



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

**DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

# **La participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social**

**Soutenu par : Camille Provençal**

Tuteur de mémoire : Amandine Ibanez



---

**Université Claude Bernard Lyon 1**

Président

**Pr. FLEURY Frédéric**

Président du Conseil Académique

**Pr. BEN HADID Hamda**

Vice-président CA

**REVEL Didier**

Vice-président CFVU

**BROCHIER Céline**

Directeur Général des Services

**ROLLAND Pierre**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

**DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE**

Directeur du département

**LIONNARD-RETY Sabine**

Coordinateurs pédagogiques

**BODIN Jean-François**

**FEBVRE Marine**

**IBANEZ Amandine**

**LESCURE Caroline**

**LIONNARD-RETY Sabine**

**TRIOLET Luce**

Responsables des stages

**IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline**

Responsable des mémoires

**IBANEZ Amandine**



# Remerciements

Je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui m'ont entourée dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie tout particulièrement Amandine Ibanez pour sa réactivité, son soutien permanent et ses encouragements tout au long de l'année.

Merci aux filles de mon groupe mémoire qui m'ont accompagnée et aidée dans mes réflexions.

Je suis aussi reconnaissante envers les ergothérapeutes pour leur participation à cette étude et leur partage d'expériences.

Je remercie également l'équipe pédagogique et mes tuteurs de stage pour leur bienveillance et la transmission de leurs connaissances.

Un grand merci à ma promotion, à mes amis et à ma famille pour leur écoute, leur soutien et leurs relectures.

# Table des matières

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>6</b>
1. VIEILLIR A SON DOMICILE.....	6
1.1. <i>La personne âgée à domicile</i> .....	6
1.1.1. Définition de la personne âgée.....	6
1.1.2. Le modèle de développement humain et de processus de production du handicap.....	7
1.1.3. Les habitudes de vie de la personne âgée.....	8
1.2. <i>La perte d'autonomie fonctionnelle chez la personne âgée</i> .....	9
1.2.1. Définition de la perte d'autonomie fonctionnelle .....	9
1.2.2. La perte d'autonomie fonctionnelle, un facteur favorisant l'isolement social .....	11
2. L'ISOLEMENT SOCIAL, UN OBSTACLE AUX HABITUDES DE VIE .....	12
2.1. <i>La personne âgée face à l'isolement social</i> .....	12
2.1.1. Définition de l'isolement social.....	12
2.1.2. L'isolement social, un problème de santé publique.....	13
2.2. <i>Impact de l'isolement social sur les habitudes de vie</i> .....	14
2.2.1. Isolement social et perte d'autonomie fonctionnelle, un cercle vicieux .....	14
2.2.2. Conséquences sur les habitudes de vie de la personne âgée .....	15
2.3. <i>Prévention contre l'isolement social</i> .....	16
2.3.1. Définition de la prévention en santé .....	16
2.3.2. La prévention contre l'isolement social.....	17
3. PREVENTION EN ERGOTHERAPIE CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL.....	18
3.1. <i>La prévention en ergothérapie</i> .....	18
3.1.1. Le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention.....	18
3.1.2. Favoriser le maintien à domicile pour lutter contre l'isolement social .....	19
3.1.3. Structures pour accueillir l'intervention préventive en ergothérapie .....	20
3.2. <i>La participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social</i> .....	21
3.2.1. La participation occupationnelle et sociale .....	21
3.2.2. La participation occupationnelle et le bien-être .....	22
3.3. <i>Promouvoir la participation occupationnelle en prévention primaire</i> .....	23
3.3.1. Le programme du Lifestsyle Redesign .....	23
3.3.2. Le programme TaPasS .....	24
<b>PROBLEMATISATION .....</b>	<b>25</b>
<b>PARTIE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>26</b>
1. OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	26
2. TYPE DE RECHERCHE.....	26
3. METHODE D'INVESTIGATION .....	26
3.1. <i>Choix de la population</i> .....	26
3.2. <i>Outil d'investigation</i> .....	27
4. DEROULEMENT DE L'INVESTIGATION .....	27
4.1. <i>Recherche d'ergothérapeutes</i> .....	27
4.2. <i>Déroulement des entretiens</i> .....	28
5. ANALYSE DES DONNEES .....	28
6. ASPECTS ETHIQUES.....	28
<b>RESULTATS ET ANALYSES.....</b>	<b>30</b>
1. CONTEXTE DE PRATIQUE DES PARTICIPANTS .....	30
2. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES A DOMICILE PRESENTANT UN ISOLEMENT SOCIAL ...	30
2.1. <i>Des personnes âgées présentant une perte d'autonomie liée à des troubles divers ..</i>	<i>30</i>
2.2. <i>Objectifs d'intervention pour lutter contre l'isolement social</i> .....	<i>31</i>
2.3. <i>Axes d'intervention pour lutter contre l'isolement social</i> .....	<i>31</i>
2.4. <i>Interdisciplinarité dans la prévention contre l'isolement social</i> .....	<i>32</i>
3. LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE DANS L'INTERVENTION CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL.....	33
3.1. <i>Obstacles à la participation occupationnelle</i> .....	33

3.2.	<i>Éléments facilitateurs pour favoriser la participation occupationnelle</i> .....	34
4.	LA PREVENTION A LONG TERME CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL .....	35
4.1.	<i>Relais des objectifs aux autres professionnels</i> .....	35
4.2.	<i>Réévaluation des interventions</i> .....	36
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>37</b>
1.	INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA PRATIQUE .....	37
1.1.	<i>L'intervention de l'ergothérapeute contre l'isolement social</i> .....	37
1.1.1.	Agir sur la perte d'autonomie de la personne âgée .....	37
1.1.2.	De la participation occupationnelle à la participation sociale.....	37
1.1.3.	Un manque de visibilité des programmes de prévention en ergothérapie .....	38
1.2.	<i>L'interdisciplinarité dans la prévention contre l'isolement social</i> .....	38
1.2.1.	L'ergothérapeute, un intermédiaire entre la personne âgée et les associations .....	38
1.2.2.	La collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de santé.....	39
1.2.3.	La collaboration de l'ergothérapeute avec l'entourage.....	39
1.3.	<i>La prévention à long terme contre l'isolement social</i> .....	40
1.3.1.	Relais des objectifs en ergothérapie aux autres professionnels.....	40
1.3.2.	Réévaluation des interventions des ergothérapeutes.....	40
1.3.3.	La prévention primaire en ergothérapie contre l'isolement social.....	41
2.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	42
3.	SUGGESTION POUR UNE POURSUITE D'ETUDE .....	43
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>45</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....		<b>I</b>
ANNEXE A : MODELE DE DEVELOPPEMENT HUMAIN-PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP .....		II
ANNEXE B : EFFETS POSITIFS, NEGATIFS OU NULS DU LIFESTYLE REDESIGN .....		III
ANNEXE C : LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE – 6 .....		IV
ANNEXE D : GUIDE D'ENTRETIEN.....		V
ANNEXE E : GRILLE D'ANALYSE.....		VIII
ANNEXE F : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE .....		X
ANNEXE G : FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE L'ETUDIANT VIERGE .....		XI

# Liste des abréviations

- **CICAT : Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques**
- **COVID-19 : Coronavirus Disease 2019**
- **INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques**
- **MDH-PPH : Modèle de développement humain - Processus de production du handicap**
- **OMS : Organisation Mondiale de la Santé**
- **ONU : Organisation des Nations Unies**
- **RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap**

# Introduction

Les personnes âgées de plus de 60 ans correspondent aujourd'hui à plus d'un quart de la population française (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [INSEE], 2023). En effet, les populations française et mondiale ont connu ces dernières années une transition démographique qui a engendré une augmentation importante de la population âgée (Briede-Westermeyer et al., 2023). Cette transition s'explique par le phénomène de Baby-Boom dans les années suivant la fin de la Seconde Guerre Mondiale, entraînant aujourd'hui le phénomène de Papy-Boom. Cette génération d'après-guerre approchera les 85 ans en 2030 (Haut-commissariat au plan, 2023). Ils représentent donc une partie conséquente de la population. La prévalence des problèmes de santé associés au vieillissement est donc d'autant plus notable aujourd'hui, notamment à cause des signes de fragilité de plus en plus présents au fil du temps et qui impactent de manière significative la qualité de vie des aînés (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

La probabilité de développer une perte d'autonomie fonctionnelle dans le grand âge est d'autant plus importante si la personne présente une fragilité. C'est aujourd'hui un facteur qui influe sur l'apparition de l'isolement social chez les seniors, une problématique d'actualité qui a beaucoup été étudiée depuis la pandémie de la Coronavirus disease 2019 (COVID-19) (Braverman, 2022). En effet, cette première période de confinement a bouleversé le quotidien de la population, les rôles sociaux et les relations interpersonnelles. Elle a permis d'expérimenter ce qu'est l'isolement, ainsi que de comprendre l'importance d'entretenir des relations dans le quotidien. L'isolement social est aujourd'hui un réel enjeu de santé publique, et les acteurs de soins se sont intéressés aux solutions de prévention existantes pour limiter ce phénomène dans le grand âge.

Des études ont montré que l'isolement social impactait non seulement l'état de santé de la personne âgée, mais également ses habitudes de vie. C'est donc un obstacle à prendre en compte pour l'accompagnement du patient, notamment pour l'ergothérapeute. Il est possible de formuler la problématique initiale suivante : **Comment prévenir l'isolement social chez les personnes âgées présentant une perte d'autonomie fonctionnelle en ergothérapie ?**

La partie théorique de cette étude définira dans un premier temps les différents concepts entourant la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle et vivant à domicile. Dans un second temps, l'impact de l'isolement social sur les habitudes de vie sera expliqué ainsi que les moyens de prévention existants. Enfin, la dernière partie développera la prévention contre l'isolement social, à travers des notions spécifiques à l'ergothérapie.

# Partie Théorique

## 1. Vieillir à son domicile

### 1.1. La personne âgée à domicile

#### 1.1.1. Définition de la personne âgée

La vieillesse peut être définie de bien des manières, d'un point de vue médical, sociologique, psychologique... Charazac (2020, p.35) la décrit comme « un état somato-psychique qui se caractérise par sa relativité et son instabilité ». En effet, la vieillesse reste relative à bien des niveaux, et il serait plus pertinent de définir la personne âgée en tenant compte de son état de santé, lequel est influencé par des facteurs environnementaux et personnels (OMS, 2022). En somme, il est tentant de se dire que tous les seniors se ressemblent et ont des problématiques similaires. La variabilité des états de santé nécessite cependant de définir la personne âgée selon une tranche d'âge, pendant laquelle des événements de vie sont chronologiquement comparables entre différentes personnes (Soleymani et al., 2018).

Ainsi, il n'y a pas de consensus sur l'âge à partir duquel une personne est considérée comme « âgée ». L'OMS (2022) estime comme âgées les personnes ayant 60 ans et plus, tandis que l'INSEE parle des 65 ans et plus (Papon & Beaumel, 2018). On peut également s'intéresser à l'âge de départ à la retraite (Parant, 2018), c'est-à-dire 64 ans (Ministère du Travail, du plein emploi et de l'Insertion, 2023). Il sera considéré dans cette étude qu'une personne est âgée lorsqu'elle a 60 ans ou plus, car cet âge marque l'apparition de changements physiologiques dans les systèmes organiques, entraînant des déficits et l'augmentation du risque de développer des maladies chroniques (OMS, 2017). C'est à cet âge qu'il est intéressant d'agir, pour prévenir l'impact de cette nouvelle vulnérabilité sur la qualité de vie de la personne (Serres, 2017).

Aujourd'hui, les seniors représentent une partie conséquente de la population correspondant à 27,4% de la population française (INSEE, 2023). D'ici 2030, les prévisions montrent que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans passera de 15 à 20 millions,

soit environ un tiers de la population française (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarité, 2023).

Lorsqu'il est question de la personne âgée, il est primordial de prendre en considération les nombreux facteurs pouvant agir sur sa santé. Dans cette perspective, il est pertinent de se questionner sur l'étude de modèles conceptuels et leur utilité dans la mise en place d'un accompagnement considérant une vision globale de la personne par les professionnels de santé et prenant en compte la complexité des seniors.

### 1.1.2. Le modèle de développement humain et de processus de production du handicap

Apparu dans les années 90, le modèle de développement humain et de processus de production du handicap (MDH-PPH) présente le handicap comme le résultat de la corrélation entre la personne, ses habitudes de vie et son environnement. L'Organisation des Nations Unies (ONU) explique que les personnes en situation de handicap présentent « des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (ONU, 2006, p. 4).

Cela permet de mieux comprendre les causes et conséquences des maladies et des traumatismes pouvant porter atteinte au bon développement d'une personne. Les différents concepts utilisés dans le MDH-PPH consistent à définir les éléments facilitateurs/obstacles, soit des facteurs environnementaux qui facilitent ou entravent la réalisation des habitudes de vie, et les facteurs personnels correspondant aux aptitudes, c'est-à-dire la « possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap [RIPPH], 2022) ou aux systèmes organiques qui regroupent des « composantes corporelles visant une fonction commune » (RIPPH, 2022). Ces différents concepts permettent de déterminer les paramètres favorisant ou non l'apparition d'une problématique en santé tel que l'isolement social, et comment elles influent sur les habitudes de vie des personnes (Fougeyrollas, 2021).

L'identification de ces éléments intervenant dans un système dynamique en lien avec l'environnement, la personne et ses habitudes de vie ainsi que la notion de facteurs

identitaires, correspondant à « tout ce qui permet d'identifier un sujet de l'extérieur et qui se réfère aux statuts que le sujet partage avec les autres membres de ses différents groupes d'appartenance » (Fougeyrollas, 2010), permet de mettre en évidence une optique de prévention commune aux différents professionnels de santé bénéficiant de l'utilisation de ce modèle.

