

**Identifier les besoins des familles d'accueil
dans l'accompagnement de la personne accueillie
lors des activités de la vie quotidienne**

Former, informer et conseiller pour favoriser l'autonomie
des personnes accueillies vieillissantes.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

REMERCIEMENT

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de mon mémoire.

En premier lieu, je remercie Mme Ratelade, en tant que maître de mémoire ; elle m'a guidée et accompagnée tout au long de celui-ci.

Je remercie les référents pédagogiques de l'IFE de Berck sur Mer ainsi que l'ensemble des professionnels qui m'ont permis d'élaborer mon projet.

Je souhaite également remercier les personnes représentant l'association FAMIDAC pour leur aide dans la réalisation de ma pré-enquête ainsi que les vingt-trois familles d'accueil qui y ont répondu et les six familles d'accueil qui ont évalué le questionnaire. .

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à mes proches et mes amis pour la contribution et le soutien qu'ils m'ont apportés durant ces derniers mois.

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	<u>1</u>
<i>Chapitre 1 : Cadre théorique</i>	<u>5</u>
<i>I. Les familles d'accueil</i>	<u>5</u>
<i>1.1 Qui sont-elles ?</i>	<u>5</u>
<i>1.2 Population accueillie</i>	<u>6</u>
<i>1.2.1 La personne âgée</i>	<u>6</u>
<i>1.2.2 La personne adulte handicapée</i>	<u>6</u>
<i>1.3 Les lois régissant les familles d'accueil</i>	<u>7</u>
<i>1.4 Les agréments</i>	<u>7</u>
<i>1.4.1 Les conditions psychosociales et les locaux</i>	<u>8</u>
<i>1.4.2 Conditions de remplacement</i>	<u>9</u>
<i>1.4.3 Le renouvellement d'agrément</i>	<u>9</u>
<i>1.5 Le statut des accueillants</i>	<u>10</u>
<i>1.6 Les missions de l'accueillant</i>	<u>11</u>
<i>1.6.1 L'accueil</i>	<u>11</u>
<i>1.6.2 L'accompagnement</i>	<u>12</u>
<i>II. Vieillesse, perte d'autonomie et dépendance : les conséquences ressenties dans les activités quotidiennes</i>	<u>12</u>
<i>2.1 Les activités de la vie quotidienne</i>	<u>12</u>
<i>2.2 Le processus de vieillissement</i>	<u>14</u>
<i>2.2.1 Devenir vieux, c'est à quel âge ?</i>	<u>14</u>
<i>2.2.2 Le vieillissement physiologique</i>	<u>14</u>
<i>2.2.3 Le vieillissement pathologique</i>	<u>17</u>
<i>2.3 Perte des capacités : les conséquences dans les AVQ</i>	<u>17</u>

2.3.1	<i>Déficiences et incapacités</i>	17
2.3.2	<i>Dépendant bien que autonome</i>	18
III.	<i>Accompagner la personne âgée pour favoriser son autonomie</i>	19
3.1	<i>L'accompagnement selon le niveau de dépendance</i>	19
3.1.1	<i>Que signifie accompagner une personne dans son quotidien</i>	19
3.1.2	<i>Stimuler l'autonomie d'une personne âgée</i>	20
3.1.2.	<i>Les niveaux de dépendance</i>	20
3.1.2.2	<i>Quelle attitude adopter pour stimuler l'autonomie</i>	21
3.2	<i>Un ergothérapeute pour conseiller, former et informer sur les moyens pouvant stimuler l'autonomie d'une personne vieillissante</i>	22
3.2.1	<i>Qu'est-ce que l'ergothérapie ?</i>	22
3.2.2	<i>Moyens humains et matériels</i>	23
3.2.2.1	<i>La manutention</i>	23
3.2.2.2	<i>L'aménagement du logement et les aides</i>	24
3.2.3	<i>Un ergothérapeute pour conseiller, former et informer</i>	25
	<i>Chapitre 2 : Méthodologie</i>	26
I.	<i>Justification de l'outil</i>	26
1.1	<i>Une étude quantitative : dans quelle optique ?</i>	26
1.2	<i>Choix de la population</i>	27
1.2.1	<i>Caractéristiques de la population</i>	27
1.2.2	<i>Taille de l'échantillon</i>	27
1.2.3	<i>Localisation et sélection de l'échantillon</i>	28
1.3	<i>Description du questionnaire</i>	28
1.4	<i>Protocole de passation</i>	31
II.	<i>Le pré-test</i>	31

Chapitre 3 : Résultats du pré-test	33
Chapitre 4 : Discussion	35
I. Réajustement de l'outil	35
1.1 Introduire une présentation écrite	35
1.2 Favoriser la compréhension	36
1.3 Nuancer les réponses	37
1.4 Observations non retenues	37
II. Réflexion sur les résultats du pré-test	38
2.1 Des éléments de discordances	38
2.2 Les biais du pré-test	39
2.3 Les solutions	40
III. Ouverture : la reconnaissance des accueillants en tant que professionnels	41
Conclusion	43

Introduction

Le vieillissement de la population, en France et dans le monde, est inéluctable et irréversible. Ce phénomène a pour principale cause la baisse de la mortalité chez les personnes âgées. Ainsi, de 1950 à 2008 « *le nombre des plus de 60 ans a été multiplié par 2, celui des plus de 80 ans par plus de 3 et celui des centenaires par 100 !* » (Meslé France, 2009) ^[1]. En vue de démontrer ce phénomène, de nombreuses études ont été menées notamment par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques. L'INSEE ^[2] montre ainsi qu'en 2050 un tiers de la population française métropolitaine serait âgée de plus de 60 ans, sachant que l'âge de limite de la vieillesse est 65 ans pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette évolution de la population est également due à l'arrivée dans le troisième âge des enfants issus du baby-boom des années 1946 à 1975.

Les changements physiologiques entraînés par le vieillissement normal et pathologique sont à l'origine d'une diminution plus ou moins importante des capacités fonctionnelles chez la personne âgée. Ce phénomène provoque une perte d'autonomie. De ce fait, de nombreuses personnes âgées se retrouvent en situation de dépendance partielle ou totale.

Pour faire face à cette évolution, l'État propose des solutions adaptées aux besoins des personnes âgées en termes d'hébergements, de soins, de bien-être ou encore d'aides à domicile. Cependant, de nombreuses personnes âgées souhaitent rester dans leur logement le plus longtemps possible pour profiter de leur environnement où elles ont, entre autres, leurs habitudes et leurs amis. Le placement en établissement est souvent ressenti comme une rupture.

Lors d'un stage dans un centre de rééducation, j'ai pris part à la réflexion concernant l'organisation de la sortie d'un patient. Dans ce cas de figure, son état de santé ne permettait pas d'envisager un retour seul au domicile. Le patient refusant le placement en institution, sa famille a alors proposé un hébergement en famille d'accueil. Cette solution étant pour eux l'intermédiaire entre le maintien à domicile et le placement en Établissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD). Cette solution permet à la personne d'être hébergée au sein de la maison de l'accueillant et d'être accompagnée par ce dernier dans les gestes de la vie quotidienne qui lui sont difficiles. Dans un premier temps, l'ergothérapeute et moi-même avons été amenées à réaliser une visite à domicile chez l'accueillant. Dans un

second temps, nous avons prodigué des conseils à la famille d'accueil sur la manière d'aider Mr X dans les différents actes de la vie quotidienne.

Ne connaissant pas ce mode d'hébergement, j'ai réfléchi sur le bien-fondé de cet accueil et principalement sur les compétences que possèdent les accueillants dans l'accompagnement d'une personne vieillissante au quotidien. En effet, les techniques de prise en charge, permettant de favoriser l'autonomie de la personne âgée, demandent des connaissances adaptées à cette population en termes d'approche, de sollicitation, de contact ou encore de matériel. Dans leur formation, les ergothérapeutes apprennent à former et conseiller les soignants, les familles et les aidants sur certaines de ces techniques. Je pense donc qu'un ergothérapeute peut avoir sa place auprès des accueillants familiaux en les aidant, au cours de formations, à maintenir l'autonomie de la personne accueillie lors des activités de la vie quotidienne. Effectivement, malgré le fait que la grande majorité des ergothérapeutes ne connaissent pas l'existence des familles d'accueil, on retrouve actuellement un petit nombre de professionnels qui interviennent occasionnellement ou de manière plus régulière auprès de ces familles.

La mise en place d'un programme de formations adapté aux familles d'accueil demande une réflexion particulière. Tout d'abord, il convient de définir clairement les besoins des accueillants familiaux. Ensuite, il faut trouver les réponses qu'un ergothérapeute peut leur apporter. Pour finir, il faut concevoir un outil permettant de former, d'informer, voire de conseiller les familles d'accueil sur les différents moyens existants. Mon étude ne porte que sur la première étape.

Ma problématique est donc la suivante : **Identifier les besoins des familles d'accueil dans l'accompagnement de la personne accueillie lors des activités de la vie quotidienne ; former, informer et conseiller pour favoriser l'autonomie des personnes accueillies vieillissantes.**

Quelles sont les difficultés rencontrées par les familles d'accueil ? Quelle en est leur origine ?

Afin d'avoir une première idée de réponses à ces deux questions, j'ai choisi de réaliser une préenquête. Pour cela, j'ai créé un questionnaire destiné aux familles d'accueil (annexe I). En parallèle, j'ai contacté une association nationale de familles d'accueil, FAMIDAC, pour leur demander de mettre mon questionnaire en ligne sur leur site. L'association a adhéré à mon projet. Un mail annonçant la mise en ligne du questionnaire a été envoyé à l'ensemble des

adhérents. Vingt-deux personnes m'ont répondu. Les éléments de réponses sont repris dans des tableaux récapitulatifs (annexe II).

L'analyse des tableaux met en évidence plusieurs notions me permettant d'avoir une première ébauche d'éléments de réponses à la problématique posée.

Premièrement, il ressort que les difficultés rencontrées par les accueillants dans l'accompagnement des activités de la vie quotidienne sont directement liées aux capacités physiques et cognitives de la personne accueillie. En effet, la diminution des capacités fonctionnelles et cognitives entraîne une perte de l'autonomie et des désirs. L'accompagnement dans la réalisation des activités de vie quotidienne devient donc plus difficile pour l'accueillant notamment lors des transferts, des déplacements, de la toilette et de l'habillage. Je note également que la plupart des personnes accueillies sont âgées de plus de 75 ans et que certaines d'entre-elles peuvent avoir une démence ou une autre pathologie telle que la maladie de Parkinson. Indépendamment, ces deux notions sont susceptibles d'augmenter le niveau de dépendance de la personne.

