



**HAL**  
open science

# Ergothérapie et prévention primaire de la dépendance des personnes âgées : l'évaluation de la participation occupationnelle pour stimuler l'engagement

Simon Aracil

## ► To cite this version:

Simon Aracil. Ergothérapie et prévention primaire de la dépendance des personnes âgées : l'évaluation de la participation occupationnelle pour stimuler l'engagement. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01871285

**HAL Id: dumas-01871285**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01871285>

Submitted on 10 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**Université Aix-Marseille  
UFR de Médecine  
Institut de Formation en Ergothérapie**



Simon ARACIL

UE 6.5S6 : Mémoire  
d'initiation à la recherche  
21/08/2018

**Ergothérapie et prévention primaire de la dépendance des  
personnes âgées : l'évaluation de la participation occupationnelle  
pour stimuler l'engagement.**

Sous la direction de : BELLEMARE Lucie/PAVE Julien

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

## ***Remerciements :***

Je tiens tout particulièrement à remercier...

Ma directrice de mémoire Mme Lucie BELLEMARE, pour son accompagnement et son partage d'expérience.

Mon référent méthodologique Mr Julien PAVE, pour son enseignement et ses conseils avisés durant ces trois années de formation.

Toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et qui ont contribué à l'avancée de mon travail.

L'équipe pédagogique et administrative de l'Institut pour leur accompagnement tout au long de cette formation.

Les quelques collègues de classe qui m'ont bien encouragé dans mes démarches.

Et enfin, merci à tous mes proches pour leur amour quotidien.

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES :**

---

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUCTION :</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>DETERMINATION DU THEME GENERAL :</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>PROBLEMATIQUE PRATIQUE :</b>  | <b>3</b>  |
| 1.2.1      | REVUE DE LITTERATURE :   | 3         |
| 1.2.2      | ANALYSE DE LA REVUE DE LITTERATURE :   | 5         |
| 1.2.3      | ENQUETE EXPLORATOIRE :   | 9         |
| 1.2.4      | ISSUES DE LA PROBLEMATIQUE PRATIQUE :  | 17        |
| <b>1.3</b> | <b>PROBLEMATIQUE THEORIQUE :</b>   | <b>20</b> |
| 1.3.1      | L'EVALUATION :   | 20        |
| 1.3.2      | L'ECOLOGIE :   | 23        |
| 1.3.3      | L'ENGAGEMENT :   | 28        |
| 1.3.4      | ISSUE DE LA PROBLEMATIQUE THEORIQUE :  | 29        |
| <b>2</b>   | <b>MATERIEL ET METHODES :</b>  | <b>31</b> |
| <b>2.1</b> | <b>CHOIX DE LA METHODE :</b>   | <b>31</b> |
| <b>2.2</b> | <b>CHOIX DE LA POPULATION :</b>  | <b>31</b> |
| <b>2.3</b> | <b>CHOIX ET CONSTRUCTION DE L'OUTIL D'ENQUETE :</b>                              | <b>31</b> |
| 2.3.1      | CHOIX DE L'OUTIL :   | 31        |
| 2.3.2      | CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN :  | 32        |
| 2.3.3      | BIAIS DE L'ENTRETIEN :   | 33        |
| <b>2.4</b> | <b>TEST DE FAISABILITE ET VALIDITE DU DISPOSITIF :</b>                           | <b>34</b> |
| <b>2.5</b> | <b>CHOIX DE L'OUTIL DE TRAITEMENT DE DONNEES :</b>                               | <b>34</b> |
| <b>3</b>   | <b>RESULTATS :</b>   | <b>36</b> |
| <b>3.1</b> | <b>PRESENTATION DES RESULTATS DES ENTRETIENS :</b>                               | <b>36</b> |
| <b>3.2</b> | <b>ANALYSE DES RESULTATS :</b>   | <b>37</b> |
| <b>3.3</b> | <b>SYNTHESE DE L'ANALYSE DES RESULTATS :</b>                                     | <b>40</b> |
| <b>4</b>   | <b>DISCUSSIONS DES DONNEES :</b>   | <b>42</b> |
| <b>4.1</b> | <b>INTERPRETATION EN RAPPORT AVEC LES PROBLEMATIQUES THEORIQUE ET PRATIQUE :</b> | <b>42</b> |
| <b>4.2</b> | <b>CRITIQUES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE :</b>                                    | <b>44</b> |
| <b>4.3</b> | <b>PROPOSITION ET TRANSFERABILITE POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE :</b>         | <b>45</b> |
| <b>4.4</b> | <b>PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE :</b>                           | <b>46</b> |
| <b>5</b>   | <b>GLOSSAIRE :</b>   | <b>47</b> |
| <b>6</b>   | <b>ANNEXES :</b>   | <b>50</b> |
| <b>6.1</b> | <b>ANNEXE 1 : DONNEES DE LA REVUE DE LITTERATURE</b>                             | <b>50</b> |
| <b>6.2</b> | <b>ANNEXE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE A PARTIR DES MOTS CLES</b>               | <b>57</b> |
| <b>6.3</b> | <b>ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE EXPLORATOIRE</b>                           | <b>58</b> |
| <b>6.4</b> | <b>ANNEXE 4 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE VIA GOOGLE FORM® :</b>                  | <b>59</b> |
| <b>6.5</b> | <b>ANNEXE 5 : MATRICE THEORIQUE :</b>  | <b>62</b> |
| <b>6.6</b> | <b>ANNEXE 6 : MATRICE DE QUESTIONNEMENT :</b>                                    | <b>64</b> |
| <b>6.7</b> | <b>ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC MR E.</b>                      | <b>65</b> |
| <b>6.8</b> | <b>ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC MME U.</b>                     | <b>69</b> |
| <b>7</b>   | <b>BIBLIOGRAPHIE :</b>   | <b>72</b> |

Liste des abréviations et acronymes :

A –

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

C –

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

E –

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

H –

HAS : Haute Autorité de Santé

M –

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

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

P –

PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance

S –

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## 1 Introduction :

### 1.1 Détermination du thème général :

En premier temps, je présenterai l'émergence du thème général puis je le situerai dans l'actualité en faisant du lien avec la pratique en ergothérapie.

#### ♦ **Emergence du thème**

Lors d'un stage au GÉrontopole de Toulouse, un médecin gériatre m'a expliqué que l'entrée dans la retraite impose un mode de vie différent de celui rythmé par le travail. D'après lui, cela oblige les nouveaux retraités à réorganiser leurs occupations\* ou à en investir de nouvelles. L'enjeu étant qu'ils conservent un équilibre occupationnel\* favorable au maintien de leur santé. Dans ce contexte de perpétuelle évolution de la santé et des occupations, je me suis demandé si les ergothérapeutes français utilisent les sciences occupationnelles\* auprès des retraités.

J'ai contacté deux ergothérapeutes par téléphone. La première évalue les personnes âgées à leur domicile pour la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT<sup>1</sup>). La seconde travaille dans un centre de la caisse de retraite complémentaire AGIRC ARRCO et participe à des ateliers de prévention. Ces deux professionnelles m'ont indiqué qu'un accompagnement des personnes dans leur retraite est effectué dans les domaines médico-social et social (caisses de retraite, associations). Cependant, elles considèrent qu'il y a encore trop peu d'ergothérapeutes qui participent à ce type d'interventions. Sur ce qui est des sciences occupationnelles, elles ont déclaré qu'elles sont peu ou pas utilisés malgré leur potentiel. Toutefois, le discours préventif du « bien-vieillir » et les bonnes recommandations d'activités physiques, cognitives et sociales sous-entendent de garder un équilibre dans les occupations afin de maintenir sa santé.

Après ces échanges, j'ai fait un état des lieux des mesures de prévention en vigueur et j'ai noté que l'accompagnement des retraités en France est plus fréquemment associé à celui des « personnes âgées » (60 ans et plus) dans le cadre de la prévention de la dépendance\*. De prime abord, je n'ai pas recensé d'ergothérapeutes dans cette prévention hormis dans les EHPAD<sup>2</sup>. Je me suis intéressé à la pratique des ergothérapeutes en prévention avant la

---

<sup>1</sup> CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

<sup>2</sup> EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

survenue de la dépendance.

J'ai donc défini ce thème général de recherche :

**La prévention primaire de la dépendance des personnes âgées par l'ergothérapeute.**

♦ **Une question socialement vive :**

Selon l'INSEE, « 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes (en 2012) au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA<sup>3</sup>), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060 [...] le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions » (1) en France. Cette augmentation aurait un impact majeur sur la santé publique ainsi que sur l'économie nationale. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles mesures de prévention pour limiter l'apparition de la dépendance.

Face aux enjeux, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 intègre la prévention primaire de la dépendance dans son premier axe(2). Cette prévention comprend à la fois la promotion du « Bien-vieillir » en sensibilisant les personnes de plus de 60 ans ainsi que l'amélioration du repérage des personnes âgées fragiles afin d'éviter l'apparition de la dépendance(3).

♦ **Un intérêt pour la pratique professionnelle :**

En France, l'intervention des ergothérapeutes en gériatrie est concentrée dans le domaine du soin (EHPAD et SSR<sup>4</sup> Gériatriques). Dans un contexte où l'essor des sciences occupationnelles offre de nouvelles perspectives (exemple à suivre du Lifestyle Redesign®), « des expérimentations et études scientifiques seraient les bienvenues pour démontrer l'utilité et l'originalité d'interventions menées par des ergothérapeutes dans un contexte de prévention »(4). Le développement de la prévention primaire de la dépendance est donc une occasion d'entreprendre ce travail de recherche en ergothérapie afin d'ouvrir de nouvelles perspectives de pratique.

---

<sup>3</sup> APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

<sup>4</sup> SSR : Soins de Suite et de Rééducation

## 1.2 Problématique Pratique :

### 1.2.1 Revue de littérature :

En 2060, les prévisions démographiques européennes prévoient que le nombre de personnes de plus de 60 ans pourrait avoisiner un tiers de chaque population. (5,6) A l'image du nombre de personnes âgées, celui des personnes dépendantes irait jusqu'à doubler par la même occasion. (7,8) L'augmentation de l'incidence\* de la dépendance mettrait les sociétés européennes au défi de financer son coût (9,10), ce qui impacterait « la qualité de vie des personnes ainsi que tous les systèmes de santé »(11,12).

Pour répondre aux futurs enjeux de santé publique (6,8,13), les états membres européens dont la France ont créés en 2011 « le Partenariat Européen d'Innovation pour un Vieillissement actif et en Bonne santé (EIP on AHA) ». Ce partenariat offre un espace d'échange qui facilite la coopération internationale afin de créer de nouveaux moyens de prévenir la dépendance (14). Dans ce contexte d'innovation, « la communauté scientifique a décrit le syndrome de fragilité\* afin de définir objectivement l'état de risque précédant l'état de dépendance » (15). Différents travaux ont souligné que, contrairement à la dépendance, l'état de fragilité\* est potentiellement réversible si ses déterminants\* sont pris en charge (16). Il est important de repérer la fragilité sur une population cible (plus de 70 ans)(17) tout en limitant l'apparition de ses déterminants sur la population générale. L'adoption de cette double-approche centrée sur la fragilité donne la possibilité de réduire l'incidence de la dépendance sur les populations à risques.

#### ♦ **Organisation de la prévention en France**

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 prend en compte l'intérêt de repérer cliniquement la fragilité pour prévenir l'apparition de la dépendance(2). Dans le secteur du soin, les patients fragiles sont dispersés parmi les différents services de médecine. De nombreuses spécialités médicales rencontrent des difficultés « face aux effets du vieillissement sur les caractéristiques de leurs patients »(12). Le livre blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » propose d'instaurer une évaluation gériatrique complète pour définir des interventions plus adaptées aux besoins de chaque patient fragile. Cette évaluation s'inscrirait dans un dispositif de repérage et de suivi de la fragilité, qui se déroulerait dans des structures gériatriques ambulatoires (Clinique Ambulatoire de Fragilité/HDJ Fragilités). Les



équipes de ces établissements pourraient collaborer avec les autres intervenants (médecin généraliste, infirmières libérales) afin d'adapter le parcours de soin des personnes(15). Ce dispositif a démontré son utilité lors de son expérimentation par le Gérontopôle de Toulouse. Cependant, la création de structures gériatriques ambulatoires n'a pas encore été mentionnée dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022(2).

En même temps que le secteur sanitaire, les secteurs sociaux et médico-sociaux s'organisent en prévention primaire de la dépendance. Les caisses de retraite collaborent avec les politiques départementales pour réduire les « inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge »(18). Elles sont les acteurs majeurs de la promotion du « Bien-vieillir » avec l'appui de Santé Publique France(ancien INPES)(19). Plusieurs d'entre elles proposent des conférences ou des programmes d'ateliers d'éducation pour les personnes de plus de 50 ans(20,21). Le but de ces prestations est d'informer/de conseiller des personnes robustes, pré-fragiles ou fragiles sur les déterminants de santé du « Bien-vieillir » et sur les facteurs de risques de dépendance. En Suisse, ce type d'ateliers éducatifs axés sur la promotion en santé a déjà prouvé son efficacité pour le cas des chutes (réduction de leur fréquence de 30 à 50 % observée chez les personnes ayant suivi des entraînements)(11).

#### ♦ **Limites et axes d'amélioration de cette approche**

Les démarches de prévention primaire de la dépendance semblent adaptées aux enjeux du vieillissement en France. En pleine organisation, le repérage clinique de la fragilité ne bénéficie pas encore du recul nécessaire pour juger de son impact. Il va de même pour la promotion du « Bien-vieillir ». Par contre, cette dernière possède quelques limites dans son approche de la population. « Les politiques de prévention seraient encore trop centrées sur l'individu, à défaut d'inclure son contexte de vie » (22). Dans le cas des ateliers du médico-social, la personne fait difficilement le lien entre le thème de l'atelier et sa vie quotidienne (ce qui peut compliquer le transfert des apprentissages en contexte réel)(20). De plus, le message de « sensibilisation de tous les risques d'un mauvais vieillissement » induit une uniformisation des comportements (23). Adapté à tous, la promotion du « Bien-vieillir » tend parfois à « occulter la subjectivité » des participants sans inclure leurs représentations (24). L'écart perçu entre vieillissement idéal et vieillissement réel peut donc renforcer une vision péjorative du vieillissement chez les personnes. (25)

Ces limites soulignent la nécessité d'utiliser une approche plus écologique\* dans les démarches de prévention primaire de la dépendance(26). La prévention commencerait alors

par « adopter le regard et la position de l'utilisateur pour comprendre si, au-delà de la dimension thérapeutique souhaitée, l'intervention est en adéquation avec les aspirations et la vie quotidienne de la personne. » En ergothérapie, les modèles\* spécifiques comme le MOH intègrent cette notion d'écologie(27). Cette vision de l'individu se retrouve totalement dans le « Lifestyle Redesign® ». Cette méthode émergente est centrée sur les représentations tout en étant adaptées aux personnes âgées. Pour préciser, le « Lifestyle Redesign® » questionne les personnes sur le sens et la valeur qu'elles attribuent à chaque activité dans leur contexte de vie. Le fait que celles-ci réfléchissent et échangent avec l'ergothérapeute les rend actives et engagées. En pratique, l'engagement peut être objectivé grâce au MCREO<sup>5</sup>. Dans le cadre d'une expérience pilote à Colombey-les-Belles, une ergothérapeute intervient ponctuellement au domicile de personnes robustes souhaitant prévenir leur avenir. Cette professionnelle a pu tester le MCREO et elle constate qu'il permettrait « une réelle implication de la personne dans la démarche de prévention et la rendrait totalement actrice des actions futures, ce qui aurait pour effet de la rassurer et de faciliter l'acceptation du changement. » (28).

Ainsi, cela suggère que l'approche de l'ergothérapie pourrait correspondre à l'approche écologique préconisée dans la prévention primaire de la dépendance. Cependant, « la prévention est encore peu répandue en ergothérapie en France » et il semblerait que les ergothérapeutes ne soient « pas beaucoup investis » à cause des sollicitations du secteur sanitaire. Le domaine de prévention s'ouvre progressivement(4) mais certains ergothérapeutes participent déjà à la prévention primaire de la dépendance, notamment dans le secteur médico-social : ils interviennent dans les ateliers éducatifs (promotion du « Bien-vieillir ») (29,30) ou au domicile des personnes âgées robustes\* ou fragiles (prévention des « dépendances évitables ») (31).

## 1.2.2 Analyse de la revue de littérature :

### ♦ **Méthode de recherche documentaire :**

- L'ensemble des résultats de la revue de littérature a été recueilli grâce à trois recherches différentes (cf, Annexe 1).
- Le thème général convoque plusieurs champs disciplinaires qui ont été identifiés pour choisir les bases de données appropriées :
  - La notion de « prévention primaire » fait appel à des définitions médicales (champ

---

<sup>5</sup> MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

médical) tout en représentant une action dans le domaine de la santé publique (champ de la santé publique). L'impact de cette action préventive est mesuré sur la population des « personnes âgées » dans laquelle des facteurs humains et sociaux sont pris en compte (champ des sciences humaines et sociales)

- Le terme de « dépendance » concerne le domaine de la gériatrie tandis que celui « d'ergothérapeute » appartient à celui du paramédical (champ médical).

Trois champs disciplinaires ont donc été identifiés dans le thème général : celui des sciences médicales, celui de la santé publique et celui des sciences humaines et sociales. Quatre bases de données correspondant à ces champs disciplinaires ont été choisies pour mener les deux premières recherches (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Choix des bases de données pour la recherche :

| Bases de données choisies   | BDSP   | Cairn  | EmPremium et Pubmed   |
|---|--|--|---|
| Champs disciplinaires   | Réseau documentaire d'informations en santé publique en France (en français)   | Recueil de publications en sciences humaines et sociales (en français)   | Fonds documentaires médicaux riches en revue et en articles (en français et en anglais) |
| Pertinence de ce choix d'utilisation par rapport au thème général | Evaluer les prévisions démographiques en lien avec la dépendance des personnes âgées en France/Mettre en relief les politiques de prévention de la dépendance en vigueur | Mettre en avant les politiques de prévention de la dépendance en France/Recueillir les impacts sanitaires et sociaux sur la population des personnes âgées | Recueillir les savoirs sur la dépendance, la fragilité et leurs préventions possibles.  |

- Première recherche (« vieillissement, prévention, retraite ») : Les articles issus de la BDSP et Cairn ont permis de distinguer la cible des politiques de prévention de la dépendance en France et leurs limites. Ils ont aussi mis en avant le concept de fragilité et celui du « Bien-vieillir ».
- Seconde recherche (« ergothérap\*, prévention, fragilité ») : La recherche par EmPremium a permis d'apporter de nombreuses données sur l'importance du repérage clinique de la fragilité dans la prévention primaire de la dépendance. Peu ou pas de liens ont été observés avec la pratique des ergothérapeutes.
- Lecture opportuniste : Les lectures ont apporté des précisions sur la promotion du « Bien-vieillir » en France ainsi que la pratique des ergothérapeutes dans cette démarche. Les documents issus des sites officiels ont apporté plus de connaissances sur le cadre réglementaire français de la prévention primaire de la dépendance (recommandations de l'HAS<sup>6</sup>, Plan National de Prévention). Le moteur de recherche

<sup>6</sup> HAS : Haute Autorité de Santé

Google® à été majoritairement utilisé sans l'usage de mots clés spécifiques.

Au cours de ces trois recherches, des tableaux de critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de recueillir les documents pertinents au milieu de l'ensemble des résultats (cf. Annexe 2). Les critères ont été appliqués dans l'ordre suivant : exclusion si « date de publication hors de l'intervalle [2014 ; 2018] (afin de respecter la vivacité et l'évolution rapide du thème) ; inclusion si « présence d'un des mots clés dans le texte de la source » ; inclusion si « présence d'un des mots clés dans le résumé » ; « présence des mots clés dans le titre de la source » ; « pertinence » (méthode scientifique ou document officiel) ; « population recherchée de 60 ans et plus » (pour l'Insee une personne est âgée à partir de 60 ans) ; « présence du mot « ergothérap\* » (afin de privilégier les sources qui relient le thème à l'ergothérapie).

♦ **Analyse des résultats de la revue de littérature :**

Lors de la première recherche, les articles mettent en avant les enjeux actuels du vieillissement des populations européennes. Les auteurs se corroborent pour dire qu'en France, la prévention primaire de la dépendance peut épargner un large problème de santé publique. (5–12)

Les articles gérontologiques de la seconde recherche soulignent le potentiel de la prévention primaire de la dépendance à travers le repérage clinique de la fragilité et l'amélioration des déterminants de santé(16,17). Certains document montrent que l'Etat français prend conscience des enjeux à travers le moyens qu'il met en place au niveau national (6,8,13–15,18,32).

Certaines lectures opportunistes permettent de mieux comprendre la politique de prévention primaire de la dépendance(2,18,19,31). Les textes officiels cadre le développement de deux domaines de prévention : le repérage clinique de la fragilité d'une population cible par le secteur sanitaire et la promotion du « Bien-vieillir » par les secteurs social et médico-social.

Comme nous l'avons soulevé précédemment, le dispositif de repérage clinique de la fragilité en cours de construction n'offre pas encore assez de recul pour évaluer ses effets(12). Cela n'est pas le cas pour la promotion du « Bien-vieillir » qui est majoritairement véhiculée par le les caisses de retraite et Santé Publique France.

Plusieurs articles en sciences humaines se rejoignent sur le fait que l'ensemble de la prévention primaire de la dépendance ne serait pas assez centré sur les représentations du vieillissement des participants et leur contexte de vie(22–25). Pour pallier à cela, il est

nécessaire que les professionnels utilisent une approche plus écologique qui leur permettrait de mieux comprendre les personnes âgées(26,27). Le questionnement de ces dernières favoriserait un meilleur engagement de leur part dans les démarches de prévention. Adopter une approche écologique et stimuler l'engagement de la personne âgée serait donc un moyen de lutter contre l'apparition de la dépendance(28).

