, quitte à mettre en danger la santé des soignants qui</p>	<p>« ..., d'autres où on est face à une personne isolée, socialement dépendante, qui a besoin de tuteurs. Tout cela va aussi un peu conditionner mon implication dans la mise en place des préconisations. » <b>L.169-171</b></p>

		interviennent,... » <b>L.153-155</b>	
Ergo6	<p>« il y en a à qui on ne pose pas la question quand ils ne sont pas très stable psychologiquement, on ne leur demande pas "quel est le plus grand échec de leur vie ? "... » <b>L.143-144</b></p> <p>« ...une personne qui vient d'avoir un handicap ou l'annonce d'un diagnostic et qui a besoin d'aller de l'avant, oui on a tout à fait notre place, ça fait partis du suivi. » <b>L.157-159</b></p> <p>« J'ai accompagné un monsieur en début de maladie d'Alzheimer et ça faisait un an qu'il était complètement sous l'eau. » <b>L.159-160</b></p>	<p>« Des fois c'est l'inverse et c'est l'aidant qui dit "non non tout va bien" mais en général c'est plus un moyen de défense. » <b>L.51-52</b></p> <p>« Et pareil en SPASAD pour le matériel où c'est parfois problématique car le matériel est mis en place pour les soignants et les gens ne comprennent pas ou s'y oppose. » <b>L.235-237</b></p>	<p>« Je n'ai pas d'outils en particulier, après je ne connais pas comme ça d'outil d'évaluation pour l'accompagnement au changement. J'ai été formé à l'école à repérer un peu les points clefs dans cet accompagnement, après on voit vite quand la personne ne veut pas changer, ça se sent vite. Mais voilà c'est surtout du ressenti, des observations et des entretiens. » <b>L.114-118</b></p> <p>« des discussions là-dessus, sur comment ils ont fait face, et ça peut aider aussi pour actuellement quand ils sont en difficultés. » <b>L.145-147</b></p> <p>« Il commence à entamer un changement et il m'a appelé, ça a été justement un peu le déclic, il commençait à amorcer la remontée donc il m'a appelé. » <b>L.160-162</b></p> <p>« il faut que la personne puisse accepter » <b>L.165</b></p>

		<p>« Donc on essaye qu'ils en retrouvent un peu pour les amener après qu'ils acceptent une aide à domicile qui viendra les aider pour avoir un moment de loisir. » <b>L.196-198</b></p> <p>« Après pour la toilette c'est un peu compliqué au domicile, souvent ça ne passe pas. Mais en générale, le reste ça passe plutôt bien. » <b>L.220-221</b></p> <p>« C'est vrai que si la personne ne veut pas du matériel mais qu'il est nécessaire pour poursuivre les soins, je comprends mais là justement l'accompagnement au changement n'est pas évident parce que la personne n'est pas d'accord, c'est tout un travail la convaincre de la nécessité. » <b>L.238-241</b></p> <p>« Donc là justement l'accompagnement au changement n'est pas évident, quand ce n'est pas une demande de la personne, mais que c'est une demande des soignants, c'est plus compliqué. » <b>L.248-249</b></p>
--	--	---

			« Après il y a l'acceptation de certaines choses qui reflète un peu son handicap et sa situation d'autonomie et d'indépendance mais en général ça va, quand c'est une activité qui pour elle est signifiante, ça roule tout seul. Quand c'est par rapport à une perte, c'est là où on peut aider par la discussion et les activités. » <b>L.250-254</b>
--	--	--	---

### Annexe 8 : Analyse de contenu thème 4

<b>Thème 4 :</b> <b>Analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention</b>			
	4.1 : Conséquences de l'Agir (conséquences sur l'activité)	4.2 : Moyens d'intervention	4.3 : Examen en profondeur des options proposées
Ergo1	<p>« C'est plus compliqué quand ce sont les enfants qui ont décidé, et finalement les parents ils deviennent des enfants de leurs enfants. » <b>L.23-24</b></p> <p>« ...et elles vont se retrouver avec un aménagement qu'elles n'auront pas voulu et qu'elles n'utiliseront pas parce qu'elles en ont peur. » <b>L.26-28</b></p> <p>« Mais on les laisse quand même en montrant qu'il y a d'autres possibilités mais que maintenant ce n'est pas sa priorité. » <b>L.134-136</b></p>	<p>« ... les gens nous demandent l'aménagement de la salle de bain donc nous on voit pour le long terme... » <b>L.33-34</b></p> <p>« Une cabine de douche avec un receveur de 10cm, ça ne sera pas financé par les financeurs (comme la CARSAT ou l'ANAH). » <b>L.41-42</b></p> <p>« Alors moi je n'utilise pas de grille. Je fais ça sous forme de dialogue, de questions réponses, je n'ai pas de grille sous la main pour faire rentrer la personne dans des cases. » <b>L45-47</b></p> <p>« On est là pour apporter des conseils,... » <b>L.49</b></p> <p>« Moi je travaille comme ça au feeling, je sais ce que je dois poser comme question et après c'est vrai qu'il y a beaucoup</p>	<p>« Après je pense aussi que les gens ne comprendraient pas qu'on vienne, c'est mon avis, ils ne comprendraient si j'arrivais avec une grille. » <b>L47-49</b></p> <p>« La demande de départ ce n'est pas forcément l'aménagement qui va être proposé. Par exemple au début la demande sera de mettre en place un siège monte escaliers et au final il y avait besoin d'aménager une salle de bain parce qu'il y avait déjà une autre pièce au rez-de-chaussée et donc ça se transforme en aménagement du rez-de-chaussée avec chambre et salle de bain au rez-de-chaussée plutôt qu'un</p>

	<p>d'observation. Dès qu'on ferme la porte de la voiture, je me mets en mode observation. Comment est le domicile ? Comment est l'accès ? Si c'est une personne âgée Comment elle marche ? Enfin voilà, c'est sur l'observation beaucoup. Mon collègue lui il s'est fait une trame, sur le déplacement, sur l'accessibilité, pour être sûr de ne rien oublier. Mais voilà il n'a que 5 ans d'expérience, moi j'en ai 20. On fonctionne différemment. » L.51-57</p> <p>« ... après avec la visite du domicile en elle-même, j'évalue ce qui est nécessaire de mettre en place. » L.63-64</p> <p>« Après par rapport à l'accessibilité, je peux remarquer autre chose qui n'était pas présent dans la demande initiale. Ne serait-ce que de mettre une barre d'appui car il y a une marche pour pouvoir sortir. La motorisation des volets aussi, si la personne me dit qu'elle a eu une coiffe des rotateurs et qu'elle ouvre manuellement ses volets. » L.72-76</p>	<p>siège monte escaliers. » L68-72</p> <p>« ...il y a des fois où les enfants sont déjà là et ils disent "tiens je ne savais pas, j'apprends des choses". » L.102-103</p> <p>« Ils nous disent souvent "on lui avait déjà dit qu'elle avait des difficultés",... » L.103-104</p> <p>« Donc en soit on est facilitateur de la prise de conscience des difficultés plutôt que ce soit la fille ou une personne de la famille qui le dit. » L.105-107</p>
--	---	--

		<p>« Ils ne pensaient pas qu'il y avait la possibilité de prise en charge. Donc oui on peut dévier avec l'entretien sur d'autres choses qui n'avaient pas été demandées au départ. »</p> <p>L77-79</p> <p>« J'utilise les mêmes techniques que ce que j'ai dit précédemment. Ça va être l'entretien vraiment, avec les questions que l'on pose et l'observation de la personne et de son domicile. » L.82-83</p> <p>« C'est par l'entretien, c'est être dans l'empathie, bien comprendre le problème et de savoir le réexpliquer et essayer de faire comprendre à la personne que son état de santé est différent d'avant son hospitalisation. » L.89-91</p> <p>« C'est dans le dialogue. C'est essayer de faire comprendre les difficultés qu'elle a au domicile. Essayer de lui montrer le gain qu'elle pourrait avoir avec les aménagements et les difficultés qui pourraient être moindre dans son</p>	
--	--	--	--

	<p>quotidien. C'est surtout dans le dialogue et essayer de faire comprendre à la personne. D'essayer de reformuler ses difficultés pour qu'elle puisse en prendre vraiment conscience. » <b>L.94-98</b></p> <p>« ...mais venant du personne extérieure, d'un professionnel, ça peut être plus facilement entendable et assimilable que si c'était un enfant qui l'avait dit. » <b>L.104-105</b></p> <p>« Ça peut lui permettre de prendre conscience de ses difficultés effectivement et qu'on n'est pas obligé de rester dans ses difficultés, qu'il y a des moyens de pouvoir avancer et d'être plus autonome et indépendant qu'avec les aménagements qui sont déjà en place. » <b>L.109-111</b></p> <p>« Toutes les informations qu'on peut acquérir lors de l'évaluation, on les transcrit sur un compte-rendu. » <b>L.119-120</b></p> <p>« On l'envoie à la personne et on lui dit que si on a mal compris quelque chose par</p>	
--	---	--

	<p>rapport ce qu'elle nous a dit ou qu'on a mal interprété les choses, elle peut nous appeler pour faire le point et pour modifier ce qui est écrit sur le compte-rendu. » <b>L.120-122</b></p> <p>« Le compte-rendu c'est finalement le résumé de ce qu'on a pu intégrer et comprendre de notre dialogue, de notre entretien, et on le laisse entre guillemets ouvert pour que la personne puisse le modifier. » <b>L.122-124</b></p> <p>« Ce n'est pas notre compte-rendu à nous petit ergothérapeute, ça appartient aussi à la personne et elle a tout à fait le droit de le faire modifier. Et on le modifie sans souci si on a mal interprété les informations qu'elle a pu nous donner. » <b>L.124-127</b></p> <p>« Quand on fait le compte-rendu, on inscrit toutes les propositions d'aménagements qu'on a fait au domicile. » <b>L.131-132</b></p> <p>« Si au final la personne ne veut qu'un des projets</p>	
--	--	--