Deuxièmement, je relève des insuffisances dans la formation des accueillants. Il s'avère en effet que ceux-ci, n'étant pas majoritairement issus du milieu professionnel médico-social (seulement 48%), leurs connaissances initiales du handicap sont limitées. Bien qu'une grande majorité des accueillants disent avoir reçu des formations, celles-ci se révèlent souvent être non adaptées à leurs besoins comme peuvent en témoigner ces paroles « *nous survolons les sujets qui du coup n'offrent que très peu d'intérêt* », « *le niveau est très bas* », « *succinct* » (annexe II). De plus, je remarque que les formations décrites sont essentiellement liées au nursing, aux gestes de premiers secours, à la manutention, à l'alimentation mais ne sont pas en rapport avec la stimulation des personnes âgées et avec le maintien de l'autonomie. J'observe également que très peu d'accueillants ont bénéficié des conseils d'un ergothérapeute.

Mon hypothèse de recherche est donc la suivante : **Les difficultés rencontrées par les familles d'accueil dans l'accompagnement viennent d'un manque de connaissances en matière de moyens pouvant favoriser l'autonomie d'une personne vieillissante tels que les aides techniques, les techniques de manutention ou encore l'aménagement du logement.**

Pour mener à bien mon étude, je m'appuie sur un questionnaire destiné aux accueillants dans le but de comprendre les difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. Cet outil va également me permettre de savoir si les difficultés sont dues à un manque de connaissances des moyens utilisés par l'ergothérapeute visant à stimuler l'autonomie d'une personne.

La première partie du mémoire est théorique. Elle définit les familles d'accueil, met en lien les notions d'activité de la vie quotidienne et de vieillissement et explique les relations entre l'accompagnement, l'autonomie et l'ergothérapie.

La deuxième partie porte sur la méthodologie. J'y explique la création du questionnaire et de son protocole de passation ainsi que l'évaluation de l'outil lors d'un pré-test.

La troisième partie décrit et organise les résultats obtenus lors du pré-test réalisé auprès d'un échantillon d'accueillants de manière à mettre en évidence les modifications nécessaires.

La quatrième partie correspond à la discussion. A défaut d'infirmier ou de confirmer l'hypothèse posée, je propose un réajustement du questionnaire, j'amène une réflexion sur les résultats du pré-test et ses limites et je fais une ouverture du sujet en lien avec l'apport d'une reconnaissance des accueillants en tant que professionnels.

Chapitre 1 : Cadre théorique

I. Les familles d'accueil

1.1 Qui sont-elles ?

Un accueillant familial est une personne qui, à titre onéreux, accueille à son domicile et accompagne dans les actes quotidiens de la vie, une ou plusieurs personnes âgées ou adultes en situation de handicap. La rémunération englobe le salaire, le loyer, une première indemnité fixe pour les frais d'entretien (denrées alimentaires, produits d'entretien..) et une deuxième dont le montant varie en fonction du niveau d'autonomie de la personne accueillie. L'accueil peut être séquentiel, temporaire, à mi-temps ou à plein temps. A noter que pour mon mémoire j'ai choisi de m'intéresser uniquement aux personnes accueillant de façon permanente.

La personne accueillie est nourrie, logée, blanchie et accompagnée dans les activités quotidiennes si cela lui est nécessaire. Elle est logée dans une chambre au sein de la maison familiale ou dans un logement attenant et communiquant avec celui de l'accueillant.

Ce mode d'accueil est un intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. Il s'adresse aux personnes qui ne souhaitent plus ou ne peuvent plus rester à domicile suite à un changement de situation familiale ou sociale, à une perte d'autonomie ou à un handicap.

L'accueillant familial doit être agréé par le Conseil Général de son département (loi du 10 juillet 1989) ^[3]. Un contrat fixant les conditions d'accueil doit être signé par l'accueillant et par la personne accueillie et/ou son représentant.

1.2 Population accueillie

D'après l'association FAMIDAC ^[4], la famille d'accueil est une solution alternative entre un maintien à domicile et un placement en établissement pour toute personne âgée ou adulte en situation de handicap.

La personne accueillie ne peut pas appartenir à la famille de l'accueillant jusqu'au 4ème degré inclus ^[5].

1.2.1 La personne âgée

La personne âgée peut opter pour cette alternative parce qu'elle ne dispose plus d'une autonomie suffisante pour rester seule à domicile. Bien qu'autonome, elle peut également choisir cette solution en vue de combler sa solitude.

Dans la majorité des cas, ce choix s'effectue à la suite d'une hospitalisation ou en accord avec sa famille naturelle qui n'est plus en mesure d'assurer sa prise en charge.

Selon le code de l'action sociale et des familles ^[5], une personne peut être accueillie sous le terme « *personne âgée* » si elle a plus de soixante ans et est inapte au travail.

1.2.2 La personne adulte handicapée

L'accueil familial pour personnes adultes handicapées a pour objectif de développer le projet de vie de la personne souffrant d'incapacités physiques, sociales ou comportementales. Ce placement peut être mis en place à la suite d'une hospitalisation ou lorsque le lieu de résidence en vigueur n'est plus envisageable (parents vieillissants).

Selon le code de l'action sociale et des familles ^[5], cette personne doit avoir plus de 18 ans et doit être reconnue à ce titre par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ou par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (invalidité 2ème ou 3ème catégorie).

Toutefois, un individu relevant de la prise en charge d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ne peut envisager cette solution sauf si il est sous la responsabilité d'un établissement médico-social, d'un service agréé à cet effet ^[5].

1.3 Les lois régissant les familles d'accueil

Les accueillants familiaux sont régis par des lois qui permettent de contrôler et lutter contre les accueils non réglementés.

D'une part, le Conseil Général est défini comme l'unique superviseur ^[3]. A ce titre, il doit valider les demandes d'agrément, assurer le contrôle et le suivi social et médicosocial de la personne accueillie. Il doit également mettre en place et donner des formations aux accueillants.

D'autre part, le Code de l'action sociale et des familles définit de nouvelles réglementations. Par exemple : l'accueil mixte est autorisé, l'agrément doit être renouvelé tous les cinq ans, il est national et limité à un maximum de trois personnes accueillies, les formations sont obligatoires pour les accueillants, le salaire journalier des accueillants est au minimum de 2,5 SMIC horaire + 10% de congés payés. L'ensemble des lois établies permet de valoriser l'activité des familles d'accueil tout en favorisant la protection des personnes accueillies.

Chaque famille d'accueil dépend de son Conseil Général. L'agrément est établi pour chaque personne accueillie, avec un maximum de trois agréments par accueillant.

1.4 Les agréments

Le Conseil Général **du Pas de Calais** a établi des conditions d'obtention d'un agrément. Elles sont expliquées dans le « référentiel à l'usage des comités locaux de concertation » (2009) ^[6]. Celui-ci stipule que le candidat doit déposer une demande auprès des services du Conseil Général de son département. Il doit bénéficier d'un logement adapté aux contraintes de l'âge comprenant une chambre individuelle de 9 m² (ou 16 m² si deux résidents). Il doit également s'engager à assurer la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des futures personnes accueillies. Pour cela, il doit accepter de suivre les formations initiales et continues proposées par le Conseil Général. En outre, il doit garantir le suivi social et médico-social des personnes et avoir une solution de remplacement si nécessaire.

Un certificat médical peut être demandé au candidat pour voir si son état de santé est compatible avec ce projet.

Pour délivrer l'agrément, le Conseil Général s'assure des conditions psychosociales du demandeur et vérifie que les critères concernant les locaux dont il dispose sont respectés.

1.4.1 Les conditions psychosociales et les locaux

Dans un premier temps, le Conseil Général s'intéresse aux conditions psychosociales (annexe III) du demandeur. Pour cela, il vérifie son âge (avoir moins de 60 ans pour le premier agrément), son état de santé, ses motivations à l'origine du projet, ses qualités humaines (gentillesse, patience, respect, professionnalisme), son niveau d'études, ses liens vers l'extérieur, ses moyens de locomotion, ...

Dans un deuxième temps, le Conseil Général s'assure que la famille de l'accueillant adhère à ce projet dans la mesure où celui-ci a inévitablement des répercussions sur la vie familiale. Pour cela, il étudie la composition familiale et l'organisation domestique. Il contrôle aussi que l'état de santé des membres de la famille soit compatible avec cet accueil.

Pour terminer, le logement (annexe IV) est évalué en fonction du type d'accueil souhaité : personne âgée ou personne adulte handicapée. L'habitat doit lui être adapté avec de préférence son espace réservé au rez-de-chaussée, l'idéal étant une maison de plain-pied. Il doit également comporter un jardin ombragé ou une terrasse accessible en fauteuil roulant, le tout dans un lieu calme. La circulation doit être possible dans toutes les pièces de la maison accessibles à l'accueilli. La température minimale doit être de dix-huit degrés avec la possibilité de rafraîchir sa chambre en cas de forte chaleur.

Les équipements sanitaires peuvent être utilisés par toute la famille. Cependant, ils doivent être accessibles en fauteuil roulant et équipés de barres d'appuis et d'eau chaude.

La chambre doit être un espace réservé et personnalisé supérieure à 9 m². Elle doit être aménagée avec du mobilier adapté. Sa configuration doit permettre l'installation d'un lève malade en cas de besoin.

L'espace familial doit laisser la possibilité à chacun d'avoir sa tranquillité.

La cuisine doit être correctement aménagée pour assurer une hygiène alimentaire.

Il est important que l'ensemble des locaux soit propre. Les animaux domestiques sont acceptés.

1.4.2 Conditions de remplacement

L'accueil doit être continu, c'est pourquoi une solution de remplacement doit être prévue lorsque l'accueillant ne peut l'assurer lui-même. Le remplacement peut se faire à son domicile ou à un domicile suppléant. Avant toute acceptation, le Conseil Général contrôle la qualité de l'accueil proposé par le remplaçant. Pour cela, il demande une lettre d'engagement de la part de cette personne. Le Conseil Général doit être averti de toutes modifications dans les remplacements.

1.4.3 Le renouvellement d'agrément

Tous les cinq ans, une demande de renouvellement doit être faite dans les mêmes conditions qu'une demande initiale. Elle doit être effectuée au minimum quatre mois avant la fin du précédent agrément.

L'accueillant doit être en mesure de fournir une attestation justifiant sa présence à la formation initiale ainsi qu'à l'ensemble des formations continues.

L'agrément est alors prolongé de 5 ans.

Une décision de non-renouvellement d'agrément peut être prise par le Président du Conseil Général, entraînant un retrait total ou une restriction d'agrément (diminution du nombre de personnes accueillies).

1.5 Le statut des accueillants

L'accueillant peut être employé ^[7] directement par la personne accueillie ou par des personnes morales de droit public ou de droit privé.

Dans le premier cas, un contrat dit de gré à gré, différent d'un contrat de travail, est établi entre les deux personnes. C'est « *un contrat de droit privé, librement négocié entre l'accueillant familial et la personne accueillie (ou son représentant légal). Les montants fixés doivent tenir compte du niveau de dépendance de la personne accueillie, de ses ressources, des aides financières auxquelles elle a droit et du confort du logement* » ^[8]. Il a pour objectif de préciser les droits et les obligations de l'employé. L'accueillant bénéficie de congés payés, d'une couverture sociale et d'un régime de retraite complémentaire. Dans le cas d'une rupture du contrat, ce dernier ne touche pas d'indemnités de chômage, le statut d'accueillant n'étant pas reconnu comme un métier.