D'autres écrits mettent en avant que l'approche des ergothérapeutes peut correspondre à celle préconisée. Les nombreux modèles et méthodes spécifiques à l'ergothérapie l'attestent (4,28). Certains ergothérapeutes prennent part à la prévention primaire de la dépendance, notamment dans le domaine médico-social. A travers le discours du « Bien-vieillir », ces professionnels participent à l'amélioration des déterminants de santé et à la prévention de la fragilité [pendant les ateliers et conférences des caisses de retraite(29,30) ou lors des visites ponctuelles au domicile(28,31)]. Toutefois, il semble que leur présence dans ce nouveau domaine de pratique soit faible pour l'instant(4).

♦ **Synthèse :**

- La prévention primaire de la dépendance est une question de santé publique.
- Les politiques de prévention se mettent en place progressivement sur tout le territoire français.
- Deux types de préventions sont en développement : une prévention ciblée par le repérage clinique de la fragilité (secteur sanitaire) et une prévention généralisée/promotion du « Bien-vieillir » par l'éducation de la population sur les déterminants de santé et les facteurs de risque de dépendance (secteur médico-social).
- La prévention primaire de la dépendance comporte des limites dans son approche de la population âgées (60 ans et plus).
- Il ressort que les professionnels devraient avoir une approche plus écologique de la personne, dans son contexte de vie, tout en stimulant son engagement dans les démarches de prévention.

- Les expériences pilotes et l'apport des outils théoriques en ergothérapie permettent de dire que l'approche des ergothérapeutes pourrait correspondre à celle préconisée ci-dessus.
- Certains ergothérapeutes participent déjà à la prévention primaire de la dépendance dans le secteur médico-social (ateliers/ conférences dans les caisses de retraite et prévention de la fragilité lors de visites au domicile). Cependant, il semble que leur nombre soit faible en raison du développement progressif de ce nouveau domaine de pratiques.

### 1.2.3 Enquête exploratoire :

Ayant de faibles indications sur la participation des ergothérapeutes à la prévention primaire de la dépendance, l'objectif de cette enquête est de confirmer que la pratique existe sur le terrain, tout en la comparant avec la description faite par les résultats de la revue de littérature.

- Choix de la population de l'enquête par critères d'inclusion/exclusion :
  - Sont exclues toutes les personnes qui ne sont pas titulaires du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute et qui n'exercent pas le métier d'ergothérapeute en France.
  - Sont exclus tous les ergothérapeutes qui travaillent dans des structures de soins (SSR, EHPAD). Nous aurions pu aller interroger des ergothérapeutes dans des structures gériatriques mais le fait qu'ils prennent majoritairement en soin des personnes déjà dépendantes (en prévention tertiaire) aurait été hors du thème de la prévention primaire.
  - Sont inclus les professionnels qui travaillent dans le domaine médico-social. Ce domaine est le seul dans lequel les données de la revue de littérature recensent des ergothérapeutes qui font de la prévention primaire de la dépendance. Les professionnels de la prévention primaire sont peu nombreux d'après nos connaissances. C'est pourquoi nous sommes ciblés cette population du médico-social pour des raisons de faisabilité de l'enquête.
  - Seront inclus tous les ergothérapeutes qui travaillent auprès de personnes âgées de 60 ans et plus (selon l'INSEE une personne est âgée à partir de 60 ans, âge d'attribution de l'APA)(33). Ceux qui travaillent auprès de personnes dépendantes de 60 ans et

plus seront exclus.

➤ Choix de l'outil :

Le choix du questionnaire est plus approprié que d'autres moyens de recueil de données car il favorise l'état des lieux des pratiques en privilégiant la quantité des réponses par rapport à la qualité de celles-ci. De plus, il affranchit le chercheur des contraintes géographiques et temporelles lorsqu'il s'agit d'entrer en contact avec les enquêtés pour le recueil de données. Un questionnaire est construit avec Google Forms®. Ce logiciel en ligne préserve l'anonymat des personnes si elles le souhaitent tout en donnant la possibilité à d'autres de transmettre leurs coordonnées. Grâce à ses fonctionnalités, Google Forms® facilite le traitement des données (restitution automatique des données par graphiques, possibilité de choisir de traiter les données individuellement ou en groupe).

➤ Biais de l'enquête :

Les résultats de la revue de littérature ne sont pas exhaustifs, ce qui oriente le questionnement différemment que s'ils l'avaient été. De plus, ce questionnement porte sur des éléments théoriques qui ont un écart relatif avec les pratiques actuelles des ergothérapeutes. Cet écart devra être pris en compte dans la création de l'outil d'enquête, particulièrement dans la rédaction et l'enchaînement des questions.

Il faut souligner que la pratique des ergothérapeutes repose sur des concepts théoriques plus ou moins formalisés. Celui de « l'approche écologique » est un des principes de l'ergothérapie. C'est pourquoi questionner directement les enquêtés pour vérifier qu'ils ont cette approche serait un biais induit par le chercheur. Cela est valable pour les autres concepts. Le fait de rédiger des questions ouvertes au lieu de questions directives peut aussi être un biais à la compréhension des enquêtés. C'est pourquoi cela doit être pris en compte dans la rédaction de l'outil. Ensuite, le traitement des réponses doit intégrer que ce n'est parce que les enquêtés ne citent pas un concept précis qu'ils ne l'utilisent pas dans leur pratique. Effectivement, le discours des enquêtés ne représente pas totalement leurs pratiques réelles. Ce discours est altéré par plusieurs facteurs tel que la perception du professionnel par rapport à sa pratique. Il faut tenir compte que l'outil du questionnaire comporte un biais majeur car il ne recueille pas le discours (contrairement aux entretiens) mais les réponses écrites/réfléchies des enquêtés.

Ensuite, le fait que les questions soient très ouvertes peut induire chez certains enquêtés des incompréhensions/interprétations. Face à l'incompréhension de la question, ils peuvent

moduler leurs réponses en fonction de ce qu'ils imaginent des attentes du chercheur. Cela peut compliquer le traitement des réponses par le chercheur car les questions ouvertes offrent plus de possibilités de réponses pour un même thème. Le chercheur doit donc être attentif à ne pas interpréter les réponses des enquêtés.

➤ Méthode de rédaction du questionnaire :

Les questions se veulent ouvertes et volontairement éloignées des concepts de la revue de littérature. Cette rédaction permet de ne pas orienter les réponses sur notre thème car la pratique est rare d'après la revue de littérature. Le but de poser des questions ouvertes sur la « prévention de la dépendance » est d'analyser si les réponses des enquêtés rejoignent des notions abordées dans les résultats de la revue de littérature (ex : engagement). Comme cela a été abordé dans les biais, le risque de poser des questions trop directives sur les concepts peut induire une réponse ou encore perturber la compréhension des enquêtés.

➤ Construction de l'outil d'enquête :

- Paramètres du questionnaire : le questionnaire est court (cinq minutes maximum). Le fait d'annoncer aux destinataires le temps estimé pour répondre au questionnaire vise à augmenter les probabilités de réponses à l'enquête exploratoire. Ensuite, chaque question comporte un but. Les buts recherchés par chaque question sont en lien avec les résultats de la revue de littérature afin d'effectuer la comparaison entre la théorie et la pratique. Les cinq questions sont rédigées une première fois dans un tableau.
- Cohorte d'essai et réajustements de l'outil d'enquête : Le questionnaire est envoyé à un ergothérapeute et à deux étudiants en ergothérapie. L'ergothérapeute correspond aux critères d'inclusion de l'enquête. En répondant aux questions, il ne sait pas à quels concepts se rattachent les questions puisqu'elles sont volontairement ouvertes. Ses réponses et les échanges post-questionnaire permettent au chercheur d'ajuster les questions aux buts qu'elles visent. Ensuite, les deux étudiants en ergothérapie sont hors des critères d'inclusion. Ils sont intégrés à la cohorte d'essai car leur connaissance des concepts facilite les échanges avec le chercheur, ce qui favorise la reformulation des questions en fonction des buts rédigés dans le tableau (cf. Annexe 3). Le questionnaire du tableau est formalisé avec le logiciel Google Forms®.
- Enquête exploratoire : Le questionnaire est envoyé par mail à une cohorte de 10 personnes (qui ont préalablement donné leur accord pour répondre à celui-ci). Ces personnes correspondent aux critères de la population ciblée et elles sont localisées



dans différentes villes de France afin d'analyser si certains résultats de l'enquête dépendent d'une dynamique territoriale.

Sur 10 questionnaires envoyés, six réponses sont recueillies et analysées (cf. Annexe 4). Les outils de traitement des réponses au questionnaire sont les fonctionnalités de Google Forms® citées ci-dessus et le logiciel d'occurrence TagCrowd® (pour l'ensemble des enquêtés la fréquence d'occurrence minimale retenue est de deux citations pour chaque mot). Les données sont restituées sous formes qualitative et/ou quantitative (en fonction de la fréquence d'occurrence des termes cités ou par rapport au nombre d'enquêtés lorsque des proportions se dégagent).

La méthode de traitement des données est la comparaison de chaque réponse numérotée entre elles. Bien que les principaux biais aient été pris en compte, il subsiste des limites liées à l'enquête. Dans le cas où des réponses ne permettent pas d'atteindre le but visé, les termes employés dans la réponse sont rattachés à des thèmes spécifiques. Si un enquêté dit « canne tripode, planche de douche et barre-d'appui », ces trois termes peuvent être rattachés au thème des « aides techniques ». Ce traitement des données par thème permet d'exclure les possibilités d'interprétations du chercheur. Une autre méthode : le chercheur peut parfois contextualiser le sens d'une réponse en fonction des autres réponses du même enquêté.

Pour conclure, le traitement des données doit d'abord mettre en valeur la pratique de tous les enquêtés en prévention de la dépendance. Ensuite, ce traitement doit aussi rendre compte de la pratique en prévention primaire de la dépendance s'il y en a la possibilité. Cet ordre de traitement large puis précis vise à anticiper la confrontation des données de l'enquête exploratoire avec celles de la revue de littérature.

♦ **Résultats de l'enquête exploratoire :** (cf. Annexe 4)

- Réponse 1: [Les types d'interventions des enquêtés auprès des personnes âgées (cf. Figure 1)]

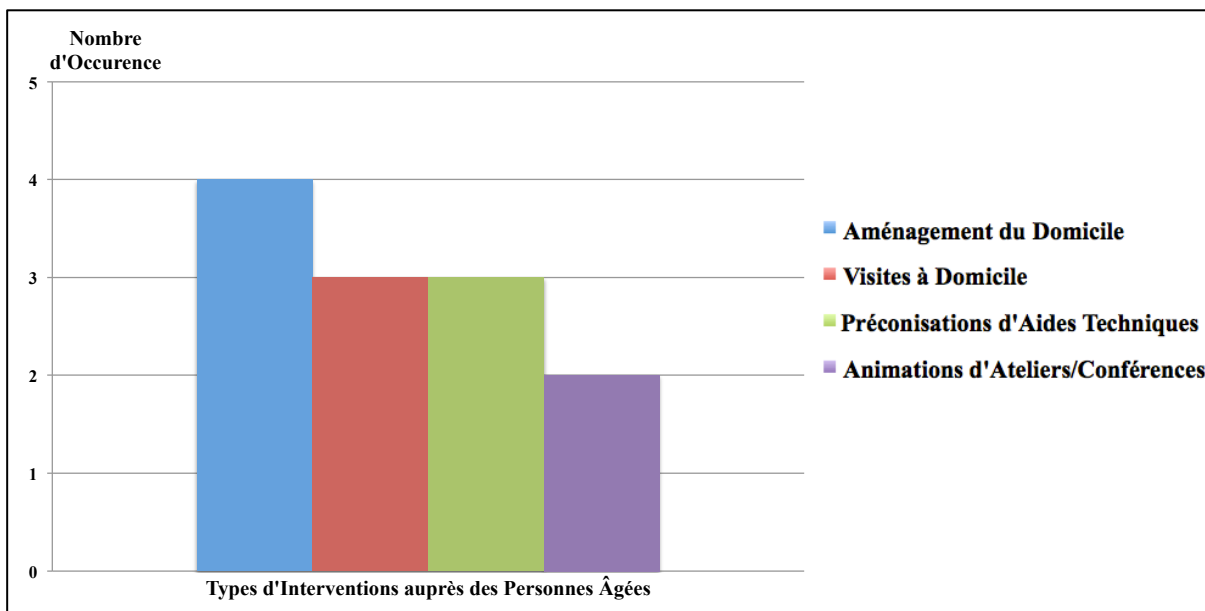


Figure 1 : Les types d'interventions des enquêtés auprès des personnes âgées.

- Réponse 2 : [Le taux de participation à la prévention de la dépendance]

La totalité des enquêtés affirment faire de la prévention de la dépendance.

- Réponse 3 : [Degrés de prévention\* de la dépendance en fonction des interventions des enquêtés (cf. Figure 2)]

Comme nous l'avons souligné dans les biais, l'ouverture trop grande des questions apporte des réponses parfois imprécises de la part des enquêtés. Cela ne nous permet pas de déterminer à quel degré quatre enquêtés sur six effectuent la prévention de la dépendance. Le croisement individuel des réponses 1 et 3 pour chacun de ces professionnels nous permet de déduire que quatre enquêtés sur six participent à la prévention de la dépendance par des visites à domicile (4 sur 6).

Sur les deux enquêtés restant, nous pouvons reprendre les mots d'un enquêté qui déclare faire de la « prévention primaire et secondaire » de la dépendance lors « d'ateliers/conférences » ou pendant « certaines visites à domicile » (1 sur 6). En laissant ses coordonnées au chercheur, cet enquêté a spécifié qu'il travaille pour le compte d'une caisse de retraite. Il est également possible de déterminer que l'autre enquêté restant participe à la prévention tertiaire de la dépendance (1 sur 6). Ce professionnel énonce que sa prévention de la dépendance à lieu en

EHPAD. Les personnes étant déjà dépendantes dans ce type de structure, la prévention de la dépendance ne peut être que tertiaire car axée sur la limitation des complications.

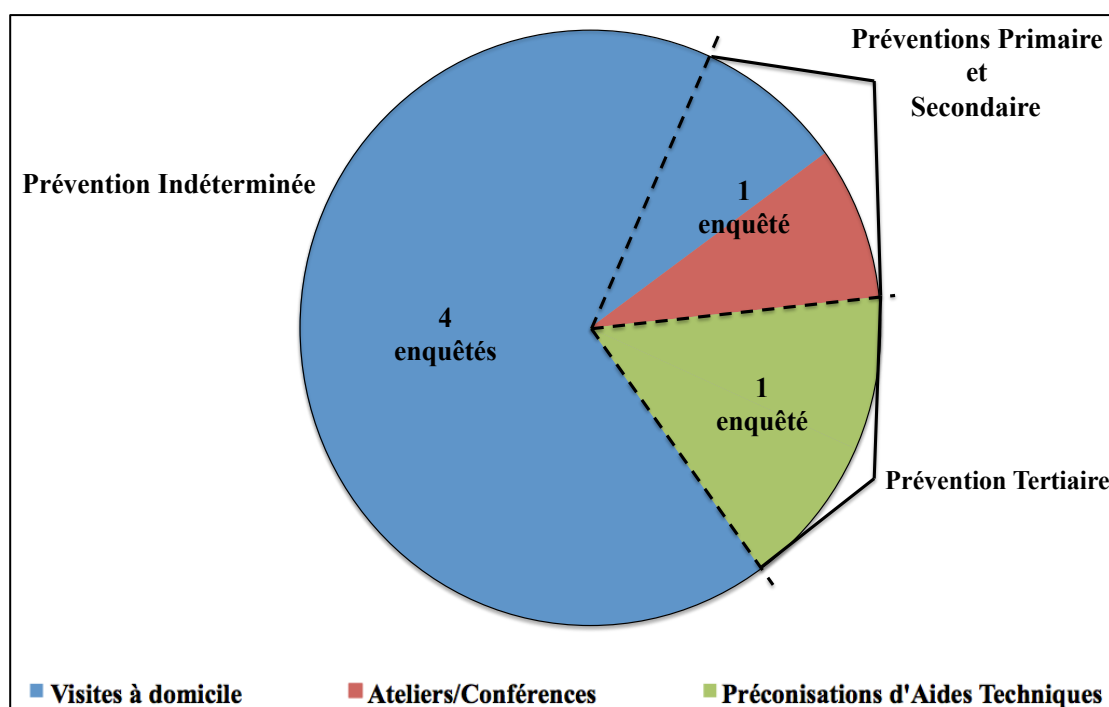


Figure 2 : Degrés de prévention de la dépendance en fonction des interventions des enquêtés.

- Réponse 4 : [Outils et techniques utilisés par les enquêtés pour prendre en compte le potentiel des personnes âgées en prévention de la dépendance (cf. Figure 3)]

Les termes « entretiens » (avec la personne) et « mise en situation » ressortent trois fois. Les thèmes de la pluridisciplinarité et des aides techniques ressortent deux fois.

La réponse 4 concerne la prévention de la dépendance de façon générale. L'analyse individuelle de la réponse 3 montre qu'un enquêté participe seulement à la prévention primaire et secondaire de la dépendance. Les outils/techniques qu'il cite sont donc utilisés dans ces deux types de prévention. Nous pouvons dire que cet enquêté utilise les outils/techniques suivants en prévention primaire comme en prévention secondaire de la dépendance : « l'entretien avec la personne âgée et son entourage », un « bilan fonctionnel », la « mise en situation » (pour le bilan des AVQ<sup>7</sup>) et le travail pluridisciplinaire. Aucun modèle de pratique n'est cité par celui-ci.

<sup>7</sup> AVQ : Activités de la Vie Quotidienne.

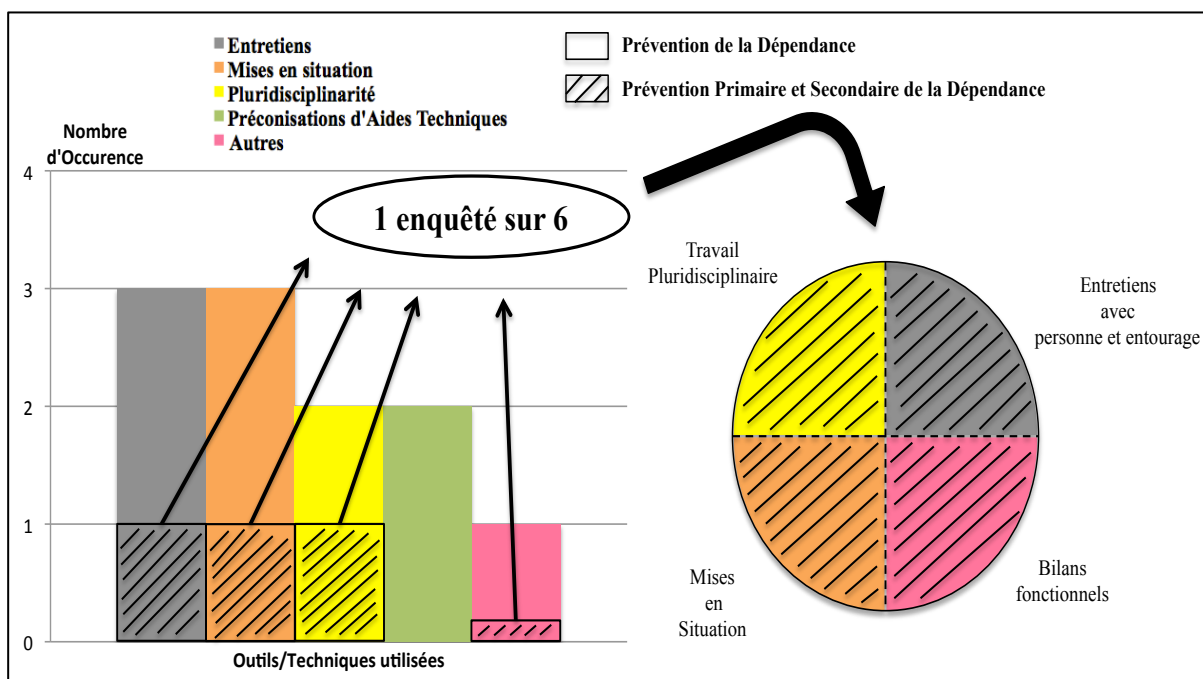


Figure 3 : Outils et techniques utilisés pour prendre en compte la personne en prévention de la dépendance.

- Réponse 5 : (En quoi l'ergothérapie peut prévenir la dépendance des personnes âgées selon les enquêtés)

L'analyse des occurrences montre que « faciliter ou maintenir les activités » (de la personne) à été cité quatre fois. « Rendre actrice la personne » (de son projet/santé) a été cité deux fois. L'ergothérapeute qui fait de la prévention primaire et secondaire précise que « proposer des activités appréciées et accessibles » peut faciliter le fait de rester actif chez la personne âgée.

- ◆ **Discussion des résultats de l'enquête exploratoire en fonction de ceux de la revue de littérature :**

- Participation des ergothérapeutes à la prévention primaire de la dépendance :

Sans parler de prévention, les interventions des enquêtés auprès des personnes âgées portent plus sur les thèmes du domicile (aménagement et visite au domicile) et des aides techniques que sur celui des ateliers/conférences (réponse 1). Cette tendance du domicile se retrouve en prévention de la dépendance (réponse 3). Les réponses 2 et 3 affirment que tous les enquêtés participent à cette prévention (visites à domicile, ateliers/conférences ou préconisations d'aides techniques).

Comme le relate la revue de littérature, certains ergothérapeutes participent à la prévention

primaire auprès de personnes âgées (60 ans et plus) dans le domaine médico-social. Les précisions fournies par un enquêté révèlent qu'une partie de ces ergothérapeutes intervient lors de visites à domicile ou d'ateliers/conférences (pour le compte des caisses de retraite). Ces deux types d'interventions corroborent les résultats de la revue de littérature sur la prévention primaire.

Les déclarations d'un autre enquêté montrent que des ergothérapeutes font de la prévention tertiaire de la dépendance. Cet enquêté déclare y participer lorsqu'il intervient en EHPAD. Or, l'analyse de la réponse révèle qu'il effectue aussi des visites à domicile dans le dispositif « Bien chez moi ». Ces interventions s'inscrivent dans une démarche de prévention primaire et secondaire mais l'enquêté ne l'a pas mentionné dans ses réponses 3 et 4 (c'est pourquoi cela n'a pas été comptabilisé dans les résultats).

