



Université Clermont Auvergne

UFR de Médecine et des Professions Paramédicales  
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

BANTUEL Laurine

Mémoire pour le Diplôme  
d'Etat en Ergothérapie

24 Mai 2021

**La qualité de vie des personnes âgées  
dépendantes lors des interventions en  
ergothérapie dans le cadre d'un maintien  
à domicile**

Sous la direction de Coline Dewasseige, ergothérapeute

## **Remerciements**

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Coline Dewasseige pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie les membres de l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne, pour leur accompagnement et leur soutien durant ces trois années d'étude.

Mes remerciements se tournent également vers les ergothérapeutes qui ont contribué à ce travail de recherche en ayant accepté de participer à l'étude.

Un grand merci à mes parents sans qui rien n'aurait été possible. Je remercie ma famille, mon copain et mes amis, qui m'ont soutenu tout au long de la formation et l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier mes camarades de promotion pour leurs encouragements tout au long de ces trois années.

## SOMMAIRE

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Contexte et justification de l'étude .....</b>	<b>5</b>
1.1. Connaissances sur le sujet .....	5
1.1.1. Vieillesse et dépendance .....	5
1.1.2. Maintien à domicile .....	7
1.1.3. La qualité de vie .....	10
1.1.4. L'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes âgées à domicile .	11
1.2. Enquête exploratoire .....	12
1.3. Question de recherche.....	14
1.4. Cadre éthique.....	15
<b>2. Méthodologie de la recherche .....</b>	<b>16</b>
2.1. Choix de la population .....	16
2.2. Choix de l'outil .....	17
2.3. Mode d'analyse des données .....	17
<b>3. Analyse des données et résultats .....</b>	<b>19</b>
3.1. Présentation des participants .....	19
3.2. Analyse transversale des entretiens .....	19
3.2.1. Difficultés principales des personnes âgées dépendantes à domicile .....	19
3.2.2. Accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées dépendantes à domicile .....	21
3.2.3. Lien entre l'ergothérapie et la qualité de vie .....	24
<b>4. Discussion .....</b>	<b>30</b>
4.1. Comparaison des résultats avec les éléments théoriques .....	30
4.2. Réponse à la question de recherche.....	34

4.3. Biais et limites de l'étude .....	35
4.4. Apports et perspectives .....	36
<b>Conclusion.....</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>39</b>
Annexe I : Pyramide de Maslow .....	44
Annexe II : Formulaire d'information et de non-opposition .....	45
Annexe III : Avis du comité d'éthique .....	46
Annexe IV : Guide d'entretien .....	47
Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 1.....	48
Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 2.....	51
Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 3.....	55
Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 4.....	58
Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 5.....	62
Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 6.....	65
Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 7.....	69

## Liste des abréviations

ADL : Activities of Daily Living (Activités de la vie quotidienne)

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CARE : Capacités, Aides et REssources

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

GIR : Groupe Iso-Ressources

IADL : Instrumental Activities of Daily Living (Activités instrumentales de la vie quotidienne)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

## Introduction

Mondialement, le vieillissement de la population est en pleine croissance. Cela indique une baisse de la mortalité, ainsi qu'une augmentation de l'espérance de vie moyenne de la population. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les personnes de plus de 60 ans seront 2 milliards en 2050, contre 900 millions en 2015. Certaines personnes ont la volonté de rester à leur domicile. Or, le vieillissement peut engendrer des pathologies et donc dégrader l'état de santé.

Le maintien à domicile peut alors s'avérer dangereux, l'intervention des proches, des soins et des services à domicile doit devenir essentielle afin de maintenir le bien-être des personnes âgées dépendantes. L'amélioration de leur qualité de vie est donc un enjeu primordial pour les autorités politiques et sanitaires. Mais comment les personnes âgées perçoivent leur qualité de vie ? Est-ce que l'ergothérapeute permet de maintenir la qualité de vie des aînés à domicile ?

Lors du stage du second semestre, effectué en soins de suite et de réadaptation, j'ai pu découvrir la population gériatrique. C'est lors d'une visite à domicile, que j'ai découvert le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile d'une personne âgée, dans le but d'éviter une deuxième hospitalisation. Il m'a alors semblé intéressant d'approfondir mes recherches sur le maintien à domicile et la qualité de vie de la personne âgée dépendante.

Dans une première partie, nous aborderons les connaissances du sujet ainsi que les résultats de l'enquête exploratoire qui ont permis d'établir la question de recherche. Dans un second temps, le choix de la population, de l'outil de recherche ainsi que le mode d'analyse utilisée seront exposés. Ensuite, les résultats des entretiens seront explicités. Avant de conclure, la discussion proposera une comparaison des éléments théoriques et de la pratique permettant de répondre à la question de recherche, puis les biais et les limites de l'étude seront présentés ainsi que les apports et les perspectives de ce mémoire d'initiation à la recherche.

# 1. Contexte et justification de l'étude

## 1.1. Connaissances sur le sujet

### 1.1.1. Vieillesse et dépendance

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2019, l'espérance de vie en France est de 85,5 ans pour les femmes et 79,7 ans pour les hommes. La proportion des personnes âgées est en augmentation.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement biologique comme étant le résultat d'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires, entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, un accroissement du risque de développer une maladie et enfin le décès d'une personne.

Le vieillissement peut alors engendrer une dépendance. Aujourd'hui, le nombre de personnes âgées dépendantes tend à augmenter. Selon l'enquête Capacités, Aides et Ressources de seniors (CARE) ménage de 2015, réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées sont en perte d'autonomie et vivent à domicile en France.

La dépendance est définie, par la loi du 24 janvier 1997, comme la nécessité pour une personne d'obtenir de l'aide dans l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne. Elle varie selon l'état de santé de la personne et de son environnement matériel. Le code de la sécurité sociale considère la dépendance comme « *l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie* ». Ces actes concernent le domaine de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement, et pour finir, de la mobilité. Les activités peuvent être physiques, psychiques, sociales, et peuvent concerner l'adaptation de l'environnement de la personne (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000).

Le niveau de dépendance des personnes âgées pour effectuer les activités de la vie quotidienne peut être évalué selon la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR). Cette grille prend en compte 10 variables sur le plan physique et psychique qui mesurent le niveau de la perte d'autonomie. Ces variables évaluent la

cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur du domicile et ceux à l'extérieur, et enfin la communication à distance. À la suite de ces évaluations, la grille AGGIR permet d'accorder un niveau de Groupe Iso-Ressources (GIR) caractérisant le niveau de dépendance allant de 1 (niveau le plus dépendant) à 6 (niveau le moins dépendant). Les personnes se situant entre le GIR 1 et 4 peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), mise en place depuis la loi du 20 juillet 2001. L'APA permet donc aux personnes de plus de 60 ans de disposer d'aides nécessaires à la vie à domicile afin de compenser leur dépendance.

La population obtenant l'APA à domicile représente 59% de l'ensemble des bénéficiaires. Les bénéficiaires vivant à domicile sont en général moins dépendants qu'en établissement et sont classés en majorité en GIR 4, selon la grille AGGIR (INSEE, 2017).

La dépendance peut également être évaluée par le biais d'échelles. L'échelle Activities of Daily Living (ADL) de Katz permet d'évaluer le degré de dépendance des individus lors des activités de base de la vie quotidienne. Cette évaluation indique si une personne a besoin d'une aide humaine pour réaliser les actes de la vie quotidienne. L'échelle ADL prend en compte 6 domaines de la vie quotidienne : l'hygiène corporelle, l'habillement, aller à la toilette, la locomotion, la continence et les repas. En complément de cette échelle, l'échelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL) de Lawton évalue le degré de dépendance lors des activités instrumentales de la vie quotidienne. Par le biais de cette échelle, les capacités de la personne à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et à utiliser des instruments sont évaluées. Les activités instrumentales concernent l'utilisation du téléphone, la préparation des aliments, les courses, le ménage, etc. (Chassagne, 2018).

Pour répondre à ce phénomène de vieillissement et de perte d'autonomie, il est important de prendre en compte les souhaits des personnes âgées et de repenser leur habitat afin de leur permettre une vie dans de bonnes conditions.



### 1.1.2. Maintien à domicile

Le maintien à domicile repose généralement sur la volonté de la personne à rester chez elle, plutôt que d'entrer en institution, malgré sa dépendance. En France, d'après les statistiques de l'INSEE, 27,5% de la population âgée de 65 à 79 ans, et 48,6% de la population de plus de 80 ans vivent seul dans leur domicile en 2017.

A.M Magnier précise en 2014 que « *le maintien à domicile des personnes âgées repose sur une évaluation de l'état de santé, évaluation à la fois biomédicale (comorbidités et handicaps moteurs) et neuropsychologique (altération des fonctions supérieures et état dépressif). Les moyens matériels (appareillages et adaptation de l'habitat), les moyens financiers (ressources et aides) mais aussi les capacités de l'entourage (famille et voisins) sont à prendre en compte* ». L'évaluation de l'état de santé d'une personne a un rôle de prévention et permet de prendre des mesures concernant les troubles visuels et auditifs, les troubles de l'équilibre, l'état nutritionnel, la présence de troubles psycho-comportementaux et d'une incontinence urinaire. Les moyens matériels concernent les aides techniques à la mobilité et à la vie quotidienne. La possibilité de vieillir à son domicile repose sur l'adaptation du logement, ayant un rôle de prévention, en réduisant les risques. Puis, la présence de moyens humains favorise le maintien à domicile. Ces moyens peuvent être l'intervention de la famille et/ou celle de services de soutien à domicile, qui vont aider et accompagner les seniors dans leur quotidien (Magnier, 2014).

Le rapport de 2016 de la Cour des Comptes précise que beaucoup de familles et de personnes âgées dépendantes mettent en place un grand nombre de moyens permettant un maintien à domicile convenable, rendu possible par l'intervention de professionnels et d'aidants familiaux.

D'après l'enquête CARE-ménage de 2015, réalisée par la DREES, 3,9 millions de personnes ont déclaré apporter une aide régulière à un de leur proche âgé de 60 ans ou plus, qui vit à domicile. La moitié des proches aidants sont des enfants de la personne âgée et un quart des aidants sont des conjoints. Cap retraite déclare que la famille est souvent un acteur principal lors du maintien à domicile de la personne vieillissante. « *La famille est le premier soutien naturel des personnes âgées dépendantes* » (Magnier, 2014).

En supplément des prestations mises en place afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, différents dispositifs sont aujourd’hui mis en œuvre dans notre société.

Les personnes intervenant au domicile sont majoritairement des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire (Ennuyer, 2017).

Des aides à domicile peuvent intervenir afin d’accompagner les proches lors des soins essentiels à la personne.

La politique vise à promouvoir le vieillissement avec la publication en 2015 de la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement, tournée vers l’autonomie, elle favorise le maintien de l’autonomie à domicile. Elle permet un accompagnement adéquat afin d’améliorer la vie quotidienne des personnes âgées et de leurs proches aidants. Cette loi vient compléter la loi du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d’autonomie des personnes âgées et à l’allocation personnalisée d’autonomie. Ces deux lois offrent la possibilité aux individus de vivre le plus longtemps possible à leur domicile, malgré leur dépendance. Elles permettent d’améliorer la prise en charge et l’accès aux divers dispositifs d’aides, tels que les aides techniques, les aménagements ou encore les services d’aides à domicile.

Un autre dispositif, qui se nomme Méthode d’Action pour l’Intégration des services d’aides et de soins dans le champ de l’Autonomie (MAIA) permet l’accompagnement des personnes âgées de 60 ans avec des troubles cognitifs et en perte d’autonomie. Cette méthode permet à tous les proches ou professionnels qui interviennent autour de la personne de s’unir, ce qui lui offre un meilleur soutien (Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie, 2015).

La société vise ainsi à accompagner la volonté des personnes. Rare sont les personnes qui souhaitent changer de logement (Veysset, 1989). En effet, selon une étude de 2019 de l’Institut Français d’Opinion Publique (IFOP) et Sociovision, le souhait majeur de 85% des Français est de vieillir à leur domicile.

Plusieurs éléments justifient cette volonté et cet attachement à leur habitat. D’après Delsalle, cité par Dreyer (2017), chez eux, les aînés déclarent posséder une liberté d’agir, ressentent un bien-être moral et psychique, un confort physique et matériel, et prennent ainsi des risques, car ils se sentent en sécurité et n’ont pas l’impression de se mettre en danger.

Puis le logement est témoin de souvenirs et de repères, et comprend l'environnement proche tel que le quartier et le voisinage. « *Le lien que la personne âgée entretient avec son domicile apparaît comme un moyen pour elle de réussir son vieillissement. Le domicile préserve les habitudes et l'identité de l'individu. Il contribue à son sentiment de sécurité* » (Balard, Somme, 2011).

D'après des études réalisées en 2017, différents facteurs regroupés en six dimensions expliquent la relation au chez-soi, influençant la décision de déménager ou de vieillir dans son logement. Les dimensions psychologiques et psychosociales concernent le sentiment d'indépendance, de sécurité, de contrôle et d'intimité. De plus, les aînés considèrent que vieillir chez eux permet de maintenir leur identité. Ainsi, le domicile est un lieu identitaire influençant la décision de déménager. Concernant les dimensions biologiques, elles sont associées à des limitations physiques et à l'état de santé général des seniors. Cela peut influencer la décision de quitter son logement pour entrer dans un établissement adapté. Les dimensions sociales de la relation au chez-soi correspondent à la présence des enfants à proximité du logement favorisant le maintien à domicile. La présence des amis peut aussi influencer ce choix. D'autres dimensions influençant la décision des personnes âgées de déménager ou non, sont les dimensions matérielles de la relation au chez-soi. Elles regroupent les caractéristiques du quartier et du domicile, ainsi que l'ergonomie et la fonctionnalité du logement. Les dimensions spatio-temporelles regroupent l'attachement, les activités quotidiennes dans le logement et l'accès au transport. Pour finir, les dimensions économiques influençant la relation au chez-soi sont les revenus des aînés, le statut d'occupation et le coût du domicile (Dubé, Roy, Légaré, Després, 2017).

Malgré leur volonté de rester chez eux, les personnes âgées connaissent les risques que le maintien à domicile peut engendrer : « *Les Français souhaitent préserver la liberté de choix quant à leur lieu d'accueil, avec une préférence très marquée pour le maintien à domicile, mais également une claire conscience des risques d'isolement et de la charge qu'ils impliquent pour les proches aidants* » (Libault, 2019).