Ce type de contrat permet au Conseil Général de contrôler l'activité de l'accueillant familial et d'assurer le suivi médico-social de la personne accueillie. Il garantit également la formation de l'accueillant. Cependant, il n'est pas cosignataire du contrat.

Dans le second cas, avec l'accord du Président du Conseil Général, l'accueillant est salarié d'une personne morale de droit public ou de droit privé ^[8] comme une association, un établissement médico-social, une municipalité...

L'accueillant familial a alors un statut ^[10] d'agent non titulaire de la collectivité qui l'emploie. Un contrat de travail et un contrat d'accueil sont conclus entre l'employeur et l'employé, assurant ainsi à l'accueillant le versement d'une indemnité dans le cas de l'absence temporaire ou définitive de la personne accueillie (suite à une hospitalisation, un décès...). L'employeur a pour obligation de trouver des personnes désireuses de venir chez l'accueillant. Passé un délai de quatre mois sans accueil, il procède à un licenciement économique permettant à l'employé de toucher des indemnités de chômage.

Lors des congés, l'employeur assure la prise en charge des personnes accueillies chez un autre accueillant ou bien dans un établissement social ou médico-social.

C'est le Conseil Général qui délivre l'agrément. Toutefois, les formations de l'accueillant (financement et organisation) et le suivi médico-social de la personne accueillie sont à la charge de l'employeur.

1.6 Les missions de l'accueillant

Il n'existe pas de référentiel de compétences des accueillants familiaux. Cependant, deux missions ^[6] leur sont reconnues. La première correspond à l'accueil de la personne au sein de sa famille et la seconde à l'accompagnement d'une personne âgée ou handicapée adulte.

1.6.1 L'accueil

Avant de recevoir la personne, l'accueillant doit prendre le temps de faire connaissance avec elle pour établir une relation de confiance. Elle doit la rencontrer ainsi que ses proches en vue de prendre connaissance de ses habitudes de vie. En parallèle, l'accueillant présente sa famille, sa maison et son environnement.

La personne doit être reçue en toute sécurité dans un milieu sain : suivi médical régulier, repérage des situations d'urgence et des problèmes de santé, respect de la prise des médicaments, suivi des régimes alimentaires.

L'accueillant doit s'occuper de la personne accueillie comme d'un membre de sa propre famille et doit l'intégrer à la vie familiale. La personne accueillie doit pouvoir participer aux activités familiales (repas, discussions, sorties,...) pour lui permettre d'avoir des repères stables et de se sentir intégrée au sein de la famille. Ses goûts, ses désirs, ses souhaits et ses convictions doivent être pris en compte. Il est également important qu'un climat de confiance, d'affection et d'entente règne entre chacun des membres de la famille et la personne accueillie.

Celle-ci doit garder le libre choix de son suivi médico-social et doit pouvoir recevoir de la visite en toute intimité.

1.6.2 L'accompagnement

L'accueillant familial doit accompagner la personne dans la mise en œuvre et le suivi de son projet personnalisé pour l'aider à retrouver, à préserver ou à développer son autonomie. Pour cela, il doit l'aider dans les activités du quotidien (gestes d'hygiène, habillage, repas, aide aux déplacements...) sans agir à sa place et ainsi lui laisser la possibilité de choisir et d'exprimer ses envies. Il doit également l'aider à se valoriser et à préserver son estime de soi (rasage, coiffure, maquillage, soins corporels...).

Il doit veiller au confort de la personne (position au fauteuil roulant, lit...). Il doit également la faire participer aux tâches quotidiennes en fonction de ses capacités et avoir des moments d'échanges lors d'activités, tout en s'adaptant à son l'état de santé. L'accompagnement se fait aussi dans le maintien et le développement des activités sociales et de loisirs (déplacements à l'extérieur, sauvegarde des liens sociaux, préservation de son image).

Hormis ces deux principales missions, l'accueillant doit agir en professionnel même s'il n'en a pas le statut. Il doit connaître les lois qui le régissent. Pour assurer un bon état de santé de la personne accueillie, il doit être en mesure de reconnaître ses difficultés dans l'accompagnement et d'identifier ses compétences (prise en charge, matériel, pathologies...).

II. Vieillesse, perte d'autonomie et dépendance : les conséquences ressenties dans les activités quotidiennes

2.1 Les activités de la vie quotidienne

Pour les Anglo-saxons, l'occupation est l'ensemble des actes réalisés par l'homme pour prendre soin de lui, se divertir, et s'investir dans la vie de la société ^[11]. En France, ce terme est remplacé par le mot activité. Gueguen et Bereziat décrivent l'activité comme « *un besoin fondamental de la personne qui permet de donner un sens à sa vie, d'accéder à un équilibre et d'éprouver de la satisfaction* ».

En réadaptation, les tâches que l'être humain doit réaliser au quotidien sont différenciées selon deux termes : les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) et les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ).

Les AIVQ correspondent aux tâches les plus complexes que doit réaliser l'homme et qui lui permettent d'être investi dans la vie domestique et sociétale ^[12]. Cela comprend la cuisine, les courses, l'entretien de la maison, la gestion des comptes et des médicaments, l'utilisation du téléphone et des moyens de transport,... Les AIVQ sont les premiers domaines atteints lorsqu'une personne subit un changement physique ou cognitif quelle qu'en soit la cause ^[13].

Les AVQ sont les activités de base comprenant les soins personnels et la mobilité fonctionnelle ^[12]. La Mesure d'Independance Fonctionnelle (MIF) (annexe V) et d'Independance in Activities of Daily Living (IALD) (annexe VI) sont des bilans fonctionnels créés pour évaluer le niveau de dépendance dans les AVQ chez les personnes en situation de handicap. En combinant les différents items de ces grilles d'évaluation, il est possible de définir des catégories d'AVQ pouvant être atteintes lors du vieillissement de la personne accueillie. Les huit items sont la continence, l'alimentation, l'habillement, la toilette, les soins personnels, la mobilité dans les transferts, le déplacement et la communication.

La continence est la capacité d'aller seul aux toilettes sans sollicitation ni aide et de contrôler ses sphincters (anal ou vésical). L'alimentation représente la faculté de manger seul sans préparation alimentaire spécifique (mixé, haché...). La toilette évoque la capacité de se laver l'ensemble de corps seul et sans aide. Les soins personnels correspondent à la faculté de réaliser seul et sans aide l'ensemble des soins d'apparence tels que le rasage, le maquillage, le soin des pieds, des mains et de la peau. La mobilité dans les transferts englobe le lit, les chaises, le fauteuil roulant, le bain, les WC. Les déplacements représentent la capacité de se déplacer seul en marchant ou en fauteuil roulant, à l'intérieur comme à l'extérieur. La communication évoque la capacité d'expression et de compréhension.

Les personnes âgées sont des personnes fragiles. De ce fait, de nombreux facteurs peuvent influencer leur état de santé et remettre en question leurs capacités dans une ou plusieurs activités de la vie quotidienne. Les facteurs de risques peuvent être d'origine physiologique (âge, sexe), pathologique (maladie) ou bien résulter d'une habitude de vie (diminution de l'activité physique) ^[13].

2.2 Le processus de vieillissement

2.2.1 Devenir vieux, c'est à quel âge ?

D'après le Larousse ^[14], vieillir signifie « *prendre de l'âge, aller peu à peu vers une période plus avancée de la vie* ».

Autrefois, une personne vieille était celle « *qui portait sur son corps les signes de l'âge et ne pouvait plus travailler comme avant* » ^[15]. Pellissier (2008) ^[15] explique que jusqu'au XX^{ème} siècle, l'âge de la retraite correspondait à l'âge de la vieillesse. Depuis le début du XXI^{ème} siècle, dans l'esprit des gens, la vieillesse est synonyme de maladie et de mort alors que dans la réalité, le taux de dépendance grave chez les personnes de plus de 85 ans est de moins de 25%.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la limite officielle de l'âge chronologique est de 65 ans. Mais la vieillesse ainsi que l'âge d'entrée dans la vieillesse ne sont pas définis de manière similaire chez tous les sujets. Chaque individu se représente la vieillesse d'une façon personnelle selon ses croyances, sa culture, ses habitudes de vie, son environnement social, familial et professionnel, mais également selon son propre âge. En effet, un enfant, un adolescent ou une personne adulte ont chacun une vision différente de la personne âgée.

2.2.2 Le vieillissement physiologique

Le vieillissement correspond à l' « ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort » ^[16]. Selon le docteur KHELIFA. A ^[17], il se caractérise par un « *déclin de la vitesse et de l'efficacité des processus cognitifs et sensori-moteurs* ». Le vieillissement physiologique est naturel, il faut donc le dissocier du vieillissement pathologique.

Le vieillissement est différent pour chaque individu car ses manifestations cliniques dépendent de facteurs génétiques et environnementaux que subit l'organisme tout au long de la vie.

Le vieillissement a un impact sur l'ensemble des systèmes de l'organisme. Toutefois, mon mémoire ne portant que les activités de la vie quotidienne, seuls les systèmes de l'organisme en lien direct ou indirect avec la réalisation des AVQ sont décrits ci-dessous.

Le système locomoteur ^[18]

Le système locomoteur comprend les os, les articulations et les muscles. Les changements subis par l'appareil locomoteur entraînent principalement une modification de la silhouette (diminution de la taille, contour du corps anguleux, saillies osseuses proéminentes), une faiblesse musculaire (diminution de l'utilisation du système neuromusculaire) et un ralentissement des mouvements (temps de contraction et relâchement musculaire plus long, diminution de la mobilité articulaire, douleurs articulaires).

Le système nerveux ^[18]

Les effets du vieillissement sur le système nerveux sont importants mais atténués par un mode de vie sain. En effet, malgré une diminution du nombre de neurones, les connexions entre les cellules neuronales restantes augmentent et compensent cette perte. Cependant, le système nerveux reste plus lent, avec une augmentation du temps de réaction.

Les déficits cognitifs liés à l'âge sont nombreux et disproportionnés. La mémoire et les fonctions exécutives sont majoritairement atteintes lors du vieillissement normal ^[19], comme la capacité de stocker et de manipuler des informations, « *de passer rapidement d'une tâche à une autre, de coordonner les processus responsables de la perception, la mémoire et l'action, ou encore d'inhiber une réponse préparée* » ^[20].

Le système sensoriel ^[18]

Les déficits sensoriels sont variés et peuvent avoir des répercussions importantes dans la vie quotidienne des personnes âgées.

L'apparition de troubles visuels normaux tels que la cataracte, la phlébite, le myosis, engendre une diminution des capacités visuelles chez la personne vieillissante. Cela a pour principales conséquences une diminution de la capacité d'accommodation (vision rapprochée), un rétrécissement du champ visuel (vision périphérique), une sensibilité à la lumière (réaction à la lumière vive), une diminution de la vision nocturne, une augmentation du temps d'adaptation, un trouble de la perception des profondeurs, une difficulté dans la perception des couleurs ternes (bleu, vert...).