➤ Approche des ergothérapeutes en prévention primaire de la dépendance :

Pour prévenir la dépendance, tous les outils et techniques cités appartiennent au champ de l'évaluation de la personne âgée. Majoritairement, les enquêtés utilisent les entretiens individuels et les mises en situations (réponse 4).

En prévention primaire, aucune réponse n'a mentionné l'usage de modèles ou de méthodes spécifiques à l'ergothérapie. En revanche, l'évaluation de la personne se traduit par des « entretiens avec elle et son entourage », des « bilans des activités de vie quotidienne », des « visites à domicile » et des « mises en situation ». Ces moyens d'évaluation explorent le contexte et le mode de vie de la personne. Cela correspondant aux critères de l'approche écologique, nous pouvons donc dire que certains ergothérapeutes ont une évaluation écologique de la personne âgée en prévention primaire de la dépendance. Cela respecte la préconisation issue des résultats de la revue de littérature (réponse 4).

Ensuite, les enquêtés déclarent que « maintenir les activités de la personne » et la « rendre actrice » peut être une des particularités de l'intervention d'un ergothérapeute en prévention de la dépendance. Cela se corrobore avec un des points clés du « Bien-vieillir » sur la promotion de l'activité physique et cognitive. De plus, l'enquêté qui effectue de la prévention primaire fait valoir l'intérêt de proposer des « activités appréciées » à la personne. Certains ergothérapeutes concernés par la prévention primaire de la dépendance ont donc conscience du potentiel de l'engagement de la personne. Cela avait déjà été souligné par d'autres ergothérapeutes dans les résultats de la revue de littérature. Néanmoins, le fait que l'enquêté ait conscience du potentiel de l'engagement ne signifie pas qu'il le stimule systématiquement en prévention primaire de la dépendance. La stimulation de l'engagement d'une personne

repose en partie sur ce que le professionnel connaît d'elle et de ses activités. Pour connaître cela, le professionnel doit l'évaluer en amont. De ce fait, la stimulation de l'engagement résulterait en partie de l'évaluation effectuée préalablement par l'ergothérapeute.

♦ **Synthèse de la confrontation des données :**

- Il y a un intérêt à ce que les ergothérapeutes participent à la prévention de la dépendance des personnes âgées, notamment en prévention primaire. Les enquêtés déclarent que l'ergothérapie peut intervenir sur le « maintien des activités » des personnes âgées en les « rendant actrices » dans la démarche de prévention de la dépendance.
- L'enquête confirme que des ergothérapeutes participent à la prévention primaire de la dépendance auprès de personnes âgées (60 ans et plus) dans le domaine médico-social.
- Leurs interventions les plus citées sont les visites à domicile et/ou les ateliers et conférences.
- Certains ergothérapeutes effectuent une évaluation écologique de la personne âgée en prévention primaire de la dépendance. Cela correspond à l'approche préconisée dans les résultats de la revue de littérature.
- Ces professionnels ont aussi conscience du potentiel de l'engagement de la personne âgée dans la prévention de la dépendance mais il est impossible de déterminer s'ils l'utilisent dans leur pratique. Il apparaît que la stimulation de l'engagement résulte en partie de l'évaluation effectuée en amont par l'ergothérapeute.

1.2.4 Issues de la problématique pratique :

Aucun résultat de l'enquête exploratoire ne mentionne le repérage clinique de la fragilité dans la pratique des ergothérapeutes. Cela ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas le faire ou qu'ils ne le font pas déjà.

Toutefois, les résultats de l'enquête exploratoire relatent que les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès des personnes âgées pour les « rendre actrices » dans la démarche de prévention de la dépendance. Cette action implique l'engagement de la personne âgée. Cet engagement est en partie lié à l'évaluation de l'ergothérapeute. Nous savons que certains

ergothérapeutes pratiquent une évaluation écologique de la personne âgée lors de leurs interventions et qu'ils ont conscience du potentiel de l'engagement de la personne âgée. Dans ce cas, nous pouvons nous demander en quoi l'évaluation écologique de la personne âgée peut stimuler son engagement dans la démarche de prévention primaire de la dépendance ?

Dans la suite de ce travail nous focaliserons notre attention sur les visites à domicile car les conférences et ateliers ne permettent pas d'évaluer la personne âgée dans son contexte de vie. Elles ne respectent donc pas une approche totalement écologique.

Nous disposons de peu d'informations sur leurs modalités en prévention primaire de la dépendance. Au vu des résultats de la revue de littérature (expérience pilote, diagnostic Bien chez Moi), nous nous intéresserons à la pratique des ergothérapeutes lors de visites ponctuelles au domicile. Nous choisissons ce type de visites à domicile car aucun type de suivi n'a été mentionné dans les résultats de la revue de littérature et dans ceux de l'enquête exploratoire.

#### ♦ **Questionnement :**

Avant de chaque intervention, l'ergothérapeute organise le temps de la séance, le lieu, la disposition de la salle et d'autres paramètres pour induire les effets souhaités sur sa prise en soin. Au cours de son intervention, il peut adapter ces paramètres pour les mêmes raisons. La contrainte de temps d'une visite ponctuelle au domicile restreint ces possibilités de planification et d'action. Il est donc pertinent de se questionner sur l'impact de cette contrainte sur l'évaluation de l'ergothérapeute et son intervention.

Le type d'évaluation et leurs objectifs varient en fonction de plusieurs facteurs (type de mission, demandes des usagers). Au cours de l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, nous avons qualifié « d'évaluation écologique » toutes évaluations qui considèrent le contexte et le mode de vie de la personne. Ce type d'évaluation peut comprendre plusieurs éléments tels que la personne, son entourage, ses activités de vie quotidienne, son domicile et sa capacité d'agir en situation. Au regard de cette multitude d'éléments à évaluer avec la contrainte de temps de la visite, nous pouvons nous demander dans quelles mesures l'ergothérapeute peut-il mener une évaluation écologique complète ?

Nous nous interrogeons précédemment sur l'effet de l'évaluation écologique de la personne âgée sur son engagement dans la démarche en prévention primaire de la dépendance. Quels seraient les moyens spécifiques dans l'évaluation qui permettraient de stimuler cet engagement ? Dans quelles mesures ces moyens sont-ils exploitables dans le cadre restreint d'une visite ponctuelle au domicile ?

Il est aussi pertinent de se demander comment un individu pourrait s'engager dans une démarche de prévention s'il ne perçoit aucune difficulté dans sa vie quotidienne ?

Certains résultats de la revue de littérature indiquent que des modèles conceptuels tels que le MCREO peuvent être utilisés au domicile pour impliquer la personne dans la démarche de prévention primaire de la dépendance(28). Leur utilisation favoriserait la stimulation de l'engagement. Compte tenu des visites ponctuelles au domicile, nous pouvons nous interroger sur les possibilités d'usage de ces modèles en prévention primaire. Dans quelles mesures certains d'entre eux peuvent-ils être utilisés lors de l'évaluation écologique de la personne âgée ? En quoi l'usage d'un de ces modèles pourrait associer l'approche écologique et la stimulation de l'engagement ?

Enfin, interrogeons-nous sur l'influence de la posture de l'ergothérapeute. En quoi cette posture d'évaluateur influe sur l'engagement de la personne âgée en prévention primaire de la dépendance ?

Ce questionnement nous invite à formaliser notre question initiale de recherche :

**En quoi l'évaluation écologique de l'ergothérapeute influence l'engagement de la personne âgée dans la démarche de prévention primaire de la dépendance ?**



### 1.3 Problématique théorique :

Dans cette partie, nous étudierons les concepts qui sous-tendent les termes « d'évaluation écologique » et « d'engagement ». Cela nous permettra de poursuivre notre questionnement en y intégrant les apports théoriques de chaque concept.

#### 1.3.1 L'évaluation :

Nous définirons le concept d'évaluation grâce aux travaux de Vial. Ses écrits traitent de l'application des concepts de l'évaluation au champ des sciences humaines. D'après la compétence 1.2 du référentiel de compétence, les ergothérapeutes pratiquent l'évaluation dans le champ des sciences humaines(34). Cela nous permet de justifier pourquoi les travaux de Vial sont exploitables en ergothérapie.

Selon Vial (2012), trouver « LA définition de l'évaluation est une entreprise vouée à l'échec » car les innombrables modèles de l'évaluation en donnent leur propre version. Il en reste donc au sens étymologique du terme pour la définir : « le rapport aux valeurs »(35). Cette définition rejoint celle du CNRTL<sup>8</sup> : « action d'évaluer, d'apprécier la valeur (d'une chose); technique, méthode d'estimation »(36).

« L'évaluation est là, en continu, au cœur de la relation dans les métiers de l'humain. Ce n'est pas un simple outil. » (35) A ce jour, le thème de l'évaluation comprend trois grands modèles actifs : la mesure, la gestion et la situation.

#### ♦ **Evaluation par la mesure**

L'évaluation par la mesure intervient sous trois conditions :

- La définition d'une variable\*(37).
- La fréquence d'un objet, sa répétitivité(38).
- « Le passage par une codification pour obtenir des scores et faire des calculs (statistiques) »(39).

La précision/fiabilité d'une mesure exige l'objectivité de l'évaluateur. Ce dernier est « censé, au moment de porter un jugement, abandonner tout ce qui lui est propre (idées, croyances ou préférences personnelles) pour atteindre une espèce d'universalité »(38).

Vial (2012) associe la mesure au paradigme mécaniciste en disant qu'elle survalorise la logique rationnelle et les rapports causaux issus du déterminisme\*. Pour lui, « la mesure est

---

<sup>8</sup> CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

l'évaluation des produits, des états : une évaluation bilan pour mesurer les effets, les impacts : une photographie. Pour évaluer une dynamique, la mesure ne peut que multiplier les bilans, et comme le cinéma, elle se donne l'illusion du mouvement. » Pour appuyer son raisonnement, Vial cite Cifali (2005) qui décrit l'être humain comme fluctuant : « On n'a pas à l'enfermer dans la qualification que nous lui prêtons. "Il est ainsi" dans telle circonstance, avec moi, mais cela ne signifie pas qu'il le soit de nature en tout lieu ou toute occasion ! »(40).

L'enjeu d'évaluer par la mesure serait donc de situer sans émettre de jugement de valeur. De plus, l'évaluateur doit avoir conscience que « le résultat d'un bilan est relatif à la qualité des opérations conduites et non pas vrai »(38).

#### ♦ **Evaluation comme gestion**

Vial (2012) définit l'évaluation comme gestion de la façon suivante : « Gérer, autrement dit gouverner au mieux, avec économie, diriger, contrôler le fonctionnel, maîtriser l'organisationnel, faire rendre le maximum, "optimaliser", accroître le rendement, améliorer [...] L'évaluation doit éviter le gaspillage, les dérives, la perte ; évaluer, c'est rationaliser... L'évaluation se doit d'apporter une "plus-value" dans la pratique sur laquelle elle se greffe. On évalue pour... maîtriser la pratique évaluée »(41). Ce modèle d'évaluation couvre plusieurs pratiques (plus ou moins récentes) qui s'influencent entre elles. Parmi celles-ci on compte l'évaluation par objectifs, l'évaluation structuraliste, l'évaluation formative, l'évaluation formatrice et l'évaluation/régulation des systèmes complexes.

Selon Vial (2012), il faut entendre « gestion dans le sens qu'il a en anglais ou dans le vocabulaire de l'analyse systémique. » Dans son déroulement, l'évaluation comme gestion s'assure « du fonctionnement correct d'un système en prélevant sur lui un certain nombre d'informations considérées comme directement ou indirectement révélatrices de dysfonctionnements » puis elle fait « parler ces mesures en les rapportant à un référentiel »(42). Liée à l'évaluation par la mesure, l'évaluation comme gestion appartient aussi au paradigme mécaniciste. Les limites de la première sont donc transférées à la seconde puisque l'évaluation comme gestion prête attention à des états qui ne rendent pas compte de la dynamique de l'humain(43).

#### ♦ **Evaluation située**

Selon Vial (2012), l'évaluation située dépasse « le constat pour s'intéresser au sens que les individus et les groupes concernés accordent aux faits mis en évidence et aux voies de leur changement. » « Evaluer en situation, c'est comprendre "l'ici et maintenant" » dans la

complexité. La complexité « ne s'analyse pas, ne se résout pas, ne se gère pas, ne se "manage" pas ! Elle se travaille »(44). L'évaluateur en situation doit alors problématiser et non réduire cette complexité(45). Il procède à un recueil des principaux éléments contextuels de la situation pour les confronter à un « système de références » qu'il a acquis au cours de ses expériences professionnelles. De façon théorique, il fait « des associations compatibles entre savoirs et significations sociales », il problématiser pour « chercher du sens dans la situation » et « en comprendre la logique, fût-elle irrationnelle ». Dans la complexité des éléments, l'évaluateur identifie deux contraires qui l'interrogent, qui attirent son attention (cela peut être un « paradoxe\* »). Sans choisir l'un ou l'autre des contraires : il se situe entre les deux. Il problématiser « dans "l'entre-deux" » : de l'un compris à l'autre compris. Assumer le lien de contradiction, et non pas le dépasser. Explorer les possibles. » L'évaluateur se situe « plus vers A ou plus vers non-A dans le continuum », ce qui est en soi un moyen de donner du sens à la situation. Il ne s'appuie pas seulement sur les éléments contextuels pour se situer. Il observe également la personne en situation, il l'écoute et la questionne pour connaître les éléments qui lui sont signifiants. Par sa posture, l'évaluateur accompagne la personne, il l'invite à problématiser avec lui dans le but qu'elle se situe, qu'elle trouve un sens aux faits observés.

Vial (2012) dit de l'évaluation située qu'elle « a pour vocation de développer l'art de faire avec l'autre en visant son autonomisation. » L'accompagnement du sujet est donc essentiel même si le contrôle est nécessaire. Jamais simultanément, ces deux logiques s'articulent « lorsque la situation le permet ». Le paradigme biologiste est privilégié sans que celui mécaniciste soit dénigré.

Au cours de l'évaluation située, l'évaluateur est amené à « faire un travail sur lui-même ». L'accompagnement lui demande de « ne pas figer la relation à soi comme à l'autre ». La remise en question est permanente. Il va de même lorsqu'il fait appel à des références antérieures pour alimenter sa problématisation. « Il ne s'agit pas d'avoir la maîtrise des références mais bien davantage, [...] d'installer le soupçon sur ses préférences qu'il risque, sinon, de confondre avec des références. »(46)

L'évaluation située « est l'occasion d'un remaniement psychique, d'une accélération du changement qui permet d'apprendre de l'autre, d'accepter l'errance et la perte, d'accorder plus d'importance aux dynamiques qu'aux états, d'exercer sa réflexivité, d'entendre ce qui s'exprime, de se décaler, d'écouter et de s'écouter, de faire sa place à l'intuition, au ressenti, aux émotions, d'éviter le piège de la certitude, de la vérité, de relativiser »(44).

Cette synthèse a pour but d'alimenter la problématique pratique avec les apports du concept d'évaluation. Notre questionnement porte sur l'évaluation écologique de la personne âgée en prévention primaire de la dépendance lors d'une visite ponctuelle à son domicile. Nous savons que la visite ponctuelle au domicile est une contrainte de temps pour l'évaluation de l'ergothérapeute. De ce fait, l'évaluation doit être efficiente. L'efficience est rattachée au modèle de « l'évaluation comme gestion », ce qui implique une logique de contrôle. Cette logique s'illustre par exemple dans le repérage de la fragilité qui contrôle des critères précis de la personne âgée pour les comparer à un référentiel de normes établies. Cependant, les résultats de la revue de littérature nous ont appris que la comparaison entre le vieillissement de la personne et les normes du « Bien-vieillir » peut renforcer sa vision péjorative du vieillissement. Ainsi, une logique permanente de contrôle ne serait-elle pas un obstacle à l'adhésion de la personne âgée à la démarche de prévention ?

Le concept d'évaluation nous apprend que la logique de contrôle est nécessaire mais que celle d'accompagnement l'est aussi afin de prendre en compte la « dynamique de l'humain ». Alors, dans quelles mesures l'ergothérapeute peut-il articuler ces deux logiques pour évaluer la personne âgée en prévention primaire de la dépendance ? Comment peut-il utiliser la logique d'accompagnement tout en considérant la contrainte de temps de la visite ?

Nous savons que le modèle d'évaluation située favorise l'évaluation de la personne par son accompagnement. Dans ce cas, nous pouvons nous demander si l'évaluation située est compatible avec l'approche écologique puisque cette dernière est préconisée dans les résultats de la revue de littérature.

### 1.3.2 L'écologie :

L'écologie intègre le concept de « système ». Pour la comprendre, il faut comprendre ce qu'est la systémie. Une fois de plus, nous baserons notre réflexion sur les travaux de Vial car ils traitent des différents courants de la systémie appliqués à l'évaluation dans le champ des sciences humaines. Ensuite, nous définirons l'écologie en s'appuyant sur les écrits de De Rosnay. Cet auteur fut un des premiers à décrire l'écologie par la modélisation de l'approche systémique. Ces deux apports théoriques nous permettront de circonscrire un cadre théorique de « l'évaluation écologique » en sciences humaines. Les compétences 1.1, 1.5 et 1.6 du référentiel de compétences montrent que les ergothérapeutes prennent en compte

l'environnement de la personne lorsqu'ils évaluent celle-ci(47). Nous pourrions donc appliquer le cadre théorique de « l'évaluation écologique » à l'ergothérapie.

La systémie se décline en trois modèles : la cybernétique\*, le systémisme et la systémique. Dans cet ordre, ces modèles se sont succédés en sciences humaines et se sont différenciés par une ouverture plus ou moins grande de leurs systèmes(42).

#### ♦ **Les apports de la cybernétique**

La systémie est apparue à partir du modèle cybernétique qui repose sur l'analyse des systèmes fermés et de leurs régulations. La fermeture/ouverture d'un système est observable si l'on distingue ses frontières et ses relations avec l'environnement. Il est « donc nécessaire, dans le cadre d'une approche systémique, de fixer le niveau auquel on doit situer l'analyse, pour aboutir à la meilleure modélisation de l'objet ou de phénomènes étudiés. »

En sciences humaines, l'analyse se porte sur l'humain conçu comme système à part entière. En cybernétique, il est soumis aux principes de « pilotage » et de « régulation » qui lui permettent d'assurer son maintien. « Il n'existe pas de "bon essai" ou de "mauvaise" erreur en systémie. » « Les éléments du système obéissent à la cohérence, tout converge vers la réalisation de la fonction prévue. »(42)

#### ♦ **Les apports du systémisme**

« Le systémisme est le second courant de la systémie où on pose un système ouvert » qui « n'est plus isolé, il est dans un environnement. » « C'est un système ouvert sur son milieu : on remplace la notion de fermeture attachée aux systèmes artificiels (aux machines) par celle d'échanges de flux avec l'environnement, le milieu du système. » Le modèle du systémisme favorise « l'osmose entre système et milieu », il pense « le système et son environnement comme un tout. » Les éléments du système sont tous en « interrelation-interdépendance ».

« Le système est cette fois plurifonctionnel, ce qui va obliger à hiérarchiser les fonctions possibles selon le projet qu'on porte. »

« Dans les sciences humaines, le systémisme est une modélisation » qui vise « à la rationalisation du travail [...] de la prise de décision et de la résolution de problèmes [...] pendant la fabrication du produit. » Le « sujet-système » est alors « comme un acteur qui s'adapte au milieu qu'on lui donne, il a à trouver sa voie. Il est responsable. Il a une marge d'autonomie par rapport à l'environnement sur lequel il influe. La dépendance à l'environnement est aussi une adaptabilité réciproque : à la fois différenciation et intégration. »(48)

### ♦ **Les apports de la systémique**

Le modèle de la systémique est le troisième et dernier modèle de la systémie.

« La systémique, c'est la même chose que le systémisme mais en plus compliqué : on passe du système au système de systèmes. Un système n'y est plus conçu en lui-même, il est toujours connecté avec d'autres systèmes avec lesquels il "fait système" ; on emploie alors l'expression de "système complexe". »(45) Pour De Rosnay (1975), la systémique étudie ce système complexe et les interactions entre les éléments des systèmes qui le composent(49). « Les liens entre les éléments sont « évolutifs. Les différents systèmes se différencient par leur plus ou moins grande ouverture mais sont toujours au service d'une fonction puis de plusieurs fonctions à remplir. » La multifonctionnalité des systèmes et leur récursivité(50) rendent le système complexe incertain et imprévisible pour celui qui l'évalue. L'évaluateur, doit problématiser dans « l'entre-deux ». Il doit faire avec l'enchevêtrement des systèmes dans lequel le paradoxe demeure. En systémique, le système complexe fluctue dans « l'entre-deux » de façon autonome. Il montre alors une capacité « d'auto-organisation » singulière. « Changement et résistance au changement vont de pair : la capacité d'un système à inventer les règles pour changer les règles en fonction des perturbations qu'il accepte traduit ainsi l'hyper complexité propre au vivant. » En sciences humaines, le « vivant » est le « sujet ». Celui-ci « est en réseau, il est en connexion, le nœud d'un réseau de relations dans des systèmes complexes, en grappe ». Le sujet « invente le système et se met à l'origine : il est et acteur et auteur, sans cesser d'y être agent. » A l'image d'un système complexe, il est le seul à détenir « le pouvoir sur ses décisions de changement »(45).

### ♦ **L'écologie et la pratique en ergothérapie**

L'écologie est issue de la systémique. Elle intègre donc tous ses principes (expliqués ci-dessus). « L'écologie étudie les relations qui existent entre les êtres vivants et l'environnement où ils vivent. » Cet environnement est nommé « écosystème »(51). « L'évaluation écologique » intègre les principes de l'évaluation située(35) car elle s'opère dans la complexité du « sujet-système ». Mener cette évaluation exige de problématiser avec le sujet, de rechercher un sens aux interactions qu'il partage avec son écosystème. Pour cela, l'évaluateur peut favoriser la logique d'accompagnement en s'appuyant sur des modèles dits « écologiques ».