Des obstacles peuvent freiner cette volonté de vivre chez soi. La vie à domicile peut engendrer divers risques tels que des chutes, des accidents domestiques ou un isolement social (Franco, 2010).

Lorsque la personne âgée vit seule et que les proches ne sont pas présents continuellement, il peut apparaître un sentiment de solitude et d'isolement. Provoquant la principale raison de placement en institution, car il est compliqué de trouver des solutions palliant ces difficultés (Jauvert, 2007).

Le vieillissement et le maintien à domicile sont devenus, lors de ces dernières décennies, un enjeu majeur dans la société.

Ainsi, vieillir à domicile est important pour nos aînés et cela peut influencer leur qualité de vie. En effet, « *le maintien à domicile des personnes âgées (même très âgées) peut être considéré comme prioritaire pour le maintien de leur qualité de vie* » (Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet, Zimmermann, 2012).

### **1.1.3. La qualité de vie**

Cette notion est souvent définie comme une vie en bonne santé : « *La santé et la maladie influencent la qualité de vie principalement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle* ». Ainsi, une prise en charge médicale permet de maintenir ou de rétablir l'autonomie de la personne et améliore indirectement la qualité de vie (Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet, Zimmermann, 2012).

L'OMS a défini, en 1993, la qualité de vie comme étant « *La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». La qualité de vie comprend des critères objectifs et subjectifs, et est variable au cours du temps.

C'est la personne elle-même qui est capable d'évaluer sa qualité de vie. Plusieurs questionnaires évaluent cette notion : questionnaires spécifiques et génériques. Les questionnaires spécifiques sont ajustés pour une pathologie particulière. Et les questionnaires génériques sont universels (Mercier, Schraub, 2005). Le World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) intègre 100 items de 6 domaines différents : physique, psychologique, degré d'indépendance, relation sociale, environnement, spiritualité. Une version courte a également

été créée : le WHOQOL-BREF, ainsi qu'une version adaptée aux personnes âgées : le WHOQOL-OLD.

Abraham Maslow, psychologue américain, a évoqué, dans les années 1940, la hiérarchie des besoins humains (Annexe I). Ainsi, la qualité de vie peut être influencée par la satisfaction des besoins et des désirs. Cinq degrés de besoins comprenant des activités humaines sont identifiés. La satisfaction d'un niveau de besoins entraîne le besoin du niveau supérieur. Tout d'abord, le premier niveau concerne les besoins physiologiques qui sont les besoins fondamentaux nécessaires à la survie d'une personne (boire, manger, dormir, etc.). Le second niveau correspond aux besoins de sécurité permettant à tous de se protéger physiquement et moralement. Ils englobent par exemple, la sécurité d'un abri, d'un revenu, etc. Vient ensuite le besoin d'appartenance correspondant aux relations sociales et au besoin d'appartenir à un groupe. Le quatrième niveau correspond aux besoins d'estime, qui sont les besoins de considération et de reconnaissance des autres personnes et du groupe d'appartenance. Pour finir, le dernier niveau de besoins correspond aux besoins d'accomplissement personnel. Ce niveau est le sentiment de réaliser quelque chose dans n'importe quel domaine de sa vie, il correspond au fait de mettre son potentiel personnel en valeur.

#### **1.1.4. L'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes âgées à domicile**

L'ergothérapeute est défini selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes comme un « *spécialiste du rapport entre l'activité et la santé* ». L'objectif de l'ergothérapie est de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manières sécurisée, autonome et efficace* » (Villaumé, 2018). Ainsi, ce professionnel intervient sur trois notions essentielles : l'autonomie, l'indépendance et l'activité. D'après Pierce, cité par Villaumé en 2018, l'activité est décrite comme étant « *un moyen thérapeutique permettant d'optimiser l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie* ».

Dans la pratique gériatrique, l'ergothérapeute cible son intervention sur le maintien des activités de la vie quotidienne, ainsi que sur la prévention des risques liés au vieillissement. De plus, il prend en compte l'environnement et les habitudes de vie d'une personne. Il permet ainsi à la personne de continuer à réaliser ses activités de la vie quotidienne tout en prévenant

les risques. Ce professionnel a les capacités d'adapter l'environnement et a un rôle de conseil auprès des aidants. Il permet de limiter la perte d'autonomie et l'indépendance liées à l'environnement de la personne. L'ergothérapeute intervient sur l'environnement d'une personne en préconisant des aides humaines, techniques ou animalières dans le but d'améliorer la sécurité, l'autonomie et l'indépendance, et la qualité de vie de la personne (Villaumé, 2018).

## **1.2. Enquête exploratoire**

Une enquête exploratoire a été réalisée, partagée sur les réseaux sociaux et envoyée par mail à différents professionnels, afin de confronter mes lectures aux réalités du terrain tout en répondant à mes questionnements. Ce questionnaire était destiné aux ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé aux domiciles des personnes âgées dépendantes.

Huit ergothérapeutes ont répondu à ce questionnaire. Ces ergothérapeutes interviennent à domicile et travaillent dans différentes structures : Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), en libéral, ou encore en hôpital de jour gériatrique.

Dans ce questionnaire, une des questions évoquait les interventions des ergothérapeutes. D'après leurs réponses, leurs missions sont multiples. Cette question a soulevé le fait que les ergothérapeutes interviennent afin de prévenir la perte d'autonomie et de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Beaucoup de ces professionnels préviennent les risques en proposant des aménagements du logement et en préconisant la mise en place d'aides techniques. Ils conseillent et forment les personnes âgées et son entourage. Les ergothérapeutes peuvent aussi évaluer l'autonomie et l'indépendance lors des occupations de la personne. Deux ergothérapeutes ont abordé la rééducation et un déclare réaliser de la réhabilitation cognitive. Les chutes sont une cause des interventions également citée par les professionnels.

Les personnes âgées rencontrent majoritairement des difficultés lors des activités de la vie quotidienne comprenant aussi les déplacements.

La majorité des professionnels ont répondu que, selon eux, les personnes âgées ne sont pas suffisamment accompagnées. Les ergothérapeutes déclarent tous travailler en lien avec la famille de la personne vieillissante. Beaucoup d'entre eux partagent les préconisations d'aménagement du logement aux personnes de l'entourage, les accompagnent et les forment lors de la mise en place d'aides techniques. Quelques ergothérapeutes échangent avec les aidants familiaux afin de leur donner des conseils ou encore les soulager.

Ce questionnaire comprenait une question sur la collaboration avec les autres professionnels. Cette question a souligné le fait que les ergothérapeutes travaillent en pluridisciplinarité avec beaucoup de professionnels. Ainsi, une multitude de professionnels a été relevée : infirmiers, kinésithérapeutes, médecins traitants, aides-soignants, orthophonistes, assistants de vie sociale, revendeurs de matériel médical, ou encore les gestionnaires de cas travaillant avec le dispositif Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

Cette enquête exploratoire était également axée sur la qualité de vie de la personne âgée dépendante. Une des questions interrogeait les ergothérapeutes sur la prise en compte ou non de la qualité de vie subjective de la personne. Certains avouent ne pas prendre en compte directement cette notion lors de leurs interventions, alors que d'autres déclarent qu'ils essayent en ayant une attitude d'écoute et d'empathie.

Les moyens cités pouvant être mis en place pour favoriser la qualité de vie des personnes devraient répondre aux besoins spécifiques de la personne. Ceux exprimés dans l'enquête exploratoire sont un bon accompagnement avec des professionnels qualifiés et la mise en place d'aides pouvant répondre aux besoins spécifiques de chaque personne.

Les réponses ont démontré que de nombreux facteurs peuvent influencer la qualité de vie d'une personne. Ces facteurs peuvent être des obstacles ou, au contraire, des facteurs facilitants. Les facteurs les plus soulignés sont la présence d'un entourage social, les moyens financiers, l'environnement architectural, puis l'accès aux soins selon la localisation et une bonne coordination entre les professionnels. Un ergothérapeute estime que la capacité d'une personne à faire des choix et à accepter sa situation peut être un facteur influençant sa qualité de vie. La solitude peut être un obstacle à une bonne qualité de vie.

En conclusion, cette enquête exploratoire a permis de souligner que l'environnement physique et social de la personne âgée peut influencer le maintien à domicile. En effet, les ergothérapeutes interviennent majoritairement sur l'environnement en vue de maintenir une bonne perception de la qualité de vie.

### **1.3. Question de recherche**

Avec la population et l'espérance de vie en augmentation, le maintien à domicile est de plus en plus abordé dans la politique actuelle.

Continuer de vivre chez soi convenablement repose sur la présence d'aides humaines, matérielles et financières.

Ainsi, l'ergothérapeute a donc un rôle majeur à jouer dans ce maintien à domicile. Il permet d'assurer la sécurité des seniors et améliore leur quotidien. Il intervient autour de la personne, de son environnement et de ses occupations. De plus, il collabore avec les aidants et les professionnels afin de garantir un maintien à domicile satisfaisant.

La qualité de vie est un critère permettant un maintien à domicile convenable. Il est intéressant d'approfondir les recherches sur l'approche de la qualité de vie, en ergothérapie, lors des interventions à domicile.

Les lectures et l'enquête exploratoire ont fait émerger la question de recherche suivante :

**Comment l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées dépendantes, peut permettre d'améliorer leur qualité de vie, dans le cadre du maintien à domicile ?**



#### **1.4. Cadre éthique**

Ce travail de recherche doit respecter des règles éthiques.

Les données recueillies sont uniquement utilisées dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin d'études afin d'obtenir le Diplôme d'Etat en Ergothérapie.

La rédaction de ce mémoire assure la confidentialité des informations recueillies et respecte l'anonymat des personnes participantes à l'étude. Ils ont donné leur consentement libre et éclairé avant de participer à l'étude. Une demande d'autorisation afin d'enregistrer les entretiens a été réalisée. Il a été demandé aux participants de signer, en amont de l'entretien, un formulaire d'information et de non-opposition (Annexe II), également signé par l'investigateur de l'étude.

Un formulaire de soumission a été écrit et soumis au comité d'éthique de l'Université Clermont Auvergne, qui a donné un avis favorable (Annexe III).

## 2. Méthodologie de la recherche

### 2.1. Choix de la population

Le choix de la population a été réalisé selon des critères d'inclusion et d'exclusion. L'échantillonnage permet de s'assurer que les ergothérapeutes participants aient une pratique auprès des personnes âgées dépendantes. Ainsi, instaurer des critères d'échantillonnage permet de recueillir des données fiables et pertinentes afin de répondre au mieux à la question de recherche.

#### Les critères d'inclusion :

- Les participants sont des ergothérapeutes diplômés d'état
- Les ergothérapeutes interrogés exercent en France
- Ils travaillent avec des personnes âgées dépendantes
- Ils interviennent plusieurs fois au domicile des personnes âgées dépendantes
- Ils accompagnent et suivent les personnes âgées dépendantes à domicile
- Il n'y a pas de limitations en termes de sexes, d'âge et d'années de pratique en tant qu'ergothérapeute

#### Les critères d'exclusion :

- Les ergothérapeutes n'interviennent pas au domicile des personnes âgées dépendantes
- Les ergothérapeutes n'interviennent qu'une seule fois au domicile des personnes âgées dépendantes

Pour le recrutement des participants, un premier contact avec différentes structures ayant une intervention à domicile a été réalisé. Ce contact s'est déroulé par mail ou par téléphone. Le but était d'exposer l'objet de la demande et d'obtenir les adresses mail des ergothérapeutes de la structure, s'il y en avait. Ainsi, cela a permis d'entrer en relation avec eux. Puis, un recrutement via un réseau social a été réalisé en partageant un message sur un groupe constitué d'ergothérapeutes. Néanmoins, aucun professionnel n'a répondu favorablement à cette demande.

## **2.2. Choix de l'outil**

Afin de répondre à la question de recherche de ce mémoire, un outil qualitatif a été utilisé. En effet, un entretien semi-directif individuel a été proposé aux participants. Ce type d'entretien est un entretien centré qui permet aux personnes interrogées d'approfondir leurs réponses par le biais de questions ouvertes. Ainsi, les participants s'expriment librement tout en gardant un cadre avec les questions déterminées en amont.

L'entretien semi-directif est basé selon un guide d'entretien (Annexe IV) réalisé par le chercheur et soumis au comité d'éthique. Ce guide contient des questions ouvertes. Il est utilisé pour tous les entretiens afin d'assurer une reproductibilité et de permettre une comparaison. Le guide d'entretien comprend différentes parties. La première partie de l'entretien vise à mieux connaître l'ergothérapeute et à recueillir ainsi les informations d'échantillonnage. Les questions de la deuxième partie s'intéressent à connaître les spécificités de la population accompagnée par le thérapeute. La partie suivante concerne l'accompagnement et l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées. Pour finir, les dernières questions permettent au professionnel de faire le lien entre sa pratique et la qualité de vie.

Avant de débiter l'entretien, nous nous sommes assurés que le participant avait signé le formulaire d'information et de non-opposition.

Les entretiens se sont déroulés par visioconférence et par téléphone. Cette méthode a permis d'interroger des ergothérapeutes exerçant dans la France entière. La durée moyenne des entretiens était d'environ 29 minutes avec une durée minimale de 18 minutes et une durée maximale de 43 minutes.

## **2.3. Mode d'analyse des données**

Les entretiens ont été enregistrés afin d'être retranscrits intégralement de façon anonyme (cf Livret Additionnel). Afin de faire ressortir les idées principales de chaque entretien, deux modes d'analyse ont été utilisés.

Tout d'abord, une analyse longitudinale a été effectuée. Cette méthode correspond à l'analyse interne de chaque entretien. Ainsi, les réponses ont été regroupées et catégorisées par thèmes. Les données similaires ont été rassemblées sous un même thème. Cette analyse

se présente sous forme de tableaux et a été mise en annexe de ce mémoire (Annexes V à XI). Des verbatims ont été associés aux différents thèmes afin d'illustrer chaque idée évoquée.

Lorsque l'analyse de chaque entretien a été réalisée, une analyse transversale a, par la suite, été effectuée. Les données des entretiens ont été comparées entre elles. Ainsi, cette étape a permis de mettre en avant les similitudes et les divergences de chaque réponse.

Les résultats sont synthétisés dans la partie suivante.

### **3. Analyse des données et résultats**

#### **3.1. Présentation des participants**

Sept ergothérapeutes ont accepté de participer à l'étude en réalisant un entretien par téléphone ou par visio-conférence. Les données ont été intégralement retranscrites sur un logiciel de traitement de texte. L'anonymat a été respecté, c'est pourquoi les ergothérapeutes ont été renommées (E1 à E7).