	<p>proposés, à ce moment-là, on remodifie le compte-rendu derrière en disant que "madame a choisi de faire l'aménagement de la salle de bain et ne souhaite pas pour le moment faire les autres projets". » <b>L.132-134</b></p> <p>« On fait un mix de toutes les informations, de tout ce qu'on a compris de ses activités, de ses occupations, de son état actuel, si elle est en pleine phase d'acceptation ou pas, si elle arrive à s'adapter et on intègre tout ça dans des propositions qu'on intègre au compte-rendu. Ensuite on accompagne avec les études des devis, on aide dans les dossiers d'aides financières à monter. » <b>L.136-140</b></p>	
Ergo2	<p>« Ce qui va compter c'est surtout de faire la part entre les activités en effet liées aux besoins primaires (hygiène, alimentation, alerte par exemple) et les activités secondaires qui sont plutôt des activités de loisir. » <b>L.11-13</b></p>	<p>« Je pense qu'en fait tout est à évaluer. » <b>L.16</b></p> <p>« Donc il faut prendre en compte ce rythme pour pouvoir ensuite l'inclure dans l'intervention, comme lors de la collaboration avec les CCAS pour mettre en place une activité notamment de</p> <p>« Il faut toujours réévaluer l'activité qu'on aura choisis avec la personne et marquer quels sont les facilitateurs et les freins de la mise en place de notre prise en charge. Parce qu'à chaque fin de séance c'est réévaluable. » <b>L.85-87</b></p>

	<p>« On sait très bien que la personne âgée mettra plus de temps à réaliser chaque activité donc la part des activités sociale va être très réduite car la part des autres activités va prendre beaucoup de temps. » <b>L.16-18</b></p> <p>« C'est obligatoirement à prendre en compte parce que si la personne âgée on lui prévoit à 10h une séance avec un CCAS, c'est fort probable qu'elle ne puisse pas être prête. » <b>L24-26</b></p> <p>« Les pertes et traumatismes si la personne est isolée ou pas entourée, ou qu'on ne prend pas en compte en tout cas ces choses, on peut arriver sur des fragilités majorées qui peuvent conduire à des situations avec des dégradations en chaîne. Par exemple "je me</p>	<p>mobilisation collective. » <b>L.22-24</b></p> <p>« Donc ça fait partie de ce qu'on va évaluer en termes de rythme de la personne âgée. » <b>L26-27</b></p> <p>« Ça peut plutôt faire revenir sur des bons souvenirs, sur des choses de la vie antérieure qui peuvent être renotées et qui pourront être repris dans des moments où ça va moins bien. » <b>L.42-44</b></p> <p>« Alors je n'ai pas d'évaluation normée, type MCRO ou truc comme ça, c'est plutôt vraiment basé à la fois sur les activités antérieures qui étaient des activités de plaisir pour la personne, qui ont été arrêtées à cause de la pathologie ou des incapacités, et ensuite demander à la personne : quels sont ses priorités ? qu'est-ce qu'elle aimerait faire en premier ? » <b>L.48-51</b></p> <p>« Et je pense que c'est vraiment bien de hiérarchiser la priorité de la personne. » <b>L53-54</b></p>	<p>type gym</p> <p>« Mais c'est vrai que si ça ne fonctionne pas, il faut quand même comprendre pourquoi et peut-être revenir sur les objectifs qu'on s'était fixés dès le départ et prendre une autre direction. » <b>L.89-91</b></p> <p>« Et dès qu'on fait face à une difficulté, il faut revenir dessus et je pense que c'est aussi important de partager avec les autres personnes qui peuvent intervenir à domicile et voir ce qui ne se passe pas bien. Parce qu'on ne peut jamais tout savoir sur une personne, et même s'il y a une relation de confiance, il y a des choses qui ne sont pas palpables. » <b>L.92-95</b></p> <p>« ... quand je travaillais à la Réunion, le décès fait partie un peu de la culture, enfin je ne sais pas comment expliquer mais ce n'était pas quelque chose de</p>
--	---	---	--

	<p>suis fait voler de l'argent donc j'ai développé une angoisse, donc du coup je suis un peu prostré chez moi, je n'arrive plus à faire les choses..." et de fil en aiguille ça en fait ça amène à plusieurs tableaux possibles. »</p> <p><b>L31-36</b></p> <p>« ...alors qu'en fait pour elle, ce ne sera pas du tout les activités de plaisir antérieures qui vont l'intéresser à ce moment-là mais une autre activité qui va être autour de la cuisine, du jardinage ou des sorties à l'extérieur. »</p> <p><b>L58-60</b></p> <p>« ...car elle ne va pas vouloir participer, elle va être dans une souffrance. »</p> <p><b>L.110</b></p> <p>« ...mais ça ne les empêche pas d'être très proche des autres et de</p>	<p>« Et on va se dire "super on va pouvoir l'orienter vers ça parce qu'il y a des CCAS dans son secteur qui proposent ce type d'activité",... »</p> <p><b>L57-58</b></p> <p>« Donc il va falloir vraiment intégrer les priorités par rapport à ce dont elle a besoin. »</p> <p><b>L.60-61</b></p> <p>« ... et donc c'est vrai qu'il y a un accompagnement de la part de l'ergothérapeute qui se fait de façon beaucoup plus prononcé. »</p> <p><b>L.65-66</b></p> <p>« Ça passe aussi par les activités faites à domicile, je pense aux ergothérapeutes qui interviennent au sein d'ESA qui font vraiment des activités au domicile, mais c'est vrai qu'on peut aussi tourner les personnes vers l'extérieur également... Mais c'est surtout leur redonner confiance en elle, les revaloriser,... »</p> <p><b>L.74-77</b></p> <p>« Je pense qu'il ne faut pas sortir du cadre de ce qu'on nous a appris, c'est-à-dire de se fixer des objectifs à court, moyen et</p>	<p>dramatique. La vie ne s'arrête pas forcément au moment où la vie de la personne s'arrête. Bien qu'il y ai un deuil qui soit porté etc,... »</p> <p><b>L.111-114</b></p> <p>« Donc finalement l'accompagnement est assez dynamique. »</p> <p><b>L.115-116</b></p> <p>« Je trouve que c'est trop peu développé à domicile pour les personnes âgées, ce qui est vraiment dommageable à mon avis puisque je le vois par exemple pour des patients parkinsoniens en établissement, qui sont complètement dans cette phase de perte d'autonomie, qui ont quand même envie de se mobiliser. »</p> <p><b>L.167-171</b></p> <p>« Je pense que ça veut dire qu'il faut travailler avec les autres acteurs du domicile, notamment le médecin traitant, pour bien appuyer sur les</p>
--	--	---	--

	<p>faire pour les autres. » <b>L.121-122</b></p> <p>« ... donc du coup elles n'ont pas forcément demandé de l'aide. En plus, on intervient auprès d'une génération actuelle de personne âgée qui n'ont pas l'habitude de demander de l'aide et pour qui même recevoir de l'aide d'une aideménagère chez eux, ce n'est pas forcément ce qu'ils souhaitent. » <b>L.144-147</b></p> <p>« Tout est question d'équilibre dans ses occupations ! » <b>L.232</b></p>	<p>long termes. A court terme, réaliser une activité avec la personne dans son domicile, c'est quelque chose qui me semble intéressant pour voir si c'est fonctionnel. Si ça ne l'est pas, la tourner vers quelque chose vers d'autres structures comme les CCAS ou avec une activité de secteur proposé par la mairie. » <b>L.81-85</b></p> <p>« A mon avis, l'évaluation primaire des besoins occupationnels n'est pas figée dans le temps. » <b>L.91-92</b></p> <p>« Il y a des personnes qui ont des troubles cognitifs qui apparaissent ou se dégradent, je pense que c'est aussi un travail d'équipe. Et ça aussi c'est important de pouvoir partager avec d'autres personnes. » <b>L.96-98</b></p> <p>« J'utilise l'observation. On fait une prise en charge holistique de la personne donc du coup notre regard il va être porté sur la personne dans sa globalité, sur son environnement. » <b>L.107-108</b></p>	<p>objectifs de l'intervention à domicile. » <b>177-178</b></p> <p>« ...soit la personne va être dans l'acceptation de mettre en place de l'aide technique, de l'aménagement ou de l'aide humaine ; soit la personne ne va pas vouloir aucune de ces propositions... » <b>L.180-182</b></p> <p>« ... mais sans l'appui d'un professionnel comme un psychologue par exemple c'est dur aussi de pouvoir poursuivre l'avancée de la prise en charge. » <b>L.188-190</b></p> <p>« ... c'est pour ça que c'est important d'avoir du lien avec l'environnement de la personne dont on s'occupe, tant sur le plan de l'équipe pluridisciplinaire que de l'entourage de la personne. » <b>L.211-213</b></p>
--	---	---	---

	<p>« ... je n'ai pas forcément le recul nécessaire. A part peut-être sur des pertes d'autonomie et dans ce cas mon travail était plus d'évaluer comment on pouvoit pallier cette perte d'autonomie plus qu'une perte sur le plan humain. » <b>L.124-126</b></p> <p>« ..., les pertes de capacités c'est plus facile à évaluer, c'est-à-dire que on peut beaucoup plus facilement proposer à une personne de l'accompagner dans ses actes de la toilette... » <b>L.129-130</b></p> <p>« ...je pense en plus que notre regard de réadaptateur est complètement inscrit dans cette prise en charge, plus que sur une perte humaine où c'est de l'observation pure alors que le reste pas forcément. » <b>L.133-135</b></p> <p>« ... du coup nous en tant qu'ergothérapeute on se dit "donc ça doit être compliqué de faire la toilette des pieds, ça doit être compliqué de mettre les chaussettes..."; et donc du coup on va pouvoir aborder la</p>	<p>« Et des fois les enfants vont être au contraire, pas facilitateur du tout mais dégradant dans la situation en ne voulant pas mettre en place l'aide technique. » <b>L.220-222</b></p> <p>« Mais à savoir que voilà c'est vraiment délicat de savoir qui entre la famille ou l'équipe médicale peut nous aider. Des fois avec l'équipe médicale on peut se retrouver confronter à des gens qui vont préconiser des choses alors que ce n'est pas leur job, et du coup ça va nous mettre nous en échec. Par exemple on aurait bien vu un rehausseur de WC avec une barre d'appui, et finalement l'infirmière va dire "ah bah non mettez plutôt une chaise pot dans votre chambre...". Donc on va en arriver finalement à réduire un périmètre de marche qui n'aurait pas</p>
--	---	--