En ergothérapie, plusieurs modèles écologiques comme le MOH<sup>9</sup>, le PEOP<sup>10</sup> et le MCREO<sup>11</sup> favorisent l'accompagnement de la personne. Ils focalisent l'évaluation écologique sur le concept d'occupation\*, ce qui est une spécificité de l'ergothérapie (la compétence 1.2 du référentiel de compétences atteste de cette spécificité)(34). Les modèles conceptuels comportent parfois des limites théoriques ou pratiques. Il est donc nécessaire d'articuler ceux qui sont compatibles afin de tirer profit de leurs avantages dans l'évaluation écologique. Nous choisirons d'étudier le MOH car il comporte plusieurs avantages théoriques.

Le premier avantage est qu'il propose une taxonomie des occupations de la personne sous trois degrés. Ces degrés illustrent bien la complexité des interactions personne-environnement-occupation. Tout d'abord, il décrit la participation occupationnelle\*(« fait d'agir au sens le plus large »)(52). Ensuite, il la décline en deux éléments interdépendants : l'engagement et la performance occupationnelle\* (réalisation de l'ensemble des tâches et des activités). Puis, il définit les habiletés de la personne (« actions observables dirigées vers des buts ») qui constituent sa performance occupationnelle. L'évaluation écologique par le MOH évalue la participation occupationnelle de la personne avec sa coopération (dans l'accompagnement). L'autre avantage du MOH est qu'il propose une théorie de l'engagement issue des recherches en sciences de l'occupation. Bien que celle-ci doive être complétée, elle peut être utilisée pour évaluer la participation occupationnelle de la personne. Le MOH possède de nombreux outils d'évaluation en cours de validation en France. Cependant, le fait qu'aucun d'entre eux ne soit validé est une limite pratique pour évaluer la participation occupationnelle de la personne. Cela oblige l'ergothérapeute à recourir à l'articulation des modèles dont nous parlions précédemment.

Il existe plusieurs moyens d'évaluation compatibles avec le MOH à partir du moment où ils partagent sa terminologie. La MCRO<sup>12</sup> (issue du MCREO) a l'avantage d'évaluer la performance occupationnelle de la personne et sa satisfaction dans celle-ci. La passation de la MCRO peut être utilisée comme support d'accompagnement de la personne pour qu'elle problématise afin d'exprimer son engagement dans sa performance occupationnelle.

Ainsi, l'évaluation de la participation occupationnelle de la personne par le MOH et la MCRO

---

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

<sup>10</sup> PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance.

<sup>11</sup> MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

<sup>12</sup> MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel\*.

peut permettre d'objectiver son engagement dans ses occupations.

Lors de la synthèse précédente, nous cherchions à savoir si l'évaluation située est compatible avec l'approche écologique puisque cette dernière est préconisée dans les résultats de la revue de littérature.

D'après le concept d'écologie, l'évaluation située et l'approche écologique sont compatibles car elles accompagnent la personne à problématiser dans la complexité. Cependant, comment problématiser dans la complexité lorsqu'il y a une contrainte de temps liée à la visite ponctuelle au domicile ? La problématisation dépend de plusieurs facteurs allant des capacités de la personne âgée à la qualité de l'accompagnement. Alors, comment accompagner la personne âgée à problématiser pour s'assurer que sa réflexion aboutisse à un résultat d'évaluation exploitable ?

Le modèle d'évaluation située nous a appris que la logique d'accompagnement et la logique de contrôle ne peuvent pas être simultanées. De plus, le principe de complexité oblige de problématiser pour évaluer, ce qui équivaut à utiliser une logique d'accompagnement avec la personne. Nous savons que des modèles écologiques en ergothérapie favorisent cet accompagnement. En quoi ces modèles peuvent permettre d'accompagner la personne âgée dans sa problématisation malgré la contrainte de temps de la visite ?

Nous savons que le MOH évalue la participation occupationnelle de la personne âgée. Cette évaluation est écologique car elle évalue la complexité des interactions personne-environnement-occupation. En quoi l'évaluation de la participation occupationnelle par le MOH peut constituer une base pour problématiser ? Nous savons que l'ergothérapeute peut utiliser la MCRO en plus du MOH pour mettre en œuvre cette évaluation. De plus, cet outil donne des possibilités d'évaluation de l'engagement de la personne dans ses occupations.

Sachant que le MOH propose une théorie de l'engagement, comment peut-elle modéliser l'évaluation de l'engagement de la personne âgée en prévention ? Une fois évalué, comment les données sur l'engagement peuvent être utilisées pour que la personne âgée se situe dans sa propre démarche de prévention primaire de la dépendance ?

Nous avons choisi d'aborder l'évaluation écologique de la personne âgée par la théorie du MOH car elle a de nombreux avantages. Toutefois, nous devons être conscient qu'il existe plusieurs manières d'évaluer la personne âgée et son engagement.



### 1.3.3 L'engagement :

Que ce soit en philosophie, psychologie sociale ou encore en sciences de l'occupation, l'engagement a fait l'objet de plusieurs théories. Ici, nous focaliserons notre attention sur la théorie du MOH afin de faire du lien avec notre problématique.

Le but du MOH « est d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain dans l'occupation [...] la finalité des interventions en ergothérapie cible la participation occupationnelle de la personne » car celle-ci est fondamentale. Selon le MOH, la participation occupationnelle dépend de l'engagement qui lui permet de se « développer et de se maintenir dans le temps »(53). Cet engagement contribue à « maintenir et développer les capacités de la personne, sa vie en société et sa santé »(54).

Plus qu'un besoin pour la personne, la participation occupationnelle est un facteur de santé dont l'engagement est essentiel.

Cet engagement s'explique par le concept de volition. La volition est constituée de plusieurs critères qui interagissent entre eux de façon complexe. Le MOH observe la motivation de la personne à agir sur son environnement, ses valeurs (ce qui est signifiant), ses centres d'intérêts (choses que la personne trouve agréable) et sa causalité personnelle (qui met en jeu des « sentiments d'efficacité et de capacités personnelles »). La volition est représentée comme un processus dans lequel la personne « expérimente des activités [...] elle interprète les expériences réalisées, ce qui lui permet d'anticiper et de faire des choix, qui stimuleront à nouveau son expérience. »(52). Au cours de l'expérience, la volition stimule encore l'engagement dans d'autres occupations qui impliquent alors d'autres expériences et ainsi de suite. Le processus volitionnel est donc ce qui stimule l'engagement de la personne dans ces occupations.

Dans la complexité de la volition, ce processus régit une rétroaction entre l'engagement et l'expérience dans l'activité (les occupations). Cela met bien en valeur le caractère systémique de la participation occupationnelle.

Le concept d'engagement comporte des nuances en fonction des approches en sciences de l'occupation. Par exemple, le MOH fusionne la volition et la motivation alors que d'autres modèles les séparent(53). La théorie de l'engagement du MOH mérite donc d'être étayée par d'autres concepts.

Précédemment, nous cherchions comment évaluer l'engagement de la personne âgée avec la théorie du MOH. Cependant, pourquoi évaluer l'engagement ?

Les résultats de la problématique relatent que l'engagement de la personne âgée a un potentiel en prévention primaire de la dépendance. Sur le plan théorique, le MOH explique que l'engagement est essentiel au maintien et au développement de la participation occupationnelle de la personne. Celle-ci étant un facteur de santé. Nous pouvons donc nous demander en quoi le développement de l'engagement de la personne âgée dans ses occupations est un facteur de prévention primaire de la dépendance ?

Toutefois, le développement de l'engagement nécessite d'en avoir une idée. Dans ce cas, comment l'évaluer ?

Le MOH présente la volition comme le processus complexe qui stimule l'engagement de la personne dans ses occupations. La volition dépend de plusieurs critères intrinsèques à la personne. Si l'on se réfère au concept d'évaluation située, la complexité de la volition nécessite d'être évaluée avec une logique d'accompagnement. De ce fait, comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la personne âgée à évaluer sa volition dans le but d'objectiver son engagement dans ses occupations ? Cette évaluation ne reviendrait-elle pas à évaluer la participation occupationnelle de la personne âgée ?

En quoi les occupations significatives identifiées au cours de cette évaluation pourraient-elles pas constituer un socle « d'expérimentation de l'activité » pour que la personne âgée ? Ne seraient-elles pas un moyen de stimuler son processus volitionnel afin d'améliorer son engagement dans ses occupations ? A ce stade, l'intervention de l'ergothérapeute en prévention primaire de la dépendance viserait à améliorer la participation occupationnelle de la personne âgée par le biais de son engagement.

#### 1.3.4 Issue de la problématique théorique :

La problématique théorique nous permet de mieux comprendre certains résultats de l'enquête exploratoire. Les enquêtés disaient que l'intervention de l'ergothérapeute peut « maintenir les activités » de la personne âgée et la « rendre actrice ». Effectivement, la théorie du MOH laisse entrevoir des possibilités d'amélioration de la participation occupationnelle de la personne âgée en améliorant son engagement. Cette finalité de l'intervention n'est envisageable à la seule condition que l'ergothérapeute évalue préalablement sa participation occupationnelle.

A travers le discours des enquêtés, nous pouvons remarquer que les ergothérapeutes partagent des notions liées aux concepts sans forcément citer ces derniers. Il est donc intéressant de s'interroger sur leur pratique de l'évaluation de la participation occupationnelle pour mieux comprendre comment ils stimulent l'engagement de la personne âgée dans un contexte de prévention primaire de la dépendance.

Ainsi, l'apport de la problématisation théorique nous pousse à redéfinir notre question de recherche :

**Dans le cadre de la prévention primaire de la dépendance, comment l'ergothérapeute permet l'engagement de la personne âgée par le moyen de l'évaluation de la participation occupationnelle ?**

## 2 Matériel et méthodes :

Dans cette partie seront détaillés les choix qui nous ont permis de construire notre dispositif de recherche.

### 2.1 Choix de la méthode :

A l'issue de la problématique pratique, notre question initiale de recherche s'orientait plus vers une méthode de recherche expérimentale. Nous pouvons constater que les apports de la problématique théorique ont réorienté notre question de recherche sur la pratique des ergothérapeutes. C'est pourquoi nous choisissons de construire notre dispositif de recherche avec une méthode clinique.

La méthode clinique implique de porter son attention « au creux de la parole qui se tient »(55). Elle s'intéresse à « la singularité du sujet social », à « la façon qu'à la personne d'organiser son monde et de s'y tenir »(56). Notre dispositif de recherche clinique est donc conçu pour interroger le vécu et le ressenti des enquêtés. Les résultats obtenus ne sont pas généralisables mais ils sont source de questionnement ce qui alimente notre recherche.

### 2.2 Choix de la population :

La population est choisie en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion :

- Sont exclues toutes les personnes qui ne sont pas titulaires du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute et qui n'exercent pas le métier d'ergothérapeute en France.
- Sont inclus tous les ergothérapeutes qui effectuent des visites ponctuelles au domicile des personnes âgées dans le cadre de la prévention primaire de la dépendance.
- Sont inclus tous les ergothérapeutes qui travaillent auprès de personnes âgées de 60 ans et plus (selon l'INSEE une personne est âgée à partir de 60 ans, âge d'attribution de l'APA<sup>13</sup>)(52).

### 2.3 Choix et construction de l'outil d'enquête :

Dans cette partie seront détaillés les choix qui ont permis de construire l'outil d'enquête.

#### 2.3.1 Choix de l'outil :

Nous choisissons d'utiliser l'outil de l'entretien car il est plus propice pour appliquer la méthode clinique(56). Au cours de l'entretien, l'enquêté évalue sa pratique professionnelle

---

<sup>13</sup> APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

afin d'en expliquer les choix. Nous pouvons donc utiliser cet outil pour identifier dans quelles mesures les ergothérapeutes utilisent l'évaluation de la participation occupationnelle pour stimuler l'engagement de la personne âgée.

L'avantage de l'entretien est qu'il permet d'être en présence de l'enquêté. Il donne la possibilité d'utiliser la communication non-verbale pour se faire comprendre et comprendre ce qu'exprime l'enquêté.

### 2.3.2 Construction de l'entretien :

Tout d'abord, nous avons élaboré une matrice théorique (cf. Annexe 5) qui reprend les concepts d'évaluation, d'écologie et d'engagement, et qui les décline en sous-concepts et indicateurs issus de la partie 1.3. Ces éléments confrontés à la problématique théorique nous ont permis de construire une matrice de questionnement (cf. Annexe 6) qui organise notre entretien.

L'entretien est constitué de plusieurs phases :

- En premier lieu, le chercheur établit le contact avec l'enquêté. Il lui explique les modalités de l'entretien. Il lui demande s'il a son autorisation d'enregistrer les discussions pour les transcrire ensuite à l'écrit. Il précise que l'anonymat sera respecté et qu'il n'attend pas de réponses particulières de sa part. Il met l'enquêté dans des conditions favorables pour qu'il livre son ressenti, son vécu.  
Dès que l'enquêté est prêt, l'entretien débute.
- La question n°1 porte sur des informations relatives à l'obtention du diplôme de l'enquêté (date et lieu). Cela dans l'objectif d'identifier si les critères du diplôme influencent l'approche des professionnels.
- La question n°2 vise à s'assurer une dernière fois que l'enquêté correspond aux critères d'inclusion de la population de l'enquête.
- La question n°3 a pour objectif d'identifier si l'intervention de l'enquêté au domicile est en lien avec l'engagement de la personne.
- La question n°4 tend à mettre en relief les types d'évaluations utilisés par l'enquêté.
- La question n°5 cherche à préciser dans quels courants de la systémie se situe l'enquêté.
- La question n°6 vise l'identification d'outils ou de modèles utilisés par l'enquêté lors de son évaluation.
- La question n°7 a pour objectif de mettre en avant les méthodes d'évaluation de

l'enquêté.

- La question n°8 tend à relever un lien entre l'engagement et la participation occupationnelle en prévention primaire de la dépendance.
- Le chercheur conclût l'entretien en remerciant l'enquêté puis il prend congés de lui.

### 2.3.3 Biais de l'entretien :

Il est possible d'identifier plusieurs biais propre à l'outil de l'entretien :

- L'entretien implique la relation chercheur-enquêté. Ainsi, la qualité de cette relation peut influencer les réponses comme leur recueil, ce qui peut impacter la qualité de l'enquête. Le chercheur peut veiller à favoriser la relation de confiance avec l'enquêté pour qu'il n'ait aucun frein à son expression.
- Le discours de l'enquêté ne fait que refléter le déclaratif et non la réalité de ses actes. Ce discours ne rend pas réellement compte de ce qu'il fait.
- Bien que nécessaire en méthode clinique, l'ouverture des questions comporte une possibilité de mauvaise interprétation de la part de l'enquêté. Cette mauvaise interprétation peut amener des réponses hors de ce que le chercheur interroge. L'intérêt est de formuler des questions de relance pour l'atteinte de l'objectif.
- L'entretien, que l'on peut qualifier de clinique est basé sur la libre expression de l'enquêté car il est connecté à son ressenti. Cet entretien doit donc s'évertuer à reconstituer des conditions d'échanges naturelles. Il est nécessaire que le chercheur trouve un enchaînement des questions adaptées sans risquer de couper le discours de l'enquêté ou de le faire patienter. D'ailleurs, mener un entretien rend difficile la prise de note. Le chercheur peut utiliser un système d'enregistrement qui lui permet de revenir sur les réponses exactes de l'enquêté a posteriori.
- Compte tenu du peu d'ergothérapeutes correspondant à nos critères d'inclusion de l'enquête, nous sommes contraints d'effectuer des entretiens téléphoniques. Cela sera un biais à la communication car nous ne pouvons pas exploiter le langage non-verbal pour percevoir certaines attitudes des enquêtés. Ainsi, cela aura un impact sur le cours de l'entretien.

#### 2.4 Test de faisabilité et validité du dispositif :

Nous avons testé notre entretien dans l'objectif général d'évaluer sa faisabilité et sa validité.

Ce test avait plusieurs objectifs :

- Vérifier la clarté de la formulation des questions afin qu'elles apportent des réponses en lien avec leur objectif.
- S'assurer de la fluidité de l'enchaînement des questions.
- S'essayer à la pratique de l'entretien.

Pour ce test, deux personnes ont été choisies afin de constituer la cohorte d'essai. La première personne correspond aux critères d'inclusions de notre population tandis que la seconde ne correspond pas. L'entretien leur a été présenté comme un test visant l'atteinte des trois objectifs ci-dessus. Ils ont tous les deux passé l'entretien selon la matrice de questionnaire dans les conditions citées dans la partie 2.3.2.

A la suite du test, nous avons recueilli l'avis des deux personnes.

La première personne a souligné que certaines questions inaugurales étaient trop ouvertes. De plus, les questions de relance étaient trop proches de la question initiale dans la formulation, ce qui n'a pas favorisé sa compréhension de la question. A la suite de ses remarques, nous avons reformulé les questions inaugurales concernées avec leurs questions de relance. Ces questions de relance avaient pour but d'être plus claires et totalement différente de la précédente, en vue d'atteindre les objectifs fixés.

La seconde personne qui ne correspond pas aux critères d'inclusion de notre population a souligné les mêmes limites de fond. Elle a aussi relevé des incohérences dans l'articulation des questions, ce que nous avons modifié par la suite.

Nous considérons alors que notre matrice de questionnaire est valide et réalisable par l'entretien.

#### 2.5 Choix de l'outil de traitement de données :

Compte tenu de la complexité des logiciels, les réponses sont retranscrites manuellement comme elles sont énoncées.

Nous choisissons de traiter manuellement les réponses en suivant l'ordre de la matrice de questionnaire. Chaque réponse traite d'un thème précis défini par l'objectif de la question. Cela revient à avoir une approche thématique des réponses (57).

Aussi, nous faisons le choix d'associer cette approche thématique à une approche lexicale et

linguistique. Concrètement, chaque réponse est analysée par le logiciel TagCrowd® qui met en avant la fréquence de répétition de mots (approche lexicale). On parle d'occurrence. Le nombre d'occurrence minimum est fixé à 2. Les mots qui auront le plus d'occurrences sont reliés pour identifier des cooccurrences. Ces cooccurrences sont analysées dans le contexte du discours (approche linguistique) afin d'interpréter leur sens.

Ainsi, la combinaison des trois approches de traitement des données textuelles favorise l'interprétation objective des résultats par le chercheur.



### 3 Résultats :

#### 3.1 Présentation des résultats des entretiens :

Deux entretiens téléphoniques ont été réalisés avec Mr E. (cf. Annexe 7) et Mme U. (cf. Annexe 8). Ils sont deux ergothérapeutes qui correspondent aux critères d'inclusion de notre population.

| Thèmes abordés   | Propos des deux enquêtés ( <i>réponses de Mr E. et réponses de Mme U.</i> )   |
|--|---|
| But de l'intervention au domicile en prévention primaire de la dépendance. | <p>13 - "m'assurer que les personnes puissent rester le plus longtemps à leur domicile"<br/>           15 - "que la personne soit le plus autonome possible et le plus longtemps possible dans le domicile"<br/>           21 - "on essaye de faire durer la vie au domicile pour ces personnes là."<br/>           59 - "on intervient pour faire de la prévention"<br/>           73 - "retrouvé un très bon niveau d'autonomie pour cette personne"<br/>           80 - "d'intervenir sur le domicile des personnes âgées"<br/>           106 - "émettre des préconisations, transmettre les informations, informer ..."<br/>           117 - "Nous on est là pour mettre le doigt sur ce qui peut être fait pour favoriser l'autonomie, le maintien à domicile."<br/>           13 - "cibler les activités à risque pour la personne dans sa vie quotidienne"<br/>           14 - "mettre des moyens de compensations en place en amont de l'arrivée de la dépendance"<br/>           23 - "voir l'adaptation au niveau des lieux de vie et voir si à un moment donné elle se met en danger"<br/>           26 - "lui expliquer une façon de faire autrement"</p> |
| Approche de la personne âgée dans son évaluation.                          | <p>24 - "généralement je commence par faire un entretien de la personne, des personnes qui vivent aussi sous le toit et si possible des proches"<br/>           27 - "je demande s'il y a des aidants"<br/>           [34 - 36] "une grille que je me suis construit avec les différentes expériences (...) pour me faire penser aux différents éléments à tenir en compte dans la visite du domicile"<br/>           [38 - 40] "Et je m'appuie aussi beaucoup sur le MCRO<br/>           ça permet de vraiment centrer autour de la personne âgée"<br/>           47 - "Donc principalement : une grille d'observation que je me suis construite et la MCRO pour l'entretien."<br/>           16 - "Ecologique."<br/>           20 - "avec des mises en situation."</p>  |
| Rapport entre la personne âgée et son environnement.                       | <p>67 - "le domicile est souvent le reflet de la personnalité des gens"<br/>           80 - "ça reste toujours compliqué d'intervenir sur le domicile des personnes âgées."<br/>           93 - "comment est ce que la personne perçoit sa situation en regard de son environnement"<br/>           32 - "les limites architecturales et les moyens qu'elle a "</p>   |
| Logique d'évaluation   | <p>52 - "je commence par l'entretien ça permet d'instaurer une relation de confiance"<br/>           [56 - 58] "instaurer une relation de confiance, faire en sorte que les personnes soient au courant et pleinement conscientes du but de l'intervention"<br/>           61 - "ça peut être vécu comme intrusif donc c'est à prendre toujours avec des pincettes ces personnes là".<br/>           [26 - 27] "Je me base vraiment sur la mise en situation et j'évalue en la regardant faire en fait."<br/>           [37 - 39] "Au départ sur un entretien avec la personne, j'essaye de parcourir l'ensemble des activités qu'elle fait sur la journée et qui sont pertinentes pour elle, et après nous effectuons les mises en situation qui montre les difficultés de la personne dans ses activités"</p>   |

|  |   |
|--|---|
| Moyens qui guident l'évaluation de la personne âgée  | <p>83 - "l'utilisation de la MCRO"</p> <p>[83 - 85] "je commence d'abord par faire comme je vous disais cet entretien je fais aussi une visite et je pratique aussi beaucoup la mise en situation"</p> <p>96 - "la mise en situation c'est quelque part la confronter à la difficulté"</p> <p>37 - "entretien avec la personne"</p> <p>38 - "mises en situation"</p>  |
| Méthodes d'évaluation de l'engagement                | <p>102 - "j'ai essentiellement une observation qualitative en fait"</p> <p>108 - "je n'utilise pas d'outil de mesure de l'engagement (...) je fais vraiment par rapport à la qualité de la relation thérapeutique" 112 - "si la personne se questionne, me questionne me rappelle après sur ces outils je sais que quelque part, il y a un déclic qui est fait"</p> <p>[42 -45] "J'utilise un outil qui permet de classer les activités par une grille, puis la personne sort trois activités significatives et pertinentes pour elle à ce jour. Ensuite, à partir de ces activités nous avons la possibilité de trouver des moyens de compensation. C'est un peu le même principe que CO-OP"</p> <p>47 - "Sinon après il y a la MCRO"</p> <p>48 - "avec cet outil ce n'est pas vos objectifs à vous qui ressortent mais ceux de la personne"</p> <p>[49 - 51] "La MCRO permet de distinguer quelques activités significatives mais une fois qu'on a fait ce qu'il faut pour qu'elles soient réalisées avec satisfaction, d'autres activités significatives émergent. "</p> <p>59 - "quelque chose qui ressort dans l'entretien"</p>  |
| L'engagement en prévention primaire de la dépendance | <p>104 - "l'engagement va être primordial pour assurer la continuité des adaptations"</p> <p>107 - "l'engagement est un point clé"</p> <p>119 - "si la personne n'a pas envie, concrètement on ne peut rien faire"</p> <p>121 - "Je pense que l'engagement est capital"</p> <p>[123 - 127] "d'autant plus lorsqu'on fait des aménagements dans des visites à domicile parce que c'est le point de départ en fait... si la personne n'a pas la volonté, la motivation pour aménager son domicile qu'elle refuse tout simplement, on n'a aucun résultat. On ne peut avoir qu'un résultat que si la personne est pleinement engagée dans ce processus."</p> <p>[54 - 56] "à partir du moment où elle décide que c'est quelque chose qui est difficile d'effectuer et sur lequel elle veut évoluer ou avoir des pistes d'amélioration"</p> <p>56 - "au niveau de ce qu'on met en place c'est forcément quelque chose qui sera utilisé"</p> <p>[62 - 64] "A partir du moment où on a l'engagement de la personne, les choses que vous mettez en place avec elle et pour elle seront utilisées. Nous ergothérapeutes on a une approche spécifique de par le fait de cibler les activités significatives."</p> |

### 3.2 Analyse des résultats :

Les résultats ont été analysés selon la méthode détaillée dans la partie 2.5. La rédaction de l'analyse reprend donc les approches thématique, lexicale et linguistique de traitement de données textuelles.