Les troubles auditifs également nommés presbyacoustie, ont une apparition lente, symétrique et bilatérale. Ils atteignent en premier les sons aigus entraînant ainsi une incapacité à détecter le volume sonore et les hautes fréquences. Les troubles auditifs liés à la vieillesse sont définis comme un handicap silencieux qui a un impact important sur la qualité de vie.

En vieillissant, l'être humain devient plus tactile. Cela peut s'expliquer par la diminution progressive des autres sens mais aussi par le contexte environnemental (diminution des possibilités d'être touché). Le touché est alors un moyen de communication et permet de maintenir le contact avec l'environnement.

Le seuil de sensibilité gustative régresse chez les personnes âgées et engendre principalement une diminution de la sensibilité au sucré, au salé ou à l'amer.

L'odorat d'une personne âgée est également réduit voire perdu ; cela s'appelle l'anosmie. Cette perte apparaît souvent à l'âge moyen et est associée à d'autres facteurs (la maladie, l'environnement...).

Système cardiovasculaire ^[18]

Le cœur et les vaisseaux subissent des modifications structurelles et fonctionnelles provoquant essentiellement une diminution de la réponse cardiaque durant un effort. Le stress, quant à lui, entraîne fatigue et dyspnée. Cependant, ces modifications passent souvent inaperçues. En effet, en vieillissant, l'individu réduit son activité physique ; les besoins de l'organisme s'en trouvent donc diminués.

Système respiratoire ^[18]

Les voies respiratoires subissent elles aussi des modifications anatomiques et physiologiques entraînant dyspnée d'effort, perte de la sensation de soif, sécrétions épaisses et difficiles à expectorer... Ces changements sont progressifs et permettent donc à la personne de s'y adapter.

Système urinaire et anal ^[18]

Normalement, chez la personne âgée, le système urinaire et anal est peu perturbé. Toutefois, l'incontinence peut être considérée comme l'action combinée du vieillissement normal et pathologique.

2.2.3 Le vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique est défini comme « *un état associé, consécutif à des pathologies et des handicaps se produisant au cours du vieillissement lui-même* »^[21].

Le vieillissement des personnes âgées peut varier en fonction de leur état de santé (maladie, accident), de leur environnement et de leurs habitudes de vie.

La totalité des systèmes de l'organisme humain peut être atteint lors de pathologies^[18].

Les plus fréquentes chez les personnes âgées sont l'ostéoporose, l'arthrose, les maladies articulaires inflammatoires (la polyarthrite rhumatoïde...), les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de parkinson, les démences type Alzheimer^[19], les troubles cardiaques, les pneumonies.

Le vieillissement physiologique et pathologique entraîne pour une personne âgée une diminution des capacités pouvant provoquer des difficultés dans la réalisation de ses AVQ.

2.3 Perte des capacités : les conséquences dans les AVQ

2.3.1 Déficience et incapacité

L'OMS^[22] définit la déficience comme « *toute perte de substance ou bien altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». Elle peut être d'ordre physique, mental ou sensoriel. Pour une personne âgée, elle résulte^[21] du vieillissement normal, d'une maladie ou d'un traumatisme.

Les incapacités^[21] « *représentent, quant à elles, les difficultés ou les impossibilités à réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne tels que se lever, mémoriser, se vêtir, parler avec d'autres personnes* ». Elles sont souvent causées par plusieurs déficiences.

Comme cela est expliqué dans le livre « soins infirmier en gériatrie » (2005)^[18], dans le cadre du vieillissement, les déficiences résultant de pathologies ou non engendrent des incapacités plus ou moins importantes chez la personne âgée. En effet, dans cette population, les problèmes fonctionnels (sensoriel, physique ou cognitive) sont étroitement liés aux restrictions des AVQ (Cambois Emmanuelle et Robine Jean-Marie, 2003)^[22].

Les déficiences locomotrices, décrites précédemment, que l'on retrouve chez un sujet âgé en bonne santé, peuvent être à l'origine d'une ou plusieurs chutes entraînant des fractures. Ceci peut générer d'une part un sentiment d'insécurité à la marche et d'autre part des limitations fonctionnelles dans les AVQ (toilette, habillage, prise des repas, transferts...). Le vieillissement pathologique du système nerveux peut entraîner des déficits fonctionnels en affectant soit la mobilité physique (amplitude articulaire, force, souplesse) soit le contrôle du corps (apraxie, agnosie, ...). Ces limitations fonctionnelles provoquent une restriction dans les activités. Les déficiences sensorielles ont également un impact majeur dans la réalisation des AVQ. En effet, la vision de l'environnement est chamboulée lorsque la vue, l'ouïe ou le touché sont déficients. Un sentiment d'insécurité s'installe. Les troubles visuels ont des conséquences sur l'ensemble des AVQ notamment pour se déplacer, monter et descendre les escaliers, communiquer, se laver, se coiffer, s'habiller. La perte d'audition occasionne majoritairement des difficultés d'interaction, de communication et de repères lors de sorties extérieures. Les modifications tactiles, faisant souvent suite à une pathologie, peuvent être à l'origine d'une mauvaise hygiène corporelle, d'une incapacité à réaliser les soins personnels (coiffage, maquillage, rasage...).

« *Les limitations fonctionnelles ne conduisent pas toutes de la même manière à des restrictions d'activités* » (Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, 2003) ^[22]. Ainsi, l'impact du vieillissement sur les activités de la vie quotidienne est différent selon chaque individu. Toutefois, il est toujours à l'origine d'une diminution de l'autonomie, voire d'une dépendance.

2.3.2 Dépendant bien que autonome

Fréquemment, dans le langage courant et professionnel, les termes « *perte d'autonomie* » et « *dépendance* » sont utilisés comme synonymes. Cependant, il est nécessaire de différencier ces deux mots pour pouvoir appréhender le plus facilement possible la notion d'accompagnement de la personne âgée.

D'après le Larousse ^[23], une personne dépendante « *ne peut plus réaliser toute seule ses actes de la vie quotidienne* ». Ceci implique nécessairement l'aide d'une tierce personne pour effectuer les AVQ. A noter qu'une personne qui utilise des aides techniques (brosse à long manche, fauteuil roulant,...) pour accomplir les AVQ, n'est pas considérée comme dépendante puisqu'elle les réalise seule. Un individu peut être dépendant pour une partie des

activités de la vie quotidienne comme la toilette et l'habillement, mais indépendante pour communiquer, s'exprimer ou encore se déplacer en fauteuil roulant.

L'autonomie est décrite dans le dictionnaire ^[23], comme étant la possibilité pour un individu de décider de quelque chose sans se référer à quelqu'un. En replaçant cette définition dans le contexte du vieillissement, une personne dépendante peut être autonome dans le choix des actes qui lui sont proposés ; c'est-à-dire qu'elle doit pouvoir donner son avis, refuser ou demander quelque chose aux personnes qui l'entourent. L'autonomie d'une personne dépend essentiellement de ses capacités de jugement.

En résumé, il est possible d'être autonome malgré une dépendance sur le plan fonctionnel. Une personne dépendante peut être autonome si elle est capable de demander de l'aide pour gérer sa dépendance.

III. Accompagner la personne âgée pour favoriser son autonomie

3.1 L'accompagnement selon le niveau de dépendance

3.1.1 Que signifie accompagner une personne dans son quotidien

Le Larousse ^[23] donne plusieurs significations au verbe *accompagner*. Il est plus communément défini comme le fait d' « *aller quelque part avec quelqu'un, le conduire, l'escorter* ». Il peut également représenter l'ensemble des mesures mises en place pour « *atténuer les effets négatifs de quelque chose* » comme l'aide ou l'assistance. Enfin, il peut être employé dans le sens « *faire en même temps* ».

En adaptant ces définitions au contexte de cette étude, l'expression « *accompagner une personne âgée dans son quotidien* » peut être identifiée comme le fait d'aider un individu à vieillir dans les meilleures conditions possibles, en ayant recourt à des outils adéquats, lui permettant ainsi de réaliser son projet de vie. Pour cela, l'accompagnateur qui est ici l'accueillant, peut intervenir auprès de la personne vieillissante grâce à la parole et aux actes, en prenant en compte son niveau de dépendance. Pour que l'aide apportée soit adaptée, il doit connaître les capacités fonctionnelles dans la réalisation de chaque AVQ de la personne accueillie.

3.1.2 Stimuler l'autonomie d'une personne âgée

3.1.2.1 Les niveaux de dépendance

Etant donné que le vieillissement n'atteint pas toutes les capacités fonctionnelles et cognitives de manière identique et que chaque AVQ fait appel à certaines de ces capacités, un même individu peut avoir des degrés de difficultés différents dans la réalisation des activités de vie quotidienne.

Pour évaluer les capacités fonctionnelles dans les AVQ, il existe de nombreux outils (bilans, grilles d'observations,...). Ils permettent d'apprécier le niveau de dépendance d'un individu dans chaque activité de vie quotidienne. En s'appuyant sur deux de ces outils, l'échelle Instrumental Activities of Daily Living de Lawton (IADL) (annexe VI) et la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF) (annexe V), il est possible de définir les trois niveaux de capacité fonctionnelle suivants : l'indépendance, la dépendance modifiée et la dépendance complète.

Une personne dite **indépendante** réalise seule l'activité, avec ou sans aide matérielle. L'aide technique permet « *de compenser le handicap, voire de le surmonter, afin de donner une autonomie maximale* »^[24].

Les évaluations montrent que la **dépendance modifiée** peut correspondre à différentes situations, mais qu'elle apparaît dès lors que la personne a besoin d'une aide humaine, même minime. Cette aide dépend des capacités physiques et cognitives de la personne. Lors d'une dépendance modifiée, l'aidant peut être amené à réaliser, avec ou pour la personne, une partie ou la totalité de l'activité (aide physique). Cette aide physique peut être facilitée par l'utilisation d'une aide technique. L'accueillant a également la possibilité de surveiller et de stimuler verbalement la personne lorsqu'elle réalise seule une activité.

Lors de la **dépendance complète**, l'aidant réalise l'intégralité de l'activité à la place de la personne.

3.1.2.2 Quelle attitude adopter pour stimuler l'autonomie

La méthode Geste et Activation pour Personne Agée (G.A.P.A) ^[24] a pour objectif de « favoriser l'autonomie psychomotrice de la personne âgée », voire de la rétablir. Les soignants et les aidants qui interviennent auprès de cette population peuvent y être formés dans le but d'apprendre les comportements à adopter en fonction des performances de déplacement des personnes âgées.

En s'appuyant sur cette méthode, il est possible de définir les attitudes à adopter en fonction du niveau de dépendance de la personne accompagnée (figure 1).