En raison de son approche transdisciplinaire, les termes utilisés dans le MDH-PPH ne sont pas toujours alignés avec l'approche en ergothérapie du sujet de recherche. Certains concepts de modèles spécifiques à l'ergothérapie seront donc utilisés dans certaines parties pour permettre une meilleure compréhension et la cohérence de cette étude.

### 1.1.3. Les habitudes de vie de la personne âgée

Selon le modèle MDH-PPH, les habitudes de vie correspondent aux « activités courantes ou aux rôles sociaux, valorisés par la personne ou son contexte socio-culturel, selon ses caractéristiques identitaires (âge, sexe, identité socio-culturelle, projet de vie, etc.) » (Fougeyrollas, 2021, p18).

L'arrêt de l'activité professionnelle est un facteur identitaire représentant un changement majeur au cours de la vie, notamment dans les rôles sociaux d'une personne. Il peut donc modifier les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie associative et spirituelle, l'éducation, le travail et les loisirs de la personne (RIPPH, 2022). L'entrée dans la retraite représente une transition occupationnelle, définie comme une modification des habitudes de vie qui arrive pendant un changement dans la vie, tels qu'un déménagement, un changement d'emploi ou la retraite, ce qui impacte de manière importante la vie de la personne (Jonsson et al., 2000).

Cet arrêt entraîne une augmentation significative du temps libre de la personne âgée et les loisirs au domicile deviennent une partie importante de leurs activités de vie courante. Celles-ci regroupent la communication, les déplacements, la nutrition, les conditions physiques et de bien-être psychologique, les soins personnels et de santé et l'habitation (RIPPH, 2022). Deux tiers de ce temps se passent à domicile, et la télévision reste le loisir majeur des aînés, avec le bricolage et le jardinage pour les hommes. Avant 75 ans, les seniors ont davantage d'activités incluant des trajets, et à l'extérieur du domicile. Ces

activités restent toutefois dépendantes de l'aspect financier qu'il est parfois essentiel de considérer. Néanmoins, les personnes âgées passent plus de la moitié de leur journée à s'occuper de leurs besoins physiologiques, comme dormir, se laver et manger. Les tâches domestiques représentent quant à elles 13% de leur journée, avec une répartition inégale selon le genre. Les hommes ont par conséquent environ deux heures de temps libre de plus que les femmes. Les temps de sociabilité sont également des moments importants dans le quotidien, et la durée reste identique pour tous les seniors. Ceux qui ont encore un emploi représentent une faible proportion de la population âgée (5% des personnes âgées de 65 à 74 ans). Ils sont le plus souvent à temps partiel et 70% ont une pension de retraite en parallèle (Grobon & Renaud, 2018).

Il faut ici prendre en compte que cette étude reprenant les activités courantes de la personne âgée a été réalisée avant la pandémie de la COVID-19. Les seniors se sont pour la majorité adaptés aux mesures sanitaires en s'engageant dans leurs loisirs et en maintenant leurs habitudes de vie. Bien que ces dernières aient été perturbées par le confinement, celui-ci n'a donc pas eu d'impact majeur sur le quotidien des personnes âgées a posteriori (Amieva et al., 2021).

Les habitudes de vie des seniors peuvent donc être influencées par des paramètres comme le vécu de la personne et des événements importants, comme la retraite par exemple. Cela soulève des interrogations sur la façon dont le niveau d'autonomie impacte le quotidien et la qualité de vie de la personne âgée.

## **1.2. La perte d'autonomie fonctionnelle chez la personne âgée**

### **1.2.1. Définition de la perte d'autonomie fonctionnelle**

L'autonomie est un concept qui peut être interprété de plusieurs façons selon le domaine dans lequel il est étudié. En ergothérapie, l'autonomie et l'indépendance sont deux notions étroitement liées, et il est important de les distinguer.

En ergothérapie, la notion d'indépendance, c'est-à-dire « le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante » (Meyer, 2013, p. 15) se fonde sur le niveau d'autonomie fonctionnelle d'une personne. Ainsi, la perte d'autonomie

définie par le langage gériatrique inclut la notion de dépendance. Celle-ci est entendue en ergothérapie comme le fait qu'une personne « n'est plus capable de réaliser les diverses activités de la vie quotidienne (activités physiques, sociales...) sans recourir à une aide » (Winance, 2007, p. 84).

La littérature met en évidence une forte corrélation entre l'autonomie fonctionnelle et l'isolement social, suggérant ainsi que cet aspect joue un rôle prépondérant dans la détermination des facteurs le favorisant. En revanche, on observe une moindre présence de travaux portant spécifiquement sur l'association de l'isolement social à l'autonomie au sens ergothérapeutique soit la « liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci » (Meyer, 2013, p. 14). La perte d'autonomie fera donc référence, dans cette étude, à la perte d'autonomie fonctionnelle. Celle-ci est définie comme « la capacité physique de la personne d'effectuer, notamment, des activités de la vie quotidienne » ainsi que par « la capacité cognitive telle que la compréhension, le jugement, la mémoire. Elle peut être altérée avec le temps, la maladie ou le handicap » (Comité National d'Éthique sur le Vieillissement, 2022, p.6).

Plusieurs paramètres peuvent impacter l'autonomie fonctionnelle d'une personne : une déficience, soit l'atteinte d'un ou de plusieurs systèmes organiques ; une incapacité, correspondant aux limitations de la réalisation d'activités courantes ; ou un désavantage social (équivalant au handicap) limitant l'expression des rôles sociaux. En gériatrie, on parle donc de perte d'autonomie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. » (Légifrance, 2021). Il faut ici prendre en considération que l'autonomie mentionnée ne correspond pas à la perte d'autonomie entendue par l'ergothérapeute, définie comme « la capacité de prendre des décisions pour soi-même et de les exécuter, littéralement de se gouverner soi-même » (Charazac, 2020, p141).

L'âge moyen des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes (Haut-commissariat au plan, 2023). En 2021, cela représentait 7,3% des personnes âgées vivant à domicile, et ce nombre augmente en raison du vieillissement de la population (Algava & Blanplain, 2021).

La perte d'autonomie représente donc une problématique très présente chez les seniors. Mais comment influence-t-elle le maintien de leurs liens sociaux et de leurs activités de vie courante ?

### 1.2.2. La perte d'autonomie fonctionnelle, un facteur favorisant l'isolement social

La perte d'autonomie fonctionnelle est un problème de plus en plus fréquent avec l'avancée en âge, et les seniors doivent faire face à leur incapacité à réaliser certaines de leurs habitudes de vie, ce qui entraîne une baisse de la qualité de vie sociale. Très peu demandent de l'aide à leur entourage, notamment la famille, ne souhaitant pas montrer leurs faiblesses ou par peur de déranger. De plus, l'aggravation de l'état de santé isole les aînés dans leur domicile. Les difficultés rencontrées pour les déplacements empêchent les sorties à l'extérieur, et donc de participer à des activités socialisantes et rendre visite à leur entourage. En ne sortant plus, elles évitent également d'être stigmatisées, ce qui est une crainte fréquente pour les personnes utilisant des aides au déplacement, comme un déambulateur. Cet exemple permet d'imager ce qu'est l'âgisme qui « regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge » (OMS, 2021).

Les relations amicales sont aussi impactées, car les amis qui ont généralement un âge similaire peuvent eux-mêmes présenter des limitations fonctionnelles et n'auront donc pas la possibilité de se rendre visite. En plus de contraindre la réalisation de leurs actes courants du quotidien, les activités socialisantes incluant des relations interpersonnelles deviennent trop coûteuses en énergie, ce qui favorise davantage l'isolement dans leur domicile (Couturier & Audy, 2016). En somme, les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle ont tendance à se sentir coupable de leur état de santé et se replient donc sur elles-mêmes, de peur « d'être un poids » pour leurs proches, et peuvent ressentir un profond sentiment de solitude en raison de leur situation (Barlow et al., 2015).

La perte d'autonomie peut donc être un facteur entraînant un risque d'isolement social, et il est important d'étudier les répercussions de ce dernier sur la qualité de vie des personnes âgées.

## **2. L'isolement social, un obstacle aux habitudes de vie**

### **2.1. La personne âgée face à l'isolement social**

#### 2.1.1. Définition de l'isolement social

L'isolement social est défini comme « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger » (Ministère chargé de l'autonomie, 2021). Dans les cas les plus extrêmes, les personnes isolées présentant une perte d'autonomie fonctionnelle ne rencontrent quasiment plus personne et font face à un isolement extrême : elles sont en situation de « mort sociale. » L'isolement social vient donc d'un appauvrissement des relations interpersonnelles de la personne et de son réseau social, à ne pas confondre avec la solitude qui désigne un « sentiment d'insatisfaction face à la qualité, prise au sens large de ses contacts » (Campéon, 2016, p. 4). En effet, il est possible de ne pas avoir de relation sociale sans forcément se sentir seul. Bien que ces deux concepts diffèrent, ils sont étroitement liés et peuvent agir sur l'état de santé d'une personne (Qualter & Munn, 2002).

Le développement de l'isolement social peut aussi être le résultat d'une transition occupationnelle qui sera expérimentée de différentes manières en fonction des facteurs environnementaux et personnels. En effet, cette transition découle de la qualité des paramètres liés à son apparition, de la façon dont la personne l'expérimente, des rôles, de l'environnement, des activités quotidiennes, des facteurs facilitateurs et des difficultés liées à cette transition (Crider et al., 2015).

Deux millions de personnes âgées de 60 ans et plus étaient isolées de leur famille et de leurs amis en 2021, d'après le Ministère chargé de l'autonomie. Mais quelles conséquences cette problématique engendre-t-elle aujourd'hui pour la santé publique ?

### 2.1.2. L'isolement social, un problème de santé publique

La pandémie de la COVID-19 a permis de réactualiser la question de l'isolement social et de rappeler l'importance des rôles sociaux au grand âge. En effet, celle-ci a été particulièrement néfaste pour les seniors (Meisner et al., 2020). La question de prévenir l'isolement social chez les aînés étant de plus en plus étudiée, il est nécessaire de se questionner sur la manière d'identifier les personnes isolées. Le problème est que certaines personnes ne se reconnaissent pas comme étant elles-mêmes isolées. En effet, une étude menée en 2016 par Couturier et Audy, ayant pour premier objectif d'identifier les principales sources d'isolement social des aînés, montre que les personnes de moins de 65 ans discernaient toutes au moins un individu dans leur entourage ne s'engageant plus dans des interactions sociales, mais seulement 12% s'identifient comme étant isolées. L'isolement social est donc reconnu comme un réel problème tant qu'il ne concerne pas directement la personne, mais par exemple un membre de ses proches.

Ainsi, le premier pas vers la lutte contre l'isolement social est d'identifier les individus susceptibles d'être touchés en évaluant les nombreux facteurs sociaux, physiques et personnels qui accroissent ce risque. Il existe un nombre conséquent de facteurs favorisant l'isolement social, mais il est possible de se concentrer sur les points les plus critiques : des obstacles dans le parcours de vie qui entraînent un rétrécissement progressif de leur sociabilité, avec parfois le développement d'une dépression qui accentue cet appauvrissement social, le fait de vivre seul ou encore d'être géographiquement isolé... Les ressources financières sont un réel frein à la participation dans certaines activités, et les difficultés de déplacements en lien avec l'accessibilité des lieux publics limitent également la réalisation des activités quotidiennes des aînés (Couturier & Audy, 2016).

Un certain nombre de signes permettent de repérer des personnes qui sont susceptibles d'être isolées : une personne en demande d'échange ou au contraire repliée dans un mutisme, une tenue négligée, un logement négligé, des volets toujours fermés... sont autant d'indices qui peuvent indiquer un potentiel isolement social (Ministère chargé de l'autonomie, 2021).

L'isolement social apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique, suscitant désormais un objet d'étude conséquent pour son influence sur le quotidien des personnes âgées.

## **2.2. Impact de l'isolement social sur les habitudes de vie**

### **2.2.1. Isolement social et perte d'autonomie fonctionnelle, un cercle vicieux**

La perte d'autonomie fonctionnelle est donc un obstacle important du maintien et du développement de la vie sociale. L'inverse est, en réalité, tout aussi vrai : l'isolement social a pour conséquence la diminution des capacités de la personne âgée à réaliser ses activités de vie quotidienne (Serres, 2017). Il faut donc comprendre ici que c'est un cercle vicieux, où les deux problématiques sont interdépendantes, tandis que l'une influe sur l'autre.

Comme vu précédemment, la solitude diffère de l'isolement. Bien que les deux puissent être corrélées, il a été montré que les facteurs identitaires peuvent également jouer un rôle dans l'apparition d'un isolement : certains aspects de la personnalité sont accentués avec l'âge, tels que la timidité ou l'introversion (Serres, 2017). Ainsi, certains seniors aiment la tranquillité et être seuls. Malgré cela, cette situation ne peut perdurer qu'en l'absence d'obstacle dans les activités courantes. La conséquence de l'indisponibilité d'aide humaine ou matérielle équivaut à l'absence de solution fonctionnelle, et donc un renforcement de l'isolement (Couturier & Audy, 2016).

Dans des cas plus extrêmes, notamment de mort sociale, l'isolement peut entraîner des conséquences graves sur l'état de santé, en augmentant le risque de surmortalité auprès des personnes âgées. Cela peut conduire à des troubles psychiques pouvant mener au suicide ou à un syndrome de glissement. Les situations d'isolement ont donc un réel impact sur le plan physique, psychologique et sociale de la personne, favorisant le risque de diminution des capacités dans la réalisation des habitudes de vie (Ministère chargé de l'autonomie, 2021).