- ◆ But de l'intervention :
- Mr E. :
  - Occurrences : domicile (5) ; personnes (3) ; autonomie (2)
  - Cooccurrences : personnes – domicile (3) ; personnes – autonomie (1) ; autonomie – domicile (1) ; personnes – domicile – autonomie (1).

L'intervention de Mr E. vise à favoriser le maintien au domicile des personnes âgées en cherchant à maintenir leur autonomie.

➤ Mme U. :

- Occurrences : vie (2).

L'intervention de Mme U. vise à relever les activités à risque de la personne âgée afin de mettre en place des moyens de compensation avant l'apparition de la dépendance.

◆ Approche de la personne âgée dans son évaluation :

➤ Mr E. :

- Occurrences : entretien (2) ; grille (2) ; MCRO (2)
- Cooccurrences : entretien – MCRO (2)

Mr E. effectue un entretien de la personne avec la MCRO. Il utilise une grille personnalisée pour guider son observation et se rappeler des éléments qu'il doit évaluer.

➤ Mme U. :

- Occurrences : aucune.

Mme U. pratique des mises en situation de la personne âgée pour l'évaluer. Elle utilise l'approche écologique.

◆ Rapport entre la personne âgée et son environnement :

➤ Mr E. :

- Occurrences : domicile (2).

A travers ces remarques, Mr E. dit que la personne âgée est en interaction avec son environnement (domicile).

➤ Mme U. :

- Occurrences : aucune.

Une des remarques de Mme U. sous-entend qu'il y a un lien avec l'environnement physique de la personne âgée (« limites architecturales ») et ses capacités d'actions (qu'elle évalue dans les mises en situation).

◆ Logique d'évaluation :

- Occurrences : confiance (2) ; instaurer (2) ; personnes (2) ; relation (2)
- Cooccurrences : instaurer – confiance (1) ; instaurer – confiance – personnes (1)

A travers l'entretien, Mr E. cherche à instaurer une relation de confiance avec la personne âgée. Il déclare que le fait d'avoir « un inconnu » qui entre dans son domicile peut paraître « intrusif ».

➤ Mme U. :

- Occurrences : activités (2) ; mise en situation (2)
- Cooccurrences : activités – mise en situation (1)

Au cours de l'entretien, Mme U. laisse s'exprimer la personne âgée sur « l'ensemble » de ses activités y compris celles « pertinentes pour elle ». Ces dernières font l'objet de mises en situation qui visent à identifier les difficultés de la personne par l'observation.

◆ Moyens qui guident l'évaluation de la personne âgée :

➤ Mr E. :

- Occurrences : mise en situation (2)

Après l'entretien, Mr E. allie visite du domicile et mises en situation afin que la personne et lui évaluent ses difficultés.

➤ Mme U. :

- Occurrences : aucune.

Mme U. pratique un entretien et des mises en situations.

◆ Méthodes d'évaluation de l'engagement :

➤ Mr E. :

- Occurrences : questionne (2)

Mr E. évalue l'engagement de la personne à travers son questionnement (« si la personne se questionne, me questionne »). C'est lui qui observe l'engagement de la personne par interprétation de ses processus de questionnement.

➤ Mme U. :

- Occurrences : activités (5) ; significatives (3) ; MCRO (2) ; outil (2) ; permet (2).
- Cooccurrences : activités – significatives – MCRO – permet (1) ; activités – significatives – outil – permet (1).

Au cours de l'entretien, Mme U. utilise un outil qui ressemble à CO-OP. Il permet de dégager les activités « significatives » de la personne et d'en choisir trois pour prioriser l'intervention. Elle déclare que l'usage de la MCRO peut aussi permettre de prioriser l'intervention sur les activités significatives de la personne.

♦ L'engagement en la prévention primaire de la dépendance :

➤ Mr E. :

- Occurrences : engagement (3) ; domicile (2) ; point (2) ; résultat (2).
- Cooccurrences : engagement – domicile – résultat (1) ; engagement – personne (1).

Dans l'aménagement du domicile, Mr E. considère que l'engagement est un « point de départ ». Cet engagement est un « point clé » pour assurer la continuité de ce qui a été mis en place avec l'ergothérapeute. Il définit l'engagement par le fait « d'avoir la volonté, l'envie, la motivation ».

➤ Mme U. :

- Occurrences : chose (2) ; moment (2) ; partir (2) ; place (2)
- Cooccurrences : chose – moment – partir (1) ; chose – moment – partir – place (1)

Pour Mme U., les ergothérapeutes sont les seuls professionnels à cibler les activités significantes des personnes. La personne âgée identifie ses activités significantes et à un moment donné, elle décide de se focaliser sur celles qui sont difficiles à effectuer ou celles qu'elle souhaite améliorer. Le fait d'agir sur ses activités avec la personne et pour la personne permet d'assurer la continuité de ce qui a été mis en place. L'engagement est donc essentiel pour elle aussi.

### 3.3 Synthèse de l'analyse des résultats :

Cette synthèse réunit l'essentiel des réponses de Mr E. et de Mme U. Elle nous permettra de confronter ces données cliniques avec notre cadre théorique et notre problématique pratique.

- Le but de l'intervention de l'ergothérapeute au domicile est de maintenir l'indépendance et l'autonomie de la personne âgée dans ses activités de vie quotidienne. Pour cela, l'ergothérapeute identifie les problèmes ou les risques liés au domicile et à la personne elle-même.
- La personne âgée est perçue comme étant en interaction avec son environnement. Elle est évaluée avec une approche écologique. L'entretien et l'observation sont les moyens d'évaluation les plus cités. La MCRO peut être utilisée pour l'entretien tandis que des grilles peuvent guider l'observation.

- L'entretien est utilisé en première intention afin d'échanger avec la personne âgée. Il permet que la personne âgée exprime ses activités significatives tout en favorisant la relation thérapeutique. Souvent à l'issue de l'entretien est pratiquée une mise en situation de la personne afin d'observer ses difficultés.
- L'engagement émane de la personne, de sa volonté. Il est considéré comme essentiel dans la prévention primaire de la dépendance. Il peut permettre de prioriser les activités significatives de la personne âgée et donc les priorités d'intervention. Aussi, il favorise fortement la continuité de ce qui est mis en place lors de l'intervention.
- L'engagement peut être évalué qualitativement et/ou avec des outils semblables à CO-OP et la MCRO. Cette évaluation a lieu lors de l'entretien initial.

#### 4 Discussions des données :

La synthèse des résultats de l'enquête nous fournit des données cliniques que nous allons mettre en relation avec les éléments de notre problématique afin de poursuivre notre questionnement.

##### 4.1 Interprétation en rapport avec les problématiques théorique et pratique :

Rappelons notre objet de recherche :

**Dans le cadre de la prévention primaire de la dépendance, comment l'ergothérapeute permet l'engagement de la personne âgée par le moyen de l'évaluation de la participation occupationnelle ?**

A présent, reprenons les données cliniques de l'enquête pour les relier aux éléments des problématiques théorique et pratique, ce qui nous permettra d'apporter des éléments de réponse à notre objet de recherche.

Lors des entretiens, les ergothérapeutes n'ont pas fait allusion à la complexité de la personne âgée. Ils ont montré qu'ils perçoivent des interactions entre la personne âgée et son environnement. Au regard de ces éléments, nous pourrions croire que ces professionnels ont une approche issue du systémisme. Toutefois, ils favorisent la logique d'accompagnement au cours de l'entretien. Nous savons par le cadre théorique que cette logique est privilégiée dans l'approche écologique. C'est pourquoi nous pouvons dire que ces ergothérapeutes ont une approche écologique de la personne âgée. D'ailleurs, ils utilisent un outil issu d'un modèle écologique pendant l'entretien : la MCRO. Le cadre théorique nous a aussi montré que cet outil peut permettre de favoriser la problématisation de la personne âgée et donc son évaluation dans sa complexité. Le fait que les ergothérapeutes mènent cet entretien en première intention donne des perspectives intéressantes pour la suite de l'évaluation et de l'intervention.

Comme le dit un enquêté, l'usage de la MCRO dans l'entretien peut permettre à la personne de définir ses activités significatives sur lesquelles elle souhaite travailler. Après le temps de l'entretien suit sa mise en situation. Cette mise en situation comporte un risque de mise en échec énoncé par l'autre enquêté. Dans ce cas, en quoi le fait qu'elle choisisse elle-même une activité signifiante par la MCRO réduit l'impact de la mise en échec s'il devait y en avoir une ? L'objectif de la mise en situation serait d'observer les difficultés de la personne âgée à

réaliser ces activités. Cela implique l'adoption d'une posture d'observateur pour les deux ergothérapeutes. Il se peut d'ailleurs qu'ils utilisent une grille comme référentiel. Cette posture indique qu'ils se servent aussi d'une logique de contrôle pour évaluer la personne âgée.

Ainsi, nous pouvons constater une articulation des logiques d'accompagnement et de contrôle via l'entretien et la mise en situation. Le contrôle apporte une certaine efficacité tandis que l'accompagnement met en avant les activités significatives de la personne. La personne âgée porte de l'intérêt à ce type d'activités. Elle s'y engage.

Les deux ergothérapeutes considèrent l'engagement comme essentiel en prévention primaire de la dépendance. Cela se corrobore avec la problématique théorique. Les enquêtés considèrent que l'engagement vient de la personne et qu'on ne peut pas faire sans.

Selon les enquêtés, son évaluation peut permettre de prioriser les activités significatives de la personne âgée et donc prioriser une intervention sur ses difficultés. Par conséquent, son évaluation a lieu au départ de l'intervention, pendant l'entretien, avec le MCRO ou d'autres outils spécifiques. En fonction de son engagement, c'est la personne âgée qui cible les priorités d'intervention ce qui implique qu'elle adhère directement à ces priorités et à ce qui est mis en place. C'est pourquoi, d'après les ergothérapeutes, l'engagement favorise fortement la continuité de ce qui est mis en place lors de l'intervention. Ainsi, l'engagement contribuerait au maintien de l'indépendance et de l'autonomie de la personne âgée dans ses activités de vie quotidienne ce qui serait en soi un facteur de prévention primaire (comme nous l'avons identifié dans le cadre théorique via la théorie du MOH).

En revenant sur la démarche d'évaluation des ergothérapeutes interrogés, nous pouvons constater qu'elle évalue la personne de façon écologique grâce au MCRO, en mettant l'accent sur ses activités et son engagement. Cette évaluation fait donc écho aux possibilités d'évaluer la participation occupationnelle par la MCRO que nous avons relevé lors de la problématique théorique. De plus, cet usage de la MCRO a déjà été employé dans une expérience pilote en ergothérapie dont nous avons parlé dans la problématique pratique.

Toutefois, même si l'on constate que les ergothérapeutes s'intéressent de près à cette participation occupationnelle, on peut se demander pourquoi ils n'utilisent pas le MOH ? Pourquoi ne citent-ils pas les termes tels qu'ils sont ? Serait-ce une question de date ou de lieu d'obtention du diplôme ? Les dates d'obtention du diplôme de nos deux enquêtés étaient éloignées de plus de 10 ans puis les pays du diplôme étaient différents. Pourtant cela n'a pas influencé le fait qu'ils citent tous les deux la MCRO. Cependant, ils n'ont pas précisé à quel modèle celle-ci appartenait (le MCREO). Alors, est-ce que cela serait dû à un plus grand



intérêt pour les outils pratiques à défaut des outils théoriques ? En tout cas, l'appropriation des théories des modèles de l'occupation humaine est un phénomène complexe plurifactoriel qui ne peut être cerné par une seule question.

Nous avons trouvé des éléments de réponse quant à la pratique de l'évaluation de la participation occupationnelle. Cependant, nous cherchions à savoir comment l'ergothérapeute pouvait permettre l'engagement par cette évaluation. Nous n'avons eu aucun élément de réponses à ce sujet.

Néanmoins, nous savons que l'évaluation de la participation occupationnelle peut passer par l'usage de la MCRO lors de l'entretien initial. Cet entretien peut déboucher sur une mise en situation dans laquelle la personne âgée est engagée parce qu'elle l'a choisi avec la MCRO. Au cours de la mise en situation, la personne âgée et l'ergothérapeute ont la possibilité d'évaluer ses difficultés de réalisation de la tâche par une logique de contrôle. L'ergothérapeute ne pourrait-il pas rebasculer dans une logique d'accompagnement pour problématiser avec la personne âgée afin qu'elle trouve d'autres façons d'effectuer la tâche ? Cela avait été abordé par Mme U. ligne 26. En outre, le concept de volition du MOH issu de notre cadre théorique modélise que l'expérience de l'activité stimule le processus volitionnel de la personne, ce qui la pousse à s'engager dans d'autres activités. Alors, en quoi la mise en situation dans une activité significative peut stimuler le processus volitionnel de la personne ? Dans quelle mesure le potentiel de ce processus pourrait être utilisé en prévention primaire de la dépendance afin d'améliorer la participation occupationnelle de la personne âgée ? Serait-ce une intervention réalisable en une seule visite à domicile ?

Ce nouvel axe de question offre des nombreuses perspectives de recherche dans la continuité de ce travail.

#### 4.2 Critiques du dispositif de recherche :

La première critique que nous ferons de notre dispositif de recherche est qu'il a interrogé des personnes qui connaissaient le chercheur. Nous pouvons nous questionner sur l'impact qu'a pu avoir ce lien préexistant sur les réponses des enquêtés.

Ensuite, malgré le test du dispositif de recherche, certaines questions étaient trop ouvertes ce qui a laissé place à l'incompréhension pour les enquêtés. Les réponses étaient donc à côté de l'objectif et les questions de relance n'ont pas pu clarifier le sens attendu par le chercheur. Ainsi, le chercheur a dû traiter certaines réponses totalement en dehors de l'objectif. Il a eu recours aux trois méthodes mais le risque qu'il interprète s'est trouvé majoré.

Bien que nous l'ayons déjà précisé, le fait de mener des entretiens téléphoniques altère les capacités de communication entre le chercheur et l'enquêté. Cela a donc un impact direct sur les réponses qui sont recueillies et leur traitement. De plus, les aléas du réseau téléphonique coupent parfois la conversation, ce qui ne favorise pas l'enchaînement des questions dont nous parlions dans la partie 2.3.3.

Il faut aussi souligner que les ergothérapeutes interrogés ont répondu aux questions en donnant une image résumée de leur pratique. Comme nous le savons déjà, le discours ne reflète pas la réalité des actes. Puis, chaque personne âgée est différente. La démarche d'évaluation mise en relief dans les entretiens ne correspond pas à toutes ces personnes.

Cette critique du dispositif de recherche nous donne des axes d'amélioration pour la prochaine recherche :

- le chercheur veillera à interroger des gens qu'il ne connaît pas.
- il présentera un dispositif de recherche qu'il aura testé sur une cohorte d'essai plus élargie afin de mieux rédiger les questions et éviter les errances.
- il mènera les entretiens en présence et non par téléphone.
- enfin, il renforcera son dispositif de recherche en y associant aux entretiens des temps d'observation des enquêtés pendant leur pratique, pour mieux appréhender l'écart entre le discours et la réalité des actes.

#### 4.3 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle :

Au-delà de la prévention primaire de la dépendance, l'évaluation de la participation occupationnelle est essentielle à la pratique de l'ergothérapie. Elle soulève de nombreux principes de l'ergothérapie que ce soit dans l'approche écologique et holistique des occupations de la personne, dans la considération de sa complexité comme sujet unique et dans la promotion de l'accompagnement en vue de développer son autonomie et son indépendance.

Les apports du cadre théorique ont été riches d'enseignements sur les différentes logiques d'évaluation. Nous avons pu confirmer l'importance de rendre la pratique de l'évaluation intelligible. Cela permet de se situer sur l'instant par rapport à nos expériences antérieures et d'adapter constamment sa posture à la personne.

A l'image de la théorie de l'engagement par le MOH, la pratique de l'ergothérapeute doit être étayée par les nouvelles données issues de la littérature scientifique. Cela renvoie au

processus de veille professionnelle.

Aussi, le concept de complexité de la personne nous invite à la remise en question permanente pour ne pas porter de jugements de valeurs. Les résultats de cette recherche mettent en avant de nombreuses similitudes entre le cadre théorique et la pratique. Comme nous l'avons vu, certains concepts sont parfois utilisés par les ergothérapeutes sans être explicités pour autant. Le chercheur, qui est censé maîtriser ces concepts, se doit de les interroger avec humilité. Cette posture nécessite, comme dans l'accompagnement de la personne âgée, de se laisser surprendre par ce que l'autre a à nous dire et de ne pas l'enfermer dans nos croyances. Au-delà de la recherche, cela convoque une éthique de la relation, essentielle dans les métiers de l'humain.

#### 4.4 Perspectives pour la pratique professionnelle :

A l'avenir, le domaine de la prévention primaire de la dépendance va s'étendre sur tout le territoire français. Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature (partie 1.2.2), cette prévention s'organise sur deux axes : le repérage clinique de la fragilité et la promotion du « Bien-vieillir ».

L'ergothérapeute est souvent présenté comme un expert de l'aménagement du domicile et des aides techniques, ce qui est bien pour l'image de la profession. Toutefois, les ergothérapeutes pourraient communiquer sur leurs compétences en matière d'évaluation, ce qui pourrait leur donner accès aux futurs dispositifs de prévention primaire de la dépendance.

L'expérience de Colombey-les-Belles(28) montre qu'il est possible d'intervenir par le bouche-à-oreille directement chez la personne âgée. Le développement des réseaux de professionnels serait alors un levier pour l'implantation de nouvelles actions de prévention primaire de la dépendance sur les territoires. De plus, les ergothérapeutes pourraient aussi traiter avec les caisses de retraite(21) pour des prestations. On pourrait aussi imaginer que les ergothérapeutes interviennent ponctuellement en association avec un HDJ Fragilités ou une Clinique Ambulatoire de Fragilité. La nature des liens avec ces futurs établissements reste à définir mais l'évaluation de la participation occupationnelle de la personne âgée pourrait être un moyen de l'évaluer à l'instant T, dans le but d'adapter le suivi hospitalier.

Ainsi, l'évaluation de la participation occupationnelle laisse de nombreuses perspectives de pratique en prévention primaire de la dépendance des personnes âgées.

## 5 Glossaire :

### C –

Cybernétique : Systèmes artificiels fermés monofonctionnels dépendant de l'homme, notamment pour la régularisation (programme fixe). Une machine à laver par exemple. (Vial, M.)

### D –

Degrés de prévention : Selon l'HAS, « la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

Dépendance : La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aides les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Déterminisme : Idée que « les événements actuels ont avec les précédents une liaison fondée sur le principe évident, qu'une chose ne peut commencer d'être sans une cause qui la produise. Cet axiome, connu sous le nom de principe de la raison suffisante, s'étend aux actions même que l'on juge indifférentes (...). Nous devons donc envisager l'état présent de l'univers comme l'effet de son état antérieur et comme la cause de celui qui va suivre » (Pierre Simon de Laplace)

### E –

Ecologique : Relatif à l'écologie (v. ce mot A), aux conditions d'existence des êtres vivants. (Définition du CNRTL)

Equilibre Occupationnel : Répartition dans le temps des différentes occupations de la personne. Cet équilibre apporte de la satisfaction à la personne (définition provisoire)

Etat de fragilité : « L'état de fragilité est souvent décrit en utilisant les critères proposés et validés par Fried et al. le « phénotype de fragilité ». Elle est évaluée en tenant compte de cinq signes ou symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse

de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. L'individu est considéré comme « fragile » s'il présentant trois ou plus de ces critères, et « pré-fragile » en présence d'un ou deux. » (VELLAS, livre blanc). « Un autre modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Rockwood 2005) » (HAS)

I –

Incidence : En épidémiologie, le taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée - population incidente- à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période)- population cible -. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie. (Définition de l'INSEE)

M –

Modèle : « Penser dans un modèle, c'est utiliser un ensemble de principes, d'axiomes et de postulats qui ne sont visibles que parce qu'ils uniformisent les discours et les pratiques qui en découlent. L'évaluateur est agi par le modèle. Le modèle est souvent peu affiché, plus ou moins caché, il sous-tend la théorisation affichée. » (Vial, M.)