La première question du guide d'entretien a permis de récolter les informations d'échantillonnage de chaque participant. Les personnes interrogées étaient toutes des femmes, diplômées entre 2000 à 2016. Sur ces sept ergothérapeutes, deux interviennent en SPASAD, deux ont une intervention en SSIAD et en ESA, une d'entre elles travaille seulement en ESA et une en SSIAD principalement. Enfin, une ergothérapeute travaille au sein d'une entreprise de l'économie sociale et solidaire spécialisée dans le soutien à domicile des personnes âgées et personnes en situation de handicap. Elles avaient toutes entre 6 mois et 10 ans d'expérience au sein de ces structures.

#### **3.2. Analyse transversale des entretiens**

Toutes les ergothérapeutes interrogées accompagnent des personnes âgées. La moyenne d'âge des personnes accompagnées est 80,1 ans. Le GIR moyen de ces personnes, qui vivent à domicile, est de 2,75.

##### **3.2.1. Difficultés principales des personnes âgées dépendantes à domicile**

Toutes les ergothérapeutes rapportent que la difficulté majeure qui remet en question le maintien à domicile est la réalisation des activités de la vie quotidienne. La dépendance provoque un retentissement dans la vie quotidienne des personnes dépendantes. Les personnes âgées accompagnées sont « *en perte d'autonomie sur l'ensemble des activités du quotidien* » (E2). Il est possible de se référer à des échelles afin d'évaluer la dépendance et les difficultés dans ces activités, comme le citent E1 et E3 : « *je me base beaucoup sur les échelles ADL-AIDL* » (E3). Les sept ergothérapeutes interrogées évoquent que la réalisation des soins d'hygiène est l'activité la plus impactée par la dépendance. Elles interviennent toutes sur ce

soin, « *besoin d'aide sur les soins d'hygiène* » (E2). La dépendance s'installe peu à peu dans toutes les activités de la vie quotidienne : « *dépendance s'installer dans les soins de base de l'échelle ADL, la toilette, l'habillement, la locomotion* » (E3). La réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne est également impactée : « *dans un second temps, plus sur tout ce qui est fonctions instrumentales de la vie quotidienne* » (E3). La préparation des repas est l'activité instrumentale la plus citée par les ergothérapeutes.

Plusieurs ergothérapeutes rapportent que la prise de risques est une difficulté de la personne âgée et donc un frein au maintien à domicile. E3 mentionne une « *mise en danger si la personne est toute seule* » et E7 évoque une augmentation des risques « *si les troubles cognitifs sont assez importants* ». Malgré la présence d'aides, les professionnels ne peuvent pas toujours pallier ces risques : « *mise en danger qu'on ne peut pas gérer* » (E6). Enfin, cette prise de risques est aussi propre aux décisions prises par les personnes âgées elles-mêmes : « *ne vont pas vouloir changer leur quotidien, ils vont refuser les aides et préfèrent prendre des risques à domicile* » (E4).

Le besoin d'un aidant a été évoqué comme une difficulté par quatre ergothérapeutes (E1, E2, E5 et E6) : « *doivent faire intervenir un aidant* » (E1), « *le fait d'avoir besoin de quelqu'un* » (E5). Dans de nombreux cas, la personne âgée est aidée par un membre de sa famille, qui est un réel soutien dans son quotidien. Néanmoins, les aidants peuvent être confrontés à certaines difficultés pouvant avoir une répercussion sur la possibilité de rester à domicile. Trois ergothérapeutes évoquent que l'épuisement de l'aidant est souvent visible dans l'accompagnement d'une personne âgée dépendante à domicile : « *avec l'augmentation des troubles, l'aidant est de plus en plus présent dans les actes de la vie quotidienne, et du coup il se fatigue* » (E3), « *l'aidant va être épuisé* », « *faire toutes les tâches qui concernent la personne* » (E7).

Deux ergothérapeutes rajoutent le fait que le besoin de soins la nuit est un obstacle à la vie à domicile : « *basculer d'un maintien à domicile à une entrée en institution ça va être le besoin de présence la nuit* » (E2), « *sur un service d'aides à domicile, il n'y a pas beaucoup de garde de nuit, ça coûte une fortune* » (E6).

Les troubles cognitifs sont également une difficulté nommée par deux ergothérapeutes (E6 et E7) : « *les troubles cognitifs font qu'il y a une difficulté au niveau de la prise d'initiative* » (E7).

Les contraintes architecturales sont citées par une seule ergothérapeute : « *un appartement trop exigü limitant le maintien à domicile* » (E4).

E3 cite que l'apathie peut compromettre le maintien à domicile : « *des personnes très apathiques, qui ne font rien de la journée, qui ne sont pas stimulées* ».

La dépendance à quelqu'un a été mentionnée par trois ergothérapeutes comme étant une difficulté quotidienne pouvant aussi avoir un impact sur la qualité de vie. Les personnes accompagnées sont moins libres, ce qui peut impacter la qualité de vie : « *ils ont plus la possibilité d'être autonome à n'importe quelle activité qui leur fait plaisir* » (E2). Leur liberté est atteinte par la dépendance. E2 et E6 se rejoignent sur l'idée que les personnes n'ont plus la capacité de choisir le déroulé de leur quotidien : « *soumis à attendre la présence d'un tiers pour les accompagner sur les activités du quotidien* » (E2), « *on fait perdre des possibilités de choix à la personne* », « *perte de décisions* » (E6). L'acceptation d'être aidé au quotidien dans certains soins a été évoqué par E7 : « *difficulté à accepter l'aide d'autrui* », « *dans le domaine du soin c'est très intime* ».

La vie sociale est aussi mentionnée par E2, E4 et E5 : « *isolement social* » (E4). E5 rajoute que cet isolement a un lien avec la qualité de vie : « *l'isolement et le manque de communication extérieure va réduire sa qualité de vie* ».

### **3.2.2. Accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées dépendantes à domicile**

La majorité des ergothérapeutes déclarent intervenir au domicile afin d'assurer le confort et la sécurité des personnes âgées dépendantes. Ainsi, l'ergothérapeute à domicile permet d'adapter le logement de part « *la mise en place d'outils de compensations, d'aides techniques ou d'aménagements* » (E3). Il permet la « *sécurisation du quotidien avec mise en place de tout le nécessaire niveau aide* » (E6). L'ergothérapeute peut aussi intervenir sur les « *installations et positionnement* » (E7), « *accompagner mes collègues sur du positionnement* » (E2). Ceci dans le but d'apporter du « *confort au niveau cutané et limiter les risques cutanés* » (E2),

« *risque d'escarres* » (E7). E4, E5 et E7 évoquent avoir une intervention sur les chutes et participent donc à la sécurisation des déplacements : « *diminuer le risque de chute à l'intérieur et l'extérieur du domicile* » (E4), « *améliorer et sécuriser [...] les déplacements au domicile* » (E5). Un ergothérapeute met en avant le travail réalisé avec la personne âgée avant la mise en place d'aides : « *on fait des essais ensemble, on voit ce qui est le mieux, s'il y a autre chose de plus adapté* » (E7).

Le maintien de l'autonomie est évoqué par plusieurs ergothérapeutes. Etant l'un de leur principal objectif, les professionnels montrent la nécessité de se centrer sur les capacités de la personne et non sur ses incapacités : « *toujours partir de ses capacités* » (E5), « *stimuler au maximum les capacités résiduelles* » (E6). Il paraît essentiel de stimuler les personnes âgées afin qu'elles soient le plus autonome possible car « *moins ils en font et moins ils en feront* » (E6), c'est pourquoi il faut « *éviter la surmédicalisation* » (E6). Ainsi, les ergothérapeutes permettent « *la mise en place de matériel qui va pouvoir permettre de compenser un handicap et de maintenir un maximum l'autonomie de la personne* » (E6). La mise en place de matériel selon les capacités des personnes va leur permettre d'être plus actifs dans leur vie quotidienne : « *être le plus autonome possible et continuer à participer activement à leurs soins, leurs transferts et leurs déplacements* » (E2). Essayer de maintenir l'autonomie d'une personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne est bénéfique : « *pour essayer de la valoriser* » (E5). De plus, cela permet d'offrir une certaine satisfaction aux personnes, pouvant par la suite avoir un impact sur leur qualité de vie : « *au plus ils sont autonomes, au plus on répond à leurs attentes et au mieux on améliore leur qualité de vie* » (E6). Une participante précise qu'elle aborde indirectement la qualité de vie lors de ses interventions : « *la qualité de vie n'est pas un objectif direct, c'est plus un objectif implicite [...] nous sommes toujours dans le bien-être et la qualité de vie de la personne tout en la respectant* » (E4).

En tant qu'ergothérapeute, il faut connaître les limites de son accompagnement et savoir orienter vers d'autres services lorsque la personne a besoin d'avantage d'aides. Ainsi, la mise en place de relais fait partie de l'intervention ergothérapique évoquée par différentes participantes : « *il faut vraiment connaître l'écosystème local où on intervient pour pouvoir réorienter* » (E1), « *on essaie de coordonner avec les services d'aide à domicile* » (E2). Deux ergothérapeutes interrogées évoquent un accompagnement social. Cet accompagnement permet de guider la personne, « *les aider dans les démarches* », « *trouver les aides humaines*



*et les financements* » (E7). De plus, l'ergothérapeute peut aussi accompagner dans les difficultés grâce à la « *mise en place de gestionnaires de cas* » (E7), « *assistante sociale de quartier* » (E4).

L'ergothérapeute accompagne les personnes âgées à domicile, mais il peut également accompagner, en parallèle, les aidants. En effet, la famille a un rôle majeur dans le maintien à domicile de la personne. E1, E4 et E5 déclarent intervenir auprès de la famille pour les accompagner : « *accompagnement auprès de la famille pour qu'ils soient aidants* » (E4). La mise en place de relais auprès des aidants familiaux fait aussi partie de l'accompagnement. Le maintien à domicile peut être possible grâce aux aidants mais cela peut conduire à leur épuisement. Afin d'améliorer leur bien-être, il faut connaître les différents droits des aidants : « *les mettre en lien avec les dispositifs d'aide aux aidants* », « *plateforme d'accompagnement et de répit* » (E3).

En plus d'accompagner la famille et d'orienter la personne vers d'autres services lorsque c'est nécessaire, l'ergothérapeute peut intervenir auprès des professionnels soignants : « *soulager et faciliter l'intervention des aidants familiaux ou professionnels* » (E1), « *accompagnement et formation des soignants pour le matériel* » (E4). En effet, il peut guider les aidants professionnels : « *comment est-ce que les aides-soignantes interviennent au domicile* », « *comment on les accompagne* » (E5). Cet accompagnement permet la « *mise en place du protocole de soins* » (E5).

E4 base son intervention sur une évaluation : « *évaluation des actes de la vie quotidienne* » afin de connaître les capacités de la personne. Ce professionnel réalise une « *prise en charge globale* » de la personne : « *accompagnement global des désirs et des volontés de la personne et de la famille, de son entourage, des limites de l'environnement matériel, architectural, familial* » (E4).

Une seule professionnelle interrogée insiste sur le fait qu'il faut intégrer la personne dans la prise en charge. Echanger avec la personne, lui expliquer le but et l'objectif des aides mises en place, afin de conduire vers une meilleure compréhension des interventions. Ainsi, cela a plus de sens pour la personne : « *le fait de l'expliquer, c'est quelque chose qui est relativement bien investie* », « *les personnes comprennent bien, que pour rester à domicile, [...] c'est quand même leur souhait, il faut mettre en place certaines actions* » (E7).

Enfin, une participante déclare réaliser des activités lors de son accompagnement : « proposer des temps de stimulation cognitive aux usagers » (E3).

### 3.2.3. Lien entre l'ergothérapie et la qualité de vie

- **Vision de la personne âgée dépendante sur sa qualité de vie**

Plusieurs ergothérapeutes déclarent que la vision que chacun a sur la qualité de vie est personnelle : « la qualité de vie, je trouve, dépend finalement plus de leur propre désir » (E4). Elle est basée sur des critères « subjectifs » (E4) et varie selon chaque individu : « dépend vraiment des personnes » (E5), « dépend de la position dans laquelle ils se trouvent » (E3). En effet, E3 cite que cette notion dépend de leur acceptation de la dépendance : « s'ils sont dans le déni ou s'ils souffrent d'anosognosie, ils ne trouveront pas que leur qualité de vie est impactée ». Au contraire, des « personnes qui sont très conscientes de leurs difficultés [...] ont bien conscience de l'impact sur leur qualité de vie » (E3). Selon E5, la qualité de vie dépend aussi de la personnalité de la personne : « tendance à être plus dépressives, à broyer du noir, la dépendance va être quelque de chose de négatif » alors que les « personnes qui ont la joie de vivre [...], le vivent beaucoup mieux » (E5).

Certains ergothérapeutes mentionnent que la qualité de vie n'est pas la priorité pour les personnes âgées : « ils sont peu dans la réflexion autour de la qualité de vie » (E2), « ce n'est pas quelque chose qui est très abordé », « je ne sais pas s'ils auraient le recul de se rendre compte si leur qualité de vie est impactée » (E7).

La dépendance peut impacter la vision sur leur qualité de vie : « le fait d'être dépendants est difficile à vivre pour eux » (E7). Néanmoins, les aides mises en place permettent aux personnes âgées de rester à leur domicile malgré leur dépendance, et ainsi de répondre à leur souhait. C'est pourquoi, E6 évoque que certaines personnes âgées dépendantes peuvent avoir une bonne vision de leur qualité de vie car ils ont : « la satisfaction de pouvoir rester à leur domicile, d'être chez eux » (E6).

Les personnes âgées dépendantes ont ensuite pour souhait d'être accompagné dans les activités de la vie quotidienne : « dans une attente déjà d'être confortable et d'être bien accompagné d'un point de vue des actes essentiels » (E2). E7 évoque que le fait d'être dépendant et de disposer d'aides humaines au quotidien permet, en plus, d'éviter l'isolement

social auquel une personne vivant seule peut être confrontée : « *contentes d'avoir des visites* », « *maintient aussi le contact* », « *lien social* » (E7).