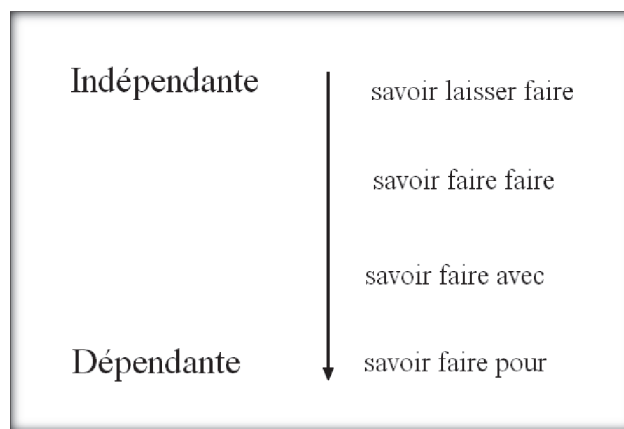


Figure 1 – schéma mettant en évidence le rapport entre autonomie et comportement de l'aidant

La méthode G.A.P.A met en lien les comportements de l'aidant avec les déplacements de la personne âgée.

Ces comportements peuvent être applicables à l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

Savoir laisser faire : c'est laisser la personne réaliser seule l'activité sans pour autant que cela lui nuise ou la gêne. Pour cela, il est possible de lui donner des techniques et du matériel adaptés. Par exemple, lors de difficultés d'habillage, il est préconisé d'utiliser des vêtements adéquats afin que la personne puisse s'habiller seule.

Savoir faire faire : c'est apprendre à utiliser des techniques et du matériel, tout en incitant la personne à les utiliser, afin de maintenir son autonomie. Cette approche peut être utilisée pour pallier des difficultés à se relever et à marcher. Dans ce cas, l'aidant peut apprendre à la personne comment utiliser un déambulateur de manière adéquate, tout en la stimulant verbalement.

Savoir faire avec : c'est le fait de réaliser l'action avec la personne en maintenant la sollicitation pour la rendre actrice. L'action est réalisée avec ou sans aides techniques. Par exemple, dans le cas où une personne n'est pas en capacité de réaliser seule ses transferts assis-assis, il est conseillé à l'aidant de les faire avec un guidon de transfert. Ceci permet de solliciter la personne et donc de la rendre actrice dans son transfert.

Savoir faire pour : c'est le fait de faire pour ou à la place de la personne, en utilisant des aides techniques si nécessaire. Pour rendre la personne autonome malgré sa dépendance, il faut l'impliquer en lui expliquant les gestes réalisés, en lui demandant son avis et en lui laissant le choix. C'est le cas lorsque l'aidant utilise un lève malade ; il lui alors est recommandé d'expliquer l'ensemble de ses actes pour impliquer la personne dans sa prise en charge et la rassurer.

Pour faciliter les aidants à stimuler l'autonomie des personnes vieillissantes, il existe des moyens humains et matériels. Les aidants peuvent être conseillés et formés sur ces outils par un ergothérapeute.

3.2 Un ergothérapeute pour conseiller, former et informer sur les moyens pouvant stimuler l'autonomie d'une personne vieillissante

3.2.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

Dans le mot ergothérapie, nous retrouvons le mot ergo et le mot thérapie, qui viennent du grec ancien. Ergon signifie « *travail* » dans le sens d'activité et therapia renvoie à la notion de soin. L'ergothérapie c'est donc le soin par l'activité. « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* » (Association Nationale Française des Ergothérapeute : ANFE, 2012) ^[25], à travers l'étude des capacités et des incapacités. Il a pour rôle de préserver l'autonomie d'une personne en situation de handicap, par le biais de la rééducation et de la réadaptation. Afin de stimuler, de maintenir, voire de développer « *la participation de la personne dans son milieu de vie* » (ANFE, 2012) ^[25], l'ergothérapeute préconise et conseille la personne et son entourage sur l'utilisation de moyens humains et matériels. Il forme et informe également les professionnels qui les entourent.

3.2.2 Moyens humains et matériels

Préserver l'autonomie d'une personne, c'est avant tout la placer au cœur de sa prise en charge et la rendre actrice physiquement et/ou mentalement de sa vie et donc de son quotidien. La pratique de l'ergothérapeute se base sur le projet de vie de la personne pour élaborer son diagnostic et concevoir le plan d'intervention personnalisé ^[26]. En s'appuyant sur ces notions, l'ergothérapeute conseille des outils permettant à la personne de maintenir des habiletés ^[27] mais aussi de développer des stratégies pour compenser et pallier une ou plusieurs situations de handicap, seul ou avec l'aide d'une tierce personne.

3.2.2.1 La manutention

Le mot manutention d'origine latine, signifie « *tenir avec la main* » ^[28]. Elle permet aux soignants, comme l'expliquent Alain Piat et Philippe Michau dans leur ouvrage ^[28], d'aider les patients à se mobiliser et à réaliser les transferts tout en protégeant leur dos. Il est vrai que les techniques de manutention ne sont pas spécifiques aux ergothérapeutes car elles sont apprises et utilisées par la plupart des soignants. Ces techniques utilisées de manière adaptée permettent également de stimuler l'autonomie d'une personne et se révèlent ainsi être un outil pertinent pour les ergothérapeutes.

L'aidant utilise des techniques de manutention adaptées à l'état général de la personne. Les trois groupes ^[29] propres à la manutention, décrits ci-dessous, différencient le niveau de participation de l'assisté, ici la personne vieillissante.

L'assisté actif : L'individu est capable de réaliser les mouvements mais n'ose pas les faire. L'aidant est là pour lui redonner confiance en le guidant oralement, en l'encourageant et en le félicitant.

L'assisté actif-aidé : Une tierce personne s'appuie sur l'aide de l'assisté qui peut par exemple réaliser un mouvement ou tenir une position lors du transfert. Cela permet de faciliter l'action du soignant.

L'assisté passif : La personne mobilisée n'est pas capable de participer mais comprend et entend l'aidant.

3.2.2.2 L'aménagement du logement et les aides

Le Modèle Canadien de Rendement Occupationnel (MCRO) ^[30] est un modèle reconnu dans le domaine de l'ergothérapie. Il est basé sur l'interaction entre la personne, l'environnement, et l'occupation. Ceci correspond, dans le contexte de cette étude, à l'interaction entre la personne vieillissante, son environnement au sein de la famille d'accueil et ses activités de la vie quotidienne.

L'approche Accessible Creation Process (ACE) ^[30] quant à elle, est une approche reconnue dans le domaine de la réadaptation et de l'intégration sociale ^[30]. Elle montre l'impact de la qualité d'interaction entre l'individu, l'environnement et les AVQ sur son intégration sociale. Une interaction négative peut entraîner une augmentation de la dépendance et de l'isolement. Autrement dit, si l'environnement n'est pas en adéquation avec les facultés de réalisation des AVQ de la personne vieillissante, cette dernière risque fortement de s'isoler et d'accroître sa dépendance.

L'association de ces deux modèles ^[30] permet de mettre en évidence les bienfaits d'un environnement adapté sur l'autonomie d'une personne. Cela justifie donc l'intervention de l'ergothérapeute dans le domaine de l'aménagement du logement et des aides techniques.

C'est pourquoi, lors de la visite à domicile, l'ergothérapeute doit relever les situations de handicap que rencontre la personne à l'intérieur et à l'extérieur de son habitation ^[30] (dans les déplacements, les transferts, l'accessibilité...). Il doit également repérer et évaluer les possibilités d'aménagement des pièces et des extérieurs en vue de conseiller des solutions qui répondent à la complexité de la situation ^[30]. En d'autres termes, l'ergothérapeute préconise les moyens les moins contraignants mais les plus adaptés à la situation. Cela peut aller d'une simple aide technique à un réaménagement du logement.

L'aide technique autrement appelée produit d'assistance ^[31] est définie par la norme ISO 9999 ^[31] de 2011 comme un produit « *fabriqué spécialement ou existant sur le marché et utilisé par ou pour les personnes handicapées* » dans le but de favoriser la participation, de « *protéger, soutenir, rééduquer, mesurer ou substituer des fonctions organiques, des structures anatomiques ou des activités* » et de « *prévenir les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation* ». Une aide technique peut nécessiter l'aide

d'une tierce personne pour la faire fonctionner. Il existe d'innombrables aides techniques, notamment le lève malade, la brosse à long manche ou encore l'enfile-bouton.

L'aménagement du logement peut se réaliser à différents degrés. Le premier consiste en un réagencement d'un espace de vie. L'agencement d'un lieu est « *un arrangement de la disposition* »^[32]. Les éléments qui composent la pièce sont alors déplacés pour faciliter la ou les AVQ. Lorsque le réagencement n'est pas envisageable, il est possible de remplacer le mobilier existant par des meubles plus adaptés à la situation de handicap ; en d'autres termes c'est un ré-ameublement. Enfin, lorsqu'aucune autre solution n'est satisfaisante, l'ergothérapeute peut préconiser une restructuration de l'ensemble ou d'une partie de l'habitat, voire un agrandissement de ce dernier. Cette solution plus coûteuse permet d'adapter spécifiquement une partie ou la totalité de l'espace de vie aux difficultés rencontrées par la personne accueillie. Il est évident que des aides techniques peuvent s'ajouter à un aménagement de logement.

Les moyens humains et matériels peuvent être utilisés indépendamment ou ensemble. Employés de manière adaptée, ils permettent de stimuler l'autonomie de la personne et de faciliter la prise en charge de l'accueillant. Pour cela, les accueillants doivent être formés et conseillés sur les moyens existants.

3.2.3 Un ergothérapeute pour conseiller, former et informer

Dans le référentiel de compétences des ergothérapeutes^[26], on retrouve une notion importante qui est « *former et informer* ». Cela, signifie qu'un ergothérapeute doit pouvoir, en sortant de formation, « *transmettre ses connaissances et les savoir-faire* » aux autres professionnels à l'aide de conseils et de démonstrations si nécessaire.

Bien que les accueillants familiaux ne soient pas des professionnels de santé, ils interviennent et travaillent pour et au contact de personnes en situation de handicap (dans cette étude, ce sont des personnes vieillissantes). Par conséquent, un ergothérapeute peut travailler en collaboration avec les familles d'accueil. Il peut alors monter un programme de formation adapté à leurs besoins pour favoriser l'autonomie des personnes accueillies vieillissantes.

Chapitre 2 : Méthodologie

I. Justification de l'outil

1.1 Une étude quantitative : dans quelle optique ?

Dans le but de créer ultérieurement un programme de formation pertinent pour aider les familles d'accueil à favoriser l'autonomie des personnes accueillies, je choisis d'utiliser un outil quantitatif. Celui-ci va me permettre d'identifier la nature et l'origine des besoins des familles d'accueil dans l'accompagnement décrit précédemment. .

L'étude quantitative s'appuie sur la loi des grands nombres ^[33]. Cette loi mathématique démontre que « *si l'on interroge un nombre minimum de personnes (à partir de 200 environ), ces personnes émettent une opinion identique à l'ensemble de la population qu'elles représentent* » ^[33]. Il est vrai qu'à mon niveau et avec les moyens dont je dispose, il me paraît peu envisageable d'obtenir plus de deux cents réponses exploitables. Par contre, je m'appuie sur un outil quantitatif pour avoir une vision globale des principales difficultés que rencontrent les familles d'accueil en France.