### 2.2.2. Conséquences sur les habitudes de vie de la personne âgée

Pendant la pandémie de la COVID-19, le confinement a entraîné l'isolement des personnes âgées, qui ne pouvaient plus bénéficier d'un temps de sociabilité dans leur quotidien, ainsi que la baisse de leur activité physique pendant cette période (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Bien que le confinement n'ait pas eu d'impact sur les activités de vie courante pour la plupart des seniors a posteriori, il a tout de même permis de mieux comprendre les répercussions de l'isolement social sur ces dernières. Cette période constitue un modèle expérimental, inédit et grandeur nature pour comprendre les effets de l'isolement social sur les habitudes de vie des personnes âgées, notamment en situation de mort sociale. En effet, une étude de recherche en ergothérapie a permis d'évaluer les conséquences sur les habitudes de vie des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs pendant la pandémie. Elle montre que l'isolement social peut provenir d'habitudes et de craintes qui ont pour conséquences la réduction du nombre d'activités ainsi que la rupture des contacts habituels de la personne. Elle rapporte enfin que l'isolement a engendré des bouleversements des habitudes de vie, une augmentation des difficultés à les réaliser ou l'abandon de ces dernières (Chagnon et al., 2023).

Celles qui ont été le plus impactées sont la communication, les soins personnels et de santé, l'entretien du domicile, les loisirs physiques et les activités récréatives. Du côté des activités sociales, l'étude évoque un abandon des interactions sociales et l'interruption des visites familiales. Ce phénomène a donc engendré « une diminution de la participation des personnes âgées aux activités de vie quotidienne, ainsi qu'une perte de sens, de sentiment d'actualisation de soi et de l'identité, lesquelles ont finalement mené à une diminution du bien-être » (Chagnon et al., 2023).

L'impact de l'isolement social est donc conséquent sur le mode de vie des seniors. Mais comment lutter contre ce problème de santé publique dans une optique de prévention ?

## **2.3. Prévention contre l'isolement social**

### **2.3.1. Définition de la prévention en santé**

L'OMS installe en 1948 les fondements de la prévention, encore définie aujourd'hui dans la littérature comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » et la distingue en 3 catégories : la prévention primaire qui se réfère aux « actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas », la prévention secondaire qui a pour but de « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population par des actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution » mais également « pour faire disparaître les facteurs de risque », et la prévention tertiaire qui recouvre les actes permettant de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008).

En somme, la prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie, la secondaire au tout début de la maladie, et la tertiaire une fois la maladie installée. Dans une situation idéale, il faudrait pouvoir agir avant l'apparition de problèmes de santé, pour maîtriser les facteurs influençant l'état de santé d'une personne. La prévention contre l'isolement social exige soit d'intervenir en amont, soit quand la personne converge vers une problématique d'isolement ou une fois qu'elle est isolée. C'est ce que Saint-Laurent (2008, p.7) définit comme la prévention globale, c'est-à-dire pouvoir intervenir à tout stade du trouble ou de la pathologie, en présentant l'exemple de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, permettant « d'intervenir en amont pour réduire, retarder, voire maîtriser les effets de la perte d'autonomie ».

Après avoir étudié les caractéristiques des actes de prévention globale en santé, il est pertinent d'aborder de manière plus spécifique la prévention contre l'isolement social.

### 2.3.2. La prévention contre l'isolement social

La prévention contre l'isolement social consiste à inciter l'accompagnement d'une personne en incluant sa participation active, et ce en amont ou pendant un isolement. Cette approche a pour but de repérer et réduire les risques et facteurs favorisant l'isolement social ainsi que son apparition par l'intermédiaire d'interventions interdisciplinaires ciblées et adaptées qui requièrent la présence des autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...). Cela passe entre autres par la promotion de l'autonomie des personnes en décelant les éléments de fragilité ou de vulnérabilité sociale. La fragilité est « un syndrome clinique où l'épuisement des réserves d'une personne l'expose à une diminution de sa capacité de résistance au stress » (Coulongeat et al., 2019).

Les programmes ayant ces objectifs proposent une prévention globale avec différents niveaux d'interventions, incluant l'information et le conseil pour les seniors à la retraite sur l'avancée en âge, l'appropriation de bons comportements et de la participation sociale des retraités et enfin la présentation des plans d'aides lors de situation de rupture, ou lorsque le maintien à domicile semble compliqué (Lautman, 2013). Il existe plusieurs de ces dispositifs aujourd'hui et pour la plupart, il s'agit dans un premier temps de prévenir les seniors contre la fragilité, en amont de la perte d'autonomie, en mettant en place des actions pertinentes de prévention (Soleymani et al., 2018).

Ces actions permettent également d'agir sur le maintien à domicile des personnes âgées. A titre d'illustration, les Dispositifs Renforcés d'Accompagnement à Domicile (DRAD) mobilisent infirmiers libéraux, aides à domicile et kinésithérapeutes pour favoriser le maintien à domicile par différents types d'action, tels que l'installation de systèmes de domotique dans le logement, la proposition d'aides à la vie quotidienne et administratives, soins infirmiers ainsi que des séances de réadaptations qui offrent également une dimension curative, au-delà de la prévention, dans le but d'optimiser l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée (Braverman, 2022).

La littérature existante sur les actions de prévention ne précise pas le rôle des professionnels de santé, et il ne fait également pas notion d'ergothérapeute. Bien que l'interdisciplinarité semble nécessaire pour mener à bien ces programmes, il n'est pas possible de déterminer les modalités d'interventions entre les différents corps de métier

pour parvenir aux objectifs de ces dispositifs. Mais quelles sont les missions de l'ergothérapeute dans la prévention contre l'isolement social ?

### **3. Prévention en ergothérapie contre l'isolement social**

#### **3.1. La prévention en ergothérapie**

##### 3.1.1. Le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention

L'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat définit en 2010 l'ergothérapeute de la manière suivante : « L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence. » C'est donc un professionnel de santé dont l'intervention est basée sur la relation interdépendante de l'occupation et de la santé (Ministère du travail, de la santé et des Solidarités, 2010).

La profession découle d'un référentiel d'activités et de compétences qui introduisent la notion de prévention dans le métier d'ergothérapeute, notamment le conseil et l'éducation en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le référentiel de compétences stipule dans la compétence 5 que l'ergothérapeute doit être capable de « concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée [...] ».

L'ergothérapeute peut donc diriger son intervention, dans un but de prévention, vers une démarche de conseil et d'information pour faciliter la participation et la réalisation des occupations d'une personne. Selon la définition des habitudes de vie, il faut ici comprendre qu'elles sont une partie des occupations, qui correspondent aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps ainsi que donner un sens et un but à leur vie. Elles comprennent les choses dont les gens ont besoin, veulent et sont censés faire (World Federation of Occupational Therapists, 2023).

Dans le cas d'un isolement social, l'ergothérapeute limite donc la perte d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en proposant une intervention qui entretient le bien-être,

l'estime de soi, le sentiment d'utilité et qui donne un sens à ce que fait la personne (Hammell, 2017).

Il est alors intéressant d'étudier les moyens permettant de limiter cette perte d'autonomie de la manière la plus efficace, et donc de prévenir l'isolement social.

### 3.1.2. Favoriser le maintien à domicile pour lutter contre l'isolement social

Le domicile est un lieu dans lequel la personne a construit, généralement pendant de longues années, des activités courantes et des rôles sociaux qui lui sont propres. C'est un endroit riche en souvenirs et en repères, dans lequel la personne éprouve un sentiment de confort, lié à la sécurité apportée par les facteurs environnementaux. C'est dans cet espace que la personne peut faire ce qu'elle souhaite, quand elle le veut et de la manière dont elle a envie (Dreyer, 2017). En effet, le fait de rester à domicile est considéré comme le meilleur moyen de garder des relations, peu importe leur aspect. Il faut pour cela que les aînés bénéficient de solutions de soutien pour leurs habitudes de vie dans un environnement où ils se sentent en sécurité, en particulier leur logement, ce qui limite l'étiollement de leurs liens et de leurs rôles sociaux (Braverman, 2022).

Le maintien à domicile est donc l'un des objectifs du fondement de la lutte contre l'isolement social. Morestin et Cauvin s'intéressent en 2011 au projet Soutien A Domicile Et Ergothérapie (SADEER) qui est un exemple de programme d'action en ergothérapie regroupant différents types d'intervention. Le projet comporte une mission d'adaptation du logement, pour faciliter les déplacements dans le domicile et limiter les obstacles des occupations, des ateliers-conférences de sensibilisation sur les représentations du vieillissement et sur les problèmes de désadaptations, ainsi que l'implication de jeunes retraités-bénévoles dans l'identification des difficultés rencontrées par les personnes âgées isolées, dans le cadre d'une formation et de la supervision de l'ergothérapeute (Morestin & Cauvin, 2011).

Ces dispositifs permettent de comprendre les différents types d'intervention en prévention globale que l'ergothérapeute peut mettre en place dans le but de favoriser le maintien à domicile, l'autonomie fonctionnelle et l'indépendance de la personne, pour

finalement lutter contre l'isolement social. Mais dans quelles structures ces dispositifs peuvent-ils être déployés ?

### 3.1.3. Structures pour accueillir l'intervention préventive en ergothérapie

Il existe peu de littérature déterminant les structures et les lieux physiques pour mener une intervention de prévention en ergothérapie. Le choix de celui-ci dépend de la population ciblée, de l'intervention de prévention, la faisabilité de cette dernière dans le cadre disponible, et des missions liées à la structure dans laquelle le professionnel travaille. Il est toutefois possible de retrouver dans les missions de l'ergothérapeute la structure de pratique.

Par exemple, les professionnels intervenant en Equipe Spécialisée Alzheimer travaillent au domicile de la personne dans une optique de prévention et du maintien à domicile. La maladie d'Alzheimer pouvant entraîner une perte d'autonomie, la lutte contre l'isolement social fait partie des missions de ces équipes (Association Promotion Autonomie et Santé 82, s. d.). Ce type d'intervention est généralement réalisé dans le cadre d'un accompagnement individuel, lorsque cela est possible (Rose, 2020).

Un autre exemple serait les Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) qui permettent d'obtenir des ressources sur les aides techniques, les solutions d'aménagement du logement et du véhicule. Ouvert à tout usager souhaitant des renseignements, il peut être composé d'un appartement témoin permettant d'essayer les aides techniques avant l'achat. Les professionnels peuvent former une équipe mobile afin de répondre aux problématiques liés directement au logement de la personne, tels que l'aménagement ou l'utilisation de matériel médical à domicile. Enfin, ces équipes interviennent dans les forums sous la forme de stands, pour diffuser l'information et ainsi toucher un plus large public, notamment les aidants (Centre National de Solidarité pour l'Autonomie, 2019).

Le CICAT de la région Auvergne Rhône-Alpes fait partie de l'association du Centre Régional d'Information pour l'Agir Solidaire (CRIAS). Celle-ci propose des ateliers de prévention sur différentes thématiques, présentés par l'équipe mobile d'ergothérapeutes. Cette équipe se déplace dans différentes communes et dispose de salles réservées pour leur

programme, généralement prêtées par des structures de soins partenaires de l'association. (Rhône le Département, 2023). Certaines des aides techniques proposées permettent entre autres de faciliter la communication et favoriser le contact avec les proches de la personne et donc limiter l'isolement social, notamment des personnes âgées (CICAT ELSA, s. d.).

La prévention contre l'isolement social en ergothérapie est donc une thématique étudiée aujourd'hui dans des structures existantes. Mais la participation occupationnelle de la personne âgée est-elle prise en compte dans ces interventions ?

## **3.2. La participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social**

### **3.2.1. La participation occupationnelle et sociale**

Dans un premier temps, il est important de faire la différence entre les types de participation. En effet, leur définition peut varier en fonction des modèles conceptuels. L'outil Modele Of Human Occupations Screening Tool (MOHOST) permet de référer la participation occupationnelle comme « l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social [...] elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale » (Parkinson et al., 2017).

La participation sociale peut quant à elle être définie de différentes façons, mais les définitions ont en commun la notion « d'engagement de la personne dans des activités et dans ses interactions avec d'autres personnes de la communauté » (Raymond et al., 2016). Ainsi, le point central de la participation sociale correspond à la réalisation d'activités quotidiennes, entourée des interactions sociales. Le modèle MDH-PPH introduit la situation de participation sociale comme « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » (Annexe A) (Fougeyrollas et al., 2018) (RIPPH, 2022).

Les définitions étant similaires, on pourrait avoir du mal à différencier la participation sociale de la participation occupationnelle. Seulement, cette dernière englobe tous les types d'occupations existantes, contrairement à la participation sociale, qui limite le nombre d'occupations auxquelles elle peut faire référence. En prenant en compte que la participation sociale inclut des activités qui font sens pour la personne, il est possible de

conclure qu'elle fait partie intégrante de la participation occupationnelle (Parkinson et al., 2017).

Le terme de participation occupationnelle sera utilisé pour la suite de cette étude en raison de la prise en compte de la participation dans toutes les occupations de la personne. Mais comment cette participation est-elle liée à l'état de santé d'une personne ?

### 3.2.2. La participation occupationnelle et le bien-être

L'OMS définit en 1946 la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition reste identique aujourd'hui (OMS, 1946).

Le bien-être d'une personne découle de nombreux facteurs liés aux occupations humaines. Hammell liste certains de ces facteurs en 2017, comme le besoin de prendre soin de soi, en réalisant les activités basales et instrumentales dans notre quotidien comme boire, faire à manger, avoir accès à un logement, de pouvoir réaliser des routines et des habitudes de vie, mais aussi d'éprouver un sentiment d'appartenance et de pouvoir jouir de liens sociaux (Hammell, 2017).

Tous ces facteurs sont corrélés aux composantes de la participation occupationnelle. Il faut ici comprendre que la participation occupationnelle et le bien-être sont deux notions étroitement liées, qui s'influencent de manière réciproque, dans un équilibre dynamique. Une participation active dans des activités significatives et signifiantes permet d'agir de manière positive sur le bien-être global d'une personne. D'un autre côté, un état de bien-être accru permet aussi d'être plus actif dans ses occupations. La participation occupationnelle et le bien-être se renforcent donc mutuellement dans une relation bidirectionnelle (Martin Ginis et al., 2017).