	<p>question avec la personne. »</p> <p><b>L.140-143</b></p> <p>« Donc pour tout ce qui est plutôt fonctionnel, on va leur dire leur proposer du matériel et leur proposer de l'essayer si ça les intéresse. Mais tout va passer par l'observation des activités de la personne. En tous cas, quand on fait une visite à domicile avec le CICAT, et qu'on doit évaluer l'aide pour ces personnes, on est bien obligé d'évaluer ses activités dans tous les plans de l'espace... Je pense qu'il faut avoir un petit bilan qui permet d'explorer ça, et de l'avoir en tête ce bilan pour pouvoir le refaire régulièrement. »</p> <p><b>L.147-153</b></p> <p>« Je pense encore une fois qu'on n'est pas tout seul à pouvoir comprendre ça. Dans à peu près tous les établissements avec lesquels je bosse, je travaille avec des psychologues. »</p> <p><b>L166-167</b></p> <p>« Je pense que les psychologue peuvent nous aider à voir le degré d'acceptation de la perte.</p>	<p>dû être réduit, alors qu'on aurait pu aménager. »</p> <p><b>L.223-230</b></p> <p>« Il faut toujours être très clair et partager ses objectifs à la fois avec la personne âgée, c'est elle la première concernée donc il faut qu'elle puisse valider ce qu'on souhaite faire avec elle. »</p> <p><b>L.245-247</b></p> <p>« ...et je trouve que des choses qu'on ne prend aujourd'hui pas assez en charge. Parce que ce n'est peut-être pas facile de prendre la personne âgée en charge à domicile par un psychologue, enfin je ne sais pas... »</p> <p><b>L.257-258</b></p> <p>« Et on ne met pas assez l'accent sur la valorisation de ce que les personnes peuvent encore faire et je ne sais pas en tous cas si l'amélioration de l'accompagnement psychologique de ces</p>
--	---	---

	<p>C'est quand la personne elle baisse un peu les barrières et elle nous permet d'entrer dans son champ de capacités et de mettre en place des choses pour pallier justement ces incapacités. » L171-173</p> <p>« ...il faut se rapprocher d'une équipe pluridisciplinaire et d'acteurs qui connaissent peut-être mieux la personne. Même pourquoi pas un médecin gériatre, ça dépend bien-sûr de la personne et de son degré de soins en fait. » L.182-185</p> <p>« Il y a des gens parfois qui sont en rupture de soins, dans ce cas, on met en place des gestionnaires de cas... Il permet vraiment de remettre du lien entre tous les acteurs autour de la personne, et qui permet de faire une vraie prise en charge globale et holistique sur tous les paramètres de soins possibles. Je pense que si on est dans une rupture soins, ça c'est le genre de personne vers lesquelles il faut se tourner. » L.192-199</p>	<p>personnes pourrait faire en sorte de changer un peu aussi le regard de la société sur les personnes âgées qui sont encore capable finalement... Notamment en ville on sait que la zone urbaine, le taux de personnes âgée est assez important, et je pense qu'il manque en fait, même si les CCAS sont présents, il manque un lien pour accompagner les personnes qui ont un peu plus de difficultés à aller vers l'extérieur, vers justement ces réseaux de groupe. » L.264-270</p> <p>« Alors que je pense que le besoin est sur un plus grand nombre de personnes. Et il n'y a pas que les activités primaires, il y a toutes les activités sociales. » L.273-275</p> <p>« je pense qu'on s'est quand même bien amélioré. Il y a un maillage maintenant qui</p>
--	--	---

	<p>« Il faut expliquer notre démarche... » <b>L.211</b></p> <p>« Je pense que dans notre prise en charge, c'est bien de pouvoir identifier les personnes qui vont être facilitatrice. » <b>L.218-219</b></p> <p>« Donc c'est vrai que nous, je pense il faut se focaliser sur la personne en tant que telle, bien évaluer ses besoins et ensuite évaluer qui va pouvoir nous aider dans l'entourage. » <b>L.222-223</b></p> <p>« Enfin c'est tout une réflexion en fait, et c'est pour ça que je pense qu'il ne faut pas perdre le sens de l'équipe pluridisciplinaire, de bien identifier tous les acteurs. » <b>L.230-231</b></p> <p>« les premières séances à domicile avec une personne pour moi concernent l'évaluation, c'est-à-dire de bien comprendre et identifier la problématique de la personne, ses souhaits etc... A la fin de cette évaluation, peu importe le nombre de fois qu'on aura vu la</p>	<p>existe et qui est en perpétuelle évolution. La gériatrie prend beaucoup plus de place aujourd'hui et tant mieux. Mais on n'est pas encore sur quelque chose qui d'après moi est vraiment fonctionne <b>L.</b> » <b>L.280-282</b></p>
--	---	---

	<p>personne, il faut bien définir les objectifs à court, moyen et long termes. Il faut inclure les professionnels qui entourent la personne âgée et l'entourage. Et je pense qu'avec toute cette osmose, on va réussir à définir un projet, qui est un projet d'accompagnement, qui n'est pas figé comme je te l'ai dit tout à l'heure car on peut toujours revoir les objectifs au fur et à mesure de l'accompagnement de la personne. » <b>L.236-243</b></p> <p>« Pour les aménagements etc, inclure ensuite l'équipe qui l'entoure et son entourage. C'est pour moi une évaluation multidimensionnelle. On sait que l'ergothérapeute fait une prise en charge holistique de cette personne. Donc on va se baser à la fois sur l'histoire de vie de cette personne, ses pathologies, ses capacités à un temps T mais aussi l'environnement dans lequel elle évolue, les personnes qui l'entourent, ses activités qui étaient antérieures et celles qui sont encore actuelles et ensuite</p>	
--	---	--

		<p>dégager ce qu'on peut lui proposer... » <b>L.247-253</b></p> <p>« Quelque chose me paraît important aujourd'hui, c'est de pouvoir parfois axer un objectif sur une prise en charge par un professionnel tel qu'un psychologue. » <b>L.255-256</b></p> <p>« ...on est vraiment dans la réadaptation donc de l'activité : aides techniques, aménagements ou mise en place de l'aide humaine. » <b>L.260-262</b></p> <p>« A la réunion j'avais par exemple un réseau de transport dédié pour les personnes qui avaient des troubles de la marche ou en fauteuil roulant et qui voulaient aller aux activités du CCAS. Mais c'est un dispositif qui s'est développé à petite échelle, pour un petit nombre de personne. » <b>L.270-273</b></p>	
Ergo3	<p>« Je vais dire que de toute façon dans notre fonction c'est la première chose qui va nous intéresser puisque</p>	<p>« ...on fait travailler la mémoire, on n'est pas là pour faire de la rééducation... » <b>L.22</b></p>	<p>« Et c'est comme si au téléphone, j'avais une voix, qui était, totalement rajeunie, parce qu'il n'y avait plus</p>

	<p>nous on essaye de voir le déséquilibre occupationnel essentiellement dû au trouble cognitif, on sait qu'il y en a. Notre objectif c'est justement de voir ce que les troubles cognitifs vont entraîner comme difficultés dans le quotidien. » <b>L.18-21</b></p> <p>« ... on est là pour voir surtout l'incidence, des troubles sur le quotidien, sur les activités du quotidien. Donc c'est vraiment : voir ce que la personne avait l'habitude de faire et ce qu'elle ne fait plus. » <b>L.22-24</b></p> <p>« Et plus c'est quelque chose qui va être utilisé tous les jours, plus ça rentre facilement dans une routine. » <b>L.111-112</b></p> <p>« Quand c'est une aide qui va être mise tous les jours, et bien quelque</p>	<p>« Alors après il faut savoir aussi pourquoi ça n'a plus d'importance. Il y a ça aussi sur lequel on va faire attention, c'est à dire où il y a un désintérêt, ça ne l'intéresse plus. » <b>L.36-38</b></p> <p>« ... il faut savoir entendre ce qui peut être en la source de difficulté et faire des essais pour confirmer. » <b>L.51-52</b></p> <p>« ...quand on approche une personne, il y a toute une globalité à prendre en compte. Son histoire de vie, ses habitudes, ses routines, ses motivations. On prend tout en compte, s'il y a telle fonction qui marche plus, on va s'intéresser à cette fonction. On va s'intéresser surtout aux fonctions préservées mais voilà, tout est vu dans un système global, dans une globalité. » <b>L.72-76</b></p> <p>« Tous les jours à 11h, il y a une aide. Je dirais plus ça sera mis à la même heure mieux ce sera accepté. Le fait de faire rentrer dans une routine, ça aide. » <b>L.117-118</b></p>	<p>toute cette fatigue physique et psychologique liée à son accompagnement. » <b>L.88-90</b></p> <p>« Je trouve que c'est une des meilleures façons plutôt que de prendre une questionnaire, et de dire "bon alors ... question". Ça bloque beaucoup de choses et ça va nous enlever, beaucoup de renseignements. » <b>L.154-156</b></p> <p>« Ce que l'on sait aussi, c'est que les capacités d'adaptation, si on se contente à la personne âgée de lui dire, et « vous devriez faire comme ça ! » Ah, déjà ça ne va pas marcher. Après on peut aussi présenter une aide technique, mais si on se contente de lui présenter et de lui mettre, par exemple, le banc classique, bon voilà, maintenant vous ne risquez plus rien, vous mettez ça, si on ne lui</p>
--	--	---	---