- **Interventions selon la pyramide de Maslow**

Du fait de la diversité des interventions, les ergothérapeutes interrogées n'interviennent pas toutes sur les mêmes besoins de la qualité de vie selon la pyramide de Maslow. Certaines d'entre elles déclarent intervenir sur le premier besoin de la pyramide, correspondant aux besoins physiologiques : « *besoins physiologiques [...], toilette, l'habillement, l'hygiène corporelle, les repas, les transferts, les déplacements* » (E7). En complément de ces besoins physiologiques, plusieurs interrogées participent aux besoins de sécurité : « *dans nos premières interventions, on répond au premier et deuxième besoin* » (E4). Ils contribuent à la sécurité des personnes âgées à leur domicile : « *sécurité du corps, sécurité morale, de la santé, de la propreté* » (E2), « *se sentir en sécurité [...] quand on met en place du matériel* » (E6). Les besoins d'appartenance ont aussi été abordés : « *mettre en place des relais [...] pour maintenir le lien social* » (E7). E6 déclare intervenir sur les besoins d'estime et les besoins d'accomplissement : « *L'estime de soi [...] valoriser les acquis, les compétences, les capacités résiduelles* », « *besoin d'accomplissement, au niveau des loisirs* ».

La majorité déclare avoir une intervention sur tous les besoins : « *et implicitement, après, on intervient sur les autres* », « *on a un impact sur les autres, mais pas directement* » (E4). En effet, l'ergothérapeute accompagne la personne de façon holistique : « *on évalue la personne dans sa globalité* » (E1). La collaboration avec d'autres professionnels permet également au service d'aide d'intervenir sur tous les besoins de la pyramide de Maslow : « *on intervient de manière pluridisciplinaire un petit peu sur la plupart* » (E7).

- **Participation au maintien à domicile et à la qualité de vie**

Une évaluation peut estimer les besoins de chaque personne afin de mettre en place du matériel adapté répondant à leurs difficultés : « *évaluation aussi des besoins pour savoir exactement quel matériel spécifique il faut et qui soit adapté aux besoins de la personne* » (E4). Une évaluation de l'environnement de la personne permet de rendre possible son maintien à domicile et de favoriser sa qualité de vie : « *on évalue vraiment si l'environnement humain et matériel est favorable ou défavorable pour la personne* », « *quand l'environnement est défavorable, c'est là qu'il y a un besoin d'apporter des préconisations* » (E1). C'est à la suite de

cette évaluation, qui a permis de mettre en avant les points essentiels sur lesquels il faut intervenir, que l'ergothérapeute peut agir : « *agir principalement sur la sécurité, le confort et la compensation des difficultés* » (E7).

Toutes les ergothérapeutes déclarent que leurs interventions ont un impact sur la modification de l'environnement : « *mon action va être la plupart du temps sur l'environnement* », « *adaptation de l'environnement tant architecturale que par la mise en place d'aides techniques* » (E2). L'adaptation de l'environnement va sécuriser le quotidien des personnes : « *on agit quand même beaucoup sur l'environnement pour sécuriser et pour éviter le risque de chute* » (E7). E3 déclare ainsi que son intervention va permettre de « *simplifier* » l'environnement matériel.

Une connaissance du matériel est indispensable pour pouvoir préconiser aux personnes du matériel adapté. En effet, l'intervention de l'ergothérapeute sur l'environnement matériel de la personne est basée sur la mise en place d'aides techniques, de matériel et d'aménagements : « *mise en place d'aides techniques, des essais d'aides techniques et des préconisations d'aménagements architecturales* » (E2), « *mise en place de matériel médical, l'accompagnement des familles, faire accepter le matériel* » (E4), « *mise en place de téléassistances* » (E6). Toutes ces adaptations mises en place permettent de stimuler la personne et de mobiliser ses capacités restantes : « *en mettant du matériel en place pour essayer de maintenir au mieux les capacités* », « *maintenir les capacités en modifiant l'environnement mais dans le but de ne pas modifier les activités* » (E5). Ceci permet de rendre la personne plus autonome dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne de manière sécurisée : « *c'est en adaptant l'environnement et en mettant en place des aides techniques [...], aider le patient à utiliser au maximum ses capacités et à le rendre le plus participatif possible dans l'activité* » (E2), « *mise en place d'aides techniques pour compenser ou sécuriser dans tous les domaines* » (E7). E5 évoque que ces adaptations vont participer à la valorisation de la personne car elle pourra être plus autonome : « *ça a un impact sur son estime de soi* ». En plus du matériel mis en place, E6 déclare aménager le logement des personnes : « *aménagements de logement, revoir parfois simplement l'agencement des pièces* ». Selon E2, toutes ces adaptations vont contribuer à « *rendre les soins les plus confortables, tant pour le patient que pour les collègues, le plus longtemps possible* ».

L'amélioration des capacités de la personne a été citée par un professionnel : « *l'objectif c'est d'avoir une amélioration des capacités de la personne, ça pourra avoir un impact sur la modification de l'environnement* » (E1). Au contraire, certains déclarent que leur but n'est pas l'amélioration des capacités, mais justement le fait de contourner les difficultés : « *on détourne les difficultés mais on ne les améliore pas* », (E3), « *c'est rare que les personnes récupèrent* », « *ça n'a pas forcément vocation à améliorer les capacités, je dirais que ça compense* » (E7). Les interventions réalisées sur la personne sont multiples. E1 et E7 se rejoignent sur l'idée que l'ergothérapeute a un rôle de « *conseils et de prévention* » (E7). Le relationnel est mis en avant : « *valoriser la personne, de partir de ses capacités* » (E5), « *j'interviens sur le premier transfert pour rassurer la personne* » (E6).

Certains ergothérapeutes mentionnent que les interventions ont également un impact sur la modification de l'activité : « *on modifie les activités pour qu'elles soient toujours possibles et l'environnement aussi on intervient beaucoup dessus* » (E3). Les interventions concernant l'activité peuvent débiter par une évaluation : « *à chaque activité de la vie quotidienne, si elle a des difficultés, on rebondit dessus* » (E5). Ainsi, E7 explique que cela permet de « *réfléchir à comment faire autrement ou à ce qu'on peut mettre en place pour faciliter la réalisation de l'activité* ».

L'intervention de l'ergothérapeute est également basée sur l'environnement humain, qui est, dans chaque intervention, consolidé : « *tendance à le renforcer* » (E3). L'ergothérapeute réalise des « *formations sur l'utilisation du matériel* » et « *formations d'aide à la mobilité* », « *tant auprès des familles et des aidants familiaux que des aidants professionnels* » (E2). Il a un rôle de soutien et de conseils auprès des aidants : « *soutien de l'aidant* » (E6), « *conseils auprès des aidants, de les informer, de leur expliquer* », « *sensibilisation* » (E7). De plus, l'ergothérapeute peut faire le relais avec d'autres dispositifs afin que la personne soit davantage accompagnée et que cet accompagnement soit adapté à ses besoins : « *relais auprès du service d'aide [...] pour accompagner la personne dans les tâches quotidiennes* » (E5), « *mettre en place des services d'aides à domicile* » (E7). De plus, E2 déclare que ses interventions répondent aux besoins de la qualité de vie selon la pyramide de Maslow : « *continuer à maintenir des soins de qualité et justement à pouvoir maintenir la réponse à ce besoin de sécurité et de propreté, comme ils le donnent dans la pyramide de Maslow* ». Une ergothérapeute mentionne la notion de partenariat et de lien avec d'autres professionnels et

services d'aides afin de permettre à la personne de rester à domicile : « *on est en fait le petit trait d'union entre le patient et ces dispositifs d'aides* » (E3).

- **Effets de l'intervention sur la qualité de vie**

Après chaque accompagnement et à la suite de la mise en place d'une aide, toutes les professionnelles interviewées ont un retour sur leur intervention. Ce retour peut être fait par les différentes personnes qui accompagnent la personne âgée : « *retour que ce soit de la personne, des aidants ou des équipes* » (E7). Les participantes déclarent que ces retours sont en général positifs. Ils peuvent être effectués de différentes manières. En effet, E1 évoque qu'elle réalise des « *bilans d'activités* ». E3 cite l'utilisation d'une évaluation : « *en fin d'accompagnement, je réalise une évaluation finale* ». Cette ergothérapeute rajoute qu'elle réalise une enquête afin de connaître la satisfaction des bénéficiaires : « *enquête de satisfaction qui nous permet d'avoir un retour sur ce qui a pu être fait et la réponse à leurs attentes* » (E3). L'effet de l'intervention peut également être analysé par la capacité qu'a la personne à réaliser l'activité qui était difficile auparavant : « *plus dans le ressenti* » (E4). Les différents retours prouvent l'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute au domicile : « *ils se rendent compte que l'utilisation d'un matériel, d'une aide technique ou un aménagement va permettre de faciliter la participation de leur proche, ou pour la personne sa propre participation dans l'activité* » (E2). Ainsi, E2 montre que ses interventions permettent d'améliorer l'autonomie de la personne : « *en tirent un bien-être car ils sont plus actifs, plus participatifs* ». L'ergothérapeute est sans cesse dans une réflexion et s'assure de l'efficacité des adaptations ou des aides mises en place : « *je pose toujours la question de savoir si on a fait ce qu'il fallait, s'il fallait faire plus, s'il y a d'autres choses à tester* » (E7). Il accompagne la personne tout au long du processus afin de garantir son bien-être : « *quand ça ne fonctionne pas je suis obligée d'y retourner car ce n'est pas la bonne méthode, ce n'est pas la bonne chose* » (E6). Néanmoins, certaines interventions n'aboutissent pas à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de la personne âgée, comme le cite E4 : « *parfois on n'arrive pas à améliorer la qualité de vie de la personne* », « *on n'a pas trouvé la solution, l'adaptation qui correspondait et qui répondait à tous les besoins* ». Ceci montre la complexité à s'adapter et à proposer des adaptations ou des aides selon les besoins de chaque personne accompagnée.

Néanmoins, aucun des ergothérapeutes n'utilise d'outil pour d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Certains considèrent qu'il est possible, indirectement, de connaître le ressenti de la qualité de vie de la personne : « *indirectement il y a une lecture sur l'amélioration de la qualité de vie au travers de ces enquêtes* » (E3). Ils estiment que la perception de la qualité peut se ressentir lors d'échanges avec la personne âgée ou son entourage : « *par l'observation, par des entretiens [...] ou beaucoup de mises en situations* » (E5), « *c'est beaucoup informel, c'est beaucoup dans l'entretien de la personne et de son aidant* » (E7). E2 évoque que l'utilisation d'un outil pour évaluer la qualité de vie relèverait certainement de nouvelles problématiques auxquelles la personne âgée dépendante est confrontée : « *ça ouvrirait vers des besoins auxquels nous ne pouvons pas répondre en tant que service* ». De même, selon la population, la qualité de vie semble difficile à évaluer : « *difficile d'utiliser des outils [...] sur une population qui a tendance à évoluer très vite, que ce soit positivement ou négativement* » (E5).

L'ergothérapeute peut être confronté à la réticence des bénéficiaires lors de la mise en place d'une aide. Mais au fil du temps les personnes âgées acceptent l'aide car ils voient le bénéfice, et que celle-ci peut favoriser son autonomie et donc sa qualité de vie : « *toutes les personnes n'acceptent pas directement ce qu'on peut leur proposer comme aide* », « *mais après elles sont contentes puisqu'elles reprennent leur indépendance* » (E5), « *personnes qui sont réticentes au début [...], pour qui ça peut être difficile d'accepter les interventions régulières de personnes à leur domicile [...]. C'est quelque chose qui disparaît avec le temps* » (E7).

L'amélioration de la qualité de vie de la personne peut être due à l'intervention de l'ergothérapeute mais aussi de celle de toute l'équipe soignante : « *avec tout le travail de collaboration* » (E4). L'amélioration de la qualité de travail des aidants peuvent avoir une répercussion sur la qualité de vie de l'utilisateur : « *la qualité de vie, alors moi je la vois surtout sur la qualité de travail de mes collègues* », « *si les soins sont plus adaptés, forcément ça aura un impact sur le bien-être du patient* » (E2).

Une ergothérapeute déclare que c'est aux personnes âgées d'évaluer l'effet de l'intervention sur leur qualité de vie car il y a un critère de subjectivité : « *il faudrait leur poser la question et comme on ne leur pose pas* » (E2).

## 4. Discussion

### 4.1. Comparaison des résultats avec les éléments théoriques

Lors des entretiens, il a été rapporté la difficulté à décrire la vision que la personne âgée possède sur sa qualité de vie. La perception que chacun dispose sur sa qualité de vie est personnelle. Cette perception est confirmée par la définition de l'OMS qui rapporte que la qualité de vie est liée à des critères objectifs mais aussi subjectifs. C'est aux personnes elles-mêmes de décrire leur qualité de vie, comme l'a évoqué une ergothérapeute qui a cité qu'il faudrait poser la question directement à la personne âgée. Il a été cité, dans les entretiens, que les personnes âgées peuvent avoir une bonne qualité de vie à partir du moment où ils ont la possibilité de pouvoir rester chez eux. Le maintien à domicile est un souhait majeur pour eux (Veysset, 1989). En effet, le fait de pouvoir rester à domicile peut permettre de maintenir la qualité de vie des personnes âgées dépendantes (Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet, Zimmermann, 2012). La qualité de vie est également basée selon la santé physique et psychologique (OMS, 1993). Ceci fait écho aux propos d'une participante à l'étude qui cite que le fait d'être dépendant est difficile pour les personnes et que cela peut altérer leur vision de la qualité de vie.

La partie théorique de ce mémoire évoque l'existence de questionnaires évaluant la qualité de vie des personnes. Cependant, les résultats des entretiens montrent que les participantes n'utilisent pas de questionnaires ou d'outils propres à cette notion. L'amélioration de la qualité de vie peut s'apercevoir indirectement, par le biais d'échanges, d'observations ou de mises en situations. L'entourage peut également rapporter sa perception sur la qualité de vie de son proche.

Néanmoins, nous avons pu mettre en relation les interventions de l'ergothérapeute recueillies lors des entretiens avec la satisfaction des besoins de la pyramide de Maslow qui correspond à l'accomplissement de la qualité de vie. Les propos cités lors des entretiens ont également été mis en lien avec les quatre motivations à rester à domicile, qui sont la liberté, le confort, le bien-être et la prise de risques, citées par Delsalle.