Le bien-être dépend donc de la capacité d'une personne à participer à ses occupations. Ainsi il est possible de promouvoir le bien-être en lui faisant prendre conscience qu'elle est capable de faire, et de retrouver le plaisir d'agir. C'est à la suite de l'amélioration de son bien-être global que la personne peut retrouver ce sentiment d'appartenance, en prenant part à des occupations avec d'autres personnes. En effet, la participation à des activités

collectives permet de maintenir une qualité de relation et de faciliter le développement de son bien-être (Caire et al., 2012).

Il est possible d'en conclure que la participation occupationnelle influe de manière positive sur le bien-être, ce qui permet aussi de combattre les préjugés liés à l'âge. Autrement dit, l'amélioration du bien-être permet l'ouverture de la personne vers les autres et ainsi faciliter la réalisation d'occupations en lien avec d'autres personnes (Raymond et al., 2016).

La participation occupationnelle jouera donc un rôle important dans la prévention primaire. La littérature met en avant deux programmes de promotion de la participation occupationnelle plus ou moins anciens. Il est alors intéressant de s'interroger sur les moyens mis en place pour réaliser ces interventions de prévention contre l'isolement social.

### **3.3. Promouvoir la participation occupationnelle en prévention primaire**

#### **3.3.1. Le programme du Lifestsyle Redesign**

Le Lifestyle Redesign est un programme de prévention primaire en ergothérapie développé par des chercheurs de « L'University of Southern California ». Il a de cela une vingtaine d'années, qui propose des interventions pour les personnes âgées en bonne santé, mettant en lien la santé et les activités de vie quotidiennes. Dans le cadre de ce dispositif, l'ergothérapeute centre son intervention sur l'articulation des routines, des habitudes de vie de la personne et de sa participation occupationnelle. Un des objectifs est de pouvoir distinguer les activités pouvant être un obstacle ou au contraire qui peuvent faciliter la participation de la personne. La particularité du Lifestyle Redesign comparé à d'autres programmes d'intervention pour favoriser le bien-être de la personne est de mettre en avant la participation de la personne dans ses activités de vie quotidienne. La personne âgée réalise sa propre analyse de ses habitudes de vie. Elle est vue comme « experte de sa propre vie » et sera active dans son accompagnement avec l'ergothérapeute, présent pour lui permettre de trouver ses propres clés afin de développer son indépendance (Pyatak et al., 2022).

Plus concrètement, le programme est organisé en plusieurs sessions répartis sur une période de 6 à 9 mois, incluant des ateliers individuels une fois par mois et groupaux une fois par semaine, réalisés respectivement à domicile pour travailler sur les mises en situations des activités dans le milieu écologique du participant, et dans des structures telles que des résidences privées (Levasseur & Lévesque, 2019). Les ateliers sont divisés en plusieurs séances selon différentes thématiques, et peuvent être adaptés en fonction des besoins des participants. Différents thèmes du quotidien sont abordés, tels que le vieillissement, les moyens de déplacements, la sécurité, les relations interpersonnelles.... (Lévesque et al., 2020).

Plusieurs études ont permis de confirmer le bénéfice de ce programme pour favoriser la participation de la personne dans ses activités de vie courante (Caire et al., 2012). Bien que ce programme ait prouvé l'apport d'effets positifs, les études montrent un manque de préparation pour permettre l'investissement des personnes une fois le programme terminé (Annexe B) (Levasseur & Lévesque, 2019).

Ce programme a apporté une nouvelle approche de l'ergothérapie en France et a ouvert la voie à la création d'un programme qui s'en inspire en 2023, le dispositif TaPasS.

### 3.3.2. Le programme TaPasS

Le programme TaPasS (Temps d'accompagnement Prévention activités significatives et Santé) est un dispositif adressé aux personnes âgées vivant à domicile, et qui a été inspiré du Lifestyle Redesign et du modèle Vivez Bien Votre Vie (Moll et al., 2015). L'objectif est de lutter contre la fatalité des problèmes de santé liés à l'âge. Ces problèmes de santé sont généralement la conséquence d'une méconnaissance de la population âgée des facteurs facilitateurs et des obstacles liés au maintien d'un bon état de santé, comme l'intégration sociale à travers les occupations. Les fondements du programme sont basés sur l'adaptation du Lifestyle Redesign au contexte européen en reprenant les principes de prévention primaire en gérontologie, les concepts de fragilité, de vieillissement réussi et d'une vision globale de la promotion de la santé (Morel-Bracq et al., 2023).

Il se déroule dans le cadre d'ateliers groupaux pendant lequel l'ergothérapeute accompagne le participant dans la mise en place de changements sur le long terme dans ses

habitudes de vie. La session d'atelier peut aller de 6 à 9 mois et est décomposée en 16 modules. La participation à chaque module est organisée selon la priorisation des thématiques correspondant aux problématiques du participant, et sont déterminées lors de l'initiation au programme à travers le module d'introduction « l'équilibre occupationnel et son rapport à la santé ». Dans un but préventif, les ateliers sont orientés dans une optique de sensibilisation à l'impact des occupations sur la santé. Un module est organisé sur 3 séances : la première sur un mode transmissif avec un apport d'information sur la thématique choisie, une deuxième séance avec une mise en situation concrète dans les activités, et une dernière pour analyser les éléments facilitateurs et les obstacles identifiés dans l'activité. Ce programme requiert l'implication des participants dans une dynamique de groupe qui permet de stimuler les participants entre eux, favorisant une première approche relationnelle, et de centrer la personne dans ses occupations et ses compétences, et non sur ses capacités fonctionnelles (Morel-Bracq et al., 2023).

## Problématisation

La description de ces deux programmes met en évidence une approche spécifique à l'ergothérapie dans la prévention primaire pour lutter contre l'isolement social. Cependant, l'efficacité de ces interventions n'est prouvée que sur la durée des sessions, soit sur un nombre limité d'ateliers. De plus, il est difficile d'avoir du recul sur la mise en place du programme TaPasS, en raison de sa création très récente et sur le manque de visibilité concernant l'accessibilité à la formation. Ensuite, le fonctionnement de ces dispositifs ne semble pas prendre en compte la collaboration pluridisciplinaire que l'on peut retrouver dans les autres programmes de prévention de santé publique et de lutte contre l'isolement social. De plus, ces programmes de santé publique ne mentionnent pas la participation d'ergothérapeutes. Il est alors possible de formuler la problématisation suivante :

**En France, comment l'ergothérapeute participe-t-il à la prévention primaire contre l'isolement social, à travers la participation occupationnelle, pour favoriser le bien-être des personnes âgées vivant à domicile et présentant une perte d'autonomie fonctionnelle ?**

# Partie méthodologique

## 1. Objectifs de recherche

Les informations retrouvées dans la littérature ont permis de définir la problématisation, et ainsi déterminer un objectif de recherche principal : **explorer les axes d'intervention en ergothérapie permettant de promouvoir la participation occupationnelle auprès des personnes âgées vivant à domicile dans une optique de prévention primaire.**

Les sous-objectifs sont les suivants :

- Déterminer les axes de prévention en ergothérapie contre l'isolement social en France
- Identifier l'impact des programmes de prévention à travers la participation occupationnelle sur la qualité de vie
- Explorer les moyens permettant de maintenir la prévention contre l'isolement social à long terme en ergothérapie

## 2. Type de recherche

Cette étude exploratoire a été réalisée sur la base d'une méthode qualitative, dont l'outil principal a été des entretiens personnalisés et individuels, pendant lesquels des informations ont été recueillies auprès des professionnels. Cette méthode de recherche exploratoire a été menée auprès d'un nombre restreint de personnes sélectionnées à travers des critères spécifiques.

## 3. Méthode d'investigation

### 3.1. Choix de la population

Pour répondre aux différents objectifs, et dans la limite de cette étude, des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès des personnes âgées à domicile ont

été interrogés. Il semblait également pertinent de réaliser ces entretiens auprès de professionnels exerçant dans des structures différentes afin de diversifier les informations recueillies concernant leur expérience dans la pratique. Les critères d'inclusion pour la sélection des participants sont les suivants :

- Ergothérapeutes DE travaillant/ayant travaillé au domicile de la personne âgée (ESAD, SSIAD, Libéral...)
- Ergothérapeutes DE étant déjà intervenus dans une situation d'isolement social de la personne âgée
- Ergothérapeutes DE intervenant/étant intervenus dans une optique de prévention

### **3.2. Outil d'investigation**

Cette recherche exploratoire a été réalisée grâce à l'élaboration d'un entretien individuel et semi-directif. Ce type d'entretien est construit sur la base de questions abordant différents thèmes pour mettre en lien le discours des participants et les objectifs de l'étude. Il permet de favoriser le développement de la réflexion professionnelle à travers des questions ouvertes et l'écoute active de l'interviewer.

Ainsi, un guide d'entretien commun à chaque interview a été réalisé (Annexe D). Ce guide est composé de thèmes identifiés à travers la partie théorique et organisés du plus global au plus précis. Il permet à l'investigateur de structurer l'entretien, et d'explorer de manière exhaustive les champs d'informations apportés par l'interviewé, qui peut tenir un discours ne correspondant pas forcément à l'ordre des thèmes abordés.

## **4. Déroulement de l'investigation**

### **4.1. Recherche d'ergothérapeutes**

A la suite de la conception du guide d'entretien, la définition des critères d'inclusion a permis de rechercher des ergothérapeutes ayant une activité professionnelle en lien avec l'objectif de l'étude. Les ergothérapeutes ont été contactés par mail ou par téléphone, les recherches ayant commencé début mars. Lors de ce premier contact, les critères d'inclusion

leur ont été précisés, ainsi que le type d'étude et son objectif. A la suite de leur réponse positive, un formulaire de consentement leur a été envoyé et une date pour réaliser l'entretien a été fixée. Le dernier entretien s'est déroulé le 29 avril 2024.

## **4.2. Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, dans un endroit calme où les seules personnes présentes étaient l'investigateur et le professionnel participant à l'entretien. Certains ont également été réalisés par appel téléphonique en raison des conditions de disponibilités temporelle et géographique des participants. Les entretiens se sont déroulés sans interruption dans les deux modes de communication.

## **5. Analyse des données**

Une retranscription complète a été réalisée pour chaque entretien ainsi qu'une relecture de celle-ci. L'utilisation d'un seul guide a permis de faciliter l'extraction des éléments pertinents pour la poursuite de l'étude et de favoriser l'identification des similitudes et des différences dans le discours des différents participants. C'est à travers la grille d'analyse (Annexe E) que ces comparaisons ont pu être étudiées, en reprenant les éléments cités par les participants et en les groupant par des thématiques similaires au guide d'entretien, ainsi que de nouveaux thèmes qui n'étaient pas présents dans le guide, apportés par les professionnels.

## **6. Aspects éthiques**

Afin de garantir l'authenticité des propos tenus par les participants, chaque entretien a été enregistré. Pour respecter les principes éthiques en lien avec ces entretiens, il a été demandé aux participants de signer un formulaire de consentement leur permettant d'accepter de manière libre et éclairée les conditions de réalisation de l'entretien. Ces conditions consistent en l'anonymat des professionnels, au consentement de l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données dans le cadre de l'étude, ainsi que

la destruction de toute trace des enregistrements après les retranscriptions. Les participants devront également prendre connaissance du thème, des objectifs et des modalités de l'entretien avant la réalisation de ces derniers. Ces informations ont été revérifiées oralement auprès des interviewés en amont de chaque entretien.

# Résultats et analyses

## 1. Contexte de pratique des participants

Les profils des ergothérapeutes interrogées sont hétérogènes, tant au niveau de la structure d'emploi que de leur expérience dans l'intervention à domicile auprès des personnes âgées.

En effet, E1 est ergothérapeute en libéral au domicile des personnes âgées depuis 10 ans « *dans le cadre d'une prestation de caisses de retraites complémentaires* » (E1) en parallèle de sa pratique en EHPAD et en tant que formatrice PRAP2S. E2 intervient depuis un an en Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile (ESAD), ainsi que E3 qui travaille depuis 12 ans en ESAD et en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). Enfin, E4 a exercé pendant un an et demi dans un dispositif de maintien à domicile créé en 2019, en lien avec un pôle gériatrique comprenant un EHPAD, un centre SMR ainsi que ce dispositif nommé « *EHPAD hors les murs* » (E4).

## 2. L'accompagnement des personnes âgées à domicile présentant un isolement social

### 2.1. Des personnes âgées présentant une perte d'autonomie liée à des troubles divers

Les professionnelles interviennent auprès de personnes âgées en perte d'autonomie et E3 intervient également auprès de personnes en situation de handicap de 40 ans et plus. Cette perte d'autonomie semble être liée à divers troubles : « *troubles visuels, soit à cause de troubles moteurs, soit à cause de troubles cognitifs* » (E1). E2 précise également que les personnes qu'elle accompagne « *souffrent de troubles cognitifs avérés et qui ont été diagnostiqués auparavant, donc soit Alzheimer soit maladies apparentées* ».

## 2.2. Objectifs d'intervention pour lutter contre l'isolement social

Les ergothérapeutes semblent converger vers un objectif principal : « *essayer d'amener un lien avec l'extérieur* » (E2). La prévention des chutes, évoquée par E1, E3 et E4, semblent également importante à prendre en compte. E1 énonce comme objectif « *pouvoir permettre à une personne de se déplacer, c'est ce qui va aussi maintenir la vie sociale, et éviter l'isolement* ».

E2, E3 et E4 mentionnent aussi l'importance d'accompagner les personnes âgées dans « *l'acceptation dans leur pathologie et leur avancée dans leur difficulté liée au handicap* » (E3). E2 précise qu'elle intervient en parallèle auprès des familles pour lutter contre l'âgisme : « *redonner un peu du lien avec la famille. Je pensais notamment par exemple à une personne que j'ai suivie en ESAD, où elle se plaignait de, justement, d'avoir la position du malade au sein de cette famille* ».