	<p>part ça rentre dans leur routine. » <b>L.116-117</b></p> <p>« ...justement par rapport à son atteinte cognitive, elle n'est pas toujours consciente... » <b>L.130-131</b></p> <p>« ...en théorie, oui elle doit savoir, mais finalement elle n'y arrive pas. Quand elle est devant le faite, elle ne sait plus par quoi commencer, elle ne sait plus organiser, planifier, elle ne s'en sort pas. » <b>L.133-135</b></p> <p>« On peut avoir des personnes qui, comme elles sont en difficultés cognitives, elles ne peuvent pas par le discours nous dirent réellement ce qui ne va pas parce qu'elles n'ont pas les capacités à résoudre seules leurs problèmes. Parce qu'il y en a sur lesquelles elles n'en n'ont pas</p>	<p>« Deux choses essentiellement, je dirais l'observation, parce qu'un trouble cognitif, la personne n'est pas toujours capable de nous dire ce qu'elle peut faire et ce qu'elle ne peut pas faire. » <b>L.120-122</b></p> <p>« Donc c'est pour ça que le deuxième système d'observation c'est la mise en situation. » <b>L.126-127</b></p> <p>« Voilà c'est pour ça qu'il faut aussi les mettre en situation. » <b>L.135</b></p> <p>« Donc les mises en situations par rapport à ses occupations, il faut les choisir en fonction de ce que va exprimer la personne, sur les difficultés qu'elle peut avoir, mais ça peut être aussi, parce que nous on a un doute, et qu'on sait que le discours ne correspond pas automatiquement aux capacités. » <b>L.139-142</b></p> <p>« Moi quand je rentre chez les gens, je ne sors pas de papier, je ne sors pas de dossier, je ne</p>	<p>montre pas comment il faut l'utiliser, si on ne s'entraîne pas avec elle, si on ne lui permet pas de s'approprier un objet, elle ne peut pas non plus s'y adapter. » <b>L.190-196</b></p> <p>« On voit bien cependant que quand on est sur des conseils et tout et que ça se ferme, que la relation se ferme, c'est qu'à ce moment-là, elle n'a pas avancé dans l'acception... » <b>L.222-224</b></p> <p>« Parce que de toute façon, tant qu'elle en est à ce niveau et bien je ne peux rien faire. Il faut accepter que l'on ne puisse pas résoudre tous les problèmes. » <b>L.231-233</b></p> <p>« Sinon l'on n'obtiendra pas automatiquement le bon résultat, au contraire, on va avoir une fermeture qui se fait et cela va être pire qu'autre chose. » <b>L.247-249</b></p>
--	---	---	---

	<p>conscience. » <b>L.167-170</b></p> <p>« Et c'est à partir de ces échanges, que je vais avoir tous les éléments, que généralement j'arrive en une séance à avoir déjà le maximum de renseignements, certains peuvent m'échapper, mais ce n'est pas grave. Dans un deuxième temps je les complète. » <b>L.151-154</b></p> <p>« ... si elle exprimait qu'elle aimait le tricot on peut la mettre en situation de tricot et voir ce qu'il se passe au niveau de la réaction. » <b>L.164-165</b></p> <p>« C'est toujours de l'observation, du recueil d'informations, essentiellement. » <b>L.180</b></p> <p>« Observations, et mises en situation. » <b>L.214</b></p> <p>« Parfois je conseille le CMP (centre médico psychologique), parce que la</p>	<p>sors rien. Alors ce que j'aime bien c'est qu'on s'installe au salon, on discute, et le discours va partir dans tous les sens, entre guillemets. » <b>L.145-148</b></p> <p>« Il faut surtout être présent à la bonne phase de la personne quoi, au moment, j'ai envie de dire, où elle est mure quoi. » <b>L.278-279</b></p> <p>« Il faut entendre aussi que les conseils ou les orientations des fois peuvent s'entendre aussi quand il y a une relation de confiance qui s'est fait. » <b>L.284-285</b></p> <p>« ...et j'ai été présente au bon moment, et elle pouvait entendre toutes les préconisations, tous les conseils que l'on pouvait lui donner, et en l'espace de quelques jours, tout s'est mis en place. » <b>L.289-291</b></p>
--	---	--

	<p>personne a besoin d'écoute. » <b>L.226-227</b></p> <p>« J'accepte que pour l'instant elle n'en veut pas. » <b>L.241</b></p> <p>« Il est important de rester ouvert, d'éviter de positionnement avec des "vous voyez je vous l'avez dit", "ah quand même"... On s'en fiche de ça, il faut peut-être plus répéter 10 fois la même information à une personne, quelque part. » <b>L.245-247</b></p> <p>« Donc il faut savoir laisser une information, dire « ok vous n'en voulez pas, voilà, mais si demain vous mappelez, pas de problème je vous répondrai quelle que soit la question ». Après il faut savoir aussi qu'une information, si elle vient d'une seule personne parfois cela ne fonctionne pas. Mais si la même information se croise, parce que cela vient de différentes personnes et que nous avons toutes le même discours, ça peut aussi faire avancer les choses. » <b>L.249-254</b></p>	<p>« ...parfois on a des aidants qui veulent à tout prix garder, leur époux, et qu'il va y avoir tout simplement un élément financier, une crainte financière,... » <b>L.299-300</b></p> <p>« ... moi je suis présente pour l'accompagner dans sa décision, mon rôle n'est pas de lui imposer ce qu'elle doit faire... » <b>L.316-317</b></p> <p>« ... la relation de confiance, c'est aussi, le temps qui est en notre faveur par le fait que l'on va intervenir minimum sur 3 mois. Donc le fait d'être présente pendant 3 mois, on tisse des liens. » <b>L.318-320</b></p> <p>« C'est là que l'on voit si nos actions ont eu un impact ou pas. » <b>L.346</b></p> <p>« C'est ça qui va nous permettre de faire le lien entre les occupations et de voir si finalement on a</p>
--	--	---

	<p>« Quand les gens l'entendent une fois, ils l'entendent d'un autre et encore d'un autre, ça commence à prendre de l'importance pour elle.... Il s'agit surtout de garder l'ouverture. Nous par exemple dans notre fonction, on doit intervenir, on intervient pendant trois mois. D'accord, on fait 15 séances, ça ce sont les normes, c'est le cahier des charges ...et logiquement on ne voit plus la personne pendant 9 mois, et puis après au bout d'un an on peut reprendre, où elle nous contacte par elle-même ou on lui téléphone en disant "vous savez ça fait un an" on peut refaire une prescription et revenir. Nous ce que l'on fait quand on a fini, on dit toujours aux personnes que l'on est toujours là, « si vous avez besoin de n'importe quoi, vous pouvez toujours nous appeler même si on est pas en prise en charge, en fonction de votre question, on ne pourra pas faire une séance, ça nous n'avons pas le droit, mais on pourra peut-être vous répondre ou on pourra vous envoyer vers le</p>	<p>pu réhabiliter une occupation, et de dire pourquoi il a été réhabilité. Parce qu'il manquait juste tel élément et on a remis ça en place par exemple. » <b>L.348-351</b></p> <p>« ... le maintien à domicile il ne dépend pas que de nous. » <b>L.355</b></p> <p>« On n'est pas l'élément essentiel qui va faire le maintien à domicile, parce qu'il y a trop de facteurs qui entrent en jeux pour un maintien à domicile, trop de facteurs, et il y a une part émotive qui est énorme. » <b>L.361-363</b></p> <p>« Il faut savoir que des fois, on peut avoir un impact négatif si on vient changer de grosses habitudes. » <b>L.376-377</b></p> <p>« Et si vous la mettez en situation trop différente, vous allez lui demander une concentration</p>
--	---	--

	<p>service compétent. ». <b>L.258-268</b></p> <p>« ...on conseille le CMP... » <b>L.272</b></p> <p>« Entre temps aussi, en téléphonant au Conseil Départemental, en disant "ça y est c'est bon", on peut mettre en place le plus tôt possible, on peut faire les démarches pour l'aider, etc. » <b>L.292-293</b></p> <p>« ...elle va permettre aussi de trouver l'élément qui empêche d'accepter une adaptation, d'accepter un changement. » <b>L.296-297</b></p> <p>« La relation de confiance c'est l'écoute, c'est avant tout l'écoute, c'est l'absence de jugement, c'est l'absence d'ego...Non mais c'est vrai, c'est un sacré travail sur soi. Il ne s'agit pas de moi mais à chaque fois on est toujours en train de se remettre en cause, parce que des fois on y va et que la séance est totalement ratée, que ça se passe mal et de se dire " qu'est-ce qu'on en tire ?". » <b>L.311-314</b></p>	<p>cognitive qui va être trop forte et qui risque qu'elle fasse des erreurs parce qu'elle va être concentrée sur un point inhabituel. » <b>L.378-380</b></p> <p>« Et je dirais que chaque cas est particulier,... » <b>L.383-384</b></p> <p>« C'est le côté, j'ai envie de dire "anti commercial". On peut être nettement mieux et technicien dans le sens où on ne défend pas absolument un produit et il faut à tout prix que vende tant par jour. On est plus " telle personne, quel est son problème ?" et c'est à moi de rechercher ce qui peut exister et qui doit répondre à la demande de la personne. » <b>L.387-391</b></p>
--	--	---

	<p>« ...on essaye de faire en fonction de ce que demande la personne. » <b>L.326-327</b></p> <p>« Nous on va peut-être avoir un peu plus de flexibilité au niveau des horaires... » <b>L.332-333</b></p> <p>« C'est aussi le moyen de mettre en avant ce qu'elle veut la personne et de dire « on va essayer de s'adapter à vous », « ce n'est pas vous qui nous adapter à nous, c'est nous qui essayons de nous adapter à vous », on a ce côté-là qui peut être un point fort. » <b>L.334-337</b></p> <p>« Après ça peut être un mélange de tout ce que l'on a déjà dit, c'est vrai que l'on a déjà dit pas mal de choses... On fait un lien quand on arrive à faire le bilan final. Quand on reprend les observations, qu'est ce qui s'est passé au début ?, quels sont les actions que l'on a faites ?, qu'est-ce qu'il en a découlé ? » <b>L.343-346</b></p>	
--	--	--