En optant pour ce type d'étude, je cherche à identifier la ou les causes majeures à l'origine des difficultés énoncées. Je décide donc de mettre au point un questionnaire. Lors de l'analyse des résultats, en mettant en lien ou en regroupant les questions et les différents questionnaires, je serai en mesure de recenser les principales difficultés rencontrées par les familles d'accueil en France. Dans le but d'en déterminer l'origine, je vais également m'intéresser à leurs connaissances sur les moyens permettant le maintien de l'autonomie de la personne accueillie. La raison de ces difficultés peut être un programme non adapté ou bien un manque de formations, ou encore des problèmes financiers, environnementaux, personnels...

1.2 Choix de la population

1.2.1 Caractéristiques de la population

Je cherche à mettre en évidence, non pas les conséquences du vieillissement sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes accueillies, mais bien les besoins des familles d'accueil dans la mise en place d'un accompagnement favorisant l'autonomie des personnes vieillissantes. Dans cet objectif, j'ai choisi d'adresser mon questionnaire directement aux familles d'accueil.

La famille d'accueil questionnée doit répondre à un seul critère : accueillir une personne vieillissante. En effet, en référence à l'OMS, l'accueillant doit accueillir ou avoir accueilli dans le passé une ou plusieurs personnes âgées, c'est-à-dire de plus de 65 ans. Pour cela, il doit avoir un agrément destiné à un accueil d'une personne âgée ou adulte en situation de handicap.

L'analyse de ma préenquête (annexe II) met en évidence que les accueillants sont majoritairement des femmes. Elles représentent 91 % d'entre-eux contre 9 % d'hommes. Cependant, je fais le choix de ne pas inclure cet élément dans mon outil, dans la mesure où le programme de formation ne sera pas exclusivement réservé aux femmes.

À travers mon questionnaire, je cherche à mettre en exergue, non pas les incapacités fonctionnelles engendrées par le vieillissement, mais bien les difficultés que rencontre l'aidant dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. Pour répondre au mieux à cet objectif, je décide de ne pas prendre en compte les pathologies associées (Alzheimer, Parkinson...) que pourraient avoir les personnes accueillies.

1.2.2 Taille de l'échantillon

Dans l'idéal, l'échantillon d'une étude quantitative doit comprendre au minimum deux cents personnes. Toutefois, avec les moyens dont je dispose, il me semble impossible d'interroger autant de personnes. J'opte donc pour un échantillon comprenant au minimum cinquante familles d'accueil.

1.2.3 Localisation et sélection de l'échantillon

Il existe des familles d'accueil dans toute la France. Les réponses reçues lors de la préenquête (annexe II) montrent que les difficultés sont similaires sur l'ensemble du territoire. En effet, celles rencontrées lors des transferts ont été évoquées par douze accueillants originaires de départements différents. En m'appuyant sur cet élément clé, je choisis d'interroger exclusivement des personnes domiciliées dans trois départements. Pour faciliter mes démarches, l'échantillon est donc localisé dans le Pas-de-Calais (lieu de mon école), en Vendée (département d'origine) et en Loire-Atlantique (lieu de stage).

La sélection de l'échantillon est aléatoire. En effet, je prends contact par téléphone ou par mail avec un nombre x de familles d'accueil dans chacun de ces départements. Pour obtenir un numéro de téléphone ou une adresse mail, je m'adresse au Conseil Général ou à l'association qui représente les familles d'accueil dans le département.

Pour que l'accueillant accepte de participer à cette enquête, je dois établir un premier contact afin de lui expliquer mon projet et mes attentes et éventuellement de fixer une date et un lieu de rendez-vous.

1.3 Description du questionnaire

Le questionnaire (annexe VII) est construit sur une base de questions fermées auxquelles s'associent quelques questions ouvertes. C'est ce qu'on appelle un questionnaire semi-ouvert.

L'utilisation de questions fermées, à choix unique ou à choix multiples, facilite le traitement des réponses. En effet, en proposant à la personne interrogée des choix de réponse, j'obtiens des résultats quantifiables plus faciles à analyser. Pour proposer des réponses cohérentes, je dois déjà avoir des connaissances sur le sujet. En m'appuyant sur les compétences d'un ergothérapeute et les retours de ma préenquête, j'ai créé des questions et des réponses pouvant être mises en relation en vue de les analyser.

En y ajoutant des questions ouvertes sur les formations que les accueillants ont déjà eues, je peux mettre en lien les difficultés, les connaissances et les formations reçues. Cela me permet de comprendre la ou les origines de ces difficultés.

Je souhaite savoir si les difficultés évoquées résultent uniquement d'un manque de connaissances et de formations, ou si des raisons propres à l'accueillant entrent également en compte. Pour cela, j'intègre des questions sur des données personnelles de l'accueillant qui pourraient influencer sa prise en charge.

Le questionnaire est organisé en trois parties : une concernant les données personnelles des accueillants ; une autre les interrogeant sur les difficultés qu'ils rencontrent lors des accompagnements dans les AVQ ; et une dernière partie qui s'intéresse à leurs connaissances sur différents moyens facilitant l'accompagnement dans le maintien de l'autonomie.

La première partie du questionnaire demande à l'accueillant de répondre à des questions personnelles : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'agrément et le nombre de personnes actuellement accueillies. Les questions sur le sexe et l'âge me permettent de savoir si les conditions physiques de l'accueillant influencent les conditions de sa prise en charge, notamment dans les transferts. En effet, les femmes sont connues pour avoir une force physique moins importante que les hommes ; c'est également le cas des personnes jeunes vis-à-vis de leurs aînés. Quant à la question concernant le nombre d'années d'agrément, elle m'est utile pour voir l'impact qu'à l'expérience sur l'accompagnement : augmentation, diminution ou modification des difficultés rencontrées. Ces données me permettront de définir si les familles d'accueil ont besoin de formations ponctuelles ou régulières.

Dans la seconde partie du questionnaire, je cherche à mettre en évidence la ou les activités de la vie quotidienne qui posent le plus de difficultés dans l'accompagnement. Pour cela, les huit AVQ sont identifiés et différenciés dans une même question à laquelle les accueillants doivent répondre par oui ou par non. L'analyse de celle-ci me permettra de cerner les principaux AVQ qui posent des difficultés d'accompagnement pour les accueillants.

La troisième partie me semble la plus importante et en même temps la plus difficile à analyser. Dans celle-ci, je cherche à comprendre pourquoi les familles d'accueil se retrouvent face à ces difficultés et comment un ergothérapeute va pouvoir créer un programme de formation adapté qui répond à leurs besoins. Les questions posées les amènent ainsi à évaluer leur niveau de connaissances sur les différents moyens dont dispose un ergothérapeute pour faciliter l'accompagnement d'une personne vieillissante dans le maintien de son autonomie.

La préenquête (annexe II) tend à montrer que les accueillants rencontrent majoritairement des difficultés lors des transferts et face à la perte d'envie de la personne accueillie. Les familles

d'accueil évoquent également le fait que les personnes accueillies subissent une perte des capacités fonctionnelles entraînant une diminution de leur autonomie dans les AVQ et des difficultés dans les déplacements.

Je compare ces éléments avec les compétences d'un ergothérapeute pour mettre en évidence des moyens humains et matériels qui seraient susceptibles d'aider les familles d'accueil au quotidien. Je vais donc essayer d'évaluer à travers ce questionnaire leurs connaissances sur : les aides techniques, les techniques de manutention, l'approche et le contact et l'aménagement du logement.

Même si peu d'accueillants ont évoqué une mauvaise adaptation du logement, je choisis d'intégrer cet item dans mon questionnaire. Effectivement, je pense qu'un environnement adapté facilite entre autres les transferts et les déplacements, difficultés évoquées dans la pré-enquête.

Chaque élément des questions est détaillé. A travers cette construction, je veux d'une part, faire prendre conscience aux accueillants de la complexité et de la diversité des moyens disponibles. D'autre part, je cherche à cerner l'origine de ces difficultés. J'espère en effet leur permettre d'apprécier leur réel niveau de connaissances grâce à une décomposition des moyens en fonction des AVQ ou de la pièce de la maison les représentant.

Les résultats obtenus vont me permettre de dissocier le manque de connaissances d'un moyen en particulier ou d'un AVQ. Par exemple, les difficultés dans l'accompagnement à la toilette peuvent provenir d'un manque de connaissances des aides techniques toutes confondues ou de l'activité toilette.

Cet élément me semble indispensable pour mettre en place un programme de formations adapté. Celui-ci peut porter sur un AVQ en particulier avec son approche, sa vision, la notion d'accompagnement ou sur les moyens favorisant l'autonomie tels que l'aménagement du logement et les aides techniques.

J'essaie d'adapter le vocabulaire du questionnaire à celui des familles d'accueil. Pour cela, j'évite d'utiliser des termes techniques et professionnels qui peuvent limiter la compréhension des questions. Je me suis néanmoins permise de mettre le terme manutention car les techniques de manutention sont au programme de la formation initiale.

Lors de la passation du questionnaire, j'envisage de me déplacer chez l'accueillant pour le lui remettre en mains propres. Je décide donc de ne pas inclure de paragraphe d'introduction

expliquant mon projet et mes attentes et donnant les consignes de remplissage du questionnaire.

1.4 Protocole de passation

Il me semble plus pertinent de me déplacer au domicile des accueillants pour leur remettre le questionnaire afin d'être en interaction et d'échanger verbalement sur mon projet. De plus, cela me permet de répondre aux éventuelles questions et d'adapter mon discours en fonction de l'accueillant. Cette démarche est également un moyen d'obtenir immédiatement des résultats et de contrôler le nombre potentiel de retours.

La passation du questionnaire se déroule en deux temps. Tout d'abord, j'expose mon projet et mes attentes. Je leur indique ensuite que le questionnaire est anonyme, qu'aucun jugement n'est porté sur les réponses et que je reste à leur disposition pour répondre aux questions. Je remets ensuite le questionnaire pour qu'ils le complètent immédiatement en ma présence.

II. Le pré-test

Avant d'utiliser cet outil, je dois faire évaluer le questionnaire grâce à un pré-test ou à un bêtest. Cette étape est indispensable pour en identifier les points forts et les points faibles. Ceci me permet de déterminer les éléments à modifier pour obtenir un questionnaire qui satisfait au mieux mes attentes.

Pour réaliser mon pré-test, je choisis de m'adresser aux médecins experts responsables des familles d'accueil au sein d'un Conseil Général. Ces professionnels interviennent dans le processus de validation des agréments et dans le suivi des familles d'accueil pour personne âgée et adulte handicapé. Pour réaliser ces missions, les médecins sont en contact direct avec les accueillants et ont accès au contenu de leurs formations.

A cette étape de mon projet, il me semble donc judicieux de faire appel à leurs compétences pour l'évaluation de mon outil. En effet, ces médecins vont être en mesure d'identifier les difficultés susceptibles d'être rencontrées par les familles d'accueil face à un tel outil, notamment au niveau de la compréhension, du vocabulaire employé, de la longueur du questionnaire, des thèmes abordés dans les questions... Ils pourront également me donner leur point de vue sur l'intérêt porté par les accueillants sur le questionnaire. De plus, en

connaissant le contenu des formations obligatoires auxquelles les familles d'accueil sont soumises, ils vont pouvoir donner leur avis sur la plus-value qu'un ergothérapeute peut apporter à cette population.