Un objectif plus global intégrant la participation occupationnelle est abordé par les ergothérapeutes. E3 le formule de la façon suivante « *avoir un meilleur investissement dans ses activités de vie quotidienne* », tandis que E1 l'exprime comme « *retrouver une motivation occupationnelle dans les actes de vie quotidienne* ». E2 expose également la pertinence de l'évaluation de la participation occupationnelle : « *on va évaluer [...] l'évolution de cette maladie, sur toutes les activités de la vie quotidienne. [...] Mais aussi [...] tout ce qui est lié à la participation occupationnelle* ».

Malgré la pertinence de ces objectifs, la prévention contre l'isolement social ne semble pas être visée en priorité lors des interventions en ergothérapie et peut être identifiée comme une problématique sous-jacente à d'autres difficultés. En effet, E4 précise « *la prévention en termes d'isolement social, on n'en parle pas des masses. [...] ... En fait, je me suis renseignée quand j'y ai été confrontée* ».

## 2.3. Axes d'intervention pour lutter contre l'isolement social

Pour répondre à ces objectifs, les ergothérapeutes s'appuient sur différents moyens. Certains se présentent sous forme d'ateliers organisés par les structures. E3 évoque notamment l'atelier café rencontre au cours duquel plusieurs activités sont proposées aux

bénéficiaires et aux aidants : « Ça peut être de la chanson, [...] des discussions autour de thèmes, de la prévention des chutes, des jeux de stimulation cognitive, des sorties accompagnées ». E4 parle également de l'importance des loisirs communs : « ça nous est arrivé par exemple d'avoir des personnes qui aimaient danser, [...] du coup de mettre en place des thés dansants au sein de la structure et de venir les chercher à domicile ».

La mise en lien de la personne âgée avec des associations proposant des ateliers groupaux est également une mission réalisée par les ergothérapeutes : « je vais quand même d'abord appeler l'association pour essayer de faciliter le lien. Que la personne elle s'en saisisse, et qu'elle puisse appeler avant la fin du suivi pour qu'elle puisse [...] s'investir dans cette association » (E2). E1 et E3 soulèvent également les moyens et les aides apportés pour les déplacements : « voir s'il y a des transports adaptés qui existent, quels moyens de déplacement ils vont avoir pour être indépendants dans leur déplacement » (E1). E2 note cependant « de pas non plus forcément [...] aller lui proposer un groupe collectif de personnes qui ont aussi la maladie d'Alzheimer. [...] Parce que sinon en voulant rompre l'isolement, on pourrait le renforcer ».

Enfin, une intervention individuelle est également possible : « ça peut être aussi être quelque chose [...] qu'il fait seul. Par exemple, jardiner [...] Et nous, on essaie d'amener le loisir à quelque chose qui devient un peu plus communautaire ou collectif » (E2). E4 partage également son expérience : « ça a commencé par aller faire une balade avec lui et aller au magasin pour acheter le nécessaire. [...] Il avait envie d'aller au restaurant, donc... Je l'ai emmené au restaurant et puis au fur et à mesure il s'est ouvert [...] il est venu aux activités que je proposais au sein du pôle gériatrique ».

## **2.4. Interdisciplinarité dans la prévention contre l'isolement social**

La collaboration avec les autres professionnels au sein de leur structure semble être primordiale pour les ergothérapeutes. E4 assure, « quand tu repères une situation d'isolement social où tu alertes, c'est important d'en parler à l'assistante sociale, d'en parler à la psychologue, vraiment d'en parler en équipe ». E3 explique quant à elle que l'interdisciplinarité permet de « proposer des approches différentes selon nos sensibilités à

*chacune [...] j'ai fait des binômes avec la psychomotricienne sur des ateliers de prévention des chutes, des binômes avec le psychologue sur [...] la difficulté à vivre son handicap ».*

La collaboration avec les autres ergothérapeutes semble également bénéfique dans l'accompagnement des personnes âgées pour E4 : *« ça m'est déjà arrivée d'appeler d'autres collègues de dispositifs parce que j'étais face à une situation qui me posait problème et j'avais besoin d'un avis extérieur d'une autre ergothérapeute ».*

E2 explique aussi être en lien avec diverses associations : *« [...] on a tout un annuaire de réseaux, d'organismes, soit d'aide humaine, d'organismes associatifs, sportifs, vie sociale, jeux de société... Association senior dans chacune des villes. ».* E1 soulève également des collaborations diverses : *« Parfois, je vais être en lien avec des équipes de soins à domicile, des aides-soignants, [...] aussi les travailleurs sociaux, à la maison du Rhône, à la CARSAT, pour mettre en place après les dossiers de financement, les dossiers d'aides humaines, les dossiers de déplacement ».*

Enfin, les temps d'échanges entre professionnels semblent être importants comme le rapporte E2 : *« on fait régulièrement des réunions toutes les semaines où on parle de situations. [...] j'aime bien présenter des situations, pour aller confronter aussi des regards professionnels ».*

### **3. La participation occupationnelle dans l'intervention contre l'isolement social**

#### **3.1. Obstacles à la participation occupationnelle**

Pour E1 et E3, les difficultés de mobilité semblent être le frein principal à la participation occupationnelle : *« les obstacles, c'est les difficultés de mobilité, qu'elles soient intrinsèques à la personne ou extrinsèques avec les difficultés d'être véhiculées »* (E3).

E2 et E4 mentionnent également le manque de moyens : *il y a un ou deux secteurs qui sont un peu nos bêtes noires [...] il n'y a pas d'association à cet endroit-là. Il y a l'accès au professionnel de santé aussi. [...] Il y a vraiment des zones géographiques qui sont isolées »*

(E2). E4 rajoute « *au sein du dispositif où je travaillais, je n'avais pas de matériel à disposition. Je ne pouvais pas lui créer ou lui fabriquer quelque chose* ».

Elles évoquent également un « *sentiment de honte d'être malade* » (E2) : « *Pour elle le plus dur c'est de se voir perdre de l'autonomie, c'est-à-dire arriver à un moment de se dire je ne suis plus capable* » (E4). E1 relève en parallèle le refus d'accepter cette perte d'autonomie : « *ça se fait assez insidieusement, ça se fait petit à petit. Ce qui fait qu'on ne se rend pas toujours compte que petit à petit, il y a une perte supplémentaire* ». E4 explique que ces refus peuvent être l'origine de tension au sein de la famille : « *les enfants, ils ne comprennent pas pourquoi leur maman, elle refuse tout, alors qu'eux, ils voient bien qu'elle en a besoin* ».

E1 et E4 mentionnent ensuite les conditions financières qui peuvent être un obstacle à la participation : « *Je vois les personnes qui étaient en situation précaire, elles avaient envie aussi de pouvoir participer à certaines activités, mais c'est trop cher* » (E4). Cela peut obliger la personne à prioriser certaines de ces activités : « *elle est avec un organisme, ça lui coûte un peu cher, du coup elle se limite un peu dans ses déplacements* » (E1).

Enfin, les ergothérapeutes énoncent la difficulté de réévaluer les difficultés de la personne en raison du suivi à court terme, notamment E1 qui précise : « *dans mon activité, je vois les personnes qu'une seule fois, ou éventuellement deux fois* ».

### **3.2. Éléments facilitateurs pour favoriser la participation occupationnelle**

E3 et E4 s'accordent pour dire que le développement d'une relation de confiance permet de favoriser la participation occupationnelle de la personne sur du long terme. En effet, pour E3 « *pouvoir initialement venir à domicile pour créer une relation de confiance, c'est des choses qui aident à travailler sur le long terme* ». E4 rajoute « *j'ai déjà eu le cas de patients [...] qui refusent la venue [...] de toutes les personnes qui peuvent les aider. Et ce monsieur-là, j'ai réussi à mettre en place avec lui, si tu veux, des objectifs par semaine* ».

De plus, l'intervention s'appuie pour les ergothérapeutes sur les envies de la personne : « *je me suis vraiment basée sur ce que va apporter la [...] personne pendant le*

*bilan, [...] de ce qu'elle aurait envie de retrouver finalement » (E1). E2 souligne le même point : « s'il a déjà eu des pistes ou des envies d'activités, de choses comme ça ».*

Enfin, la collaboration des proches de la personne âgée semble être un point important dans son accompagnement. E2 confirme *« s'appuyer beaucoup sur les aidants, l'entourage familial. On peut s'appuyer sur les professionnels de santé qui interviennent au domicile »* tandis que E3 exprime être *« partie prenante avec les aidants familiaux et les aidants professionnels pour que cette participation »*. La sollicitation des familles ne semble cependant pas un point central de l'accompagnement et les contacts avec ces derniers est établi dans le cas d'une problématique spécifique : *« le premier objectif, c'était de voir avec la famille s'ils pouvaient mettre en place le matériel » (E4)*. Les ergothérapeutes semblent plus s'orienter vers les professionnels présents au quotidien de la personne que ses proches.

## **4. La prévention à long terme contre l'isolement social**

### **4.1. Relais des objectifs aux autres professionnels**

Les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'un suivi à long terme à la suite de l'accompagnement de la personne âgée par l'ergothérapeute est nécessaire. En effet, leur intervention *« reste une action qui est ponctuelle » (E1)* ne permet pas un suivi régulier de la personne.

Pour E2, qui réalise 12 à 15 séances avec la personne, la collaboration avec d'autres professionnels permet d'assurer une continuité : *« je vais faire un relais avec l'assistant en soin en gérontologie. Et là je vais clairement donner comme objectif à cette assistant d'aller chercher ça, soit en accompagnant carrément la personne par exemple »*. Concernant l'ESAD, elle ajoute qu'il est *« possible de renouveler la demande chaque année »*. Si le suivi n'est plus envisageable dans la structure, il peut alors être pertinent de *« faire relais avec un ergo libéral » (E2)*.

E3 propose quant à elle de *« mettre en place des rendez-vous réguliers lorsqu'on travaille à domicile ou [...] à l'hôpital. Ou des rendez-vous réguliers en centre, si la personne est en centre. [...] la régularité du contact, pour moi, est importante »*. L'intégration de cette continuité dans le quotidien passe pour E4 par la visite systématique du même

professionnel : « *on a essayé de trouver aussi le prestataire qui permet de garder toujours la même personne parce que c'est ça aussi qui pour eux est dur, c'est le changement* ».

## **4.2. Réévaluation des interventions**

Les méthodes de réévaluation de l'impact de l'intervention sur la qualité de vie des personnes âgées sont assez hétérogènes, en particulier les intervalles de temps entre chaque évaluation. En effet, la ponctualité de leurs séances rend difficile la réévaluation de l'évolution de l'état de santé des personnes âgées. Les ergothérapeutes utilisent un auto-questionnaire comme moyen d'évaluation. E3 évoque un « questionnaire qui est étudié pour le soutien, [...] qui dit [...] êtes-vous satisfaits de l'accompagnement proposé par le SSIAD ? Êtes-vous satisfaits des cafés-rencontres ? ». E4 rapporte quant à elle « *On réévaluait tous les six mois. J'allais à domicile et je réévaluais un petit peu où la personne en était sur ses difficultés* » ainsi que l'utilisation d'un « *auto-questionnaire qu'on avait créé. Voilà, avec des items pour chaque intervenant à domicile* ».

E2 utilise également un auto-questionnaire permettant d'évaluer les activités « *qui ont été pratiquées actuellement, celles qui ont été abandonnées mais que la personne aimerait reprendre* ». Elle précise cependant que ce questionnaire est utilisé lors de la première visite chez la personne : « *Donc ce qu'on appelle les visites de pré-admission, c'est vraiment pour le premier contact. [...] C'est comme une trame d'entretien en fait* ». Elle s'appuie également sur des outils standardisés tels que « *l'échelle BADL/IADL, [...] l'AGGIR [...] Le Beck [...] le MMSE* ».

Bien que E1 ne réalise pas de réévaluation, certains items abordent l'entourage de la personne lors des entretiens réalisés au début de ses visites à domicile : « *dans mes questionnaires, une partie a déjà des liens avec le fonctionnement, aussi dans la famille, avec la fréquence à laquelle il les voit, qui les a mises à l'aise* ».

# Discussion

## 1. Interprétation des résultats par rapport à la pratique

### 1.1. L'intervention de l'ergothérapeute contre l'isolement social

#### 1.1.1. Agir sur la perte d'autonomie de la personne âgée

D'après la revue de littérature, il existe une forte corrélation entre l'isolement social et la perte d'autonomie. En effet les personnes âgées accompagnées par les ergothérapeutes semblent plus susceptibles de développer un isolement social en raison de difficultés, liées à différents troubles. L'objectif global de l'ergothérapeute pour lutter contre l'apparition d'un isolement social est donc de limiter cette perte d'autonomie par le maintien à domicile, afin d'agir sur les difficultés rencontrées. Cet objectif est commun à celui des dispositifs de prévention contre l'isolement social retrouvés dans la littérature. Les ergothérapeutes ont pour spécificité de se centrer sur les occupations de la personne, et identifient les difficultés de déplacements comme le principal facteur favorisant l'isolement social de la personne âgée.

#### 1.1.2. De la participation occupationnelle à la participation sociale

En accord avec les données théoriques, la participation occupationnelle permettrait de favoriser le lien social des personnes âgées. En effet, lors des interventions en ergothérapie, la personne peut débiter la séance en réalisant une activité seule, en reprenant dans un premier temps une activité signifiante pour elle, souvent sous la forme de loisirs. La participation occupationnelle permet donc de limiter la perte d'autonomie par l'activité, et donc de diminuer les risques d'apparition de l'isolement social.

Cet accompagnement permet donc d'aller de la participation occupationnelle à la participation sociale. L'ergothérapeute aide d'abord la personne à se réinvestir dans une activité qui lui correspond et favoriser son bien-être, en amont d'une ouverture vers les autres, notamment à travers une activité signifiante commune à plusieurs individus.

L'ergothérapeute doit alors identifier les nombreux facteurs facilitateurs tels que les envies de la personne, la possibilité de se rendre à son domicile et ainsi se trouver au plus près de son quotidien, et les obstacles à cette participation tels que les difficultés financières et les difficultés de déplacements.