	<p>« On fait automatiquement un bilan final de notre intervention. » <b>L.348</b></p> <p>« ... on n'aborde le problème dans sa globalité tant au niveau social, familial, financier, émotif, fonctionnel... »</p> <p><b>L.370-371</b></p> <p>« Il faut venir se coller aux habitudes de la personne. »</p> <p><b>L.375-376</b></p> <p>« ...c'est beaucoup d'observations. Sans arrêt on fait la balance entre le pour et le contre, qu'est-ce que ça peut avoir comme bienfait ?, et qu'est-ce que ça peut avoir comme effet négatif ?. Et tout d'abord de bien observer et de bien analyser les besoins. »</p> <p><b>L.381-383</b></p> <p>« ... on ne part jamais de l'aide technique, on part de la personne. Et après c'est une fois qu'on a bien analysé, qu'on a bien cerner le problème, c'est après, hop, est-ce qu'il y a une aide technique ?, est-ce qu'il y a quelque chose qui répond à ça quoi ? » <b>L.384-387</b></p>	
--	--	--

		<p>« ... pour faire accepter une aide technique par exemple c'est toujours donner le choix à la personne. Il faut lui donner au moins deux possibilités pour que ce soit elle qui dise "je préfère ça". Ce que je veux dire, c'est de ne jamais lui dire "c'est ça qu'il vous faut", on peut lui dire, voilà "éventuellement vous pouvez le faire de tel façon, de tel façon, qu'est-ce que vous préférez ? ". » <b>L.393-397</b></p>	
Ergo4	<p>« On arrive sur des situations où on a des personnes qui sont déjà bien "désoccupationné"... » <b>L.11-12</b></p> <p>« Parce que l'idée ils l'ont, le projet ils l'ont mais ils hésitent un peu et attendent. » <b>L.194-195</b></p>	<p>« Après c'est ce qu'on essaye de faire justement c'est de questionner l'histoire de vie de la personne. Moi c'est ce que je fais lors de mes premiers entretiens avec les patients. D'ailleurs que je n'appelle plus "patient", mais "personne accompagnée". Donc la première fois que je les vois seule, je leur reparle de leurs activités passées, même si ça reste de leur mémoire, de l'imaginaire. Peu importe, je laisse déjà l'expression de l'activité ou de l'envie quelle qu'elle soit, que ce soit faire sa toilette, prendre ses médicaments etc... Comment</p>	<p>« Et après quand je commence à rentrer en relation, peut-être que la semaine d'après quand j'y retournerai, il n'y aura peut-être pas le même discours. Il y aura une reconnaissance, une reconnaissance de l'échange et du lien et il va pouvoir y avoir des portes qui s'ouvrent sur les incapacités et une envie d'envisager certaines aides techniques. » <b>L.38-42</b></p> <p>« Parce que lorsqu'on travaille à domicile, on</p>

	<p> eux vivent ? Comment eux perçoivent leur quotidien par rapport aux activités ? » <b>L.15-21</b></p> <p>« Ce sont des choses qu'on perçoit, qui ne sont pas forcément verbalisé mais qu'on perçoit à la rencontre et à la discussion avec les personnes. » <b>L.30-31</b></p> <p>« Au début de mon exercice en ESA j'utilisais beaucoup de bilans, de MMS, d'IADL... » <b>L.47</b></p> <p>« J'ai un document papier maison avec des questions que moi je ne remplis pas. Au premier entretien, j'ai de la chance on le fait à deux. Je travaille avec une infirmière qui travaille sur les trois ESA et qui fait tous les bilans de premières évaluations avec moi. » <b>L.51-53</b></p> <p>« ...on fait le GIR. Je suis dans l'observation, dans l'échange et dans l'humilité énormément. » <b>L.55-56</b></p>	<p>n'est plus soignant avec une blouse blanche en service, on est chez eux, on rentre dans leur intimité. » <b>L.56-57</b></p> <p>« Donc quel que soit le MMS on y va. Après c'est un parti pris que j'ai choisis parce que j'ai l'accord de ma hiérarchie mais tous les ergothérapeutes en ESA n'ont pas cette possibilité-là. » <b>L.72-74</b></p> <p>« Alors attention, je suis toujours frileuse par rapport à la mise en échec dans les mises en situation, parce que ça peut être rédhibitoire pour la suite de l'accompagnement et que les personnes nous acceptent. » <b>L.90-92</b></p> <p>« Le savoir-être est très important. Ça va servir à se faire accepter en tant qu'accompagnant et pas uniquement en tant que soignant. » <b>L.96-97</b></p>
--	--	--

	<p>« On respecte, on discute et on observe beaucoup, beaucoup, beaucoup. » <b>L.60-61</b></p> <p>« Alors de plus en plus les patients nous sont orientés par les consultations mémoires, si on n'a pas de MMS, je le fais passer mais c'est assez rare (10%). Après les critères d'admissions qui nous ont été imposés par le cahier des charges de 2011, j'avoue que je suis du genre à dire que peu importe la situation, si on fait appel à nous, c'est qu'il y a un besoin donc on va au moins l'évaluer. » <b>L.67-71</b></p> <p>« Il y a pleins de différentes situations, la mémoire procédurale elle est ancrée, on peut donc avoir quelqu'un qui a un mauvais MMS et qui est pourtant très autonome à domicile. Mais c'est le seul bilan validé et normé pour ces situations. » <b>L.75-78</b></p> <p>« Alors j'ai fait une formation avec l'association d'aide aux aidants et j'ai eu la chance de faire la formation COTID. Dans cette approche, il y a tout</p>	<p>« Et même une personne qui interviendrait régulièrement, malgré son savoir-être, ça serait peut-être moins précieux finalement. Je pense que quand on va chez la personne âgée une fois par semaine, ça rend précieuse l'intervention pour la personne accompagnée et du coup elle peut éventuellement se livrer plus facilement. » <b>L.114-118</b></p> <p>« Donc voilà, parler de l'histoire de vie, ça peut rentrer dans l'intimité mais on a des informations. » <b>L.142-143</b></p> <p>« Alors ça oriente un peu les activités qu'on propose et le projet de soin mais ça reste noté dans le projet : la demande de l'aidant est..., et ensuite la demande de la personne est... » <b>L.159-161</b></p>
--	---	--

	<p>un questionnaire sur l'aidant, sur les capacités d'adaptation de l'aidant,...et...on l'inclue vraiment dans l'accompagnement. Il fait partie de cette triade aidant-aidé-soignant. Donc nous aussi on fait partie du système et c'est pour ça que dans le COTID, il y a l'ergothérapeute qui va apporter sa vision de l'accompagnement. » <b>L.81-86</b></p> <p>« Je n'ai pas d'outils mais la formation COTID a été très précieuse. De l'observation, de la mise en situation. » <b>L.89-90</b></p> <p>« Donc beaucoup d'observation voilà, c'est vraiment de l'échange, de la douceur de la présence. Etre présent pour la personne, la remettre au centre de sa vie. » <b>L.93-94</b></p> <p>« Et du coup, c'est un moyen de permettre à la personne d'accepter ses déficits et ses incapacités. » <b>L.97-98</b></p> <p>« Que ce soit nous, un SSIAD, une infirmière libérale, un accueil de jour, n'importe quoi,</p>	<p>« ...ce qui est le plus difficile c'est de les faire perdurer dans le temps. Parce que tant qu'on est présent et que l'ASG intervient toutes les semaines ça va. Par contre ce qui est difficile pour nous c'est de partir au bout de 15 séances et de croiser les doigts pour que ça perdure. » <b>L.175-178</b></p> <p>« Alors encore une fois, juste la discussion et la validation par l'ergothérapeute qui vient à la maison est très importante. » <b>L.193-194</b></p> <p>« Quand on arrive et qu'on leur valide que c'est une bonne idée, ça peut avoir un fort impact. » <b>L.195-196</b></p> <p>« Des fois ils ont besoin que je leur fasse un petit croquis, avant/après, mais c'est assez rare. » <b>L.196-197</b></p>
--	---	---

	<p>on fait un travail de fonds sur l'acceptation que des personnes viennent les aider à la maison sur n'importe quel sujet. » <b>L.102-104</b></p> <p>« Je ne pense pas qu'il y ait un rapport avec la fréquence d'intervention. Je pense qu'il y a un rapport avec la personne qui intervient, avec son savoir-être, à sa manière d'écouter, à sa manière de valider. Mes collègues ont beaucoup travaillé sur tout ce qui est Montessori, la validation de Naomie Feil, voilà. On valide, on est là, on écoute, on ne juge pas, c'est vraiment du savoir-être. C'est plus la personne qui intervient plutôt que la fréquence d'intervention. »</p> <p><b>L.110-114</b></p> <p>« Il faut un positionnement professionnel. Quand tu débutes en ergothérapie, tu es super ergo, en blouse blanche et tu veux soigner tout le monde. Il y a cette posture du savoir, on sait, on sait et on a du pouvoir. Dans l'inconscient collectif, le soignant a le pouvoir, on le voit dans le</p>	<p>« ..., on nous demande beaucoup de faire de la prévention ! Le grand mot : "faire de la prévention". Le problème c'est que chez la personne âgée, comme chez tout le monde finalement, faire de la prévention c'est de l'anticipation négative ! C'est hyper anxiogène ! Et c'est vrai que ce n'est pas forcément comme ça qu'on accompagne les gens dans la perte d'autonomie. La prévention pour moi c'est ça, c'est vraiment de l'anticipation négative... » <b>L.202-206</b></p> <p>« ... je reviens sur la discussion, le savoir-être, la confiance, la relation qui se crée etc... Et ça ne se fait comme ça. Il faut poser les bases à la première rencontre et ça se fait petit à petit. »</p> <p><b>L.216-218</b></p>
--	--	---