Grâce aux entretiens, nous remarquons que les ergothérapeutes ont un rôle dans la satisfaction du premier niveau de la pyramide de Maslow qui correspond aux **besoins physiologiques**. Lors de leur intervention, les ergothérapeutes interviennent afin de favoriser l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. En effet, l'analyse des entretiens a permis de mettre en avant que la dépendance chez les personnes âgées impacte leur participation occupationnelle. Les personnes dépendantes présentent des difficultés dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne. Cette difficulté correspond à la définition de la dépendance du code de la sécurité sociale. En effet, la dépendance concerne le besoin d'aide de la part d'une tierce personne pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Les personnes âgées peuvent être dépendantes lors de la réalisation des activités basiques de la vie quotidienne, mais aussi lors des activités instrumentales. Les ergothérapeutes rapportent qu'elles évaluent les capacités de la personne par le biais d'évaluations. Certaines participantes utilisent les échelles ADL et IADL. Cela permet de repérer dans quelles activités la dépendance est présente. Ensuite, l'accompagnement de l'ergothérapeute sera ciblé sur le maintien de l'autonomie afin d'éviter cette dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Pour cela, les participantes à l'étude citent l'importance de centrer leurs interventions sur la stimulation des capacités résiduelles des personnes afin qu'ils continuent à réaliser le maximum d'activités en autonomie. De plus, essayer de conserver leur autonomie permet de les valoriser et d'avoir un effet sur leur qualité de vie, comme le cite l'ergothérapeute E6 « *au plus ils sont autonomes, au plus on répond à leurs attentes et au mieux on améliore leur qualité de vie* ».

Les ergothérapeutes ont également un rôle majeur dans la satisfaction du deuxième niveau qui concerne les **besoins de sécurité**. Ils participent à la satisfaction de ce niveau par la mise en place de matériel, d'aides techniques ou d'aménagements du logement, adaptés aux besoins de la personne, lui permettant ainsi d'être en sécurité chez elle. Ce sentiment de sécurité peut être mis en relation avec la prise de risque. En effet, la prise de risque fait partie des quatre motivations à rester chez soi (Delsalle, 2016). La prise de risque a régulièrement été citée dans les entretiens comme étant défavorable au maintien à domicile. Ce danger est d'autant plus important si la personne présente des troubles cognitifs car elle aura moins conscience du danger. Franco a évoqué, en 2010, que le maintien à domicile engendre différents types de risques tels que les chutes, les accidents domestiques ou un isolement

social. Fréquemment, les personnes refusent les aides que nous pouvons leur accorder et préfèrent se mettre en danger. En ce sens, les ergothérapeutes interrogées ont déclaré intervenir chez les seniors afin d'assurer leur sécurité et leur confort. Ceci rejoint également les motivations citées par Delsalle concernant la volonté de rester chez soi, puisqu'en plus de la prise de risque, il cite le confort. Les ergothérapeutes interviennent sur du positionnement afin d'assurer le confort au quotidien de la personne âgée.

La description de ces objectifs est confirmée par Magnier, qui cite que le maintien à domicile est facilité par la mise en place de différents moyens tels que les moyens matériels. Les moyens matériels correspondent aux aides techniques à la mobilité, à la vie quotidienne et à l'adaptation du logement (Magnier, 2014). Ceux-ci favorisent le maintien à domicile. Comme il a été vu dans la première partie de ce mémoire, l'ergothérapeute intervient sur l'environnement de la personne grâce à des aides humaines, techniques ou animalières (Villaumé, 2018). Cette description est confirmée par les ergothérapeutes interrogées qui insistent sur l'importance d'évaluer l'environnement de la personne, en plus de ses besoins. Ainsi, l'environnement humain et matériel est évalué afin de préconiser, si besoin, le matériel nécessaire. La littérature associée à ce sujet et les professionnels déclarent que l'ergothérapeute prend en compte l'environnement et les habitudes de vie de la personne (Villaumé, 2018). Ainsi, une majorité des ergothérapeutes participantes modifie l'environnement de la personne grâce à des adaptations ou à des aides techniques. Ceci va encourager la personne âgée à participer davantage et à solliciter ses capacités résiduelles dans la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne. L'intervention sur l'environnement réduit les risques du quotidien et assure ainsi plus de sécurité pour la personne.

D'après certains ergothérapeutes, leur intervention permet également d'intervenir sur les **besoins d'appartenance**. Le besoin d'appartenance est l'antonyme de l'isolement social dont peut souffrir une personne âgée vivant à domicile. En effet, Franco cite en 2010, que le maintien à domicile peut provoquer un risque d'isolement social pour l'individu. Il est possible que la dépendance entraîne une réduction de ses activités extérieures limitant alors ses contacts sociaux. La solitude est ainsi un sentiment pouvant être présent chez les personnes âgées vivant seules (Jauvert, 2007). Ainsi, l'isolement social auquel les personnes dépendantes sont confrontées peut altérer la perception de la qualité de vie, comme le citent les

ergothérapeutes interrogées. Jauvert rajoute que l'isolement social est un risque pouvant provoquer le placement en institution, car cela peut être défavorable à un maintien à domicile convenable. Cependant, selon une participante, le fait d'avoir la visite quotidienne d'un aidant permet de maintenir un contact social, et améliore ainsi la vision de la qualité de vie. Ceci rejoint la définition de l'OMS qui rapporte que la qualité de vie peut être favorisée par les relations sociales. De même, cela souligne le fait que chaque personne perçoit la qualité de vie différemment. Un auteur précise également que les moyens humains sont favorables au maintien à domicile. Ils peuvent correspondre à la présence et à l'intervention de la famille (Magnier, 2014). Les dires des ergothérapeutes prouvent que la famille est un pilier dans l'accompagnement de la personne dépendante. Elle met en place de nombreux moyens pour rendre possible le maintien à domicile (Cour des Comptes, 2016). Néanmoins, les ergothérapeutes de la présente étude rajoutent que l'aidant familial est souvent épuisé, car il est présent dans la majorité des actes de la vie quotidienne. En effet, malgré la volonté des Français à vieillir chez eux, certains sont conscients que cela peut impliquer une charge supplémentaire pour les proches aidants (Libault, 2019). La littérature et les ergothérapeutes interrogées s'accordent quant à la nécessité d'avoir un rôle de conseil auprès des aidants (Villaumé, 2018). La famille intervient fréquemment au domicile (Magnier, 2014), mais divers professionnels accompagnent aussi la personne âgée dépendante (Ennuyer, 2017). Les participantes de l'étude évoquent leur rôle auprès des aidants, que ce soient les aidants familiaux ou professionnels. Les aidants sont susceptibles d'être aidés pour favoriser l'utilisation du matériel mise en place. L'ergothérapeute peut également orienter le proche aidant vers les dispositifs d'aide comme la plateforme d'accompagnement et de répit. Ces dispositifs permettent d'accompagner, de conseiller et de soutenir l'aidant afin d'éviter les risques d'épuisement, cités par différents ergothérapeutes. En effet, selon l'enquête CARE-ménage, 47% des proches aidants déclarent que l'aide qu'ils apportent provoque une conséquence négative sur leur santé physique ou leur moral (DREES, 2015).

Pour finir, les **besoins d'estime de soi et d'accomplissement** sont abordés de façon indirecte par les ergothérapeutes. La satisfaction de ces besoins semble être réalisable grâce au travail pluridisciplinaire des professionnels intervenant autour de la personne. Une ergothérapeute participante a également évoqué la collaboration avec d'autres services d'aide afin de réorienter les personnes lorsque cela est nécessaire. Néanmoins, le fait d'être

aidé par des professionnels diminue le sentiment de liberté, cité par Delsalle. Chez soi, on est libre d'agir. Cependant, la dépendance impacte ce sentiment de liberté, pouvant avoir un effet sur la qualité de vie. Les thérapeutes interrogées évoquent que l'intervention d'un service d'aide à domicile fait perdre la possibilité de décisions et de choix pour la personne âgée dépendante. La personne est obligée d'attendre la présence d'une tierce personne pour réaliser certaines activités, et n'est plus libre aux choix des horaires par exemple. L'impact sur la qualité de vie est d'autant plus marqué lorsque les seniors ont des difficultés à accepter la dépendance.

## **4.2. Réponse à la question de recherche**

A travers l'analyse des entretiens et la comparaison avec la littérature, nous pouvons apporter une réponse à la question de recherche. L'étude avait pour but de déterminer comment l'intervention de l'ergothérapeute améliore la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, dans le cadre du maintien à domicile.

Tout d'abord, l'ergothérapeute essaye de répondre à la volonté de la personne, qui est de vieillir chez elle, en ayant des interventions diverses. Chaque accompagnement est personnalisé selon la personne prise en charge. Les spécificités liées à sa profession, encouragent l'ergothérapeute à proposer une intervention qui prend en compte la personne dans sa globalité. En effet, le thérapeute prend en compte les capacités résiduelles de la personne âgée dépendante afin de lui offrir la possibilité de faire le maximum d'activités encore réalisables malgré la dépendance. L'ergothérapeute a une intervention majeure sur l'environnement. Ainsi, il prend en compte l'environnement humain de la personne en ayant un rôle de conseils et de soutien auprès des aidants. L'ergothérapeute favorise aussi l'environnement matériel en mettant en place des adaptations et aménagements. Ceux-ci ont pour but d'améliorer le confort et la sécurité de la personne tout en essayant de maintenir son autonomie.

Les ergothérapeutes espèrent améliorer la qualité de vie de la personne âgée dépendante par le biais de leur accompagnement. A la suite de leur intervention, les retours que les ergothérapeutes peuvent avoir, lors d'échanges ou d'observations, laissent penser qu'ils favorisent la qualité de vie des personnes âgées. En effet, toutes les actions qu'ils peuvent réaliser peuvent permettre aux personnes dépendantes de favoriser leur maintien à

domicile et de se sentir mieux chez eux et plus en sécurité. Ceci a ainsi un effet favorable sur la qualité de vie de la personne. D'un point de vue professionnel, l'ergothérapeute améliore alors la qualité de vie.

Cependant, la qualité de vie est une notion subjective, et les ergothérapeutes interrogées dans le cadre de cette étude n'utilisent pas d'outils pour l'évaluer. Nous ne pouvons donc pas quantifier l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

### **4.3. Biais et limites de l'étude**

Le premier point à relever est le faible nombre de participants à l'étude. Sept entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant dans toute la France. Un échantillonnage plus large aurait permis d'obtenir davantage d'opinions. De plus, les ergothérapeutes avaient entre 6 mois et 10 ans d'expérience dans la structure où ils travaillent. Il aurait été intéressant d'interroger des ergothérapeutes ayant plus d'expérience à domicile auprès des personnes âgées dépendantes.

Il a été décidé de ne pas cibler de pathologie particulière, mais de se baser seulement sur les personnes étant dépendantes. Certaines ergothérapeutes interrogées intervenaient auprès d'une population spécifique qui présente des démences de type Alzheimer ou pathologies associées. Ainsi, les réponses aux questions peuvent être différentes selon la population accompagnée. En effet, l'accompagnement auprès d'une population dépendante selon le processus de vieillissement ou auprès d'une population présentant une pathologie, peut être différent.

Aussi, les entretiens ont été réalisés à distance, soit par téléphone ou par visioconférence. Les entretiens à distance empêchent l'accès à la communication non-verbale pouvant avoir un rôle essentiel dans l'interaction et dans la compréhension de certaines réponses. Seulement deux ont été réalisés par visioconférence ce qui permet tout de même d'avoir un contact visuel avec l'interrogé.

Lors des entretiens, il a été constaté que certaines questions ont été interprétées différemment selon les ergothérapeutes interrogées. Ainsi, cela a donné lieu à des réponses différentes et donc difficile à analyser.

#### **4.4. Apports et perspectives**

La réalisation de ce mémoire fut très enrichissante et minutieuse. Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de développer certaines connaissances et compétences jugées essentielles pour ma future pratique professionnelle. Au cours de cette étude, j'ai pu m'approprier la méthodologie de recherche. Cela a permis de développer mes capacités de questionnement sur un sujet précis. A travers ce travail, j'ai également pu enrichir mes capacités de recherches, de synthèse, de réflexion et d'analyse. J'ai aussi pu souligner l'importance de comparer la théorie et la pratique. De plus, l'élaboration de ce mémoire m'a permis d'élargir mes connaissances sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et sur la place de la qualité de vie dans chaque intervention.

Ce sujet est d'actualité du fait de l'augmentation des personnes âgées dépendantes qui souhaitent un maintien à domicile. L'analyse des entretiens réalisée et la littérature m'encouragent à me poser diverses questions pouvant être pertinentes pour approfondir ce travail.

Tout d'abord, sachant que la qualité de vie est subjective, il semble intéressant d'aborder cette notion avec les personnes âgées dépendantes, et ainsi de réaliser la même étude en les interrogeant. En effet, leur maintien à domicile est rendu possible par divers moyens, il est donc pertinent de connaître leur perception de leur qualité de vie malgré leur dépendance. De plus, réaliser des entretiens avec cette population pourrait permettre de connaître leur ressenti sur l'accompagnement de l'ergothérapeute et comment celui-ci permet, pour eux, d'améliorer leur qualité de vie. Avoir le point de vue du soignant et du soigné permet de souligner si les objectifs de l'ergothérapeute sont perçus à l'identique chez la personne accompagnée.

Il serait également intéressant d'approfondir les recherches sur les aidants familiaux. En effet, il a été évoqué l'importance de la place de l'aidant lors du maintien à domicile. Un travail sur la collaboration entre l'ergothérapeute et les aidants semblerait ainsi pertinent.

Pour finir, les entretiens ont souligné que les ergothérapeutes participantes à l'étude n'utilisent pas d'outils pour évaluer la qualité de vie. En effet, les entretiens nous laissent penser que l'observation ou les échanges sont suffisants pour percevoir la vision que la personne possède sur sa qualité de vie. Néanmoins, nous pouvons nous questionner sur

l'importance d'utiliser un outil pour quantifier la qualité de vie, qui permettrait de centrer sa prise en soin de manière plus adéquate aux besoins de la personne âgée. De plus, il semble nécessaire de savoir la raison pour laquelle aucun outil n'est utilisé par les ergothérapeutes.

## Conclusion

Actuellement, l'augmentation du vieillissement de la population et des personnes âgées dépendantes en France engendrent des besoins auxquels les politiques publiques doivent répondre. Divers dispositifs sont mis en œuvre dans notre société afin de rendre possible le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. La nécessité de mettre en place ces moyens est accentuée par la volonté des personnes à rester chez elles le plus longtemps possible afin de conserver leurs habitudes de vie.