N'ayant eu que très peu de réponses de la part des médecins (annexe VIII), je ne peux pas m'appuyer sur leurs avis pour affiner mon questionnaire. De ce fait, je suis dans l'obligation de modifier mon pré-test et de le réaliser auprès d'une population test. Je demande donc à six familles d'accueil de remplir le questionnaire dans les mêmes conditions de passation décrites ci-dessus. Je décide de les interroger à la fin de notre rencontre sur le fond et la forme du questionnaire (annexe IX) pour connaître leurs avis.

Chapitre 3 : Résultats du pré-test

Les accueillants qui ont testé l'outil ont répondu à la question suivante : Que pensez-vous du contenu et de la construction du questionnaire ?

Trois notions importantes en ressortent : le manque d'explications écrites du sujet d'étude, les difficultés de compréhension et les propositions de réponses peu appropriées (annexe X).

1. Avez-vous trouvé intéressantes les présentations du mémoire et du questionnaire faites oralement en amont ?

Dans l'ensemble, la présentation orale du sujet d'étude et du questionnaire est appropriée au contexte de passation. Toutefois, trois personnes évoquent le besoin d'une présentation écrite en plus de celle orale, pour pouvoir s'y référer lorsqu'ils répondent aux questions. Deux accueillants regrettent que certains mots fréquemment utilisés ne soient pas définis au cours de cette introduction, notamment la notion d'accompagnement qui est un élément clé de l'étude.

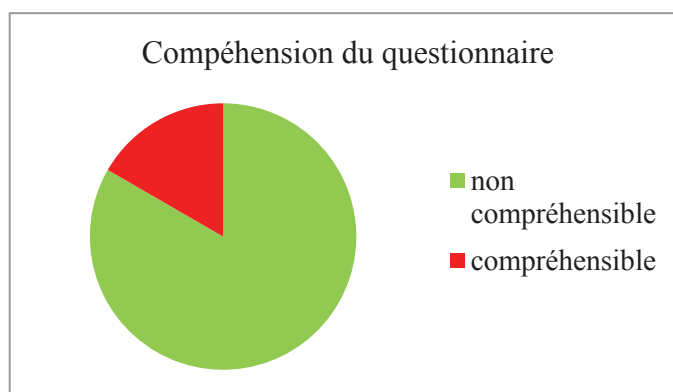
2. Avez-vous eu des difficultés pour comprendre les questions ?

Le graphique 1 montre que plus des $\frac{3}{4}$ de la population test ont rencontrés des difficultés dans la compréhension des questions. L'analyse des réponses donne des pistes sur l'origine de ces difficultés.

a) Ils déplorent un manque de clarté des questions « *il faudrait développer plus ce que vous entendez dans les questions* » (annexe X).

b) Pour la moitié d'entre eux, ces difficultés de compréhension

s'expliquent par une méconnaissance du vocabulaire employé. Les termes et expressions relevés sont répertoriés en annexe ; on y trouve entre autres « *le principe de verticalité* » et « *le matériel d'aide à la communication* ». (annexe X)



Graphique 1 : Représentation de la vision de la population test sur la compréhension des questions posées

c) Pour quelques accueillants, certaines questions ont un sens trop proche ; il leur est difficile de les différencier. Le sujet 1 le constate en ces termes « *vous parlez d'accessibilité et d'espace de déambulation, je ne vois pas la différence* » (annexe X).

3. Pensez-vous que les échelles de critères d'appréciations soient suffisantes ?

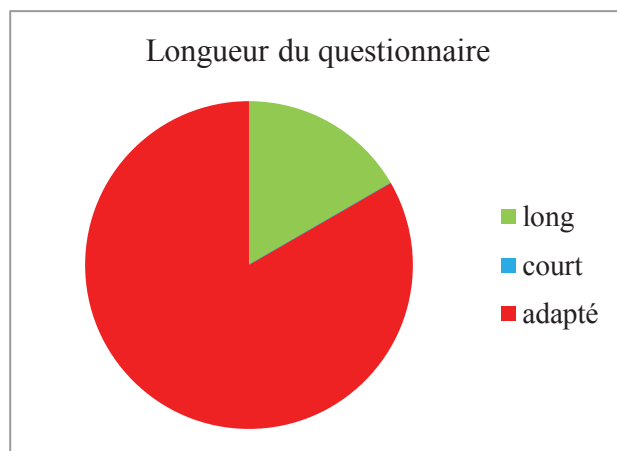
Les réponses à cette question démontrent que certains critères ne sont pas assez nuancés.

a) Trois personnes sur six estiment qu'il n'y a pas suffisamment de différence entre « peu » et « pas assez ». Deux d'entre eux ont éprouvé des difficultés pour choisir une réponse appropriée « *on ne sait pas quoi répondre* » (annexe X) ou encore « *différencier notre niveau de connaissance entre peu et pas assez reste difficile* » (annexe X).

b) Un accueillant estime que les termes « *oui* » et « *non* » sont trop restrictifs. Il aurait aimé pouvoir nuancer avec la réponse « *quelque fois* » (annexe X).

4. La longueur du questionnaire vous semble-t-elle adaptée ?

Le graphique 2 montre que la majorité des accueillants trouve que la longueur du



questionnaire est adaptée. Seulement un individu s'est dit confronté à la longueur du questionnaire qu'il a estimé difficile à suivre, comme il l'exprime dans ces termes « *on s'y perd un peu* » (annexe X).

Graphique 2 : Représentation de la vision de la population test sur la longueur du questionnaire

5. Pensez-vous que des thèmes n'ont pas été abordés dans le questionnaire ?

6. Avez-vous d'autres remarques ?

Peu d'éléments ressortent de ces deux questions. Une personne aurait aimé pouvoir argumenter ses réponses dans une rubrique « justifier ». Une autre aurait souhaité que la notion de financement de l'accompagnement soit abordée (annexe X).

Chapitre 4 : Discussion

I. Réajustement de l'outil

Pour réajuster l'outil (annexe XI), je me suis appuyée sur les résultats du prétest décrits précédemment et sur des éléments qui m'ont interpellée lors de la passation du questionnaire. J'ai alors choisi de ne prendre en compte que les données pouvant apporter de la plus-value au questionnaire et donc à l'étude. Il s'est avéré que le questionnaire évalué lors du prétest montrait de sérieuses lacunes pouvant nuire aux résultats lors de mon expérimentation.

1.1 Introduire une présentation écrite

Les accueillants ont exprimé le besoin d'avoir en amont du questionnaire une présentation écrite du sujet d'étude pour qu'ils puissent mieux comprendre l'objectif de mon mémoire et du questionnaire.

Il est vrai qu'une introduction écrite, en complément d'une explication orale, permettrait de poser le cadre du questionnaire et apporterait une aide à l'accueillant qui aurait ainsi la possibilité de s'y référer pour répondre aux questions.

Dans cette introduction, j'ai choisi d'expliquer le contexte de l'étude, les notions importantes qui en découlent, les éléments recherchés à travers le questionnaire et les indications en lien avec la passation de cet outil.

En rencontrant les familles d'accueil, j'ai eu l'impression que le mot accompagnement, qui est le fil conducteur du questionnaire, n'était peut-être pas compris par l'ensemble des accueillants. J'ai donc choisi d'inclure dans l'introduction une explication de ce terme en l'appliquant à la notion de personne vieillissante. Les accueillants pourront ainsi, en cas de besoin, se référer à cette définition.

1.2 Favoriser la compréhension

Une bonne compréhension du questionnaire par les personnes devant y répondre est indispensable pour obtenir des résultats cohérents et en concordance avec la réalité du terrain.

Les répercussions d'un questionnaire incompris peuvent être considérables. Un accueillant peut se retrouver dans l'incapacité de relater précisément par écrit ses difficultés ou son niveau de connaissance s'il ne comprend pas un ou plusieurs termes de la question posée. Les réponses de son questionnaire vont être faussées et l'étude biaisée.

Pour pallier cette lacune, j'ai choisi de simplifier le vocabulaire employé et d'ajouter des éléments d'explication dans mes questions. Il m'a également semblé nécessaire de modifier voire de supprimer les éléments du questionnaire peu pertinents par rapport au sujet de l'étude.

De ce fait, la notion d'aide à la communication a été retirée. Il me semble en effet que les aides à la communication, majoritairement technologiques, ne sont pas obligatoirement du ressort des accueillants familiaux, sauf cas particuliers.

La notion d'accessibilité a quant à elle été modifiée en aménagement extérieur, de telle sorte que les accueillants cernent les éléments de réponse attendus. En effet, l'accessibilité d'une maison ou d'un lieu comprend à la fois son intérieur et ses extérieurs. Pourtant, pour les accueillants, l'accessibilité ne correspond qu'à l'aménagement intérieur de la maison, sujet qui est déjà mentionné implicitement plusieurs fois dans les questions précédentes. C'est pourquoi, il me semble plus judicieux de dissocier l'intérieur de l'extérieur du logement. J'y ajoute également la notion d'aménagement du véhicule qui me paraît importante.

Lors de la passation du questionnaire, les accueillants m'ont demandé d'expliquer la notion d'aménagement autour de « *la table à manger* ». J'ai alors jugé nécessaire de remplacer cette association de mots par l'expression « *pièce de vie commune* » qui est plus parlante et moins sujette à des confusions.

En outre, le libellé de la question portant sur les moyens de rencontre possible avec la personne accueillie n'était pas compréhensible. Dans la mesure où cette question n'apportait que peu d'éléments de réponse à mon étude, j'ai estimé qu'il n'était pas intéressant de la reformuler, je l'ai donc supprimée.

Toutefois, il me paraît important de parler des moyens mis en place pour favoriser l'interaction entre la personne vieillissante et l'accueillant, puisque c'est un élément clé dans la stimulation de l'autonomie. Dans ce but, j'ai intégré une question portant sur les moyens d'interagir avec un individu, selon son niveau d'autonomie.

Pour améliorer la compréhension globale du questionnaire, j'ai jugé nécessaire de modifier le libellé de chaque question. Par exemple, la question concernant l'aménagement de logement : « *Pensez-vous avoir les connaissances suffisantes sur l'aménagement de l'environnement adapté autour de la chambre, de la salle de bain,...* » est devenue « *Pensez-vous avoir les connaissances suffisantes sur les possibilités d'adapter votre environnement (maison, jardin, voiture...) pour pallier les difficultés rencontrées par la personne accueillie ?* ».

1.3 Nuancer les réponses

Les résultats du prétest montrent que les réponses proposées ne sont pas assez nuancées : pas du tout, peu, pas assez, suffisante. Cela engendre des difficultés dans le choix de réponse pour retranscrire au mieux la situation. J'ai donc été plus précise dans les échelons d'évaluation en lien avec les connaissances des familles d'accueil sur les moyens existants : très suffisante, suffisante, peu suffisante, aucune.

La remarque sur les termes « oui » et « non » jugés trop restrictifs me semble tout à fait justifiée. En effet, lors de la passation du questionnaire, de nombreux accueillants ont choisi de cocher la case « non » tout en m'expliquant rencontrer des difficultés de temps à autres. La réponse « quelquefois » est alors rajoutée aux éléments de réponse existants.