O –

Occupations : « Les occupations sont des groupes d'activités et de tâches pour lesquelles l'individu s'engage afin de répondre à ses besoins de soins personnels, d'expression et de relation à soi. » (MOREL-BRACQ, M-C.)

P –

Paradoxe : « Le paradoxe est de l'ordre de l'indécidable. Il oblige à l'oscillation entre vrai et faux. Le paradoxe logique implique l'enchevêtrement de deux niveaux : ce qui est ordonné à un niveau d'appréhension 1 tend à être considéré autrement à un autre niveau 2. On est donc renvoyé d'un niveau à l'autre dans une boucle qui allie les contraires. » (VIAL, M.)

Participation occupationnelle : « L'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques »

(MOREL-BRACQ qui cite KIELHOFNER)

Performance Occupationnelle : « Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement. » Le terme de performance occupationnelle est celui qui a été choisi par le groupe d'étude européen ENOTHE pour caractériser le rendement occupationnel (terme canadien). (MEYER, S.)

R –

Rendement occupationnel : Terme canadien pour désigner la performance occupationnelle.

Robuste : Personne qui peut présenter certaines pathologies chroniques (telles que l'hypertension, le diabète ou bien des maladies vasculaires) bien contrôlées ou même des antécédents de cancers traités, mais ceux-ci n'affectent pas sa fonction physique et sa qualité de vie. (Définition du Livre Blanc)

S –

Sciences occupationnelles : Sciences qui étudient l'occupation humaine.

Syndrome de Fragilité : « Syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011)

V-

Variable : « Une variable est une quantité ou une qualité susceptible de fluctuation, c'est-à-dire susceptible de prendre différentes valeurs appelées modalités. » (DE KETELE, J-M)

## 6 Annexes :

## 6.1 Annexe 1 : Données de la revue de littérature

| Sources  | Thème  | Population | Pertinence           | Résultats  | Limites/Questionnement  | Date |
|--|--|------------|----------------------|--|---|------|
| 1. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française   Insee [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <a href="https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404">https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404</a>  | Démographie de la population âgée.   | [60 ; +∞]  | Document Officiel    | Prévient de l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes.  |   | 2018 |
| 2. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <a href="http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022">http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022</a>  | Plan Santé 2018-2022/"Bien-vieillir"   | [60 ; +∞]  | Document Officiel    | Document qui atteste de la vivacité du sujet. Met en avant l'importance de la prévention de l'apparition de la dépendance (Axe 1)  |   | 2017 |
| 3. Comité interministériel de la Santé : présentation des 25 mesures-phases de la politique de prévention [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <a href="http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-de-la-sante-presentations-des-25-mesures-phases-de-la">http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-de-la-sante-presentations-des-25-mesures-phases-de-la</a> | Détails des mesures de prévention prises par le gouvernement actuel.                     | [60 ; +∞]  | Document Officiel    | La prévention comprend à la fois la promotion du « Bien-vieillir » en sensibilisant les personnes de plus de 60 ans ainsi que l'amélioration du repérage des personnes âgées fragiles afin d'éviter l'apparition de la dépendance.   |   | 2018 |
| 4. MOREL-BRACQ, M-C. Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : l'exemple du Lifestyle Redesign de Florence Clark aux Etats-Unis. <i>ergoThérapies</i> . 2015; (n°58):15-21.  | Programme du Lifestyle Redesign  | [60 ; + ∞] | Méthode Scientifique | "Le Lifestyle Redesign est une méthode d'intervention en ergothérapie qui s'appuie sur les émergences du sens et de la valeur de l'activité pour la personne afin de maintenir ou retrouver les activités importantes qui donnent du sens à la vie et permettent de participer socialement". "Du fait que l'intervention soit efficace d'un point de vue financier et soit applicable sur une large échelle, elle a le potentiel d'aider à réduire le déclin de santé et promouvoir le bien-être des personnes." / "La prévention est encore peu répandue en ergothérapie en France." "Les ergothérapeutes ne sont pas beaucoup investis en France alors | Pourquoi les ergothérapeutes ne vont-ils pas dans le domaine de la prévention de la fragilité ? | 2015 |
| 5. GAYMU, J. Aspects démographiques du grand âge en Europe. ; <i>Revue Européenne des Sciences Sociales</i> . ; 2017 ; 55 (n°1) : 19-40.   | Liens entre politiques et prévention par rapport à l'évolution démographique européenne. | [75 ; +∞]  | Méthode Scientifique | Quelles que soient les hypothèses de projection envisagées, le vieillissement de la population européenne est appelé à se poursuivre avec l'avancée en âge des générations nombreuses du baby boom.  |   | 2017 |

|  |   |                                  |                      |   |   |      |
|--|---|----------------------------------|----------------------|---|---|------|
| 6. TAVASSOLI N, & al. Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance. Soins Gériatrie. 2014; 20(n°111): p 14-18.   | Article qui explique le parcours de soins d'une personne présentant des signes de fragilités.   | [65 ; +∞]                        | Méthode Scientifique | Problème économique de grande ampleur si aucune action de prévention de la dépendance. "Il paraît donc essentiel de modifier la politique de santé et de centrer l'action sur la prise en charge des personnes âgées fragiles (car cet état est réversible)". Repérage des facteurs de fragilité à la fois dans le domaine libéral et les structures de soins. L'évaluation est souvent approfondie avec un Plan Personnalisé de Soins. | Est ce que les ergothérapeutes participent réellement au repérage des facteurs de fragilité ? | 2014 |
| 7. ABIKHZER, K. & al. Quelle convergence des politiques de prévention en matière de bien vieillir ? p. 71 pages. (Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel).   | Rapport d'une équipe de professionnels qui confronte les plans de prévention pour le "bien-vieillir" à la réalité du terrain.                                 | [60 ; +∞]                        | Méthode Scientifique | Prévision d'une augmentation démographique de cette population.   |   | 2014 |
| 8. ALBEROLA, E. CROUTTE, P. HOIBIAN, S. Bien vieillir, retraite, dépendance, fragilité des séniors. Représentations, réalités et attentes de la population française vis-à-vis des institutions. [Internet]. p. 232 pages. (Rapports). Report No.: 334.  | Rapport qui tente de dégager les besoins des personnes âgées par rapport au thème de la prévention. Description complète et actuelle du concept de fragilité. | [60 ; 75 ans]                    | Méthode Scientifique | Prévision du nombre de personnes dépendantes qui doublerait en 2060.  |   | 2016 |
| 9. ROUSSEL, R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: <a href="http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-dépenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler">http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-dépenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler</a> | Etude qui met en valeur la future augmentation des coûts financiers attribués à la dépendance. Enjeux économiques en France.                                  | Personnes retraités dépendantes. | Méthode Scientifique | Prévision économique : "la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB" contre "1,40 point de PIB" en 2014.   |   | 2017 |
| 10. RICCIARDI, W, SPECCHIA, M, MARINO, M. Health of the Elderlies and Healthy Ageing : Challenge for Europe. Studies in Health Technology and Informatics. 2014 ; 203 : p 1-9  | Vieillesse européenne et enjeux.  | Personnes retraités/âgées        | Méthode Scientifique | "Le vieillissement de la population est un défi majeur pour la société européenne et son économie."   |   | 2014 |



|   |   |                             |                      |   |  |      |
|---|---|-----------------------------|----------------------|---|--|------|
| 11. ABEL, B. & al. Santé et qualité de vie des personnes âgées - Bases pour les programmes d'action cantonaux. (Rapport 5) [Internet]. 2016 [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://promotionsante.ch/bases/publications/sante-des-personnes-agees.html">https://promotionsante.ch/bases/publications/sante-des-personnes-agees.html</a>             | Rapport sur la promotion et la prévention en santé en Suisse.                         | [55 ; +∞]                   | Document Officiel    | Vieillesse problème économique et sanitaire = défi (chiffre mondiaux et suisses) / Pour la prévention "l'efficacité de mesures relativement simples, axées sur le comportement, telles que des programmes d'entraînement, est aujourd'hui avérée dans de nombreux domaines . C'est par exemple le cas de la prévention des chutes et de la promotion de l'activité physique, de la santé psychique et d'une alimentation équilibrée". | Il y a t-il des programmes d'entraînements à thème ailleurs que dans les centres de retraite ? Quelle est la participation des ergothérapeutes ? | 2016 |
| 12. CESARI, M. FOUGERE, B. DEMOUGEOT, L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 56 - 58. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://fragilite.org/livre-blanc.php">https://fragilite.org/livre-blanc.php</a> | Enjeux du vieillissement  | Personnes âgées dépendantes | Méthode Scientifique | "En effet, il est bien établi que les conséquences cliniques liées à l'âge, en particulier la dépendance, sont une catastrophe sanitaire pour les personnes bien sûr mais également pour le système de santé. Pour cette raison (...) une grande partie de la littérature scientifique s'est concentrée sur la mise en place d'actions préventives contre la dépendance des personnes âgées"  |  | 2015 |
| 13. AQUINO J.P. La prévention en gérontologie. AQUINO, J.P. CUDENNEC, T. BARTHELEMY, L. Guide pratique du vieillissement : 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2016. p 192-195.  | Chapitre qui expose les possibilités d'innovation de la prévention.                   | [60 ; +∞]                   | Méthode Scientifique | "La prévention devrait occuper une place plus importante, pour ne pas dire prépondérante, dans les politiques publiques, en particulier en gérontologie, afin de permettre au plus grand nombre, la meilleure qualité de vie possible."   | Contre la fragilité, qu'elle prévention est réellement pratiquer par les ergothérapeutes ? Dans quels contextes ?                                | 2016 |
| 14. IGLESIAS-GOMEZ, M. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 4-5. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://fragilite.org/livre-blanc.php">https://fragilite.org/livre-blanc.php</a>                        | Explication des enjeux franco-européens et des partenariats.                          | Personnes âgées.            | Méthode Scientifique | "le handicap et la dépendance peuvent être largement repoussés dans le temps en détectant et traitant la fragilité à un stade précoce et en prévenant en amont le déclin des conditions de santé du patient"  | Quels sont les réelles interventions des ergothérapeutes en prévention primaire ou secondaire de la fragilité ?                                  | 2015 |
| 15. VELLAS, B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 9-24. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://fragilite.org/livre-blanc.php">https://fragilite.org/livre-blanc.php</a>                 | Définition du concept de fragilité et des différentes actions possibles en prévention | [60 ; +∞]                   | Méthode Scientifique | Le syndrome de fragilité peut être réversible en cas "d'interventions ciblées".   |  | 2015 |

|  |  |  |                             |  |  |
|--|--|--|-----------------------------|--|--|
| <p>16. JEANDEL, C. &amp; HANON, O. Un plaidoyer pour reconnaître le concept de fragilité comme un levier à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 6. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://fragilite.org/livre-blanc.php">https://fragilite.org/livre-blanc.php</a></p> | <p>Traite du concept de fragilité et de son potentiel d'action dans la prévention de la perte d'autonomie.</p>                             | <p>[60 ; +∞]</p>   | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>Nécessité de "prendre en compte la dépendance « évi table » par le repérage et la prise en charge de la fragilité".</p>   | <p>2015</p>  |
| <p>17.fiche_parours_fragilit_e_vf.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite">https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite</a></p>  | <p>Documents de l'HAS qui cadre le repérage de la fragilité en service ambulatoire.</p>  | <p>[70 ans ; +∞ ]</p>  | <p>Document Officiel</p>    | <p>Met en avant l'importance du repérage de la fragilité.</p>  | <p>2013</p>  |
| <p>18. AQUINO J.P. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie. 2015</p>  | <p>Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie</p>  | <p>[60 ; +∞]</p>   | <p>Document Officiel</p>    | <p>"Importance de l'adaptation des logements" La loi permet "un diagnostic habitat commun en lien avec l'ANAH, les prestataires habitat et les ergothérapeutes".</p>   | <p>L'adaptation des logements étant souvent la spécificité des ergothérapeutes, quels seraient les autres champs d'intervention possibles ?</p>  |
| <p>19. Pourbienvieillir.fr [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <a href="http://www.pourbienvieillir.fr/">http://www.pourbienvieillir.fr/</a></p>   | <p>Portail Officiel de Santé Publique France sur le "Bien-vieillir".</p>   | <p>[60 ; +∞]</p>   | <p>Document Officiel</p>    | <p>Met en valeur la collaboration de Santé Publique France et des caisses de retraite pour la promotion du "bien-vieillir".</p>  | <p>2018</p>  |
| <p>20. COLLINET C., SCHUT P-O. Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. Santé Publique. 22 juin 2016; S1(HS): p 41-9.</p>  | <p>Article relatant l'action des acteurs (centres Agirc-Arrco, MSA, CCAS, associations...) pour la prévention par l'activité physique.</p> | <p>[60 ; +∞]</p>   | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>En suivant le cap de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les différents acteurs sociaux ont pratiquement tous les mêmes objectif de prévention : "les informations et conseils pour bien vivre sa retraite, les programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention, les actions individuelles à destination des retraités les plus fragiles". La limite de ce système est que l'activité pendant le cours n'est pas décentrée de l'activité physique ce qui empêche tout transfert des acquis en situation de la vie quotidienne.</p> | <p>Quel est la marge de manœuvre d'un ergothérapeute dans la conception du contenu des ateliers ? Quel est leur pratique dans ces ateliers pour favoriser le transferts des acquis ?</p> |
| <p>21. Les caisses de retraite et Santé publique France à vos côtés [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <a href="http://www.pourbienvieillir.fr/les-caisses-de-retraite-et-spf-gp">http://www.pourbienvieillir.fr/les-caisses-de-retraite-et-spf-gp</a></p>  | <p>Site du "Bien-vieillir"</p>   | <p>Cotisants de l'Assurance Retraite (personnes âgées comprises)</p> | <p>Document Officiel</p>    | <p>Ce site présente l'action conjointe de l'Assurance Retraite, la MSA, le RSI et Santé Publique France. Tous oeuvrent pour le « Bien-Vieillir » en proposant des ateliers/ conférences d'éducation en santé aux retraités.</p>  | <p>2017</p>  |

|   |  |  |                             |  |   |             |
|---|--|--|-----------------------------|--|---|-------------|
| <p>22. RICHARD, L. &amp; al. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <a href="http://www.pourbienvieillir.fr/interventions-de-prevention-et-promotion-de-la-sante-pour-les-aines-modele-ecologique">http://www.pourbienvieillir.fr/interventions-de-prevention-et-promotion-de-la-sante-pour-les-aines-modele-ecologique</a></p> | <p>Explication du modèle écologique (guide d'aide à l'action franco-québécois)</p>   | <p>[60 ; +∞]</p>                                       | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>"en dépit du potentiel d'actions sur l'environnement, il apparaît que, comme il a été évoqué au chapitre précédent, les interventions et les programmes de prévention et de promotion de la santé s'adressant aux aînés sont encore bien souvent centrés sur l'individu."</p>   | <p>Quel serait les apports de l'approche multidimensionnelle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire et secondaire de la fragilité ?</p>  | <p>2013</p> |
| <p>23. ALVAREZ, S. Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. Revue de l'IRES. (n°88): p 31-51.</p>   | <p>Article de sociologie traitant de l'évolution des politiques de prévention en France et de la perception du vieillissement par les personnes.</p> | <p>[60 ; +∞]</p>                                       | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>Plusieurs façons de percevoir son vieillissement. Les acteurs de la prévention (Caisse de retraite, soignants...) "tentent de délimiter le devenir social" par leurs "formations et ateliers qui visent à normaliser les comportements des personnes vieillissantes". Cela s'oppose parfois à la façon singulière et dynamique dont chaque personne vit son vieillissement.</p>   | <p>Comment les ergothérapeutes peuvent-ils adapter la prévention à la singularité de chaque personne ? Il y aurait-il un avantage dans l'usage des sciences de l'occupation ? Dans quelles mesures doit-il y avoir une maîtrise des modèles conceptuels pour cela ?</p> | <p>2016</p> |
| <p>24. COLLINET C, DELALANDRE M. L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. L'Année sociologique. 64(n°2): p 445-467.</p>   | <p>Article qui traite du message informel des politiques de prévention.</p>  | <p>[60 ; +∞]</p>                                       | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>Le discours des politiques de prévention porte parfois une "injonction tend à imposer une norme du bien-être identique pour tous" "la volonté de mesure et d'objectivation du bien-être, que ce soit au niveau politique ou scientifique, tend à occulter la subjectivité des individus"</p>  | <p>Dans quelles mesures les ergothérapeutes pourraient-ils prendre en compte la subjectivité des personnes pour modérer le discours préventif et l'adapter à chacun ?</p>   | <p>2014</p> |
| <p>25. DONNIO I. Est-il possible de rompre avec les représentations négatives du vieillissement ? Gérontologie et société. 38(n°150): p 43-55.</p>  | <p>Article traitant des représentations négatives du vieillissement en France.</p>   | <p>[55;78] (valable pour la population recherchée)</p> | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>La "sensibilisation de tous sur les risques d'un « mauvais vieillissement »" renforce de façon négative "la vision péjorative" du vieillissement. Importance de s'attaquer aux représentations sociales de celui-ci pour toute la population (campagne de publicités, etc). "La réflexion proposée à un moment de transition peut faciliter une approche ultérieure différente grâce aux processus d'anticipation et de projection dans un contexte protecteur accompagné".</p> |   | <p>2016</p> |
| <p>26. BARTHELEMY, L. PIN, S. L'approche écologique en matière de santé des aînés. AQUINO, J.P. CUDENNEC, T. BARTHELEMY, L. Guide pratique du vieillissement : 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2016. p 53-57.</p>  | <p>Chapitre qui parle de l'approche écologique en gérontologie.</p>  | <p>[60 ; +∞]</p>                                       | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>Préconisation de l'approche écologique pour observer la personne agir avec son environnement.</p>   | <p>Quels seraient les modèles conceptuels susceptibles de favoriser une approche écologique par l'ergothérapeute ?</p>  | <p>2016</p> |

|  |   |                                   |                             |  |   |             |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|---|-------------|
| <p>27. CHARRAS, K., REINTJENS, C., TROUVE, E. Approche écologique des relations personne-environnement. TROUVE, E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. p 107 - 124. De Boeck Supérieur. 2016. (ergOThérapies).</p>  | <p>Mise en avant des autres aspects à prendre en compte lors d'une intervention sur l'environnement des personnes. Approche écologique.</p> | <p>[60 ; +∞]</p>                  | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>"des modèles complexes en ergothérapie, comme le MOHO (Model of Human Occupation) intègrent ces notions" celles d'écologie des relations à l'environnement) / " Un point important à retenir est que l'environnement sur lequel nous agissons pour effectuer des interventions est porteur de sens pour le bien-être de son usager. Il est donc essentiel d'adopter le regard et la position de l'usager pour comprendre si, au-delà de la dimension thérapeutique souhaitée, l'intervention est en adéquation avec les aspirations et la vie quotidienne de la personne."</p>                  | <p>Il y a t-il des éléments obstacles ou facilitateurs à ce que les ergothérapeutes mettent en place des modèles conceptuels ? Si oui, lesquels ? Pour quelles raisons ?</p>                                  | <p>2016</p> |
| <p>28. BEAUREGARD, C. &amp; LEMONNIER, C-M. Partage d'expérience : ergothérapeute de territoire chargée des actions de prévention en milieu rural. ergOthérapies. 2015; (n°58):23-8.</p>   | <p>Expérience pilote d'une ergothérapeute en prévention de la fragilité sur tout le territoire de Colombey-les-Belles..</p>                 | <p>Personnes âgées [60 ; + ∞]</p> | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>"Ce poste s'articule avec les autres dispositifs déjà présents sur le territoire" (MDPH, MAIA, PAERPA, CLIC, ESA, Groupement d'Intérêt Public GIP) ; Peut proposer un gestionnaire de cas au médecin traitant / Effectue des ateliers à thème avec photolangage, autoquestionnaire ou méta-analyse. A débiter par rencontrer les acteurs du réseau gérontologique territorial et les personnes âgées dans les actions collectives pour promouvoir sa pratique d'ergothérapeute (importance du bouche à oreille). / Première visite : Rencontre à domicile la personne âgée qui l'a contacté</p> | <p>Les ateliers ont des outils similaires au programme d'ETP ? Qu'elle est la différence de ces ateliers et de l'ETP pratiqué dans le champ sanitaire et social strict ?</p>                                  | <p>2015</p> |
| <p>29. DRIESSENS, E. Les métiers de la gérontologie : l'ergothérapeute en gériatrie. AQUINO, J-P. CUDENNEC, T. BARHTELEMY, L. Guide pratique du vieillissement : 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2016. p 152-154.</p> | <p>Chapitre qui traite du rôle des ergothérapeutes en gérontologie.</p>   | <p>[60 ; +∞]</p>                  | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>L'ergothérapeute participe à la "prévention des complications aux pathologies du grand âge" en évaluant le lieu de vie ainsi qu'en mettant en place des ateliers équilibre pour la prévention des chutes ou bien des ateliers mémoire. (prévention secondaire)</p>  | <p>Quel est la nature de la prévention faite par les ergothérapeutes en structures spécialisées ?</p>   | <p>2016</p> |
| <p>30. SCHOENENBURG S, &amp; Al. L'atelier de relever du sol : une action préventive visant à lutter contre les complications des chutes chez le sujet âgé. 35(n°4): p 227-232.</p>  | <p>Article qui explique les ateliers d'éducation thérapeutique pour les personnes qui ont déjà chuter (prévention secondaire).</p>          | <p>[60 ; +∞]</p>                  | <p>Méthode Scientifique</p> | <p>Présence des ergothérapeutes associée au kinésithérapeute et au psychologue pour des séances d'expression et de mise en situation en groupe sur le thème des chutes.</p>  | <p>Comment l'ergothérapeute peut-il permettre le transfert des savoirs en milieu écologique ? Quel est la spécificité de l'approche d'un ergothérapeute dans le travail pluridisciplinaire des ateliers ?</p> | <p>2015</p> |

|   |   |                  |                          |  |  |             |
|---|---|------------------|--------------------------|--|--|-------------|
| <p>31. Action sociale retraite complémentaire - Le diagnostic Bien chez moi (conseils en ergothérapie) [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <a href="http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/">http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/</a></p>   | <p>Page internet destiné aux retraités de la caisse AGIRC ARRCO pour l'évaluation d'un ergothérapeute dans un but préventif, afin de favoriser la vie à domicile.</p> | <p>[75 ; +∞]</p> | <p>Document Officiel</p> | <p>Met en valeur la pratique des ergothérapeutes avec les caisses de retraite complémentaire comme l'AGIRC ARRCO. L'ergothérapeute évalue et participe au maintien au domicile des personnes âgées à la demande de celle-ci.</p> | <p>Pour qu'elle prévention ?<br/>Quelles sont les outils utiliser par l'ergothérapeute ?</p> | <p>2018</p> |
| <p>32. Dossiers législatifs - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement   Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&amp;type=general&amp;typeLoi=proj&amp;legislature=14">https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&amp;type=general&amp;typeLoi=proj&amp;legislature=14</a></p> | <p>Loi qui met en avant les différentes mesures pour prévenir la fragilité.</p>   | <p>[60 ; +∞]</p> | <p>Document Officiel</p> | <p>Importance du CNSA dans la coordination départementale de l'action de prévention pour les caisses de retraite. (Art. L.233-5)</p>   |  |             |
| <p>33. Personnes âgées – Action sociale départementale   Insee [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <a href="https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382611?sommaire=2382915&amp;q=personnes+%C3%A2g%C3%A9e">https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382611?sommaire=2382915&amp;q=personnes+%C3%A2g%C3%A9e</a></p>  | <p>Démographie de la population âgée.</p>   | <p>[60 ; +∞]</p> | <p>Document Officiel</p> | <p>Permet de justifier que la population entre 60 ans et plus est considérée comme âgée selon l'attribution de l'APA.</p>  |  | <p>2018</p> |