L'ergothérapie à domicile tend ainsi à être de plus en plus développée. En effet, l'ergothérapeute a un rôle principal à jouer dans le maintien à domicile. Du fait de sa formation, ce professionnel apporte sa vision sur l'accessibilité du logement en rapport avec la dépendance de la personne. Ayant une approche holistique, l'ergothérapeute va ainsi prendre en compte la personne dans sa globalité. Ce professionnel est centré sur la personne, ses occupations et son environnement, il possède donc plusieurs objectifs auprès de la population âgée. Il accompagne la personne selon ses besoins et ses difficultés afin de répondre à sa volonté de vieillir à son domicile. Il permet également de consolider l'environnement matériel par l'adaptation du logement et par la mise en place de matériel. L'ergothérapeute renforce l'environnement humain de la personne dépendante. En effet, les professionnels et les proches qui interviennent autour de la personne dépendante, ont besoin d'être accompagné et conseillé. L'ergothérapeute peut alors posséder ce rôle. Il rend ainsi possible le maintien à domicile dans un cadre sécurisé et confortable pour la personne âgée dépendante.

A travers ce mémoire, nous avons vu que la qualité de vie est une notion difficile à appréhender puisqu'elle est subjective et changeante selon la période de la vie. Il est ainsi difficile de la quantifier. Bien que la qualité de vie ne soit pas un objectif direct lors de l'accompagnement de l'ergothérapeute, son amélioration découle de l'ensemble de ses interventions. En effet, ce travail de recherche a permis de mettre en relation chacune des interventions de l'ergothérapeute avec un des besoins de la pyramide de Maslow. Cela montre donc une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile.



## Bibliographie

- ANFE. (s. d.). La profession - ANFE. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>
- Assemblée Nationale. (s. d.). Allocation personnalisée d'autonomie. Consulté le 14 avril 2021, à l'adresse <https://www.assemblee-nationale.fr/11/dossiers/autonomie.asp>
- Balard, F., & Somme, D. (2011). Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie et société*, 34(136), 105-118.
- Cap retraite (2020). Le maintien à domicile d'un aîné dépendant. Consulté le 25 mai 2020, à l'adresse <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/maintien-a-domicile/le-maintien-a-domicile-d-un-aîne-dependant/>
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2015). MAIA. Consulté le 4 octobre 2020, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
- Chassagne, P. (2018). Evaluation de la dépendance. Dans Belmin, J., Chassagne, P., Friocourt P., *Gériatrie pour le praticien* (chapitre 110). Elsevier Masson.
- Collège National des Enseignants de Gériatrie. (2000). Autonomie et dépendance. Dans *Corpus de Gériatrie : tome 1* (p. 91-100). 2m2 Edition Et Communication.
- Cour des Comptes. (2016). *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*. Consulté à l'adresse <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>
- Définition de la dépendance - Législation. (s. d.). Consulté le 19 mai 2020, à l'adresse <https://www.secu.lu/assurance-dependance/livre-v/chapitre-i-objet-de-lassurance/definition-de-la-dependance/>

Delsalle, M. (2016). *Représentations croisées sur les notions de liberté, risque/sécurité, confort et bien-être* (J'y suis j'y reste ! Volet 2). France : Leroymerlin source.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2017). *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015*. Consulté le 30 avril 2021, à l'adresse [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_1029.pdf?fbclid=IwAR2peVTHrGAu9bIM4OLNOYmAJaxYRXCn6z9LJjoi3cjd1eXgT4episiCErg](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1029.pdf?fbclid=IwAR2peVTHrGAu9bIM4OLNOYmAJaxYRXCn6z9LJjoi3cjd1eXgT4episiCErg)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2019). *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée*. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/dd45.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020). *Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE)*. Consulté le 30 avril 2021, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, 39(152), 9-23.

Dreyer, P. (2017). Pratiques professionnels et chez-soi : prendre la mesure des choses et des personnes. Dans P. Dreyer et B. Ennuyer (dir.), *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles, Acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile* (p. 56-101). Chronique sociale.

Dubé, R., Roy, N., Légaré, F., Després, C. (2017). L'influence de la relation au chez-soi sur le relogement des aînés, synthèse des connaissances. Dans P. Dreyer et B. Ennuyer (dir.), *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles, Acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile* (p. 129-151). Chronique sociale.

Franco, A. (2010). *Vivre chez soi*. Consulté à l'adresse [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Vivre\\_chez\\_soi.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf)

- Institut Français d'Opinion Public et sociovision. (2019). *Seniors « Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? »* Consulté à l'adresse <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/02/Support-Conf%C3%A9rence-de-presse-vDEF-FINALE.pdf>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2020). *Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française*. Consulté le 4 septembre 2020, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2020). *Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française*. Consulté le 4 septembre 2020, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2020). *Personnes vivant seules dans leur logement selon l'âge et le sexe*. Consulté le 4 septembre 2020, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381512>
- Jauvert, P. (2007). *Isolement social, solitude et vie à domicile*. Dans Izard, M., & Nespoulous, R. (dir.), *Expériences en ergothérapie : vingtième série* (p. 212-218). Montpellier, France : Sauramps médical.
- La Pyramide De Maslow. (2017). Consulté le 3 juin 2020, à l'adresse <http://produistavie.com/pyramide-de-maslow/>
- Légifrance. (1997). *Loi du 24 janvier 1997*. Consulté le 3 septembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000747703#:~:text=La%20d%C3%A9pendance%20mentionn%C3%A9e%20au%20premier,ou%20requiert%20une%20surveillance%20r%C3%A9guli%C3%A8re.>
- Libault, D. (2019). *Concertation Grand âge et autonomie*. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf?fbclid=IwAR1fdsb4cexT6asuTguj-3sIC\\_3h4wEKhzabv7ReJNYxIRY4GupWQWqcuDA](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf?fbclid=IwAR1fdsb4cexT6asuTguj-3sIC_3h4wEKhzabv7ReJNYxIRY4GupWQWqcuDA)
- Magnier, A. M. (2014). *Maintien à domicile des personnes âgées*. *EMC - Savoirs et soins infirmiers*, 9(3), 1-8.

Mercier, M., & Schraub, S. (2005). Qualité de vie : quels outils de mesure ? *Dogmes et doutes*, 418-423.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) / La grille « AGGIR ». Consulté le 23 août 2020, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/les-beneficiaires-de-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-la-grille-aggir>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Consulté le 2 juin 2020, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/article/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

Motivation - La pyramide des besoins selon Maslow. (s. d.). Consulté le 3 septembre 2020, à l'adresse <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Vieillesse et santé. Consulté le 26 août 2020, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Psychomédia. (2016). Définition : Qualité de vie. Consulté le 23 mai 2020, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/qualite-de-vie>

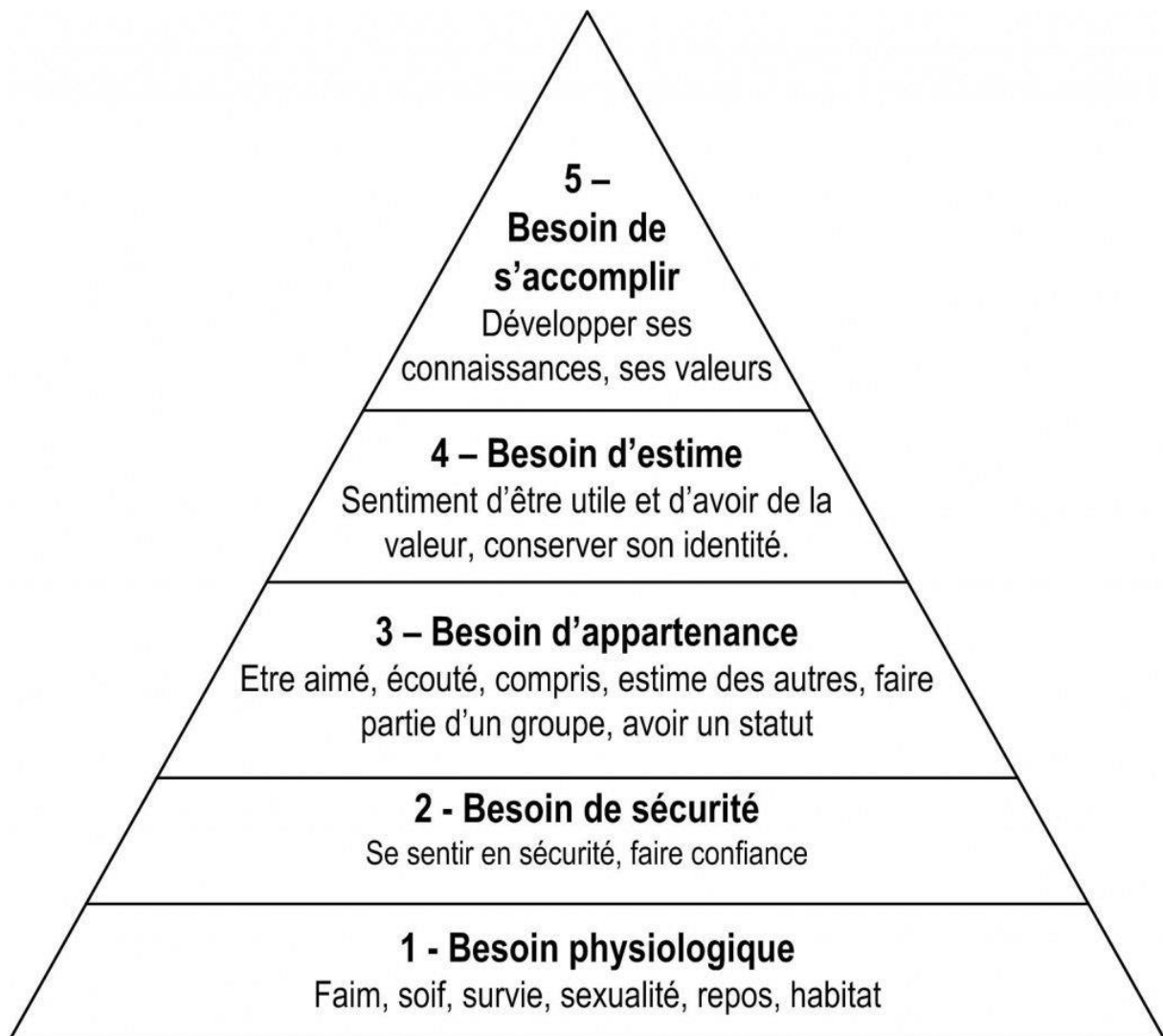
Veysset, B. (1989). *Dépendance et vieillissement*. Paris, France : Editions L'Harmattan.

Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19, 30-38.

World Health Organization. (s. d.). WHOQOL Measuring Quality of Life. Consulté le 2 septembre 2020, à l'adresse <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Consulté à l'adresse [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_54\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_54_rapport.pdf)

## Annexe I : Pyramide de Maslow



## Annexe II : Formulaire d'information et de non-opposition

### ACCOMPAGNEMENT ET QUALITE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES A DOMICILE

#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**  
49 Boulevard François Mitterrand  
CS 60032  
63 001 Clermont-Ferrand
  
- **Investigateur principal :** PATOUX Léa, formatrice à l'IUFE Clermont-Ferrand  
] Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032  
63000 CLERMONT-FERRAND

L'objectif de l'étude est de repérer comment l'intervention de l'ergothérapeute peut favoriser la qualité de vie des personnes âgées dépendantes dans le cadre du maintien à domicile.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment. Dans cette étude, le participant est interrogé lors d'un entretien individuel semi-directif. S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées sont pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le **Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA**.*

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez interrompre à tout moment votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits *d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation* concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude. Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI / NON

Date : ...../...../.....

**Signature du participant :**  
(Précédée de la mention « Lu et compris »)

**Paraphe de l'investigateur :**

## Annexe III : Avis du comité d'éthique



Clermont-Ferrand, le 09 avril 2021

Mme Léa PATOUX  
Institut Universitaire de Formation en  
Ergothérapie (IUFE)  
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-17

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

**« Accompagnement, maintien à domicile et qualité de vie des personnes âgées dépendantes à domicile »**

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectif de « repérer comment les ergothérapeutes participent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau  
Pour la Présidente du Comité d'Éthique  
de la Recherche IRB-UCA  
P/O Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Anne Fogli', written over a horizontal line.

**Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA**  
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand



## **Annexe IV : Guide d'entretien**

### **Questions préalables**

- Pouvez-vous vous présenter ?
  - Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
  - Dans quelle structure travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?
  - Quelles sont vos missions dans cette structure ?

### **Population accompagnée**

- Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?
  - Quel est l'âge moyen ?
  - Quel est le niveau de GIR moyen ?
- Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne, pouvant remettre en question le maintien à domicile ?
  - Quelles activités de la vie quotidienne sont les plus impactées par la dépendance ?
  - Comment la dépendance impacte la qualité de vie des personnes âgées ?
- Quelle est la vision de la personne âgée sur sa qualité de vie ?

### **Accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes à domicile et qualité de vie**

- Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?
  - Quels sont vos objectifs auprès de cette population ?
  - Est-ce que l'amélioration de la qualité de vie fait partie de vos objectifs ?
- Utilisez-vous des outils pour évaluer la qualité de vie ?
  - Si oui, lesquels ? A quelle fréquence ?
  - Sont-ils spécifiques à la qualité de vie uniquement ?
- Selon la pyramide de Maslow, sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?
- Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?
  - Vos interventions ont-elles le plus souvent un impact sur l'amélioration des capacités de la personne, sur la modification de l'activité ou sur l'environnement ?
- Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?
  - Quelles sont vos interventions sur la personne ?
  - Quelles sont vos interventions sur l'activité ?
  - Quelles sont vos interventions sur l'environnement humain et matériel ?
- Observez-vous des effets à la suite de votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?
  - Pensez-vous que votre intervention permet d'améliorer leur qualité de vie ?
  - Évaluez-vous l'impact de vos interventions sur la qualité de vie ?
  - Avez-vous des retours de la part des personnes âgées ? Et des familles ?

Avez-vous des précisions ou des informations complémentaires à apporter ?