### 1.1.3. Un manque de visibilité des programmes de prévention en ergothérapie

L'existence de programmes de prévention primaire en ergothérapie contre l'isolement social reste à ce jour méconnue en France. En effet, le manque de visibilité de ces programmes reste présent et les ergothérapeutes n'ont pas fait mention de programmes ou de dispositifs spécifiques, que ce soit en ergothérapie ou en collaboration avec d'autres corps de métier. Elles évoquent cependant être en lien avec des associations externes à leur structure de pratique proposant divers ateliers aux personnes âgées. De plus, aucune structure spécialisée dans la prévention contre l'isolement social n'a été mentionnée. Bien que celui-ci soit pris en compte, l'accompagnement en ergothérapie n'est pas centré sur l'isolement social. Il reste une problématique sous-jacente qui semble apparaître à la suite de problèmes au premier plan du projet de la personne, telles que les difficultés de mobilité.

## **1.2. L'interdisciplinarité dans la prévention contre l'isolement social**

### 1.2.1. L'ergothérapeute, un intermédiaire entre la personne âgée et les associations

La littérature permet de mettre en évidence que les dispositifs favorisant le maintien à domicile et l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée permettent de garder un contact avec l'extérieur et de prévenir l'isolement social. Les ergothérapeutes n'ont pas évoqué collaborer avec des dispositifs similaires. En revanche, la coopération d'associations externes à la structure est au cœur de l'accompagnement pour préserver le lien social de la personne âgée. L'ergothérapeute est un levier pour faciliter l'insertion de la personne âgée dans ces associations en permettant par exemple un premier contact administratif ou une adaptation des déplacements jusqu'au lieu des ateliers.

### 1.2.2. La collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de santé

A la suite des recherches théoriques, aucune donnée ne détermine les modalités de collaboration entre les professionnels de santé au sein des dispositifs de lutte contre l'isolement social. Pourtant, l'interdisciplinarité permet bien la communication et le partage d'expertise entre professionnels, permettant de définir des moyens de prévention encore plus efficaces (Vermeulen & Forestier, 2022).

Les ergothérapeutes collaborent effectivement quotidiennement avec les autres professionnels de leur structure pour évaluer tous les aspects touchant l'isolement social. En effet, cette problématique dépend de facteurs qui peuvent sortir du domaine de l'ergothérapie et qui doivent donc être suivis dans un autre champ professionnel. Cela permet donc à l'ergothérapeute d'aborder la situation sous différentes visions.

Comme l'isolement social reste une problématique non centrale à l'accompagnement et que ce suivi n'est possible qu'à court terme, il est intéressant de partager son point de vue avec d'autres pairs. De ce fait, il est possible de distinguer au sein même de la profession d'ergothérapie des spécialisations et une expérience professionnelle qui peuvent différer, et donc amener différentes visions et solutions d'accompagnement contre l'isolement social.

De plus, les ergothérapeutes s'appuient beaucoup sur les acteurs externes à leur structure. Certains professionnels, tels que les auxiliaires de vie, qui travaillent régulièrement au domicile de la personne et sont au plus près du quotidien de la personne. Ils représentent donc un réel soutien pour l'ergothérapeute et pour comprendre comment la personne réalise ses activités de vie quotidienne.

### 1.2.3. La collaboration de l'ergothérapeute avec l'entourage

En théorie, la personne âgée tend à ne pas s'appuyer sur son entourage et il arrive parfois qu'elle refuse toute aide apportée, souvent en lien avec un sentiment de honte vis-à-vis de ses difficultés. Celles-ci, combinées à un manque d'aide entraînent donc l'apparition de nouvelles problématiques. Dans la pratique, les ergothérapeutes relèvent plusieurs points concernant la famille.

Tout d'abord, ce refus d'aide de la part de leurs aînés peut entraîner des tensions car les proches ne comprennent pas pourquoi la personne âgée décline les solutions proposées. Toutefois, la famille reste une ressource pour l'ergothérapeute afin de déterminer les solutions les plus adaptées à leur aîné. En effet, Ennuyer explique en 2018 que la famille reste présente pour la personne et apporte un soutien moral et financier, dans le cas où elle habite près du domicile du senior. Il faut néanmoins prendre en compte que cette étude n'est pas réalisée dans un contexte d'isolement social, et donc que la famille de la personne isolée n'est pas quotidiennement disponible pour aider ou que l'aîné refuse l'aide proposée. L'ergothérapeute travaille donc avec les proches pour mieux comprendre la situation de la personne, bien que cela reste pour des situations spécifiques.

### **1.3. La prévention à long terme contre l'isolement social**

#### **1.3.1. Relais des objectifs en ergothérapie aux autres professionnels**

Les ateliers des programmes en ergothérapie retrouvés en théorie et les interventions des ergothérapeutes au domicile de la personne âgée restent ponctuels, ce qui a pour conséquence un suivi à court terme. Le risque est donc que la personne, n'étant plus stimulée à la fin des ateliers, voit son investissement dans ses activités diminuer et qu'elle n'applique pas à long terme les solutions trouvées lors des accompagnements.

La régularité du contact de la personne est de ce fait un objectif premier qui peut notamment être transféré à un ergothérapeute travaillant dans un cabinet libéral. La transmission des objectifs en ergothérapie à des professionnels présents au quotidien chez la personne est donc nécessaire. L'ergothérapeute doit par conséquent assurer la bonne compréhension de ses objectifs par les autres professionnels, ce qui représente un enjeu interdisciplinaire majeur.

#### **1.3.2. Réévaluation des interventions des ergothérapeutes**

Les données présentant les programmes de prévention contre l'isolement, que soit en ergothérapie ou non, ne relatent pas de suivi de la personne âgée une fois les sessions d'atelier terminés. Les réévaluations des ergothérapeutes sont ainsi peu nombreuses. Et

bien que le mode de passation soit similaire, les modalités restent hétérogènes. De plus, peu d'items sont en lien direct avec l'isolement social. Les auto-questionnaires comportent en effet des thèmes généraux sur le quotidien de la personne. En somme, la réévaluation n'est pas réalisée de manière efficiente pour observer l'évolution d'une situation d'isolement social à la suite d'interventions de prévention. En réalité, la littérature apporte beaucoup d'informations sur la détection de ces situations par les professionnels en détectant indirectement les facteurs favorisant l'isolement par l'observation, sans utiliser d'évaluation centré sur cette problématique.

Il existe cependant une échelle anglaise, nommée la Lubben Social Network Scale – 6 – Item Version (LSNS-6), permettant d'évaluer l'isolement social de la personne âgée (Annexe C). C'est un auto-questionnaire de six items permettant d'identifier la qualité et la fréquence des contacts de la personne à travers différentes sphères sociales. Cette version a été conçue pour évaluer cette thématique de manière efficiente en optimisant le temps d'évaluation (Lubben et al., 2006).

### 1.3.3. La prévention primaire en ergothérapie contre l'isolement social

La revue de la littérature a permis de mettre en lumière des programmes de prévention primaire contre l'isolement social des personnes âgées en favorisant leur participation occupationnelle. Bien que les ergothérapeutes s'appuient également sur ce concept pour s'orienter par la suite vers la participation sociale, la situation d'isolement est déjà installée au moment de l'accompagnement. L'objectif des interventions est alors de limiter l'extension de l'isolement social de la personne âgée. Ainsi, contrairement aux programmes spécifiques, l'intervention des professionnels correspond davantage à de la prévention globale qu'à de la prévention primaire. Celle-ci correspondrait à agir sur les facteurs favorisant l'apparition de l'isolement social et non directement sur une situation d'isolement social.

## 2. Intérêts et limites de l'étude

Cette étude a permis de mettre en évidence la participation de l'ergothérapeute dans la prévention primaire contre l'isolement social des personnes âgées en perte d'autonomie et vivant à domicile, en favorisant leur participation occupationnelle. Elle a de la même manière permis de souligner l'importance de la collaboration avec les différents acteurs intervenants dans le quotidien de la personne.

Cependant, les contraintes temporelles et méthodologiques de cette étude ont déterminé un nombre restreint de professionnels à interviewer. De plus, le choix d'analyser la pratique française de l'ergothérapie limite les champs d'étude de la pratique concernant les programmes d'ergothérapie en lien avec la thématique choisie, du fait de leur manque de visibilité ou de leur récente arrivée en France. En effet, peu d'informations les concernant ont pu être relevées lors des entretiens car les ergothérapeutes ne connaissaient pas ces programmes.

Pour autant, la polyvalence des structures des ergothérapeutes a permis de mettre en lien des similitudes ou au contraire des différences dans leur pratique et leurs questionnements concernant la thématique de ce travail. En effet, leur expérience en tant que professionnelle de santé différaient par leurs précédents lieux de travail, les années d'expérience ou les spécificités de leur poste actuel. La pertinence des arguments qu'elles ont avancés ont permis de mettre en lumière des points cruciaux pour pallier les obstacles rencontrés par les ergothérapeutes lors de la prévention contre l'isolement social des personnes âgées. Enfin, les concepts de participation occupationnelle, des éléments facilitateurs et des obstacles leurs étaient familiers, bien qu'elles n'utilisent pas régulièrement des modèles conceptuels dans leurs pratique.

### **3. Suggestion pour une poursuite d'étude**

Cette étude est née d'un intérêt particulier pour l'origine de l'isolement social que peuvent vivre les personnes âgées. Cette thématique a été explorée à travers une revue de la littérature et a mené à une problématique. Celle-ci met en lien la prévention primaire contre cet isolement ainsi que l'intervention en ergothérapie par la promotion de la participation occupationnelle. A la suite de cette problématique, les expériences professionnelles d'ergothérapeutes ont été recueillies et analysées pour repérer les similitudes, les divergences et la complétion des informations théorique exposées dans la première partie de l'étude.

En prenant en compte les éléments exposés tout au long de ce travail, les programmes de prévention primaire en ergothérapie présentent un accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle, alors que l'isolement social n'est pas encore présent. Mais il pourrait être intéressant d'agir directement sur les facteurs favorisant l'isolement social, tels que le niveau d'indépendance de la personne, qui est au cœur du métier d'ergothérapeute.

Il est alors pertinent de se poser la question de la prévention liée à l'âge, et non à la perte de capacité. L'ergothérapeute pourrait intervenir avant même l'apparition des premiers signes de fragilité, soit dès 60 ans d'après les données théoriques. Un autre repère à prendre en compte serait le passage à la retraite. Un bilan en ergothérapie permettrait de préparer et faciliter cette transition occupationnelle et de déterminer l'impact de l'arrêt de l'activité professionnelle sur les liens sociaux. Il apporterait un réel soutien dans le maintien et la réorganisation des occupations de la personne âgée, permettant de préserver son indépendance dans son quotidien.

## Conclusion

Les personnes âgées représentent une partie conséquente de la population française. Leurs difficultés sont donc largement considérées en santé publique, notamment la perte d'autonomie fonctionnelle qui contribue fortement au développement de l'isolement social. La crise de la pandémie COVID-19 a montré un impact considérable sur les activités de vie courante et les rôles sociaux des seniors, permettant le développement ou l'évolution de dispositifs introduisant de nouveaux enjeux de prévention. La théorie met en évidence l'intervention préventive de l'ergothérapeute par la promotion de la participation occupationnelle dans des programmes de prévention primaire en ergothérapie pour lutter contre l'isolement social. L'objectif est d'inciter la personne âgée à investir de nouveau ses occupations. Une personne ayant un état de bien-être suffisant aura plus de facilités à développer et entretenir des relations sociales, permettant donc de lutter contre l'isolement.

Les résultats obtenus suite à l'enquête auprès d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé au domicile de personnes âgées confirment la nécessité de favoriser la participation occupationnelle pour s'orienter ensuite vers une participation sociale. La ponctualité de leurs interventions requiert toutefois la collaboration avec l'entourage ainsi que les professionnels internes et externes à leur structure, qui est indispensable pour apporter un accompagnement complet et régulier. Le suivi à court terme des ergothérapeutes ne permet donc pas d'évaluer l'impact des interventions de manière efficiente sur les occupations des seniors et donc d'envisager un accompagnement à long terme. Il est ainsi primordial de transmettre les objectifs d'ergothérapie aux professionnels qui sont présents quotidiennement pour la personne âgée.

Leur pratique s'axe toutefois dans une optique de prévention globale plus que primaire, du fait que l'isolement social soit déjà présent lors de l'accompagnement par les ergothérapeutes. Il pourrait être intéressant de mener une enquête plus approfondie sur l'intervention de l'ergothérapeute dans la prévention primaire contre la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 60 ans et plus ainsi que dans l'accompagnement de la transition occupationnelle que représente la retraite.

# Bibliographie

- Algava, E., & Blanplain, N. (2021). 68,1 millions d'habitants en 2070 : Une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. 1881. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
- Amieva, H., Avila-Funes, A., Bergua, V., Koleck, M., Letenneur, L., Ouvrard-Brouillou, C., Rasclé, N., Tabue-Teguo, M., & Pérès, K. (2021). PACOVID, une enquête en population sur les effets du confinement et de la pandémie chez les personnes âgées : Premiers résultats. *Revue de neuropsychologie*, 13(2), 133-138. <https://doi.org/10.1684/nrp.2021.0672>
- Association Promotion Autonomie et Santé 82. (s. d.). Equipe spécialisée ALZHEIMER. APAS 82. <https://www.apas82.fr/fr/soins-et-sante/equipe-specialisee-alzheimer>
- Barlow, M. A., Liu, S. Y., & Wrosch, C. (2015). Chronic illness and loneliness in older adulthood : The role of self-protective control strategies. *Health Psychology*, 34(8), 870-879. <https://doi.org/10.1037/hea0000182>
- Braverman, L. (2022). Les dispositifs renforcés de soutien à domicile : Quels apports à la lutte contre l'isolement? 39, 1-17.
- Briede-Westermeyer, J. C., Radici Fraga, P. G., Schilling-Norman, M. J., & Pérez-Villalobos, C. (2023). Identifying the Needs of Older Adults Associated with Daily Activities : A Qualitative Study. 20(5), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054257>
- Caire, J.-M., Morestin, F., & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique. Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, 35 / 142(3), 41-55. <https://doi.org/10.3917/gs.142.0041>
- Campéon, A. (2016). Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149(1), 11-23. <https://doi.org/10.3917/gs1.149.0011>
- Chagnon, M., Rahimaly, S., Grenier, A., Charbonneau, M., Leblanc, L., David, V., Moreau-Trahan, F., Cassidy, N., & Viscogliosi, C. (2023). L'impact de l'isolement engendré par

la Covid-19 sur le fonctionnement et la capacité de réaliser les activités des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : Résultat d'une étude de portée. 9(1), 155-152.