## 6.2 Annexe 2 : Méthodologie de recherche à partir des mots clés

| <b>1 ère Recherche :</b>   |                 |                                 |       |        |       |            |  |                                 |
|--|-----------------|---------------------------------|-------|--------|-------|------------|--|---------------------------------|
| <b>Mots clés :</b><br>Vieillessement/<br>Prévention/<br>Retraite |                 |                                 |       |        |       |            |  |                                 |
| Total à partir des mots clés                                     | Base de données | Date de publication [2014-2018] | Texte | Résumé | Titre | Pertinence | Population recherchée [60 ans et plus] | Présence du mot "ergothérapie*" |
| 199  | BDSP            | 19                              | 17    | 17     | 14    | 14         | 11                                     | 2                               |
| 1582   | Cairn           | 370                             | 234   | 37     | 12    | 10         | 6                                      |                                 |
| 6277   | EM-Premium      | 1628                            | 1628  | 89     | 22    | 22         | 4                                      |                                 |
| (Aging/Prevention/Retirement) 155                                | PubMed          | 55                              | 55    | 18     | 6     | 6          | 5                                      |                                 |

| <b>2 nd Recherche:</b>  |                 |                                 |       |        |       |            |                             |                                 |
|---|-----------------|---------------------------------|-------|--------|-------|------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Mots clés :</b><br>Ergothérapie*/<br>Prévention /<br>Fragilité |                 |                                 |       |        |       |            |                             |                                 |
| Total à partir des mots clés                                      | Base de données | Date de publication [2014-2018] | Texte | Résumé | Titre | Pertinence | Population [60 ans et plus] | Présence du mot "ergothérapie*" |
| (Ergothérapie*/Fragilité) 4                                       | BDSP            | 1                               | 1     | 1      | 0     | 0          | 0                           | 0                               |
| (Ergothérapie*/Prévention) 54                                     | BDSP            | 4                               | 4     | 2      | 1     | 1          | 0                           | 0                               |
| 1505  | EM-Premium      | 446                             | 126   | 124    | 29    | 25         | 11                          | 1                               |
| 4   | PubMed          | 2                               | 2     | 2      | 2     | 2          | 2                           | 0                               |

| <b>3 ème Recherche:</b>       |                     |                                 |   |            |                                 |
|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|---|------------|---------------------------------|
| <b>Lecture Opportuniste :</b> |                     |                                 |   |            |                                 |
| Total                         | Moteur de Recherche | Date de publication [2014-2018] | Titre en rapport avec le thème et la population | Pertinence | Présence du mot "ergothérapie*" |
| 130                           | Google®             | 102                             | 97  | 23         | 2                               |

## 6.3 Annexe 3 : Questionnaire d'enquête exploratoire

|  |  |
|--|--|
| <b>Questionnaire d'enquête exploratoire :</b><br>- <b>Temps de questionnaire :</b> 5 min maximum.<br>- <b>Les enquêtés :</b> ergothérapeutes du milieu médico-social travaillant auprès de personnes âgées (60 ans et plus). |  |
| <b>Questions</b>   | <b>Buts des questions</b>  |
| 1) Quelles sont vos interventions auprès des personnes âgées ?   | Observer le lien entre les différentes interventions des ergothérapeutes et leur participation à la prévention de la dépendance (sous réserve d'un OUI à la question n°2).                     |
| 2) Est-ce qu'il vous arrive de faire de la prévention de la dépendance ? OUI/NON   | Identifier les ergothérapeutes qui font de la prévention / Recueillir de nouvelles pratiques préventives (non citées dans la revue de littérature) auxquelles participent les ergothérapeutes. |
| 3) Dans quelles situations ?   |  |
| 4) Pour prévenir la dépendance, quels sont les outils/ techniques qui vous permettent de prendre en compte le potentiel des usagers ?  | Observer l'approche/les modèles de pratique utilisés par les ergothérapeutes dans le cadre de la prévention de la dépendance.  |
| 5) En quoi l'ergothérapie peut-elle prévenir la dépendance des personnes âgées ?   | Observer s'il y a un lien entre ce que les professionnels préconisent et ce que la revue de littérature préconise pour améliorer la prévention primaire de la dépendance.                      |
| 6) Pourriez-vous laisser des remarques et/ou vos coordonnées pour que je puisse éventuellement vous recontacter ? Merci beaucoup pour vos réponses.  |  |

## 6.4 Annexe 4 : Résultats du questionnaire via Google Form® :

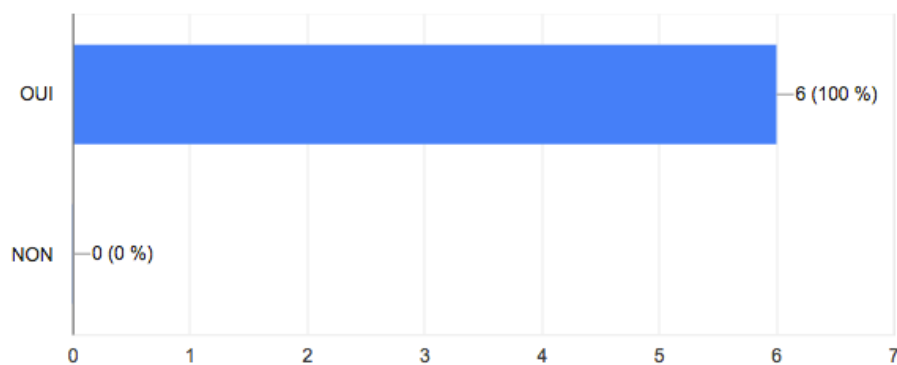
**Quelles sont vos interventions auprès des personnes âgées ? (1/6)**

6 réponses

|  |
|--|
| aménagement du logement et préconisation d'aides techniques  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information/conseil quant à l'aménagement du domicile, soit en préparation du RAD lors d'une hospitalisation, soit une visite à domicile dans le cadre d'un maintien à domicile.</li> <li>- Co-animation d'ateliers pour personnes ayant des troubles de la mémoire invalidants</li> <li>- Animation d'ateliers équilibre</li> <li>- Ateliers/conférences auprès d'un public de retraités, sur diverses thématiques.</li> </ul> |
| Atelier Marche pour personne atteintes de troubles cognitifs, consultations équilibre, conférences sur la prévention de chute, visites à domicile dans le dispositif Bien Chez Moi, travail en EHPAD   |
| Conseil en aménagement de logement et aides techniques   |
| évaluation autonomie<br>prévention risques cutanées trophiques<br>prévention des chutes via conseil en AT, aménagement de l'environnement  |
| Intervention à domicile pour favoriser la performance occupationnel et la satisfaction des bénéficiaire dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne.   |

**Est-ce qu'il vous arrive de faire de la prévention de la dépendance ? (2/6)**

6 réponses





## Dans quelles situations ? (3/6)

6 réponses

informations sur le risque de chutes à domicile

Prévention primaire:

- Lors des ateliers/conférences
- Pour certaines VAD, les personnes autonomes se préoccupent de leur avenir avec le risque de dépendance qu'il comporte.

Prevention secondaire, mais qui prévient une plus grande dépendance encore: dans toutes les autres interventions précisées dans la rubrique 1/6

Préconisations d'aide aux transferts et aides techniques pour la prise de repas en EHPAD, coussins de positionnement pour prévenir les escarres

Principalement lors de visites à domicile réalisées pour les caisses de retraite et mutuelles

Personnes âgées suivie à domicile dans le ut de les maintenir à domicile

Les personnes que je vois au sein du SPASAD sont par définition déjà dépendante d'aides humaines. Je fais de la prévention dans un objectif de maintien des capacités et d'aménagement du milieu écologique notamment le domicile.

## Pour prévenir la dépendance, quels sont les outils/techniques qui vous permettent de prendre en compte le potentiel des usagers ? (4/6)

6 réponses

technique de déambulation, outil aide technique aide à la marche: canne, déambulateur etc

- Entretien avec la personne âgée et son entourage.
- Bilan fonctionnel.
- Bilan des AVQ par des mises en situations.
- Lien étroit avec professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

guidons de transferts, aides techniques au repas (couverts adaptés), adaptation de l'environnement: monte escaliers, aménagements de salle de bain, WC, aides à la mobilité autour du lit, transferts assis - debout - assis, aides techniques pour l'habillement...

Questionnaire personnel, entretien et mise en situation

Observations, échanges avec les collègues intervenants quotidiennement chez la personne. Pas d'utilisation de grille d'évaluation ou autre par l'ergothérapeute

Analyse des occupations de la personne par l'entretien et mise en situation. Préconisation du changement (habitude de vie et environnement humain/matériel)

## En quoi l'ergothérapie peut-elle prévenir la dépendance des personnes âgées ? (5/6)

6 réponses

en informant et en participant à faire changer les habitudes, en rendant la personne actrice de son projet, et actrice de sa santé

- Mettre tout en oeuvre pour faciliter les activités (aménagement de l'environnement, information sur les transports, sur les activités accessibles)
- Stimuler les savoirs-faire
- Inciter à rester actif, en proposant des activités appréciées et accessibles.

En permettant à la personne de maintenir une activité qui le fait vivre!! :)

Dans le cadre de mes interventions à domicile, j'informe sur les accidents domestique et risque de chute qui sont à mon sens les premiers facteurs d'installation d'une éventuelle dépendance. L'adaptation de l'environnement et des activités entrent également dans cette prévention.

En favorisant son autonomie au quotidien via l'apprentissage de l'utilisation de certaines techniques (aides techniques par exemple), via la collaboration avec les personnes intervenants quotidiennement (aides soignantes, auxiliaires de vie...), via l'aménagement de leur environnement afin de prévenir tout risque de chute ou en rendant leurs espaces de vie accessibles

L'ergothérapeute est à même d'analyser les activités de la personne et de l'accompagner dans un processus de changement afin d'éviter la limitation d'activité causée uniquement par une perte de capacité.

## 6.5 Annexe 5 : Matrice théorique :

| Concepts   | Sous-concepts                 | Indicateurs   |
|------------|-------------------------------|---|
| Evaluation | Evaluation par la Mesure      | Rationalité/Intérêt pour les rapports causaux       |
|            |                               | Logique de contrôle des produits                    |
|            |                               | Objectivité de l'évaluateur                         |
|            |                               | Posture d'observateur                               |
|            |                               | Définition d'une variable                           |
|            |                               | Répétitivité de l'objet évalué                      |
|            |                               | Passage par une codification (scores/ calculs)      |
|            | Evaluation par la Gestion     | Rationalité/Intérêt pour les rapports causaux       |
|            |                               | Logique de contrôle des procédures                  |
|            |                               | Désir d'efficience/de rendement                     |
|            |                               | Objectivité de l'évaluateur                         |
|            |                               | Posture d'intervenant                               |
|            |                               | Processus de référencement                          |
|            | Evaluation Située             | Intérêt pour ce qui est signifiant pour la personne |
|            |                               | Evalue la dynamique de l'humain en situation        |
|            |                               | Logique d'accompagnement des processus              |
|            |                               | Autonomisation de la personne                       |
|            |                               | Principe de complexité                              |
|            |                               | Implication et remise en question de l'évaluateur   |
|            |                               | Posture d'accompagnant                              |
|            | Processus de problématisation |   |

| Concepts | Sous-concepts | Indicateurs  |
|----------|---------------|--|
| Ecologie | Cybernétique  | Perception de la personne comme système monofonctionnel fermée sur son environnement                                 |
|          |               | Possibilité de contrôle de la personne   |
|          | Systémisme    | Perception de la personne comme système plurifonctionnel ouvert en interaction avec son environnement                |
|          |               | Possibilité de contrôle de la personne mais présence d'une marge d'autonomie tend qu'elle réalise la fonction prévue |
|          |               | Notion de flux : produit des interactions personne-environnement   |
|          | Systémique    | Perception de la personne comme un système complexe multifonctionnel   |
|          |               | Aucune possibilité de contrôle/<br>Autonomie de la personne  |
|          |               | Principe de complexité   |
|          | MOH           | Perception de la personne comme étant au centre d'un système complexe multifonctionnel                               |
|          |               | Utilisation du concept de participation occupationnelle  |
|          |               | Aucune possibilité de contrôle/<br>Autonomie de la personne  |
|          |               | Principe de complexité   |

| Concepts                  | Sous-concepts                 | Indicateurs   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| Engagement (selon le MOH) | Volition                      | Considération de la motivation de la personne   |
|                           |                               | Considération de ce qui est signifiant pour la personne   |
|                           | Engagement                    | Considération d'un lien entre la volition et les occupations dans lesquelles la personne s'engage |
|                           | Participation occupationnelle | Considération d'une importance de l'engagement dans les occupations                               |

## 6.6 Annexe 6 : Matrice de questionnement :

|    | QUESTIONS INAUGURALES  | QUESTIONS DE RELANCE   | OBJECTIFS DES QUESTIONS   |
|----|--|--|---|
| 1) | Pour commencer, je souhaiterais savoir quels sont votre lieu et date d'obtention du diplôme d'ergothérapeute ? |  | Identifier si les critères du diplôme influencent l'approche des professionnels.                                  |
| 2) | Intervenez-vous au domicile dans le cadre de la prévention primaire de la dépendance des personnes âgées ?     | Intervenez-vous au domicile pour prévenir l'apparition de la dépendance chez les personnes âgées ? | S'assurer que les professionnels interrogés correspondent aux critères d'inclusion de la population de l'enquête. |
| 3) | Quel est le but de vos interventions en tant qu'ergothérapeute ?   | Qui est à l'origine de vos interventions ?   | Mettre en évidence un lien entre l'intervention au domicile et l'engagement de la personne âgée.                  |
| 4) | Dans votre évaluation, quelle est votre approche de la personne âgée ?   | Comment appréhender la personne âgée dans votre évaluation ?                                       | Souligner les types d'évaluations pratiqués par les professionnels en prévention primaire de la dépendance.       |
|    |  | Pouvez-vous décrire votre logique d'évaluation pour évaluer la personne âgée ?                     |   |
| 5) | Dans votre évaluation, quel rapport observez-vous entre la personne âgée et son environnement ?                | Toujours dans l'évaluation, quel lien observez-vous entre la personne âgée et son environnement ?  | Préciser dans quel courant de la systémie se situent les professionnels.  |
| 6) | Quels sont les moyens qui vous permettent de guider votre évaluation de la personne ?                          | Quels sont les outils que vous utilisez pour évaluer ?   | Déterminer les outils ou modèles utilisés dans l'évaluation.  |
| 7) | Comment évaluez-vous l'engagement de la personne ?   | Quels sont les éléments qui vous permettent de recueillir l'engagement de la personne ?            | Mettre en avant les méthodes d'évaluation de l'engagement.  |
| 8) | A quoi vous sert l'engagement en prévention primaire de la dépendance ?  |  | Relever un lien entre l'engagement et la participation occupationnelle.   |

## 6.7 Annexe 7 : Retranscription de l'entretien avec Mr E.

Retranscription de l'entretien avec Mr E. ayant eu lieu le 16/08/2018.

L'entretien a débuté à 15 H 25 et a duré 12 min.

Il a été enregistré avec sa permission.

Questions / *Réponses de Mr E.*

1 Alors comme je vous ai expliqué au téléphone : cet entretien respecte l'anonymat, je vais vous  
2 poser huit questions qui s'intéressent à votre pratique en prévention primaire de la  
3 dépendance, puis cet entretien vous donne aussi la possibilité de dire ce que vous ressentez, il  
4 n'y a pas de réponses « attendues ». C'est bon pour vous ?

5 *Parfait. Allons-y.*

6 Tout d'abord, je souhaiterais savoir quels sont votre lieu et votre date d'obtention du  
7 diplôme d'ergothérapeute ?

8 *Alors j'ai eu mon diplôme d'ergothérapeute à Nancy en 2014.*

9 Intervenez-vous au domicile dans le cadre de la prévention primaire de la dépendance des  
10 personnes âgées ?

11 *Euh... oui ça m'arrive je suis mandaté par l'Assurance retraite de certaines personnes  
12 donc... dans la région autour de Nancy hein... pour faire de la visite à domicile en fait, pour  
13 m'assurer que les personnes puissent rester le plus longtemps à leur domicile.*

14 Quel est le but de vos interventions ?

15 *Donc le but c'est de faire en sorte que la personne soit le plus autonome possible et le plus  
16 longtemps possible dans le domicile. Donc c'est avant tout un enjeu humain bien sûr parce  
17 que les... fin... d'expérience j'ai pu me rendre compte que les personnes âgées sont  
18 extrêmement attachées à leur lieu de vies surtout si ça fait presque 30 ans qu'ils sont dans la  
19 même maison. Mais c'est aussi un enjeu économique parce que... pour eux d'abord, pour  
20 leurs enfants aussi puis aussi pour la caisse de retraite parce qu'une institutionnalisation est  
21 relativement chère par rapport à un maintien à domicile. Donc on essaye de faire durer la vie  
22 au domicile pour ces personnes là.*

23 D'accord. Dans votre évaluation qu'elle est votre approche de la personne âgée ?

24 *Alors, généralement je commence par faire un entretien de la personne, des personnes qui  
25 vivent aussi sous le toit et si possible des proches que ce soit de la famille ou des amis. Donc  
26 avant d'arriver au domicile il y a un entretien de préparation qui est plus souvent  
27 téléphonique où je demande s'il y a des aidants et... pour planifier le rendez-vous et  
28 m'assurer si possible qu'ils soient présents lors de la première intervention.*

29 Ok.

30 *Et...*

31 Et vous avez d'autres choses à dire par rapport à cela ?

32 *Pardon ?*

33 Vous alliez continuer, je vous ai coupé dans votre élan...

34 *Non c'est juste pour dire que j'avais une grille que je me suis construit avec les différentes*  
35 *expériences que j'ai pu avoir en stage et puis petit à petit en fait pour me faire penser aux*  
36 *différents éléments à tenir en compte dans la visite du domicile hein... donc j'ai piocher un*  
37 *peu sur la visite à domicile de... quand j'avais été en SSR pour préparer les retours à*  
38 *domicile sur les différents aménagements. Et je m'appuie aussi beaucoup sur le MCRO qui...*  
39 *la MCRO pardon (rires) qui est très utile je trouve parce que ça permet de vraiment centrer*  
40 *autour de la personne âgée, parfois du couple parce que ça reste quand même fréquemment*  
41 *des personnes qui sont soit seule soit encore avec leur conjoint donc bon... c'est difficile de...*  
42 *de toutes façons on sait que quand on fait ce genre de visites on s'occupe pas que de la*  
43 *personne pour qui on est mandaté mais c'est vraiment le foyer, donc ce qui est mis en place*  
44 *pour l'un va profiter à l'autre du coup il faut prendre en compte les deux fin... toutes les*  
45 *personnes qui vivent dans ce foyer là.*

46 D'accord, ok.

47 *Donc principalement : une grille d'observation que je me suis construite et la MCRO pour*  
48 *l'entretien.*

49 D'accord. Et est-ce que vous pouvez décrire votre logique d'évaluation de la personne âgée.

50 (silence)

51 S'il y en a une bien sûr.

52 *Alors euh... en général je commence par l'entretien ça permet d'instaurer une relation de*  
53 *confiance puis ça évite aussi de voir débarquer chez les gens une personne complètement*  
54 *inconnue qui vient faire des mesures dans tous les sens et cetera... c'est moins invasif pour*  
55 *les personnes d'avoir un temps qui va prendre 35-40 minutes s'il faut pour bien prendre le*  
56 *temps d'expliquer avec les personnes... voilà... avant tout c'est instaurer une relation de*  
57 *confiance, faire en sorte que les personnes soient au courant et pleinement conscientes du but*  
58 *de l'intervention, qu'ils comprennent l'avantage de faire ça pour aussi apprendre à céder*  
59 *quelque part, parce que malgré tout quand on intervient pour faire de la prévention on est*  
60 *souvent amenés à faire de la modification dans leur foyer, donc comme je le disais tout à*  
61 *l'heure ça peut être vécu comme intrusif donc c'est à prendre toujours avec des pincettes ces*  
62 *personnes là.*

63 Ok. Une toute autre question : quel rapport observez-vous entre la personne âgée et son  
64 environnement ?

65 *Alors... au-delà du fait que souvent les personnes âgées ont accumulé énormément de choses*  
66 *au cours de leur vie, on peut constater que... comment ça s'appelle ? Euh... en fait on peut*  
67 *constater que le domicile est souvent le reflet de la personnalité des gens qui nous reçoivent*  
68 *donc cela donne quelques pistes aussi des fois euh... d'observation, d'analyse pour voir*  
69 *comment orienter notre relation. Maintenant, effectivement on se rend compte que dans*  
70 *certaines situations, je pense à une personne que j'ai vu il y a quelques semaine de ça où en*  
71 *fait c'était un élément, un bahut qui était mal positionné et qui empêchait complètement la*  
72 *personne de circuler dans son appartement avec son fauteuil roulant manuel alors qu'en*  
73 *déplaçant ce bahut et en enlevant un tapis, qui était dans le salon aussi, on a retrouvé un très*  
74 *bon niveau d'autonomie pour cette personne. Mais là où ça a été compliqué c'était de faire*  
75 *accepter au patient que le bahut qui était dans son salon, qui appartenait à sa mère, et qui*  
76 *remonte à des périodes d'avants guerres et cetera, que ce bahut c'est un des facteurs de sa*  
77 *situation de handicap. Lui faire comprendre que le déplacer ça va lui permette de retrouver*  
78 *une certaine forme d'autonomie et que face à tel mur dans le salon, il le bloque complètement*  
79 *alors que face au mur d'en face on a une situation qui est complètement différente mais bon...*  
80 *ça reste toujours compliqué d'intervenir sur le domicile des personnes âgées.*

81 D'accord. Même si vous l'avez déjà un peu abordé, quels sont les moyens qui vous  
82 permettent de guider votre évaluation de la personne âgée ?