## Annexe V : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 1

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômé en 2016
- Travaille depuis 2016 dans une entreprise de l'économie sociale et solidaire dans le soutien à domicile des personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Missions dans la structure :
  - o « Interventions à domicile avec préconisations en aides techniques, nouvelles technologies et travaux d'aménagement »
  - o « coordinatrice, donc je manage une équipe d'ergothérapeutes »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Personnes âgées » « beaucoup de visites auprès de GIR 5 et 6 donc un peu plus de la prévention primaire et secondaire » « pour le compte de l'APA [...] du GIR 1 à 4 avec des personnes un peu plus dépendantes » « L'âge moyen 82 ans »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Activités de la vie quotidienne	« on fait un bilan avec l'ADL-IADL », « problématique de salle de bain et WC », « la toilette »
Besoin d'un aidant	« doivent faire intervenir un aidant », « sont aidées par leur aidant familial, leur mari ou leurs enfants »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« un problème de santé particulier qui déclenche en fait un changement de leurs habitudes de vie »

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Mise en place de relais	« les orienter aussi vers d'autres services », « il faut vraiment connaître l'écosystème local où on intervient pour pouvoir réorienter »
Maintien de l'autonomie	« maintien de l'indépendance et de l'autonomie, ce qui en découle une meilleure qualité de vie à domicile », « partir vraiment au niveau des activités », « dès qu'on décèle dans le discours [...] qu'ils sont en difficulté, [...] on essaie de trouver une solution », « la reprise de certaines activités », « favoriser le lien social », « favoriser les sorties extérieures »
Accompagnement des aidants	« soulager et faciliter l'intervention des aidants familiaux ou professionnels »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« tous », « on évalue la personne dans sa globalité »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Evaluation	« on évalue vraiment si l'environnement humain et matériel est favorable ou défavorable pour la personne », « quand l'environnement est défavorable, c'est là qu'il y a un besoin d'apporter des préconisations », « une aide technique, une nouvelle technologie ou des travaux d'aménagement »
Amélioration des capacités	« l'objectif c'est d'avoir une amélioration des capacités de la personne, ça pourra avoir un impact sur la modification de l'environnement », « gros travail d'acceptation de la modification des habitudes de vie »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

<b>THEMES</b>	<b>VERBATIMS</b>
Interventions sur la personne	« le chaussage », « conseils »
Interventions sur l'activité	« toilette et déplacements », « déplacements souvent intérieurs », « transferts [...] dans le fauteuil ou dans le lit »
Interventions sur l'environnement matériel	« sécuriser l'entrée de la maison », « quand le logement est un peu encombré », « le positionnement des interrupteurs », « aides techniques et travaux »

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

<b>THEMES</b>	<b>VERBATIMS</b>
Retour sur l'intervention	« sont super contentes d'avoir acheté leurs aides techniques ou avoir eu leurs travaux », « je fais des bilans d'activités »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« une grille qualité de vie, de tête, non »

## Annexe VI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 2

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômé en 2011
- Travaille depuis 2011 à mi-temps dans une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) et à mi-temps en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- Missions dans la structure :
  - « coordonner l'équipe complète »
  - « faire les bilans »
  - « déterminer les objectifs de prise en soin de notre service et coordonner les interventions des assistants de soins en gérontologie »
  - « mise en place de relais auprès d'auxiliaires de vie ou de services prestataires »
  - « formation des aides-soignants sur les techniques d'aides à la mobilité »
  - « la mise en place d'aides techniques et l'aménagement de domicile »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Toutes pathologies de la personne âgée, démences type Alzheimer, Parkinson, SLA, SEP, pathologies cardiaques pulmonaires et perte d'autonomie liées à des fractures, des prothèses » « Aux alentours de 80 ans » « GIR 2 en moyenne »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Activités de la vie quotidienne	« en perte d'autonomie sur l'ensemble des activités du quotidien », « qui ont désinvesti complètement toutes les activités de la vie quotidienne », « on intervient en tant que SSIAD s'il y a besoin d'aide sur les soins d'hygiène », « la plus grosse dépendance [...] les soins d'hygiène et la préparation des repas »
Besoin d'un aidant	« quand il n'y a pas d'aidants qui peuvent être présents pour accompagner », « basculer d'un maintien à domicile à une entrée en institution ça va être le besoin de présence la nuit »

Épuisement de l'aidant	« un épuisement d'un aidant »
Dépendance à quelqu'un	« ils ont plus la possibilité d'être autonome à n'importe quelle activité qui leur fait plaisir », « soumis à attendre la présence d'un tiers pour les accompagner sur les activités du quotidien »
Vie sociale	« ils vont être isolés socialement »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« ils sont peu dans la réflexion autour de la qualité de vie » « la plupart sont vraiment dans une attente déjà d'être confortable et d'être bien accompagné d'un point de vue des actes essentiels »

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Maintien de l'autonomie	« centrer sur leur autonomie », « essayer de maintenir au maximum leur autonomie », « mobilité et participation aux soins », « rendre autant que possible leur participation aux soins d'hygiène », « être le plus autonome possible et continuer à participer activement à leurs soins, leurs transferts et leurs déplacements »
Confort et sécurité	« accompagner mes collègues sur du positionnement », « confort au niveau cutané et limiter les risques cutanés », « favoriser leur autonomie par la mise en place de bon matériel », « aide à la mobilité »
Mise en place de relais	« on les oriente vers d'autres services », « on essaie de coordonner avec les services d'aide à domicile »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« sur les besoins physiologiques et de sécurité », « sécurité du corps, sécurité morale, de la santé, de la propreté », « on est vraiment sur la 2 <sup>ème</sup> base de la pyramide »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Confort	« rendre les soins les plus confortables, tant pour le patient que pour les collègues, le plus longtemps possible », « continuer à maintenir des soins de qualité et justement à pouvoir maintenir la réponse à ce besoin de sécurité et de propreté, comme ils le donnent dans la pyramide de Maslow »
Modification de l'environnement	« mon action va être la plupart du temps sur l'environnement », « adaptation de l'environnement tant architecturale que par la mise en place d'aides techniques », « c'est en adaptant l'environnement et en mettant en place des aides techniques [...], aider le patient à utiliser au maximum ses capacités et à le rendre le plus participatif possible dans l'activité »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Matériel	« positionnement au fauteuil roulant et mise en place d'aides techniques pour les transferts », « le plus adapté possible à leurs capacités »
Interventions sur l'environnement humain	« formations sur l'utilisation du matériel », « formations d'aide à la mobilité », « tant auprès des familles et des aidants familiaux que des aidants professionnels »
Interventions sur l'environnement matériel	« mise en place d'aides techniques, des essais d'aides techniques et des préconisations d'aménagements architecturales »

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

THEMES	VERBATIMS
Subjectivité	« il faudrait leur poser la question et comme on ne leur pose pas »
Collaboration	« la qualité de vie, alors moi je la vois surtout sur la qualité de travail de mes collègues », « augmenter le confort et le bien-être »

	auprès du patient », « si les soins sont plus adaptés, forcément ça aura un impact sur le bien-être du patient »
Retour sur l'intervention	« ils se rendent compte que l'utilisation d'un matériel, d'une aide technique ou un aménagement va permettre de faciliter la participation de leur proche, ou pour la personne sa propre participation dans l'activité », « en tirent un bien-être car ils sont plus actifs, plus participatifs », « se rendent compte que les soins sont plus faciles et plus agréables à réaliser pour mes collègues et donc ça améliore aussi leur bien-être à eux »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« pas sur la qualité de vie », « on n'a jamais fait d'évaluation de la qualité de vie du patient » « ça ouvrirait vers des besoins auxquels nous ne pouvons pas répondre en tant que service »



## Annexe VII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 3

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômé en 2000
- Travaille depuis 2016 dans une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) au sein d'un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)
- Missions dans la structure :
  - « proposer des temps de stimulation cognitive aux usagers »
  - « essayer de trouver des moyens de compensation de la dépendance ou du manque d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne », « conseils en aides techniques, des aménagements du logement »
  - « mise en place de relais »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Sans diagnostic précis mais tous présentent des troubles cognitifs et des troubles mnésiques » « Maladie Alzheimer ou maladies apparentées [...] maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, etc. » « Entre 75 et 80 ans » « C'est souvent GIR 4 »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Epuisement de l'aidant	« L'épuisement de l'aidant », « avec l'augmentation des troubles, l'aidant est de plus en plus présent dans les actes de la vie quotidienne, et du coup il se fatigue »
Prises de risques	« mise en danger si la personne est toute seule », « prises de risque importantes »
Apathie	« des personnes très apathiques, qui ne font rien de la journée, qui ne sont pas stimulées »

Activités de la vie quotidienne	« je me base beaucoup sur les échelles ADL-AIDL », « dépendance s'installer dans les soins de base de l'échelle ADL, la toilette, l'habillage, la locomotion », « dans un second temps, plus sur tout ce qui est fonctions instrumentales de la vie quotidienne »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« dépend de la position dans laquelle ils se trouvent », « s'ils sont dans le déni ou s'ils souffrent d'anosognosie, ils ne trouveront pas que leur qualité de vie est impactée », « personnes qui sont très conscientes de leurs difficultés [...] ont bien conscience de l'impact sur leur qualité de vie »

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Activités	« proposer des temps de stimulation cognitive aux usagers »
Confort et sécurité	« la mise en place d'outils de compensations, d'aides techniques ou d'aménagements »
Mise en place de relais	« par exemple les accueils de jour », « accompagner l'aidant à mettre en place un service d'aide à domicile », « les mettre en lien avec les dispositifs d'aide aux aidants », « plateforme d'accompagnement et de répit »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« je pense qu'on intervient un peu sur tous »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Relais	« gros travail en partenariat à l'ESA », « lien avec tous ces autres professionnels qui peuvent permettre le maintien à domicile », « on est en fait le petit trait d'union entre le patient et ces dispositifs d'aides »

Modification de l'activité et de l'environnement	« on détourne les difficultés mais on ne les améliore pas », « on modifie les activités pour qu'elles soient toujours possibles et l'environnement aussi, on intervient beaucoup dessus »
--	---

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Social	« sociabilisation et les liens sociaux », « on voit qu'il y a beaucoup d'isolement »
Interventions sur l'activité	« aménagements, compensations », « on va intervenir sur l'activité en simplifiant l'utilisation de cet outil »
Interventions sur l'environnement humain	« tendance à le renforcer »
Interventions sur l'environnement matériel	« simplifier »

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

THEMES	VERBATIMS
Retour sur l'intervention	« enquête de satisfaction qui nous permet d'avoir un retour sur ce qui a pu être fait et la réponse à leurs attentes, « souvent c'est positif », « en fin d'accompagnement, je réalise une évaluation finale »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« pas d'évaluation précise sur la qualité de vie », « indirectement il y a une lecture sur l'amélioration de la qualité de vie au travers de ces enquêtes »

## Annexe VIII : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 4

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômée depuis 2016
- Travaille depuis 2020 dans un SSIAD
- Mission dans la structure :
  - « sécuriser l'environnement, le domicile de la personne âgée », « réadaptation de l'environnement »
  - « évaluations des gestes de la vie quotidienne »
  - « travail de collaboration »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Personnes âgées de plus de 60 ans aillant besoin de soins infirmiers à domicile ou d'aides ménagères » « Personnes avec des capacités soient physiques limitées, soient cognitives limitées » « environ 75 ans » « GIR 2/3 »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Prises de risques	« le confort et la sécurité », « vont énormément chuter et du coup qui vont être en danger chez eux », « ne vont pas vouloir changer leur quotidien, ils vont refuser les aides et préfèrent prendre des risques à domicile », « pour eux la priorité, c'est qu'ils n'aient pas de dépendance à un matériel médical »
Architecture	« contraintes architecturales », « appartement trop exigu limitant le maintien à domicile »
Activités de la vie quotidienne	« la toilette principalement », « pouvoir se déplacer à l'extérieur », « la préparation des repas »
Vie sociale	« isolement social »

Vision de la personne sur sa qualité de vie	« subjectif » « la qualité de vie, je trouve, dépend finalement plus de leur propre désir »
---	--

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Prévention et conseils	« dans un objectif préventif et de conseils »
Accompagnement des aidants	« accompagnement auprès de la famille pour qu'ils soient aidants », « qu'ils aillent dans notre sens, ce n'est pas toujours le cas », « accompagnement et formation des soignants pour le matériel »
Accompagnement global	« accompagnement global des désirs et des volontés de la personne et de la famille, de son entourage, des limites de l'environnement matériel, architectural, familial », « prise en charge globale »
Confort et sécurité	« favoriser le confort et la sécurité », « adaptations de matériel, des préconisations et parfois des travaux d'aménagements », « diminuer le risque de chute à l'intérieur et l'extérieur du domicile »,  « la qualité de vie n'est pas un objectif direct, c'est plus un objectif implicite [...] nous sommes toujours dans le bien-être et la qualité de vie de la personne tout en la respectant »
Accompagnement social	« accompagnement parfois social auprès des autres collaborateurs », « assistante sociale de quartier », « prestataires extérieurs »
Activités de la vie quotidienne	« évaluation des actes de la vie quotidienne », « repas, toilette »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« physiologiques et sécurité », « dans nos premières interventions, on répond aux premiers et aux deuxièmes besoins » « et implicitement, après, on intervient sur les autres », « on a un impact sur les autres, mais pas directement »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Matériel	« mise en place de matériel médical, l'accompagnement des familles, faire accepter le matériel »
Evaluation	« évaluation aussi des besoins pour savoir exactement quel matériel spécifique il faut et qui soit adapté aux besoins de la personne »
Impact sur les capacités, modification de l'activité et de l'environnement	« Les trois »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Préconisations	« conseils matériels et non matériels »
Interventions sur la personne	« l'évaluation par exemple aux transferts, l'évaluation au niveau de la chute », « mises en situations extérieures », « par l'essai de matériel »
Interventions sur l'activité	« Evaluation au niveau de la toilette, du repas »
Interventions sur l'environnement humain	« accompagnement de la personne », « dans la démarche psychique pour qu'elle comprenne son risque de chute », « accompagnement de la famille »

Interventions sur l'environnement matériel	« mise en place de matériel », « travaux d'aménagement, essentiellement de la salle de bain pour l'accessibilité de la toilette », « pour eux ou pour faciliter les soignants »
--	---

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

THEMES	VERBATIMS
Retour sur l'intervention	« plus dans le ressenti », « retours positifs sur la mise en place de certaines choses »  « parfois on n'arrive pas à améliorer la qualité de vie de la personne », « on n'a pas trouvé la solution, l'adaptation qui correspondait et qui répondait à tous les besoins »
Collaboration	« avec tout le travail de collaboration »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« on ne quantifie pas du tout », « on pourrait, en effet, se poser la question d'un outil pour évaluer la qualité de vie », « très difficile à évaluer », « propre à chacun »

## Annexe IX : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 5

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômée depuis 2015
- Travaille dans un SPASAD depuis 2 ans et demi
- Missions dans la structure :
  - o « travaille avec les aides-soignants, les infirmiers et l'équipe pluridisciplinaire »
  - o « on essaye de maintenir les capacités de la personne dans son environnement, donc le domicile, par des aides techniques »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« personnes âgées principalement » « personnes qui présentent des troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées, donc maladie à corps de Lewy, etc. » « 85 ans » « GIR 1 »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Activités de la vie quotidienne	« dans le cadre du SSIAD c'est plutôt une aide à la toilette », « les transferts », « les déplacements »
Besoin d'un aidant	« le fait d'avoir besoin de quelqu'un »
Vie sociale	« réduire son cercle social, son cercle d'amis », « plus isolée chez elle », « l'isolement et le manque de communication extérieure va réduire sa qualité de vie »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« dépend vraiment des personnes », « tendance à être plus dépressives, à broyer du noir, la dépendance va être quelque chose de négatif », « personnes qui ont la joie de vivre [...], le vivent beaucoup mieux »