Charazac, P. (2020). Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions (3<sup>e</sup> éd.). Donud. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/reader/docid/88920590/page/1>

CICAT ELSA. (s. d.). ELSA - Visitez l'appartement de démonstration (Anciennement Octologis). <http://www.elsa.criasmieuxvivre.fr/>

Centre National de Solidarité pour l'Autonomie, (2019). Les centres d'information et de conseil sur les aides techniques. [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_19-10\\_depliant\\_a4\\_cicat\\_web.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_19-10_depliant_a4_cicat_web.pdf)

Coulangeat, M., Pambet, M., Chassagne, P., & Gauvain, J.-B. (2019). Le concept de fragilité chez la personne âgée : Implications pour le rhumatologue. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 86(3), 164-171. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2019.01.005>

Couturier, Y., & Audy, E. (2016). Isolement social des personnes âgées : Entre le désir de désengagement et le besoin d'un soutien concret. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149(1), 125-140. <https://doi.org/10.3917/g1.149.0125>

Crider, C., Calder, C. R., Bunting, K. L., & Forwell, S. (2015). An Integrative Review of Occupational Science and Theoretical Literature Exploring Transition. *Journal of Occupational Science*, 22(3), 304-319. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.922913>

Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, 39 / 152(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0009>

Fougeyrollas, P. (2010). La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap (Vol. 52). Les Presses de l'Université Laval. <https://id.erudit.org/iderudit/1005711ar>

Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>

- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., St-Michel, G., Côté, J., Barral, C., Robin, J.-P., Castelein, P., & Korpès, J.-L. (2018). Classification internationale Modèle de développement humain—Processus de production du handicap—RIPPH.
- Grobon, S., & Renaud, T. (2018). Les activités des seniors : De moins en moins diversifiées passé 75 ans. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646087?sommaire=3646226>
- Haut-commissariat au plan. (2023). Quand les babyboomers auront 85 ans. [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2023/09/hcp\\_-\\_quand\\_les\\_babyboomers\\_auront\\_85\\_ans.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2023/09/hcp_-_quand_les_babyboomers_auront_85_ans.pdf)
- Insee. (2023). Population par sexe et groupe d'âge. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2)
- Jonsson, H., Borell, L., & Sadlo, G. (2000). Retirement : An occupational transition with consequences for temporality, balance and meaning of occupations. *Journal of Occupational Science*, 7(1), 29-37. <https://doi.org/10.1080/14427591.2000.9686462>
- Lautman, A. (2013). Préface. In *La fragilité des personnes âgées* (p. 5-6). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bela.2013.01.0005>
- Légifrance. (2021). Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (1)—Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000747703/2021-01-08/>
- Levasseur, M., & Lévesque, M.-H. (2019). Version francophone de l'intervention précoce prévention Lifestyle Redesign chez les aînés : Effets, faisabilité et étapes suivantes. In Association nationale française des ergothérapeutes. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir, plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (Vol. 1, p. 199-218). Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Tardif, M.-È., Lalanne, K., Boudriau, M., Ainsley, S., Boislard, C., & Levasseur, M. (2020). Lifestyle Redesign® (Remodeler sa vie) : First Pilot Study Among Older French-Canadians. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(4), 241-252. <https://doi.org/10.1177/0008417420929508>

- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Martin Ginis, K., Evans, M. B., Mortenson, W. B., & Noreau, L. (2017). Broadening the Conceptualization of Participation of Persons With Physical Disabilities : A Configurative Review and Recommendations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(2), 395-402. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.017>
- Meisner, B. A., Boscart, V., Gaudreau, P., Stolee, P., Ebert, P., Heyer, M., Kadowaki, L., Kelly, C., Levasseur, M., Massie, A. S., Menec, V., Middleton, L., Taucar, L. S., Thornton, W. L., Tong, C., Hoonard, D. K. van den, & Wilson, K. (2020). La nécessité des approches interdisciplinaires et collaboratives pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées et le vieillissement : Déclaration conjointe de l'ACG / CAG et de la RCV / CJA. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 39(4), 487-499. <https://doi.org/10.1017/S071498082000032X>
- Ministère chargé de l'autonomie. (2021). Isolement social des aînés : Des repères pour agir. Ministère de la santé et de la Prévention. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/isolement\\_social\\_des\\_aines\\_des\\_reperes\\_pour\\_agir\\_2021-accessible.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/isolement_social_des_aines_des_reperes_pour_agir_2021-accessible.pdf)
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2008). Rapport Flajolet, Annexe1, La prévention : Définitions et comparaisons. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2023). Prévention des chutes chez les seniors et les personnes âgées : Publication d'un manuel pratique à destination des professionnels. <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/prevention-des-chutes-chez-les-seniors-et-les-personnes-agees-publication-d-un>
- Ministère du travail, de la santé et des Solidarités. (2010). Bulletins Officiels Santé—Protection sociale—Solidarité 2010. [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste\\_20100007\\_0001\\_p000.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf)

- Ministère du Travail, du plein emploi et de l'Insertion. (2023). Réforme des retraites : Ce qui change à partir du 1er septembre 2023. <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/reforme-des-retraites-ce-qui-change-a-partir-du-1er-septembre-2023>
- Moll, S., Gewurtz, R., Krupa, T., Law, M., Larivière, N., & Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well" : A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *82(1)*, 9-23. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1177/0008417414545981>
- Morel-Bracq, M.-C., Soum-Pouyalet, F., & Joussaume, M. (2023). Le programme TaPasS : une pratique innovante en ergothérapie pour la promotion de la santé centrée sur les occupations. *ErgOThérapies*, 90, 33-41. 90, 33-41.
- OMS. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (2; Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, p. 100).
- OMS. (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf)
- OMS. (2017). Integrated care for older people : Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. <https://iris.who.int/handle/10665/258981>
- OMS. (2021). Vieillissement : L'âgisme. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- OMS. (2022). Vieillissement et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ONU. (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Papon, S., & Beaumel, C. (2018). Bilan démographique 2017. Institut National de la statistique et des études économiques, 1683. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>

- Parant, A. (2018). Blanchet Mickaël, 2017, Atlas des séniors et du grand âge en France. 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre, Rennes, Presses de l'EHESP, 120 p. *Population*, 73(4), 852-853. <https://doi.org/10.3917/popu.1804.0852>
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle. Boeck.
- Pyatak, E. A., Carandang, K., Rice Collins, C., & Carlson, M. (2022). Optimizing Occupations, Habits, and Routines for Health and Well-Being With Lifestyle Redesign® : A Synthesis and Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 7605205050. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049269>
- Qualter, P., & Munn, P. (2002). The separateness of social and emotional loneliness in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(2), 233-244. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00016>
- Raymond, É., Grenier, A., & Lacroix, N. (2016). La participation dans les politiques du vieillissement au Québec : Discours de mise à l'écart pour les aînés ayant des incapacités? *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 22(1), 5-21. <https://doi.org/10.7202/1086379ar>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2022). Le modèle. RIPPH. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Rhône le Département. (2023, novembre). Le Département, partenaire des journées « CICAT ELSA Près de Chez Vous ». Rhône le Département. [https://www.rhone.fr/jcms/pl01\\_2056949/fr/le-departement-partenaire-des-journees-cicat-elsa-pres-de-chez-vous](https://www.rhone.fr/jcms/pl01_2056949/fr/le-departement-partenaire-des-journees-cicat-elsa-pres-de-chez-vous)
- Rose, A. (2020). Ergothérapeutes en Equipe Spécialisée Alzheimer : Un rôle clé dans la coordination de soins nécessaire au maintien à domicile. 77, 23-30.
- Saint-Laurent, A. (2008). Prévention globale, une originalité ou une habitude ? *Gérontologie et société*, 31 / 125(2), 201-207. <https://doi.org/10.3917/gs.125.0201>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-

- 19 on Health in Older People : Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>
- Serres, J.-F. (2017). Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité (Journal officiel de la République Française). [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_17\\_isolement\\_social.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf)
- Soleymani, D., Berrut, G., & Campéon, A. (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. *La santé en action*. 443, 1-52.
- Vermeulen, F., & Forestier, N. (2022). De l'importance de l'interdisciplinarité dans la prévention des chutes. *Mains Libres*, 4, 195-196. <https://doi.org/10.55498/MAINSLIBRES.2022.10.4.195>
- World Federation of Occupational Therapists. (2023). About Occupational Therapy. World Federation of Occupational Therapists. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Hammell, WK. (2017). Précis – Discours commémoratif Muriel Driver 2017 Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle—Karen Whalley Hammell, 2017. 84, 1-14. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1177/0008417417753374>
- Winance, M. (2007). Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sciences sociales et santé*, 25(4), 83-92. <https://doi.org/10.1684/sss.2007.0404>

## Résumé

### Titre : la participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées

**Introduction :** L'isolement social est un problème de santé publique d'actualité qui a fait l'objet de nombreuses études depuis la pandémie de Covid-19. Les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de développer un isolement social en raison de leur fragilité. C'est pourquoi la question de la prévention primaire contre ce problème est primordiale.

**Objectif :** Cette étude vise à explorer comment, en France, l'ergothérapeute peut favoriser le bien-être des personnes âgées vivant à domicile et en perte d'autonomie grâce à la participation occupationnelle pour les prévenir de l'isolement social.

**Méthodes :** Des ergothérapeutes qui travaillent ou travaillaient au domicile des personnes âgées ont participé à cette recherche exploratoire qui a été menée à travers des entretiens individuels et semi-dirigés réalisés avec un guide d'entretien. Différents thèmes ont été abordés et étudiés en fonction des différences et des similitudes à travers une grille d'analyse.

**Résultats :** L'intervention préventive des ergothérapeutes a pour objectif de favoriser la participation occupationnelle dans le but de faciliter les liens sociaux des personnes âgées. La collaboration avec divers acteurs entourant les personnes âgées est alors essentielle pour permettre un accompagnement complet à long terme.

**Conclusion :** Les interventions ponctuelles des ergothérapeutes rendent difficile la prévention contre l'isolement social qui reste une problématique sous-jacente à d'autres difficultés rencontrées. Ainsi, les professionnels axent leur pratique dans une optique de prévention globale plus que de prévention primaire.

**Mots-clés :** *isolement social - personnes âgées - participation occupationnelle - bien-être - prévention primaire*

## Abstract

### Title : Occupational participation to fight against social isolation of elderly people

**Introduction :** Social isolation is a current public health issue that has been studied extensively since the Covid-19 pandemic. Older people are particularly likely to develop social isolation because of their fragility. This is why the question of primary prevention against this problem is paramount.

**Aim :** This study aims to explore how, in a French context, the occupational therapist can promote the well-being of older people living at home and with a loss of autonomy through occupational participation designed to prevent them from social isolation.

**Methods :** Occupational therapists working or previously working at older people's home participated to this exploratory research which was carried out through individual and semi-structured interviews conducted with an interview guide. Different themes were discussed and studied according to differences and similarities through an analysis grid.

**Results :** The preventive intervention of occupational therapists aimed to promote occupational participation in order to facilitate the social ties of elderly people. Collaboration with various stakeholders surrounding elderly people was then essential to allow a comprehensive long term support.

**Conclusion :** The punctual interventions of occupational therapists made it difficult to prevent social isolation, which remains a problem underlying other encountered difficulties. Therefore, professionals focus their practice on comprehensive prevention rather than primary prevention.