	<p>discours des personnes âgées. Donc c'est quand même une autorité d'être soignant des autres, donc méfiance ! Méfiance par rapport à ça ! Nous on fonctionne d'égal à égal. On est deux êtres humains, on est égaux... L'écoute est très important aussi. Je pense que lorsqu'on se met d'égal à égal aussi avec les gens, ils acceptent plus facilement. » <b>L.120-126</b></p> <p>« Alors, avec mes collègues, s'il y a un évènement comme ça, on prend des nouvelles. Il y a quelque chose d'important, quand je fais les premières évaluations, je pose beaucoup de questions sur l'histoire de vie : sur l'enfance, la relation avec leurs parents, comment c'est passé leur adolescence, leur mariage, leur vie professionnelle, les échecs et pertes qu'ils ont pu avoir, les déménagements. » <b>L.129-133</b></p> <p>« Donc toujours prendre les informations sans juger, même si ça peut parfois se confronter à nos valeurs et nos histoires, nos connaissances, mais après</p>	
--	--	--

	<p>ça leur appartient, c'est leur histoire de vie. On a juste à écouter et on peut faire le lien par rapport à cette histoire de vie qui est très précieuse. »</p> <p><b>L.145-148</b></p> <p>« ... les entretiens avec la personne mais aussi avec l'aidant. Ce dernier peut se faire en-dehors de la présence de la personne, soit par téléphone, soit je les reçois au bureau. »</p> <p><b>L.155-157</b></p> <p>« Souvent on l'a avant et après je propose dans un second temps un entretien de l'aidant. »</p> <p><b>L.159</b></p> <p>« Il faut l'entendre la demande de l'aidant quand même. »</p> <p><b>L.162-163</b></p> <p>« Ce n'est pas un échec, ce n'est jamais un échec. Par contre, si on intervient à nouveau l'année suivante, on pourra creuser à nouveau, et on pourra travailler sur des choses qui auront été acceptée pendant tout ce temps d'absence de moi et de mes collègues. »</p> <p><b>L.168-171</b></p>	
--	--	--

	<p>« On peut faire du conseil en matériels, proposer des relais intéressant en accueil de jour, proposer l'utilisation d'un agenda adapté et d'une horloge à date, l'utilisation d'un four avec des petites aides... »</p> <p><b>L.183-185</b></p> <p>« Si la personne est en demande pour refaire sa salle de bain, alors là oui j'interviens. En fonction de l'avancée de leur projet, de leurs finances, de s'ils sont propriétaire ou locataire, on peut les orienter vers des associations qui vont travailler en lien avec l'ANAH, avec les caisses de retraites, qui vont pouvoir les aider à financer tout ça. Je leur conseille de demander des devis à des professionnels. »</p> <p><b>L.188-192</b></p> <p>« On n'est qu'un catalyseur ! On ne fait parfois que réenclencher la machine et c'est tout. Et ça aussi ça va dans le sens de l'acceptation de la perte. »</p> <p><b>L.200-201</b></p>	
--	--	--

Ergo5	<p>(la prise en compte du déséquilibre occupationnel) « Je dirais que pour moi c'est clairement central, dans mes interventions, je pense que c'est quelque chose qui va guider toutes mes préconisations,... »</p> <p><b>L.15-16</b></p>	<p>« J'interviens en 4/5 étapes pour mettre en place mes préconisations. » <b>L.17-18</b></p> <p>« J'essaie de faire coller une étape = une séance, pour coller à des contraintes de rapports d'activités, sinon je me rends compte que je peux revenir sur une personne 5/6 fois dans la journée sans avancer sur les autres, ce n'est pas non plus très juste. Donc j'essaie de me résérer un temps pour chaque patient, mais ce ne sont pas forcément des séances en présentiel. » <b>L.20-23</b></p>	<p>« Justement en ce moment je suis en train de reprendre mes dossiers et je me rends compte qu'il y a des personnes que ne n'ai pas vu depuis deux ans, alors qu'elles ont des infections neuro-dégénératives. » <b>L.29-31</b></p> <p>« Finalement un problème peut donner lieu à énormément de solutions différentes, qui vont s'imbriquer ou pas. » <b>L.40-41</b></p>	
		<p>« Ça arrive par exemple que des personnes qui ont un déambulateur chez elles, je le vois dans un coin de la pièce, je leur demande comment elle marche, je me rends compte qu'elle ne l'utilise pas du tout... »</p> <p><b>L.98-100</b></p>	<p>« Ça peut aller d'un mois entre chaque, à parfois plus, j'ai des interventions qui sont en cours depuis un an et demi, deux ans. Les personnes dont je m'occupe, clairement c'est du long terme. » <b>L.27-28</b></p>	<p>« Pour les entretiens, ce n'est pas facile d'arriver avec un papier et de prendre des notes. Maintenant, avec l'expérience, j'arrive à dédramatiser les choses, j'explique que je n'ai pas de mémoire donc je suis obligée de noter. Généralement ça fait rire les patients,... » <b>L.56-59</b></p>
		<p>« Il y a d'autres situations où la personne finalement se débrouille très bien toute seule,... »</p> <p><b>L.167-168</b></p>	<p>« Donc j'ai prévu de les rappeler pour réévaluer leur situation, même par téléphone, pour voir si leurs activités sont toujours satisfaisantes,... »</p> <p><b>L.31-33</b></p>	

	<p>« L'entretien c'est un outil qui est vraiment intéressant, car c'est un outil qui permet d'approfondir. Cet entretien je l'axe, généralement, sur un déroulement de journée type. Je demande à la personne de me raconter un peu comment elle fait sa journée. » <b>L.46-48</b></p> <p>« En gériatrie, je me base beaucoup sur l'ADL et IADL qui sont deux échelles qui ont certes leurs limites, mais qui finalement balayent pas mal d'activités et donnent une idée assez précise de ce que fait la personne dans sa journée. Il y a juste besoin éventuellement de compléter sur une ou deux questions sur les loisirs, et finalement voilà c'est une bonne trame. » <b>L.50-54</b></p> <p>« ..., je connais ces échelles par cœur, mais vraiment par cœur, dans tous les sens. Je peux venir et revenir dessus, basculer sur un autre thème et cela me permet de les noter à posteriori. » <b>L.59-61</b></p>	<p>« C'est vraiment une équipe soudée, ils sont unis, ils discutent bien avec les patients, ils les connaissent bien, donc finalement je m'appuis souvent sur eux. » <b>L.93-94</b></p> <p>« Ça fait peut-être 6 mois que je ne systématisé pas ces essais, car une fois sur deux je repars avec mon matériel. » <b>L.102-103</b></p> <p>« C'est l'avantage de travailler en équipe. » <b>L.115</b></p> <p>« Je me mets volontairement en retrait pour laisser aussi la personne venir, laisser mes collègues lui en parler. » <b>L.119-120</b></p> <p>« Ainsi la personne se trouve un peu plus impliquée dans l'intervention. » <b>L.132-133</b></p>
--	---	--

	<p>« ..., ça me fait une trame pour ne pas oublier d'activités. » <b>L.64</b></p> <p>« ..., cela permet de toujours recentrer sur les activités de ne pas oublier. L'outil aide aussi à comprendre comment les activités vont s'imbriquer les unes avec les autres. » <b>L.66-68</b></p> <p>« Quand elle n'y arrive pas, ça m'oblige à demander "qui est-ce qui le fait ? est-ce que la personne est satisfaite de la manière dont l'autre personne le fait ? est-ce que c'est une auxiliaire de vie ? est-ce qu'elle voudrait que j'intervienne dessus ? ". » <b>L.75-78</b></p> <p>« , j'arrive à déceler quand il y a quelque chose qui n'est pas cohérent, pas clair. » <b>L.83-84</b></p> <p>« ... j'ai l'avantage aussi de travailler avec des infirmiers et des aides-soignantes qui peuvent m'aider. L'avantage de travailler avec des aides-soignants et des infirmiers c'est qu'ils les voient tous les jours. Je peux alors confronter</p>	<p>« De toute manière, à domicile on ne peut rien imposer. » <b>L.136</b></p> <p>« Finalement les relations sont beaucoup plus équilibrées à domicile. » <b>L.137-138</b></p> <p>« j'ai souvent l'impression que le fait que la personne puisse rester à domicile est conditionné par le service de soin. C'est un peu au service de soin de réussir à soutenir la personne à son domicile. » <b>L.141-143</b></p> <p>« Oui c'est exactement ça, c'est très difficile de faire entendre ça aux aides-soignants et aux personnes aussi. »</p> <p><b>L.150-151</b></p> <p>« Les deux (l'étude des occupations et des capacités adaptatives) conditionnent complètement la manière dont va s'orienter ma</p>
--	---	---

	<p>les différentes versions. »</p> <p><b>L.85-87</b></p> <p>« Je me base sur des mises en situation pour comprendre comment elle se déplace, avec quoi ? » <b>L.97</b></p> <p>« J'effectue beaucoup de mises en situation pendant mon intervention. Je fais aussi des essais de matériels. » <b>L.101-102</b></p> <p>« Mes outils sont l'observation direct, la mise en situation et le dialogue. » <b>L.104-105</b></p> <p>« J'ai aussi la chance de travailler avec deux psychologues. Donc soit je sais que la personne est suivie déjà par la psychologue, auquel cas je demande de temps en temps où elle en est, soit je demande à l'aide-soignant, mais on discute beaucoup, on échange beaucoup d'informations. » <b>L.112-114</b></p> <p>« ..."faudrait que tu ailles le voir", quand j'appelle le patient il me dit "non je ne vois pas pourquoi vous devriez venir",</p>	<p>prise en charge. »</p> <p><b>L.161-163</b></p> <p>« ..., soit on a la chance d'avoir un équipe d'ergothérapeutes qui sont déjà bien implantés, soit si on n'a pas du tout d'expérience, cela me paraît hyper compliqué. » <b>L. 210-211</b></p> <p>« Je ne conseille pas d'arriver directement après l'école dans ma structure, ou alors on fait que de la mise en place de matériel et ce n'est pas forcément intéressant. Sauf si on travaille dans une équipe, j'ai des collègues qui sont dans en SPASSAD, ils sont jeunes diplômés mais ils ont plusieurs collègues et finalement cela se passe très bien. » <b>L.214-218</b></p> <p>« Je pense que ça peut beaucoup conditionner les méthodes de travail. » <b>L.228</b></p>
--	---	---