**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Confort et sécurité	« met surtout en place du matériel », « aides aux transferts », « pour les déplacements », « améliorer et sécuriser [...] les déplacements au domicile »
Accompagnement des aidants	« mise en place des aides humaines », « comment est-ce que les aides-soignantes interviennent au domicile », « comment on les accompagne », « mise en place du protocole de soins »
Maintien de l'autonomie	« essayer de maintenir au mieux les capacités de la personne », « toujours partir de ses capacités », « pour essayer de la valoriser »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« La sécurité vraiment »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Matériel	« En mettant du matériel en place pour essayer de maintenir au mieux les capacités », « ça a un impact sur son estime de soi »
Modification de l'environnement	« L'environnement », « Maintenir les capacités en modifiant l'environnement mais dans le but de ne pas modifier les activités »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Moyens	« on essaye de mettre en place des moyens pour maintenir cette qualité de vie mais c'est indirectement », « répondre surtout à un problème, à une difficulté au niveau de son activité »

Interventions sur la personne	« valoriser la personne, de partir de ses capacités »,
Interventions sur l'activité	« évaluation lors de ma première visite pour voir un peu toutes les capacités de la personne », « à chaque activité de la vie quotidienne, si elle a des difficultés, on rebondit dessus »
Interventions sur l'environnement humain	« relais auprès du service d'aide [...] pour accompagner la personne dans les tâches quotidiennes », « relais auprès des professionnels », « relais aussi avec les partenaires »
Interventions sur l'environnement matériel	« tout ce qui touche au matériel et à l'environnement », « aides techniques », « réaménagements »

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

THEMES	VERBATIMS
Retour sur l'intervention	« en général, elles sont satisfaites », « il y a quand même un bénéfice »
Acceptation des aides	« toutes les personnes n'acceptent pas directement ce qu'on peut leur proposer comme aide », « mais après elles sont contentes puisqu'elles reprennent leur indépendance »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« je ne fais pas d'évaluation standardisée », « par l'observation, par des entretiens [...] ou beaucoup de mises en situations », « difficile d'utiliser des outils [...] sur une population qui a tendance à évoluer très vite, que ce soit positivement ou négativement »

## Annexe X : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 6

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômée depuis 2012
- Travaille dans un SPASAD depuis 2012
- Missions dans la structure :
  - o « réalisation de bilans », « mettre en place un projet individualisé »
  - o « mise en place de matériel médical, le renouvellement s'il y a besoin, le changement, l'évolution en fonction de l'état de santé de la personne »
  - o « conseils en aménagement de logement »
  - o « accompagnement de l'aidant »
  - o « part administrative »
  - o « accompagnement des assistants en gérontologie »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Personnes âgées de plus de 60 ans » « atteints de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées », « maladies neurodégénératives, Parkinson, corps de Lewy » « 78,9 ans » « La moyenne du GIR est 3,5 »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Troubles cognitifs	« troubles cognitifs avec une mise en danger »
Prises de risques	« mise en danger qu'on ne peut pas gérer »,
Besoin d'un aidant	« besoin de soins la nuit », « sur un service d'aide à domicile, il n'y a pas beaucoup de garde de nuit, ça coûte une fortune »
Activités de la vie quotidienne	« La toilette », « on commence par une aide-ménagère », « aide toilette », « l'aide aux repas »

Dépendance à quelqu'un	« perte d'autonomie », « perte de choix d'horaires », « on fait perdre des possibilités de choix à la personne », « perte de décisions »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« je ne les trouve pas trop insatisfaits », « la satisfaction de pouvoir rester à leur domicile, d'être chez eux »

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Confort et sécurité	« mise en place de matériel », « aménagement de logement », « sécurisation du quotidien avec mise en place de tout le nécessaire niveau aide »
Maintien de l'autonomie	« Maintien de l'autonomie, maintien des capacités résiduelles », « éviter la surmédicalisation », « stimuler au maximum les capacités résiduelles », « moins ils en font et moins ils en feront » « la mise en place de matériel qui va pouvoir permettre de compenser un handicap et de maintenir un maximum l'autonomie de la personne », « au plus ils sont autonomes, au plus on répond à leurs attentes et au mieux on améliore leur qualité de vie »

**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« Se sentir en sécurité [...] quand on met en place du matériel » « Besoin d'estime, on intervient toujours un peu », « L'estime de soi [...] valoriser les acquis, les compétences, les capacités résiduelles » « besoin d'accomplissement, au niveau des loisirs »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

<b>THEMES</b>	<b>VERBATIMS</b>
Matériel et aides	« la mise en place de matériel médical, la mise en place des aides », « réévaluation du plan d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, la majoration des aides », « aménagements de logement, revoir parfois simplement l'agencement des pièces »
Modification de l'environnement	« Majoritairement sur l'environnement »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

<b>THEMES</b>	<b>VERBATIMS</b>
Matériel	« matériel médical ou installation quotidienne », « des choses qui seraient adaptées à l'amélioration du confort »
Interventions sur la personne	« réparation d'orthèses », « j'interviens sur le premier transfert pour rassurer la personne », « faire les séances au niveau stimulation cognitive, sécurisation, accompagnement sur le quotidien, accompagnement de l'aidant »
Interventions sur l'activité	« au niveau de l'ESA, [...] sur ce que la personne fait et sur ses activités de loisirs et les activités de stimulation » « Au niveau SSIAD/SAD, [...] sur les activités de vie quotidienne »
Interventions sur l'environnement humain	« soutien de l'aidant », « l'acceptation des troubles pour la personne qui est malade, l'acceptation des aides », « l'acceptation du matériel »
Interventions sur l'environnement matériel	« mise en place matériel médical », « mise en place de téléassistances »

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

<b>THEMES</b>	<b>VERBATIMS</b>
Retour sur l'intervention	« retours sont positifs », « présence familiale au bilan final », « beaucoup de renouvellement »  « quand ça ne fonctionne pas je suis obligée d'y retourner car ce n'est pas la bonne méthode, ce n'est pas la bonne chose »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« je n'évalue pas du tout »

## Annexe XI : Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien 7

### Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Informations d'échantillonnage :

- Diplômée depuis 2016
- Travaille en SSIAD ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), qui contient aussi une ESA, depuis 2019
- Missions dans la structure :
  - o « évaluation des fonctions cognitives et motrices de la personne »
  - o « évaluation de l'environnement », « mise en place d'aides techniques, la sécurisation du domicile au niveau du risque de chute »
  - o « faciliter le travail de mes collègues aides-soignantes et éviter tout ce qui est troubles musculosquelettiques »

### Question n°2 : Pouvez-vous me décrire le public que vous accompagnez ?

THEMES	VERBATIMS
Population accompagnée	« Sur la partie ESA, [...] personnes qui ont plus de 60 ans », « Maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui sont en stade léger ou modéré de la maladie » « Sur le SSIAD [...] personnes âgées de plus de 60 ans qui sont en perte d'autonomie » « Entre 80 et 85 ans » « GIR 3/4 »

### Question n°3 : Pouvez-vous me décrire les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur vie quotidienne pouvant remettre en question le maintien à domicile ?

THEMES	VERBATIMS
Troubles cognitifs	« les troubles cognitifs font qu'il y a une difficulté au niveau de la prise d'initiative »
Prises de risques	« potentielle mise en danger si les troubles cognitifs sont assez importants »
Epuisement de l'aidant	« l'aidant va être épuisé », « faire toutes les tâches qui concernent la personne »

Activités de la vie quotidienne	« Personnes qui ont la maladie d'Alzheimer [...] gestion administrative, la préparation des repas, des courses, etc. » « Sur les personnes du SSIAD, [...] activités de soins, d'hygiène comme la toilette, l'habillage, la préparation des repas, le ménage »
Dépendance à quelqu'un	« difficulté à accepter l'aide d'autrui », « toujours eu l'habitude de faire seules », « dans le domaine du soin c'est très intime », « l'acceptation de la dépendance qui est difficile pour certain »
Vision de la personne sur sa qualité de vie	« ce n'est pas quelque chose qui est très abordé », « je ne sais pas s'ils auraient le recul de se rendre compte si leur qualité de vie est impactée », « le fait d'être dépendants est difficile à vivre pour eux » « contentes d'avoir des visites », « visites assez régulières du personnel soignant au domicile », « lien social », « maintient aussi le contact »

**Question n°4 : Pourriez-vous me décrire votre intervention concernant la qualité de vie auprès des personnes âgées dépendantes à domicile ?**

THEMES	VERBATIMS
Maintien de l'autonomie	« permettre à la personne de faire le plus de choses possibles »
Confort et sécurité	« de le faire en sécurité ou de manière confortable » « mettre en place des aides techniques », « on fait des essais ensemble, on voit ce qui est le mieux, s'il y a autre chose de plus adapté », « risque de chute et du risque d'escarres », « installations et positionnement »
Accompagnement social	« participer avec l'équipe à des signalements », « mise en place de gestionnaires de cas », « les aider dans les démarches », « trouver les aides humaines et les financements »
Echanges avec la personne	« j'explique très souvent que ce sont des choses sur lesquelles on va devoir agir », « le fait de l'expliquer, c'est quelque chose qui est relativement bien investie », « les personnes comprennent bien, que pour rester à domicile, [...] c'est quand même leur souhait, il faut mettre en place certaines actions »



**Question n°5 : Sur quels besoins de la qualité de vie intervenez-vous le plus souvent ?**

THEMES	VERBATIMS
Besoins de la pyramide de Maslow	« besoins physiologiques [...], toilette, l'habillement, l'hygiène corporelle, les repas, les transferts, les déplacements », « mettre en place des relais [...] pour maintenir le lien social » « on intervient de manière pluridisciplinaire un petit peu sur la plupart »

**Question n°6 : Comment participez-vous au maintien à domicile et à la qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Matériel	« agir principalement sur la sécurité, le confort et la compensation des difficultés », « mise en place d'aides techniques pour compenser ou sécuriser dans tous les domaines »
Modification de l'activité et de l'environnement	« plutôt sur la modification de l'activité et l'environnement », « c'est rare que les personnes récupèrent », « stimuler le plus possible les capacités de la personne », « ça n'a pas forcément vocation à améliorer les capacités, je dirais que ça compense », « on agit quand même beaucoup sur l'environnement pour sécuriser et pour éviter le risque de chute »

**Question n°7 : Que préconisez-vous le plus souvent aux personnes afin d'améliorer leur qualité de vie ?**

THEMES	VERBATIMS
Matériel	« relativement souvent les mêmes aides techniques »
Interventions sur la personne	« conseils et de prévention »
Interventions sur l'activité	« je suis beaucoup dans l'observation » « réfléchir à comment faire autrement ou à ce qu'on peut mettre en place pour faciliter la réalisation de l'activité »
Interventions sur l'environnement humain	« conseils auprès des aidants, de les informer, de leur expliquer », « sensibilisation », « mettre en place des services d'aides à domicile »

Interventions sur l'environnement matériel	« mise en place d'aides techniques »
--	--------------------------------------

**Question n°8 : Observez-vous des effets suite à votre intervention sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ?**

THEMES	VERBATIMS
Retour sur l'intervention	« retours positifs des personnes », « retour que ce soit de la personne, des aidants ou des équipes », « je pose toujours la question de savoir si on a fait ce qu'il fallait, s'il fallait faire plus, s'il y a d'autres choses à tester »
Acceptation des aides	« personnes qui sont réticentes au début [...], pour qui ça peut être difficile d'accepter les interventions régulières de personnes à leur domicile [...]. C'est quelque chose qui disparaît avec le temps », « on arrive à trouver des solutions pour que ça se passe toujours bien »
Non utilisation d'un outil de la qualité de vie	« la qualité de vie je l'aborde de manière indirecte, informel », « questions sur la personne, ses habitudes de vie, s'il y a des choses qui posent des difficultés, s'il y a des choses qui lui tiennent à cœur », « c'est beaucoup informel , c'est beaucoup dans l'entretien de la personne et de son aidant »

## Abstract

**Introduction :** The population is ageing and the number of dependent elderly people is increasing. Despite their dependence, the elderly wish to age in their home but it can have an impact on their quality of life. Occupational therapists contribute to home based care. The purpose of this study was to determine how occupational therapists can improve the quality of life of the dependent elderly living at home.

**Methods :** The study was based on a qualitative method and used semi-structured interviews. Seven occupational therapists who practiced in the homes of the dependent elderly people were interviewed.

**Results :** The results showed that the quality of life was perceived and assessed through interviews or observations. Occupational therapist intervened at home in order to maintain the autonomy of the elderly during their activities by adapting their human and material environment.

**Conclusion :** The support of the person is global and it promotes home support in a secure environment. Occupational therapy allows people to age at home appropriately and seems to have an effect on the quality of life of the dependent elderly. To deepen this research, it seems interesting to ask the elderly about the perception of their quality of life.

**Keys words :** Occupational therapy, dependent elderly people, home-based care, quality of life

## Résumé

**Introduction :** La population vieillit et le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Malgré leur dépendance, les aînés souhaitent vieillir chez eux, mais cela peut avoir un impact sur leur qualité de vie. L'ergothérapeute contribue au maintien à domicile. L'objectif de cette étude était de déterminer comment l'ergothérapeute peut améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile.

**Méthode :** L'étude est fondée sur une méthode qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Sept ergothérapeutes exerçant au domicile des personnes âgées dépendantes ont été interrogés.

**Résultats :** Les résultats ont montré que la qualité de vie est perçue et évaluée par le biais d'entretiens ou d'observations. L'ergothérapeute intervient à domicile afin de maintenir l'autonomie des seniors lors de la réalisation de leurs activités en adaptant leur environnement humain et matériel.

**Conclusion :** L'accompagnement de la personne est global et favorise le maintien à domicile dans un environnement sécurisé. L'ergothérapie permet de vieillir à domicile convenablement et semble avoir un effet sur la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Pour approfondir cette recherche, il serait intéressant d'interroger les aînés sur leur perception de la qualité de vie.

**Mots clés :** Ergothérapie, personnes âgées dépendantes, maintien à domicile, qualité de vie