**Keywords :** *social isolation - elderly people - occupational participation - well-being - primary prevention*

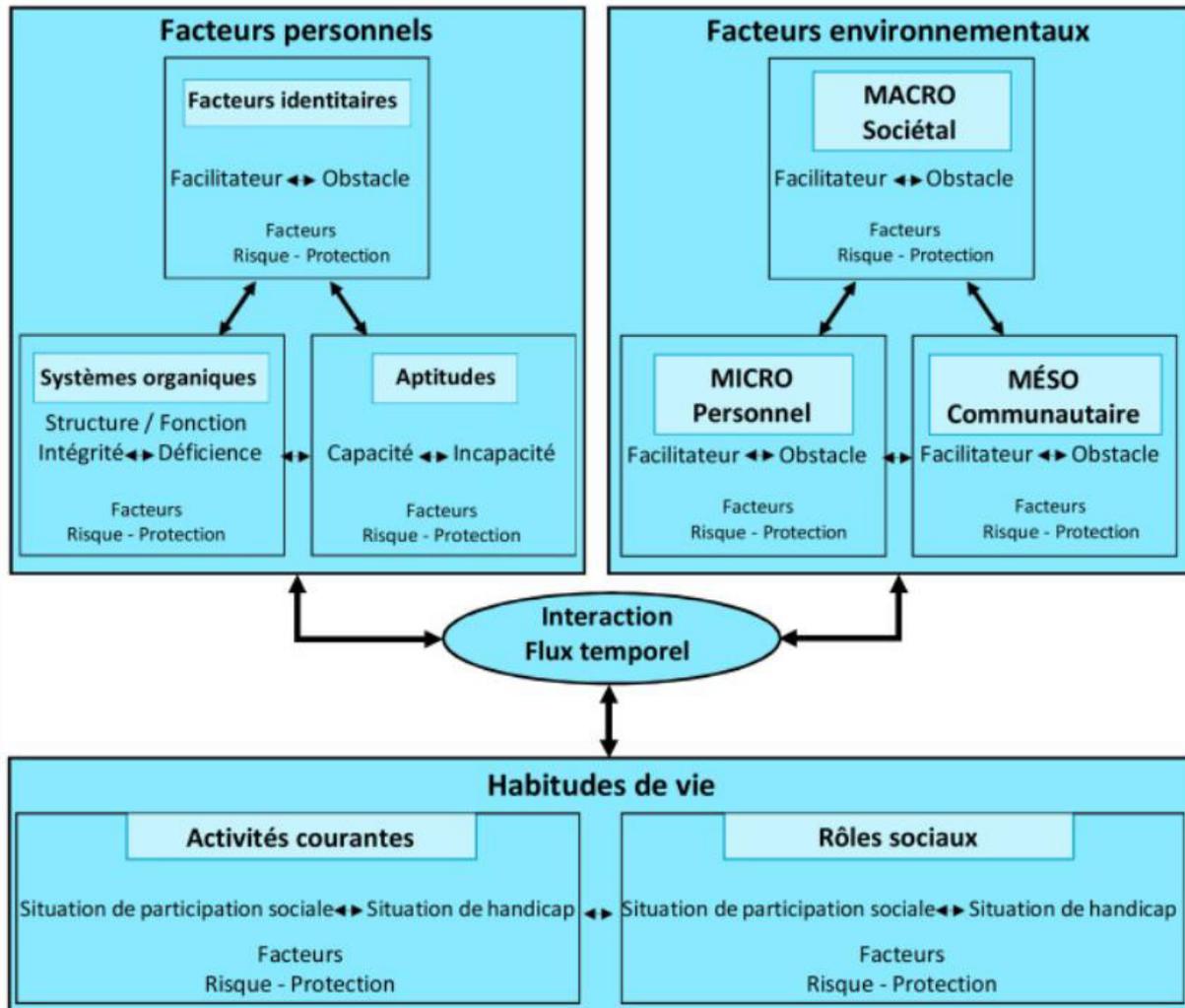
# Table des annexes

<b>Annexe A - Modèle de développement humain-Processus de production du handicap</b> .....	II
<b>Annexe B - Effets positifs, négatifs ou nuls du Lifestyle Redesign</b> .....	III
<b>Annexe C – Lubben Social Network Scale – 6</b> .....	IV
<b>Annexe D – Guide d’entretien</b> .....	V
<b>Annexe E – Grille d’analyse</b> .....	VIII
<b>Annexe F – Formulaire de consentement vierge</b> .....	X
<b>Annexe G – Formulaire d’engagement de l’étudiant vierge</b> .....	XI

# Annexe A : Modèle de développement humain-Processus de production du handicap

*Le MDH-PPH*

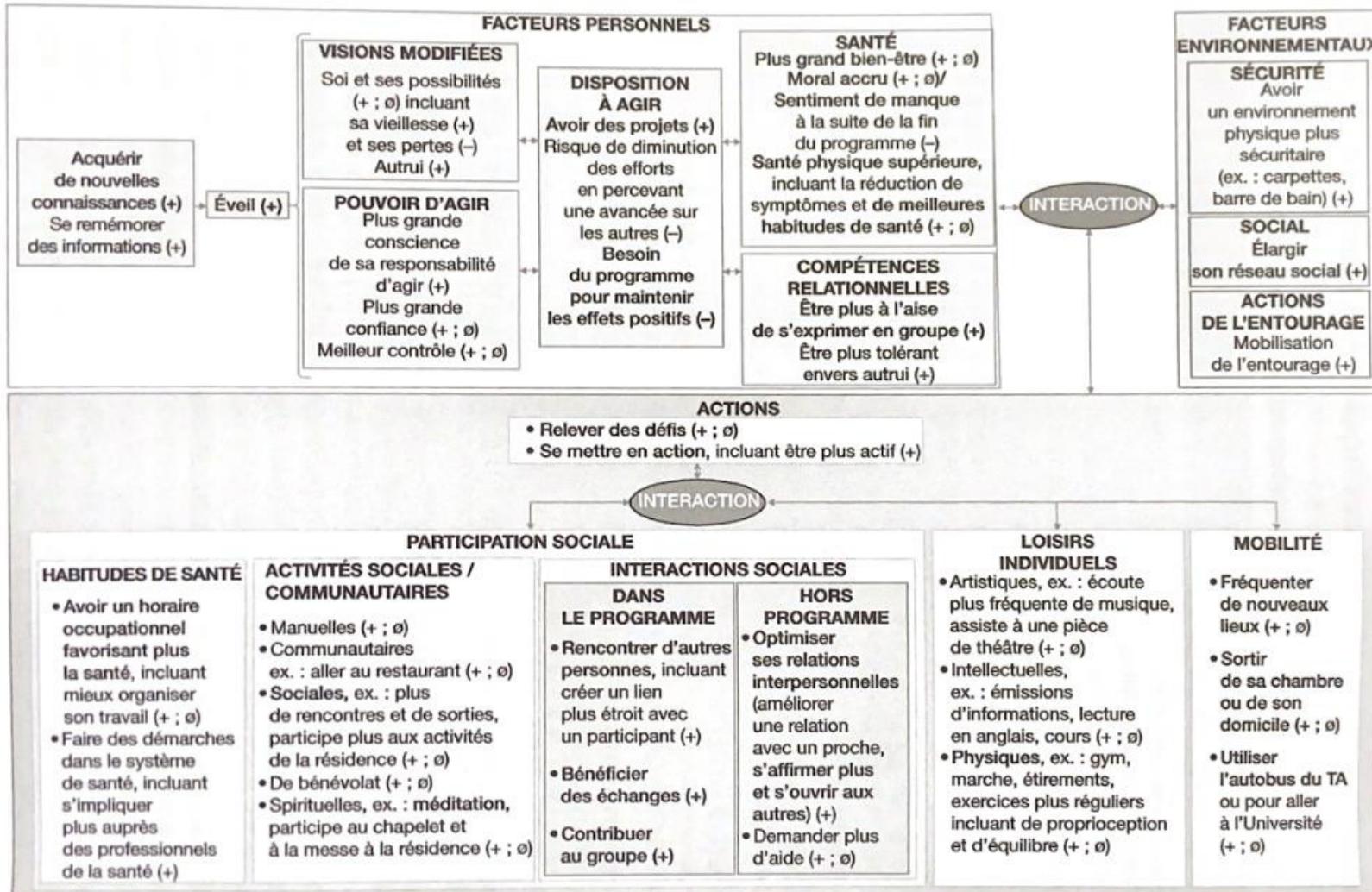
(Fougeyrollas & al., 2018)



## Annexe B : Effets positifs, négatifs ou nuls du Lifestyle Redesign

Effets positifs (+), négatifs (-) ou nuls ( $\emptyset$ ) du Lifestyle Redesign

(Levasseur & Lévesque, 2019)



## Annexe C : Lubben Social Network Scale – 6

LSNS-6

(Lubben & al., 2006)

---

---

### LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE—6-Item Version

---

---

#### LSNS-6

**FAMILY:** *Considering the people to whom you are related either by birth or marriage ...*

1. How many relatives do you see or hear from at least once a month?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

2. How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

3. How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

**FRIENDSHIPS:** *Considering all of your friends including those who live in your neighborhood ...*

4. How many of your friends do you see or hear from at least once a month?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

5. How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

6. How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?

0 = none 1 = one 2 = two 3 = three or four 4 = five thru eight 5 = nine or more

*LSNS-6 total score is an equally weighted sum of these six items. Scores range from 0 to 30.*

*Family and Friend Subscales are an equally weighted sum of their three items respectively.*

*Subscales scores range from 0 to 15.*

---

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

### **Objectif principal**

Cette étude a pour objectif d'explorer les axes d'intervention en ergothérapie permettant de promouvoir la participation occupationnelle auprès des personnes âgées vivant à domicile dans une optique de prévention primaire.

### **Critères d'inclusion :**

- Ergothérapeutes intervenant au domicile de la personne âgée (ESAD, CICATS, Libéral...)
- Ergothérapeutes étant déjà intervenu dans une situation d'isolement social de la personne âgée
- Ergothérapeutes intervenant dans une optique de prévention

### **Critères de non-inclusion :**

- Ergothérapeutes n'ayant pas d'expérience professionnelle auprès de la population gériatrique
- Ergothérapeutes intervenant uniquement dans un établissement pour personnes âgées
- Ergothérapeutes n'ayant pas d'expérience de pratique de prévention

### **Ouverture : Profil du professionnel et de sa pratique**

**Objectif :** Comprendre les activités du professionnel dans la structure où il exerce.

**Question :** Quelles sont vos principales activités exercées dans le cadre de votre poste ?

#### ***Relances :***

- *Avec quelle population travaillez-vous ?*
- *Avec quels autres professionnels collaborez-vous ?*

**Indicateurs recherchés** : pratique du professionnel, population concernée, collaboration avec d'autres professionnels.

## **Thème 1 : Prévention en ergothérapie contre l'isolement social**

**Objectif** : Déterminer les axes de prévention en ergothérapie contre l'isolement social en France.

**Question** : Quelles sont vos expériences en matière de prévention contre l'isolement social en ergothérapie ? Quelles répercussions ont-elles eu sur votre perception dans la pratique de l'ergothérapie ?

**Relances** :

- *Quelles étaient vos axes d'interventions dans ce contexte ?*
- *Pouvez-vous me parler d'interventions spécifiques en lien avec l'isolement social ?*
- *Quelle place occupe l'interdisciplinarité dans les interventions préventives selon vous ?*

**Indicateurs recherchés** : processus de lutte contre l'isolement social en ergothérapie, intégration des interventions de lutte contre l'isolement social en France en ergothérapie.

## **Thème 2 : La participation occupationnelle dans les programmes de prévention**

**Objectif** : Identifier l'impact des programmes de prévention à travers la participation occupationnelle sur la qualité de vie.

**Question** : Quels étaient vos objectifs en ergothérapie dans le cadre de cette intervention ?

**Relances** :

- *Quels modèles utilisez-vous dans votre pratique en ergothérapie ?*

- *Quelles seraient les ressources et les obstacles pour favoriser la participation occupationnelle en ergothérapie selon vous ?*

**Indicateurs recherchés :** obstacles et ressources de la participation occupationnelle, participation occupationnelle dans une intervention en ergothérapie.

### **Thème 3 : Maintien de la prévention contre l'isolement social à long terme**

**Objectif :** Explorer les moyens permettant de maintenir la prévention contre l'isolement social à long terme en ergothérapie.

**Question :** Quels facteurs pensez-vous être les plus importants pour limiter l'isolement social sur le long terme en ergothérapie ?

**Relances :**

- *Quels outils d'évaluation pourraient être utilisés pour observer l'impact des programmes à long terme ?*

**Indicateurs recherchés :** obstacles et ressources pour lutter contre l'isolement social à long terme, outils d'évaluation de l'isolement social, impact de programmes de prévention contre l'isolement social.

### **Fermeture : fin de l'entretien et remarques complémentaires**

**Objectif :** obtenir des informations complémentaires pour compléter l'analyse.

**Question :** Y a-t-il d'autres points que vous estimez pertinents d'aborder pour faire suite à notre discussion ?

**Indicateurs recherchés :** points en lien avec le sujet omis ou non mentionnés pendant la discussion.

## Annexe E : Grille d'analyse

	E1	E2	E3	E4	Convergences	Divergences
<b>Missions du poste d'ergothérapeute</b>						
<b>Population cible</b>						
<b>Objectifs d'intervention</b>						
<b>Axes d'intervention</b>						
<b>Moyens d'intervention</b>						
<b>Place de la pratique interdisciplinaire dans la prévention contre l'isolement social</b>						
<b>Obstacles à la participation occupationnelle</b>						
<b>Ressources à la participation occupationnelle</b>						

<b>Prévention à long terme contre l'isolement social</b>						
<b>Réévaluation de l'intervention à long terme</b>						
<b>Elargissement de la pratique</b>						

## Annexe F : Formulaire de consentement vierge

Je soussigné(e) ..... (NOM, Prénom),  
Ergothérapeute diplômé(e) d'Etat, consens en toute connaissance de cause à participer à  
l'étude : **La participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social.**

Cette étude est réalisée par Camille Provençal, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie  
à l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR) de l'Université Claude Bernard  
Lyon 1, sous la supervision de son maître de mémoire Madame Amandine Ibanez.

- J'accepte que l'enregistrement sonore de l'entretien soit conservé par l'étudiante et utilisé dans le cadre de cette étude
- Je suis libre de mettre fin à l'entretien à tout moment, de ne pas répondre à l'entièreté des questions posées, et ce sans aucun justificatif.
- J'ai pris connaissance du thème et des objectifs de la recherche
- J'ai pris connaissance du déroulement et de la conduite de l'entretien
- Je suis informé(e) que ma participation à cet entretien n'implique aucune rémunération

Réalisé le ...../...../.....

A .....

**NOM, Prénom :**

**Signature du participant :**

X

## **Annexe G : Formulaire d'engagement de l'étudiant vierge**

Je soussignée, Camille Provençal, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de l'Université Claude Bernard Lyon 1, réalise sous la supervision de Madame Amandine Ibanez l'étude intitulée : **La participation occupationnelle pour lutter contre l'isolement social.**

Dans le cadre des entretiens que je réaliserai pour cette étude, je m'engage à :

- Respecter la confidentialité professionnelle
- Anonymiser et garder les entretiens confidentiels
- Supprimer toute trace des entretiens réalisés après leur retranscription
- D'utiliser les données recueillies uniquement dans le cadre de cette étude
- N'accorder aucune rémunération aux participants
- Respecter la décision des participants à mettre fin à l'entretien à tout moment, de ne pas répondre à l'entièreté des questions posées, et ce sans aucun justificatif.

Fait le ...../...../.....

A.....

**NOM, Prénom de l'étudiante :**

**Signature :**