	<p>et donc mon intervention consiste à dire "vous voyez je peux faire ça, ça et ça, mais j'entends que vous n'ayez pas besoin maintenant, donc n'hésitez pas". » <b>L.116-119</b></p> <p>« On a également des réunions de transmission quotidienne... » <b>L.120</b></p> <p>« Déjà dans la manière dont elle m'accueille, dans la manière dont elle accueille mes préconisations. En fait, j'ai comme principe de toujours laisser la personne choisir,... » <b>L.126-127</b></p> <p>« Ça manque je trouve ce principe de se dire "ok vous ne voulez pas, c'est votre droit, mais nous on ne peut pas intervenir dans ces conditions, donc s'il n'y a personne pour vous lever, vous faites comment ?". Repositionner les choses. » <b>L.156-158</b></p> <p>« J'ai mon évaluation, je propose, ça va conditionner les solutions que je vais proposer. » <b>L.161</b></p>	<p>« ... je compose avec une énorme richesse médicosociale sur le territoire, mais énormément, parfois c'est difficile de faire le tri, qui va intervenir d'un arrondissement à un autre, parfois nous sommes 4/5 ergothérapeutes sur une situation, juste à travailler dans des entreprises différentes, des structures différentes, et on ne doit pas se marcher sur les pieds. » <b>L.242-246</b></p> <p>« Vraiment pour moi c'est une différence majeure que je vois dans des situations qui pourraient être catastrophiques en termes d'autonomie, mais finalement la famille est débrouillarde, présente, bienveillante et ça se passe très bien. Je pense qu'ils ont une connaissance intuitive de</p>
--	--	---

	<p>« Et là où ça va changer c'est plus sur la mise en place, parce que ça ne s'arrête pas à l'évaluation. L'ergothérapeute il a aussi la fonction de mettre en place les préconisations, et là ça va influencer, parce qu'il y a des situations où je vais être un peu plus sollicitée, où c'est moi qui vais faire les devis, c'est moi qui vais organiser les essais, c'est moi qui vais prendre contact avec des gens etc... » <b>L.163-167</b></p> <p>« Il y a d'autres situations où la personne finalement se débrouille très bien toute seule, j'ai juste à lui envoyer mon compte rendu » <b>L.167-168</b></p> <p>« ... auquel cas j'ai juste une fonction de conseil. Soit je vais être clairement impliquée avec des psychologues, avec des plans, avec des entrepreneurs, avec des assistantes sociales, cela prend beaucoup de temps. » <b>L.176-178</b></p> <p>« Une particularité de l'ergothérapeute en ville, c'est de devoir avoir une grosse</p>	leur proche, plus que nous... » <b>L.256-259</b>
--	--	--

	<p>connaissance du territoire, et des structures médico-sociales sur le territoire, de connaitre les services de mairie, d'APA, le CLIC, de connaitre vraiment les personnes pour être capable de s'adresser à la bonne personne ... » <b>L.180-183</b></p> <p>« , je suis obligée de connaitre ça pour pouvoir orienter, quand je travaille. En dehors de quelques outils dont je vous ai parlé, je n'ai pas d'outil avec moi, j'ai un ordinateur portable et c'est tout. Ce sont mes seuls outils avec lesquels je fais de l'ergothérapie. Je n'ai pas de fauteuil roulant, pas de matériel de positionnement... » <b>L.185-189</b></p> <p>« Exactement. Je m'appuie sur les stocks des revendeurs, ou quand c'est plus spécifique vers des CICAT. » <b>L.192-193</b></p> <p>« ..., donc je connais 6 ou 7 revendeurs à qui je fais appel en fonction du matériel qu'ils ont en stock, donc j'ai une liste des fabricants avec lesquels ils travaillent, des délais, etc, des</p>	
--	---	--

		conditions commerciales. » L.203-206	
Ergo6	<p>« Oui, après peut-être pas de la même façon si c'est en équipe mobile ou en SPASSAD mais en tous cas en équipe mobile oui à fond c'est d'ailleurs la chose qui prime le plus parce qu'on fait un tour de toutes les occupations de la personne et que c'est justement lorsqu'il y a un déséquilibre qui est important que l'on intervient. Donc oui, après en SPASSAD on a un peu moins le temps pour ça. » L.8-12</p> <p>« ..., mais en tous cas en ESA oui c'est primordial. » L.13-14</p> <p>« Donc c'est primordial de le faire parce que sinon quand on change des choses et qu'on n'a pas pris en compte ça, la personne au final elle ne va pas adhérer et ça</p>	<p>« ... on essaye toujours de gratter un peu plus que les infos qu'on a des autres soignants et faire un point sur à quel c'est signifiant pour la personne. » L.17-18</p> <p>« Pareil, on va y faire très attention parce que pour moi le but en ergothérapie c'est de miser aussi sur les capacités restantes de la personne et d'apporter la juste aide nécessaire et pas plus qu'il n'en faut. Sinon elle devient davantage dépendante de nous parce qu'on apporte trop d'aide. Donc il faut justement essayer de voir, nous souvent c'est par des mises en situation. » L.24-27</p> <p>« Par exemple, pour faire le café, on ne va pas demander à une aide à domicile de faire le café : on va juste mettre un post-it sur le bouton marche-arrêt parce que c'était ça qui beugait dans le déroulé de la tâche. » L.32-34</p>	<p>« Ça ne sert à rien qu'on mette une douche si elle n'en a rien à faire et qu'elle préfère se laver au lavabo. » L.19-20</p> <p>« Sinon elle devient davantage dépendante de nous parce qu'on apporte trop d'aide. Donc il faut justement essayer de voir, nous souvent c'est par des mises en situation. Car en entretien, surtout avec les personnes ayant des troubles cognitifs qui est quand même la majorité de ma population, quand on dit "Vous arrivez bien à faire la cuisine ? réponse: oui oui, ça va très bien" et puis en mise en situation on se rend compte que pas du tout. Donc quand on arrive à faire des mises en situation ça permet vraiment de voir ça et d'adapter juste la bonne chose. » L.26-31</p>

	<p>ne sera pas utile. » <b>L.20-21</b></p> <p>« On essaye de trouver de nouvelles activités, on fait beaucoup de liens avec les accueils de jour pour que les personnes trouvent davantage de liens sociaux et puis des activités de loisirs. Et qu'ils sortent un peu de chez eux, on essaye de trouver des activités dans le but de faire un relais. » <b>L.185-188</b></p> <p>« Ou de présenter des jeux, ou des moments de loisir, parce que souvent il y en qui n'ont plus de moments de plaisir. Les trois quarts des gens, quand je leur demande "est-ce que vous avez des loisirs ?", ils répondent "non". Ils gardent quelques activités comme la télé, écouter de la musique ou lire mais il y en qui ont perdu tout ça parce qu'ils sont vraiment</p>	<p>« ..., en ESA, je me base sur le programme COTID. On a un entretien occupationnel de l'OPHI-2, c'est un entretien semi-directif et en général je commence par reprendre tout le planning de la journée de la personne. On voit les activités une à une, qu'est-ce qui est difficile ? Qu'est-ce qui ne l'est pas ? » <b>L.38-41</b></p> <p>« Après, je passe par les mises en situation et je me fie aussi à un entretien d'une heure avec en général l'aide principal. » <b>L.45-46</b></p> <p>« Je leur demande "qu'est-ce qu'ils attendent ? Quels sont leurs projets à court et moyen termes ? Est-ce qu'ils ont envie de changer des choses ?" Alors ça c'est dans l'entretien COTID : "est-ce que leur quotidien actuel leur convient ? Si non pourquoi ? Si oui pourquoi ? Et est-ce qu'ils ont envie de changer, d'améliorer certaines choses ?" J'aime bien aussi dans le COTID le fait qu'il y a la négociation d'objectifs. De part notre entretien avec la personne et avec l'aide et</p>	<p>« Il en découle pleins d'objectifs souvent quand on a l'aide après. » <b>L.50</b></p> <p>« On sait qu'à un moment il va craquer et qu'il va nous dire "non ça ne va pas tant que ça" mais ça demande du temps et c'est quand même rare. » <b>L.52-53</b></p> <p>« Pour voir justement ses ordres de priorité et ça marche bien dans les suivis car ils savent où on va. » <b>L.69-70</b></p> <p>« ..., on ne peut pas faire des séances d'ergothérapie sans que la personne soit vraiment partie prenante. » <b>L.76-77</b></p> <p>« Voilà. Si on n'a pas la personne qui est d'accord et qui est motivé par les séances, ça ne marche pas. » <b>L.83-84</b></p> <p>« Enfin ça arrive que ça parte d'un tout petit</p>
--	--	--	---