83 *Donc ouais c'est que je vous disais c'est l'utilisation de la MCRO... je commence d'abord*  
84 *par faire comme je vous disais cet entretien je fais aussi une visite et je pratique aussi*  
85 *beaucoup la mise en situation. Je demande le déroulé d'une journée type, je repère la*  
86 *disposition des pièces par exemple la disposition de la cuisine par rapport à la salle à*  
87 *manger en fonction de si c'est la personne qui cuisine et cetera... que ce sont des pièces où la*  
88 *personne va être amenée à passer fréquemment donc parce que pour déterminer les priorités*  
89 *d'aménagements puisqu'on a des budgets qui sont quand même assez restreints pour faire des*  
90 *aménagements. Donc ça nous permet de prioriser. Et du coup la mise en situation me permet*  
91 *à la fois d'avoir un deuxième regard pour savoir si la personne à pleine conscience de ses*  
92 *capacités, s'il y a un petit peu de déni qui cache la capacité des personnes, à savoir comment*  
93 *est ce que la personne perçoit sa situation en regard de son environnement. Parce que bon il*  
94 *est très fréquent d'entendre des patients dire que tout va très bien, leur maison leur convient*  
95 *et qu'il n'ont pas du tout envie ni besoin de faire des travaux dedans. Donc la mise en*  
96 *situation c'est quelque part la confronter à la difficulté tout en faisant attention que la*



97 *personne ne se trouve pas en trop grande situation d'échec pour ne pas nuire à la relation*  
98 *thérapeutique.*

99 D'accord. Ok.

100 *Voilà.*

101 Comment évaluer l'engagement de la personne âgée ?

102 *Euh... pour évaluer cet engagement j'ai essentiellement une observation qualitative en fait. Je*  
103 *pense que j'ai basé ma pratique là dessus. Je sais que dans ces conditions l'engagement va*  
104 *être primordial pour assurer la continuité des adaptations tout simplement parce que en tant*  
105 *qu'ergothérapeute en libéral quand on fait ce genre d'intervention on est là uniquement pour*  
106 *émettre des préconisations, transmettre les informations, informer... mais on a un suivi qui*  
107 *est assez limité dans le temps. Donc comme je vous le dis l'engagement est un point clé. Par*  
108 *contre je n'utilise pas d'outil de mesure de l'engagement euh... je fais vraiment par rapport à*  
109 *la qualité de la relation thérapeutique. Si je constate pendant les entretiens qu'il y a des*  
110 *questionnements, des doutes, des appréhensions et cetera... je vais faire le maximum pour*  
111 *que la personne comprenne bien et si en général elle vient poser des questions sur tel ou tel*  
112 *modalités, sur tel aménagement et cetera... si la personne se questionne, me questionne me*  
113 *rappelle après sur ces outils je sais que quelque part, il y a un déclic qui est fait donc ça me*  
114 *tranquillise plutôt sur la suite des travaux. Malheureusement je n'ai pas la possibilité de*  
115 *revenir trois ou quatre mois après que les travaux ont été faits.*

116 D'accord. Et à quoi sert l'engagement en prévention primaire de la dépendance ?

117 *L'engagement c'est ce que je vous disais tout à l'heure c'est le point clé. Nous on est là pour*  
118 *mettre le doigt sur ce qui peut être fait pour favoriser l'autonomie, le maintien à domicile.*  
119 *Maintenant si la personne n'a pas envie, concrètement on ne peut rien faire. Ce n'est pas en*  
120 *quelques visites de deux trois heures qu'on va pouvoir s'assurer que la personne applique*  
121 *nos préconisations. Je pense que l'engagement est capital, déjà d'une manière générale en*  
122 *ergothérapie puisque c'est une des notions clés de notre métier. C'est essentiel dans toute*  
123 *approche en ergothérapie mais d'autant plus lorsqu'on fait des aménagements dans des*  
124 *visites à domicile parce que c'est le point de départ en fait... si la personne n'a pas la*  
125 *volonté, la motivation pour aménager son domicile qu'elle refuse tout simplement, on n'a*  
126 *aucun résultat. On ne peut avoir qu'un résultat que si la personne est pleinement engagée*  
127 *dans ce processus.*

128 Et bien c'était la dernière question.

129 *Parfait.*

130 Merci beaucoup pour votre participation.

## 6.8 Annexe 8 : Retranscription de l'entretien avec Mme U.

Retranscription de l'entretien avec Mme U. ayant eu lieu le 18/08/2018.

L'entretien a débuté à 11 H 20 et a duré 9 min.

Il a été enregistré avec sa permission.

Questions / *Réponses de Mme U.*

1 Comme nous avons pu en parler ensemble précédemment : cet entretien respecte l'anonymat,  
2 je vais vous poser huit questions qui s'intéressent à votre pratique en prévention primaire de  
3 la dépendance, vous aurez l'occasion aussi de dire ce que vous ressentez, vous êtes totalement  
4 libre d'expression. Il n'y a vraiment aucune réponse « attendue ». C'est bon pour vous ?

5 *C'est bon.*

6 Alors. Pour commencer je souhaiterais savoir quels sont le lieu et la date d'obtention de votre  
7 diplôme ?

8 *J'ai été diplômée en Belgique en Juin... (rires) en Juin 2003.*

9 La deuxième question est la suivante : Intervenez-vous au domicile dans le cadre de la  
10 prévention primaire de la dépendance des personnes âgées ?

11 *Oui.*

12 Quel est le but de vos interventions ?

13 *De pouvoir cibler les activités à risque pour la personne dans sa vie quotidienne et d'essayer  
14 de mettre des moyens de compensations en place en amont de l'arrivée de la dépendance.*

15 Je poursuis. Dans votre évaluation, quelle est votre approche de la personne ?

16 *Ecologique.*

17 Psychologique ?

18 *Ecologique.*

19 Ecologique.

20 *Oui, avec des mises en situations.*

21 Vous me parlez d'approche écologique, est-ce que vous pourriez me décrire une logique  
22 d'évaluation de la personne que vous pratiquez ?

23 *Sur un exemple ? Et bien admettons une situation de toilette pour voir l'adaptation au niveau  
24 des lieux de vie et voir si à un moment donné elle se met en danger par rapport à des  
25 transferts, par rapport à une façon d'exécuter la tâche. Et de pouvoir essayer de mettre des  
26 outils ou de lui expliquer une façon de faire autrement. Je me base vraiment sur la mise en*

27 *situation lors d'une demi-journée avec la personne et j'évalue en la regardant faire en fait.*

28 Quel rapport observez-vous entre la personne âgée et son environnement ?

29 *Quel rapport ?*

30 Précédemment vous me parliez d'écologie, quel lien trouvez-vous entre la personne et son  
31 environnement ?

32 *De voir les limites architecturales et les moyens qu'elle a par rapport à des mises en situation  
33 de vie quotidienne.*

34 Quels moyens vous permettent de guider votre évaluation ?

35 *Quels moyens ?*

36 Quels moyens vous permettent de cadrer l'évaluation, de l'organiser ?

37 *Au départ sur un entretien avec la personne, j'essaye de parcourir l'ensemble des activités  
38 qu'elle fait sur la journée et qui sont pertinentes pour elle, et après nous effectuons les mises  
39 en situation qui montre les difficultés de la personne dans ses activités.*

40 Vous parliez d'activités pertinentes pour elle, j'interroge aussi la question de l'engagement.  
41 Comment est-ce que vous évaluez l'engagement de la personne ?

42 *J'utilise un outil qui permet de classer les activités par une grille, puis la personne sort trois  
43 activités significatives et pertinentes pour elle à ce jour. Ensuite, à partir de ces activités nous  
44 avons la possibilité de trouver des moyens de compensation. C'est un peu le même principe  
45 que CO-OP, je ne sais pas si vous connaissez ?*

46 Oui, je connais.

47 *Voilà. Sinon après il y a la MCRO. J'avais fait la formation de la MCRO et ce qui est bien  
48 avec cet outil ce n'est pas vos objectifs à vous qui ressortent mais ceux de la personne. La  
49 MCRO permet de distinguer quelques activités significatives mais une fois qu'on a fait ce  
50 qu'il faut pour qu'elles soient réalisées avec satisfaction, d'autres activités significatives  
51 émergent.*

52 Vous parlez de la MCRO et d'activités significatives. J'aimerais savoir selon vous, à quoi sert  
53 l'engagement de la personne âgée en prévention primaire ?

54 *Et bien c'est quelque chose qui émane de la personne donc à partir du moment où elle décide  
55 que c'est quelque chose qui est difficile d'effectuer et sur lequel elle veut évoluer ou avoir des  
56 pistes d'amélioration, elle va forcément... et au niveau de ce qu'on met en place c'est  
57 forcément quelque chose qui sera utilisé. Juste vous donner l'exemple d'un système d'alarme  
58 en bracelet ou en collier que l'on met à une personne âgée. Si elle ce n'est pas quelque chose  
59 qui ressort dans l'entretien le fait de pouvoir alerter si jamais elle tombe et bien vous pouvez  
60 être sûr que si vous vous le mettez en place alors qu'elle elle n'en a pas envie, et bien elle ne*

61 *l'utilisera pas. Il restera à coté de son lit tout le temps. A partir du moment où on a*  
62 *l'engagement de la personne, les choses que vous mettez en place avec elle et pour elle*  
63 *seront utilisées. Nous ergothérapeutes on a une approche spécifique de par le fait de cibler*  
64 *les activités significatives.*

65 D'accord. Et bien je crois que nous avons terminé.

66 *Déjà ?*

67 Oui c'était la dernière question.

68 *D'accord, très bien.*

69 Merci beaucoup pour votre participation en tout cas.

## 7 Bibliographie :

1. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
2. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
3. Comité interministériel de la Santé : présentation des 25 mesures-phares de la politique de prévention [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-de-la-sante-presentation-des-25-mesures-phares-de-la>
4. MOREL-BRACQ, M-C. Ergothérapie et prévention auprès des personnes âgées : l'exemple du Lifestyle Redesign de Florence Clark aux Etats-Unis. *ergOthérapies*. 2015;(n°58):15-21.
5. GAYMU, J. J. Aspects démographiques du grand âge en Europe. *Revue européenne des sciences sociales*. 2017;Volume 55(n°1):19-40.
6. TAVASSOLI N, LAFONT C, & al. Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance. *Soins Gérontologie*. 31 déc 2014;20(n°111):p 14-18.
7. ABIKHZER, K. & al. Quelle convergence des politiques de prévention en matière de bien vieillir ? p. 71 pages. (Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel).
8. ALBEROLA, E. CROUTTE, P. HOIBIAN, S. Bien vieillir, retraite, dépendance, fragilité des séniors. Représentations, réalités et attentes de la population française vis-à-vis des institutions. [Internet]. p. 232 pages. (Rapports (Credoc)). Report No.: 334. Disponible sur: [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?\\_equation=vieillissement%20et%20pr%20E9vention%20et%20retraite&\\_fd=2014&\\_ed=2017&\\_sort=auto&\\_start=4](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=vieillissement%20et%20pr%20E9vention%20et%20retraite&_fd=2014&_ed=2017&_sort=auto&_start=4)
9. ROUSSEL, R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees->

dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler

10. RICCIARDI W, SPECCHIA M, MARINO M. Health of the Elderlies and Healthy Ageing: Challenge for Europe. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2014;203:1-9.
11. ABEL, B. & al. Santé et qualité de vie des personnes âgées - Bases pour les programmes d'action cantonaux. (Rapport 5) [Internet]. 2016 [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: <https://promotionsante.ch/bases/publications/sante-des-personnes-agees.html>
12. CESARI, M. FOUGERE, B. DEMOUGEOT, L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 56 - 58. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <https://fragilite.org/livre-blanc.php>
13. AQUINO J.P. La prévention en gérontologie. AQUINO, J.P. CUDENNEC, T. BARTHELEMY, L. Guide pratique du vieillissement : 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2016. p 192-195.
14. IGLESIAS-GOMEZ, M. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 4-5 . [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <https://fragilite.org/livre-blanc.php>
15. VELLAS, B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 9-24. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <https://fragilite.org/livre-blanc.php>
16. JEANDEL, C. & HANON, O. Un plaidoyer pour reconnaître le concept de fragilité comme un levier à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. VELLAS, B. p 6. [Internet]. [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <https://fragilite.org/livre-blanc.php>
17. [fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](#) [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
18. AQUINO J.P. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie. [Internet]. 2015 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/496765/>
19. [Pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr/) [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.pourbienvieillir.fr/>
20. COLLINET C, SCHUT P-O. Les modes de prise en charge du public dans la

prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. Santé Publique. 22 juin 2016;S1(HS):41-9.

21. Les caisses de retraite et Santé publique France à vos côtés [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.pourbienvieillir.fr/les-caisses-de-retraite-et-spf-gp>
22. RICHARD, L. & al. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.pourbienvieillir.fr/interventions-de-prevention-et-promotion-de-la-sante-pour-les-aines-modele-ecologique>
23. ALVAREZ, S. Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. Revue de l'IRES. (n°88):p 31-51.
24. COLLINET C, DELALANDRE M. L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. L'Année sociologique. 64(n°2):p 445-467.
25. DONNIO I. Est-il possible de rompre avec les représentations négatives du vieillissement ? Gérontologie et société. 38(n°150):p 43-55.
26. BARTHELEMY, L. L'approche écologique en matière de santé des aînés. Guide pratique du vieillissement: 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. AQUINO, J-P & al. p 53-57. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
27. CHARRAS, K., REINTJENS, C., TROUVE, E. Approche écologique des relations personne-environnement. TROUVE, E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. p 107 - 124. De Boeck Supérieur. 2016. (ergOThérapies).
28. BEAUREGARD, C. & LEMONNIER, C-M. Partage d'expérience : ergothérapeute de territoire chargée des actions de prévention en milieu rural. ergOthérapies. 2015;(n°58):23-8.
29. DRIESSENS, E. Les métiers de la gérontologie : l'ergothérapeute en gériatrie. Guide pratique du vieillissement: 75 fiches pour la préservation de l'autonomie par les professionnels de santé. AQUINO, J-P. & al. p 152-154. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2016. p 152-154.
30. SCHOENENBURG, S. & al. L'atelier de relever du sol : une action préventive visant à lutter contre les complications des chutes chez le sujet âgé. 35(n°4):p 227-232.
31. Action sociale retraite complémentaire - Le diagnostic Bien chez moi (conseils en ergothérapie) [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>
32. Dossiers législatifs - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation

- de la société au vieillissement | Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>
33. Personnes âgées – Action sociale départementale | Insee [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382611?sommaire=2382915&q=personnes+%C3%A2g%C3%A9e>
34. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156.
35. VIAL, M. Caractériser l'évaluation en éducation ? VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: Bruxelles : De Boeck. 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 7-17. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-7.htm>
36. ÉVALUATION : Définition de ÉVALUATION [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9valuation>
37. DE KETELE, J-M. & ROEGIERS, X. Le processus de mesure par rapport aux processus de recueil d'informations et d'évaluation. DE KETELE, J-M. & ROEGIERS, X. Méthodologie du recueil d'informations: fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 5e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck supérieur; 2015. 69-72 p. (Méthodes en sciences humaines).
38. VIAL, M. Le modèle de la mesure. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 19-48. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
39. BERTRAND, R. Pourquoi de nouvelles théories de la mesure ? ; Mesure et évaluation en éducation. 1988;11(n°2):5-26.
40. CIFALI, M. Chapitre II. L'enfant adjectivé. CIFALI, M. Le Lien Educatif : Contre-jour Psychanalytique. In: 5 ème Edition. Presses Universitaires de France; 2005 [cité 10 juill 2018]. p. 37-55. Disponible sur: <http://www.cairn.info/le-lien-educatif-contre-jour-psychanalytique--9782130552178-page-37.htm>
41. VIAL, M. L'évaluation comme gestion. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 49-52. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>



42. VIAL, M. L'évaluation formative, évaluation pour la gestion des compétences. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 189-240. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
43. VIAL, M. L'évaluation par objectifs : l'évaluation fonctionnaliste. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 53-108. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
44. VIAL, M. L'évaluation située. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 347-403. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
45. VIAL, M. L'évaluation-régulation des systèmes complexes, évaluation pour le management. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 309-45. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
46. VIAL, M. Se donner une problématique pour évaluer. VIAL, M. Se former pour évaluer. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 27-103. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
47. Référentiel-de-compétences-DEE.pdf [Internet]. [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>
48. VIAL, M. L'évaluation formatrice, évaluation pour l'amélioration continue des pratiques. VIAL, M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils. In: De Boeck. Bruxelles; 2012 [cité 9 juill 2018]. p. 241-307. Disponible sur: <http://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-page-19.htm>
49. DE ROSNAY, J. La révolution systémique : qu'est ce qu'un système. DE ROSNAY, J. Le microscope: vers une vision globale. In: Editions du Seuil. 1975. p. 62-6. (Points).
50. DE ROSNAY, J. L'énergie et la survie : économie et écologie. DE ROSNAY, J. Le

- macroscopie: vers une vision globale. In: Editions du Seuil. 1975. p. 103-9. (Points).
51. DE ROSNAY, J. A travers le macroscopie : l'écologie. DE ROSNAY, J. Le macroscopie: vers une vision globale. In: Editions du Seuil. 1975. p. 11-7. (Points).
52. MOREL-BRACQ, M-C. Modèles généraux en ergothérapie. MOREL-BRACQ, M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. In: De Boeck Supérieur. Paris; 2017. p. p 51-130.
53. MEYER, S. L'énergie du « faire » : la motivation, la volition, l'engagement. MEYER, S. De l'activité à la participation. In: De Boeck-Solal. Bruxelles; 2013. p. p 143-160.
54. MOREL-BRACQ, M-C. Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. IZARD, M-H. Expériences en ergothérapie, vingt-quatrième série. In: Sauramps Médical. Montpellier; 2011. p. p 22-23.
55. GIUST-DESPRAIRIES, F. Approche clinique de l'imaginaire. GIUST-DESPRAIRIES, F. L'imaginaire collectif. In Paris: ERES; 2009. p. p 22-42.
56. EYMARD, C. & col. Le travail de fin d'études s'initier à la recherche en soins infirmiers. In: 2 ème Edition. Lamarre; 2011. p. P 153.
57. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. :17.

**Résumé :**

*Ce mémoire s'intéresse à la pratique des ergothérapeutes en prévention primaire de la dépendance des personnes âgées. Il questionne comment l'évaluation de la participation occupationnelle de la personne permet son engagement. Pour y répondre, une recherche a été menée avec une méthode clinique auprès d'ergothérapeutes qui interviennent au domicile en prévention primaire de la dépendance. Les résultats ont été traités par les méthodes d'analyse thématique, lexicale et linguistique. Ils montrent que les ergothérapeutes commencent leur évaluation par un entretien de la personne avec la MCRO. Cet outil révèle l'engagement de la personne dans ses activités et permet de prioriser les activités qu'elle souhaite améliorer. A partir de cet entretien, les ergothérapeutes mettent en situation la personne âgée afin d'identifier ses difficultés puis mettre en place des moyens visant le maintien de son indépendance et de son autonomie. L'enquête a montré que les ergothérapeutes évaluent la participation occupationnelle de la personne avec l'entretien et la MCRO. Aucune réponse n'a permis d'identifier comment cette évaluation stimule l'engagement de la personne âgée.*

**Mots clés :** *ergothérapie, prévention primaire, personnes âgées, participation occupationnelle, engagement.*

**Abstract :**

*This research paper is focused on occupational therapist's practice in the primary prevention of dependency in older adults. It questions the assessment of person's participation to allow her occupational engagement. To answer that, a clinical method was used with occupational therapists that take part in the primary prevention of dependancy at home. The results were analysed by thematic, lexical and linguistic methods. They show that occupational therapists begin their assessment with an interview of the person with the MCRO. This tool reveals the person's engagement in her activities and prioritises those that she wants to improve. From this interview, occupational therapists observe the elderly person in action to identify her difficulties and set up tools in order to maintain her independancy and her autonomy. The survey showed that occupational therapists assess person's participation with the interview and the MCRO. Neither answers allowed to identify how the assessment is stimulating the occupationnal engagement the elderly person.*

**Key words :** *occupational therapy, primary prevention, older adults, participation, occupational engagement.*