	<p>dans une routine, dans une apathie qui fait qu'ils n'ont plus de loisirs. » <b>L.192-196</b></p> <p>« Parce que certains nous disent "non je ne sors jamais de mon appartement" et après il y a la compagne qui nous dit "nan mais il a toujours été casanier, à part pour son travail, il ne sortait jamais". Donc on en déduit que ce n'est pas un problème. Alors que si la compagne nous dit "oui il ne sort plus alors qu'avant tous les jours il adorait sortir marcher et faire le tour du quartier". On va mettre en place une aide à domicile pour qu'il puisse sortir tous les jours. C'est pour ça qu'il faut faire attention à l'équilibre occupationnel, c'est hyper important de voir si ça compte pour eux. C'est pour ça aussi que je trouve important le</p>	<p>nous ce qu'on en retire, on se pose autour de la table et on dit tous les objectifs qu'on peut faire ressortir de ces entretiens et de ces bilans. » <b>L.59-66</b></p> <p>« J'ai également eu l'occasion, avec une personne encore en âge de travailler, de faire lui faire passer la MCRO. » <b>L.68-69</b></p> <p>« En SPASAD on a une demande qui est très précise par rapport à l'ESA,... » <b>L.86</b></p> <p>« Enfin voilà on part de demandes qui sont très précises et ensuite on essaye d'élargir. Alors qu'en ESA on part d'une demande qui est très large; en générale c'est le neurologue qui nous fait une prescription parce qu'il n'y a pas de traitement et aller voir une équipe mobile ça peut faire que du bien; et on affine. En fait c'est un peu dans l'autre sens. » <b>L.88-92</b></p> <p>« On pose déjà des questions sur la situation, on fait un point global sur la situation. » <b>L.97-98</b></p>	<p>besoin et au final derrière il y a pleins de choses qui en découle. » <b>L.102-103</b></p> <p>« Sans l'aide principal c'est très compliqué. Quand il n'y a pas d'aide dans la situation c'est très dur donc oui c'est important. Et surtout d'avoir son accord et sa confiance parce que sinon ça marche mal quand l'aide est méfiant. » <b>L.122-124</b></p> <p>« Après c'est l'avantage, comme on est dans un service de soins infirmiers, on a aussi des retours direct. Pareil pour l'aide à domicile, quand c'est notre association qui intervient, on a accès à des informations et des retours directement. » <b>L.127-130</b></p> <p>« Quand ce sont des personnes qui sont suivis par notre association pour l'aide à domicile ou</p>
--	--	---	---

	<p>planning de la journée parce que ça permet de voir le temps qu'ils accordent à toutes leurs activités, et de voir s'il y a des disparités ou pas. Il y en qui peuvent passer quatre heures dans la journée assis sur le canapé à ne rien faire, là l'équilibre occupationnel n'est pas top. » <b>L.203-212</b></p>	<p>« ... au final on change le fauteuil et on apporte une aide pour le repas par exemple. » <b>L.102</b></p> <p>« ..., c'est l'entretien en ESA et puis par les discussions, les observations. » <b>L.114</b></p> <p>« J'essaye de les avoir au téléphone quand il y a un kinésithérapeute, quand il y a une orthophoniste, j'essaye d'avoir ces différents au téléphone. Les médecins c'est plus compliqué, mais en tous ces les autres paramédicaux, oui. » <b>L.125-127</b></p> <p>« C'est par la conversation, par des choses qu'elle nous dit... » <b>L.140</b></p> <p>« C'est plus le ressenti et ce qu'ils disent dans la discussion qui me permet de comprendre dans quelle phase d'acceptation de leurs changements ils se situent. » <b>L.151-153</b></p> <p>« Et moi justement mon rôle est de l'accompagner là-dedans, à favoriser ce</p>	<p>le soin, oui c'est sûr que c'est plus simple. » <b>L.132-133</b></p> <p>« C'est justement un peu la contrainte à domicile, c'est que les liens entre les professionnels ne sont pas évidents. Mais nous ça va. » <b>L.135-136</b></p> <p>« Après ce n'est pas évident, des fois quand il y a des psychologues ça aide. » <b>L.149</b></p> <p>« Alors j'ai été formé en Master aux différentes étapes du changement et comment le repérer, et je n'ai pas encore réussi à mettre cela en pratique. » <b>L.149-151</b></p> <p>« Je pense que l'ergothérapeute doit accompagner au changement, même si on ne le formule pas comme ça et qu'on n'a pas de formation spécifiquement là-dessus, pour moi c'est le</p>
--	---	---	--

	<p>changeant le plus possible. »</p> <p><b>L.162-163</b></p> <p>« ... on va l'aider à accepter en lui trouvant des moyens de compensation que ce soit matériel ou par d'autres techniques. »</p> <p><b>L.166-167</b></p> <p>« On apprend à une personne à vivre au mieux avec ses activités signifiantes, avec son handicap ou son déficit. »</p> <p><b>L.169-170</b></p> <p>« C'est le plan d'intervention. En général, toutes les informations qu'on recueille c'est pendant les bilans, et puis après il y en a qui viennent au fur et à mesure. Et puis des fois il y a des changements de situations qui font qu'on va reprendre tout à zéro, mais oui par les bilans. Pour moi c'est également beaucoup par la négociation avec les gens, "voilà vos problématiques" "qu'est-ce que vous en pensez?", alors des fois ils vont me dire "oui c'est problématique aidez-moi" et d'autres fois c'est "oui bof, ouai, c'est problématique mais</p>	<p>rôle de l'ergothérapie. »</p> <p><b>L.167-169</b></p> <p>« Je laisse ouvert. »</p> <p><b>L.220</b></p> <p>« Même s'ils me disent que tout va bien, je leur dis justement que c'est pour que tout continue à aller bien. Et peut-être que moi avec un regard extérieur je pourrais vous apporter des astuces supplémentaires aux adaptations que vous avez déjà mises en place. Par exemple mettre des post-it, un auto-collant sur le micro pour bien repérer le bouton marche/arrêt... Et comme ça, ça passe un peu mieux. Ça passe moins comme une évaluation de leur capacités. »</p> <p><b>L.223-228</b></p> <p>« On rentre dans leur domicile et dans leur quotidien de manière brutale entre guillemets. Donc forcément pour eux d'un coup, c'est</p>
--	---	--

	<p>ça ne me gêne pas tant que ça". Après c'est tout un travail de réussir à creuser pour trouver vraiment ce qui pêche mais ce n'est pas forcément évident. » <b>L.173-180</b></p> <p>« Il y a beaucoup de nouvelles activités. Surtout avec les personnes avec des troubles cognitif où la récupération n'est pas vraiment possible, on peut maintenir à la limite et encore les études montrent que ce n'est pas forcément bien. Je ne leur promets jamais qu'ils récupèreront. » <b>L.183-185</b></p> <p>« Moi par exemple quand je fais de la stimulation cognitive, je ne trouve pas ça très signifiant de faire des exercices sur papier. Quand j'en fais c'est pour faire des relais, pour les amener vers la découverte d'autres exercices qu'ils aiment puis de les orienter vers une orthophoniste plus qualifiée dans ce domaine. » <b>L.188-192</b></p> <p>« On va mettre en place une aide à domicile pour qu'il puisse sortir tous les jours. » <b>L.207</b></p>	<p>woah, "mais qu'est-ce qu'il vient faire pour regarder comment je mange et voir comment je m'orienté dans le quartier?", donc c'est tout l'art de la présentation. Une fois que la relation est mise en place, ça se passe bien. » <b>L.231-235</b></p> <p>« On a donc besoin de cette relation de confiance pour réussir à ménager les deux cotés justement. » <b>L.237-238</b></p> <p>« On en arrive parfois à l'ultimatum pour la poursuite des soins, il va falloir qu'ils fassent un choix ou sinon les soins à domicile s'arrêtent. Mais ça c'est souvent l'infirmière coordinatrice qui s'y colle, pour que ça soit elles qui aient "le mauvais rôle", pour justement que ça n'entache notre relation de confiance avec la personne et qu'on puisse continuer notre travail</p>
--	--	--

	<p>« ..., en générale je leur propose une évaluation du repas, c'est une pratique que j'effectue systématiquement. Car je trouve cela très intéressant et on voit pleins de choses. Ça permet de leur proposer des aides ou des conseils pour qu'ils réalisent mieux cette activité. » <b>L.217-220</b></p> <p>« Souvent je propose une mise en situation, et on voit ensemble quelles difficultés ils rencontrent. » <b>L.222-223</b></p>	<p>avec la personne pris en soin. En fait, on se définit des rôle en amont, en équipe, pour définir un peu qui aura le mauvais rôle et permettre aux autres soignants de conserver leur posture de "personne de confiance". » <b>L.241-247</b></p>
--	--	--

## **Résumé et mots clefs**

### **Résumé :**

La recherche en ergothérapie montre, à propos du vieillissement à domicile, que les personnes âgées représentent une population particulièrement exposée au déséquilibre occupationnel et au processus de résilience en lien avec les incapacités, pathologies, pertes et traumatismes auxquelles elles sont confrontées. Ce travail vient questionner comment les ergothérapeutes prennent en compte le déséquilibre occupationnel et le processus de résilience dans leurs actions de maintien à domicile des personnes âgées. Une méthode clinique a été utilisée pour interroger six ergothérapeutes. Les entretiens ont été traités avec une analyse thématique, puis une analyse lexicale (logiciel IRaMuTeQ). Les ergothérapeutes interrogés évoquent : l'étude des occupations, l'intégration des changements, le processus de résilience et l'analyse des impacts des actions de maintien à domicile sur l'intervention. Le mot « activité » obtient la plus grande occurrence dans l'ensemble des entretiens. Il ressort que l'évaluation en ergothérapie, principalement effectuée avec des bilans non-validés, se concentre sur les activités signifiantes de la personne âgée. Les solutions proposées pour le maintien à domicile des personnes âgées s'appuient sur le dialogue, l'observation, les mises en situation et la pluridisciplinarité.

**Mots clés :** ergothérapie, maintien à domicile, déséquilibre occupationnel, processus de résilience, personnes âgées, Modèle de l'Occupation Humaine.



## **Abstract and keywords**

### **Abstract :**

Research in occupational therapy shows, on the topic of aging at home, that the elderly represents a population particularly exposed to occupational imbalance and resilience process related to disabilities, pathologies, losses, and traumas they face. This study aims to explore how occupational therapists consider occupational imbalance and resilience process in their support to aging at home. Clinical method was carried out with six occupational therapists. The interviews were processed using thematic and lexical analyses, using IRaMuTeQ software. Themes emerged as : occupations analysis, coping with changes, resilience process and assessment of the impacts of home support intervention. The word "activity" got the greatest occurrence in all the interviews. Evaluation, mainly carried out with non-validated assessments, focuses on the elderly's meaningful activities. To promote aging in place, this study showed that occupational therapists rely on dialogue, observations, ecological activity settings and multidisciplinarity.

**Key words :** occupational therapy, home support, occupational imbalance, resilience process, elderly, Model Of Human Occupation.