1.4 Observations non retenues

J'ai choisi de ne pas laisser la possibilité aux accueillants d'expliquer les difficultés qu'ils rencontrent dans une rubrique « justification », car seuls les résultats quantifiables m'intéressent à ce stade du recensement. Les réponses ainsi obtenues permettront de faire ressortir les principaux obstacles. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là que je procéderai à une analyse plus précise de ceux-ci.

Lors de notre rencontre puis dans le pré-test, certains accueillants ont évoqué des difficultés financières. Cependant, dans le contexte de l'étude, je préfère ne pas prendre en compte les

besoins budgétaires qui ne sont pas réellement du ressort de l'ergothérapeute. En effet, celui-ci peut seulement apporter des solutions adaptées au budget des familles d'accueil, ce qu'il sera amené à faire lors de la formation.

Une personne a trouvé le questionnaire trop long. Malgré cette remarque, j'ai choisi de ne pas modifier sa longueur. En effet, la suppression de certaines questions risquerait de rendre le questionnaire moins clair et l'étude en deviendrait moins pertinente.

II. Réflexion sur les résultats du pré-test

2.1 Des éléments de discordances

Etant donné que l'échantillon du pré-test est restreint, les résultats obtenus (annexe XII) dans les questionnaires ne permettent pas d'identifier les principaux besoins des familles d'accueil. Toutefois, j'observe une discordance entre les résultats de la pré-enquête, ceux du pré-test et le discours tenu par les accueillants lors de notre rencontre. Puis, lors de l'analyse des questionnaires, je repère une incohérence dans les réponses fournies.

Je constate ainsi un manque de concordance dans les résultats. Ceux faisant suite au pré-test montrent qu'une majorité des accueillants ont reçu des formations sur l'ensemble des thèmes abordés dans le questionnaire, tels que l'aménagement du logement, les aides techniques ou encore les techniques de manutention. Je note également qu'ils rencontrent que très peu de difficultés dans l'accompagnement des AVQ.

Quant aux résultats de la pré-enquête, ils tendent à montrer d'une part qu'il existe des difficultés dans l'ensemble des activités quotidiennes et d'autre part, que les formations sont peu voire pas du tout en lien avec le maintien de l'autonomie de la personne accueillie.

De plus, lors de nos échanges pendant la passation du pré-test, j'ai relevé que les accueillants interrogés m'énonçaient de nombreuses difficultés en lien avec l'accompagnement dans les AVQ. Cependant, ils ne les ont pas retranscrits dans leurs réponses.

Dans un second temps, je m'interroge sur la cohérence des réponses données par les accueillants dans leur questionnaire. En effet, j'observe que des accueillants évoquent des difficultés dans l'accompagnement de certains AVQ alors qu'ils notent avoir suffisamment de connaissance sur les moyens pouvant les aider. Par exemple, les sujets 3,4 et 6 évoquent des

difficultés lors des transferts tout en considérant avoir les connaissances suffisantes sur les aides aux transferts, l'aménagement de logement et les techniques de manutention. Leurs éléments de réponse sont donc illogiques.

2.2 Les biais du pré-test

D'où viennent ces discordances ? Pourquoi les réponses du questionnaire ne font-elles pas écho aux réponses de la pré-enquête ni au discours tenu par les accueillants ? Quels sont les éléments susceptibles d'avoir interféré dans les résultats ? Quelles solutions vais-je pouvoir trouver pour être au plus près de la réalité ?

Toutes ces interrogations me laissent supposer que des éléments du pré-test ont pu influencer les résultats.

Il me paraît évident que le premier questionnaire utilisé lors du pré-test ne permettait pas d'obtenir des réponses cohérentes. Effectivement, les manquements de l'outil relevés précédemment ont eu des conséquences non négligeables sur les résultats. La méconnaissance de certains termes du questionnaire de la part des accueillants a pu fausser une partie des réponses données. En effet, si une personne ignore ou inverse le sens d'un mot, sa réponse est susceptible de ne pas refléter la réalité. Les éléments de réponses trop restrictifs peuvent être, eux aussi, à l'origine de cette discordance. Par exemple, lorsque l'accueillant ne trouve pas le qualificatif correspondant à sa situation, il risque de choisir une réponse proche mais différente de la réalité.

Je me demande ensuite si le fait d'avoir pris contact avec les familles d'accueil par le biais d'une Maison de l'Autonomie peut-être en partie responsable de ces incohérences. En effet, la Maison de l'autonomie s'adresse à tout public âgé ou en situation de handicap et délivre l'agrément aux familles d'accueil sous l'égide du Président du Conseil Général. Bien que j'ai pris soin, lors de notre rencontre, de leur expliquer que ma démarche était personnelle, que le questionnaire était anonyme et que j'étais la seule à en prendre connaissance, je pense que de nombreux accueillants ont malgré tout pris peur de l'impact que pouvaient avoir leurs réponses sur leur agrément.

De plus, bien que je leur aie dit ne pas être là pour porter de jugement, ma présence face à eux durant la passation du questionnaire a pu occasionner une peur d'être jugé ou un sentiment d'oppression ne leur permettant de répondre librement.

Pour finir, je me demande si les formations proposées ne seraient pas différentes en fonction du département. En effet, les réponses obtenues lors de ma pré-enquête, réalisée au niveau national, mettent en évidence un manque important de formations. En parallèle, les résultats du pré-test basé sur un seul département montrent que la majorité des accueillants ont été formés, par le Conseil Général, sur les moyens évoqués dans le questionnaire qui visent à favoriser l'autonomie. Il est possible que dans leur département, les familles d'accueil reçoivent une formation plus adaptée que dans le reste de la France. Au vu de ces réponses, je pense qu'il existe une disparité du panel de formations proposées par les départements. Ces inégalités de formation sur le territoire français sont certainement dues au fait que les formations dépendent des Conseils Généraux qui sont indépendants les uns des autres. Chaque Conseil Général établit un budget destiné aux familles d'accueil et met en place le suivi et le programme de formation qu'il estime le plus adapté en vue de leurs moyens (financier, professionnel...).

2.3 Les solutions

Malgré les dysfonctionnements détaillés ci-dessus, le questionnaire me semble être un outil adapté pour avoir une vision d'ensemble des besoins des familles d'accueil. Toutefois, pour corriger les biais observés lors du pré-test, je dois modifier le protocole de passation. A la suite de cette expérimentation, il serait intéressant de compléter les données de cette étude par des observations et des entretiens réalisés auprès d'accueillants.

L'outil qui sera proposé lors de l'expérimentation est un questionnaire repensé pour être plus en adéquation avec les connaissances des familles d'accueil. Je pense que ce nouveau questionnaire va leur faciliter la compréhension des questions et ainsi obtenir des réponses les plus réalistes possible.

Il me paraît également important de me procurer les coordonnées des familles d'accueil par un autre biais que par une Maison de l'Autonomie. Bien qu'une rencontre me semble nécessaire, il serait préférable que celle-ci ne soit pas individualisée pour éviter une éventuelle peur du jugement.

De plus, je me suis aperçue qu'une démarche individuelle n'est pas concevable avec la praticabilité professionnelle. En effet, d'une manière générale, l'emploi du temps des ergothérapeutes ne permet pas de réaliser cette expérimentation dans les conditions actuelles de passation.

A la vue de ces éléments, je suis dans l'obligation de modifier le protocole de passation. Je propose donc que la prise de contact puis les rencontres avec les accueillants se déroulent au sein d'associations représentant des familles d'accueil.

Il existe des associations pour familles d'accueil sur l'ensemble du territoire français. Dans le but d'obtenir des réponses provenant d'accueillants ayant suivi des formations différentes, je vais m'adresser à des associations localisées dans des départements différents.

Je propose que la remise du questionnaire se fasse dans les locaux de l'association, au cours d'une réunion durant laquelle j'expliquerai mon projet. Je leur demanderai ensuite de remplir le questionnaire qu'ils devront me remettre en fin de réunion.

En proposant ce nouveau protocole, j'espère limiter les biais à l'origine des discordances. Les résultats ainsi obtenus vont me permettre d'identifier les principaux besoins des accueillants et leurs origines. Par la suite, je trouverai intéressant d'affiner l'analyse des résultats à l'aide d'observations et d'entretiens réalisés auprès des familles d'accueil.

III. Ouverture : la reconnaissance des accueillants en tant que professionnels

Il me paraît important de souligner que la famille d'accueil est une solution d'hébergement et d'accompagnement qui demande à être développée pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes vieillissantes. Les limites d'intervention de l'accueillant ne sont pas clairement définies et les formations dispensées sur le territoire français sont différentes. Ceci m'amène à penser que l'accompagnement est inégal d'une famille à une autre.

Lors de la création de ce dispositif, les personnes âgées accueillies étaient souvent à la recherche d'un confort de vie au niveau du logement et en recherche de compagnie. A ce jour, avec le développement des services œuvrant pour le maintien au domicile dans de bonnes conditions, les personnes âgées entrent en famille d'accueil très tard et très dépendantes, souvent avec des troubles cognitifs et les accueillants se trouvent confrontés aux mêmes difficultés que le personnel des EHPAD. Par contre, leur statut d'accueillant ne leur permet pas de bénéficier d'aides financières pour acquérir du matériel médical (aide technique,

matériel de confort...), identique à celui dont dispose le personnel soignant dans les établissements de santé ou les aidants naturels lors d'un maintien à domicile.

Dans ce contexte, nous pouvons imaginer que les familles d'accueil ne disposent pas obligatoirement de moyens suffisants pour faciliter l'accompagnement d'une personne vieillissante. De ce fait, l'accompagnement risque de ne pas être réalisé dans les meilleures conditions.

Dans ce contexte, je considère que l'ergothérapeute a sa place auprès des accueillants. Sa formation lui permet de les conseiller, de les former et de les informer sur des solutions adaptées à leurs moyens financiers.

Pour répondre aux objectifs de la politique de santé actuelle qui vise à améliorer la qualité des soins prodigués, il me paraît essentiel que les accueillants familiaux deviennent des professionnels de santé à part entière. Effectivement, au regard du type de population accueillie la formation et le suivi des accueillants sont primordiaux.

La formation professionnelle serait bénéfique aux accueillants et aux personnes accueillies. En effet, tous les accueillants auraient les capacités nécessaires pour prodiguer des soins et réaliser un accompagnement de qualité favorisant ainsi le bien-être et la sécurité des personnes vieillissantes. Ce principe de formation est déjà mis en place pour les futures familles d'accueil pour mineurs et jeunes majeurs. Celles-ci doivent obtenir un diplôme leur donnant le droit d'accueillir un ou plusieurs enfants en toute sécurité.

Dans le cadre de cette formation diplômante, un ergothérapeute pourrait intervenir, entre autres, pour former les futurs accueillants sur les techniques de manutention, sur l'accompagnement dans l'autonomie et sur les moyens existants. Il pourrait également participer au sein d'une équipe pluridisciplinaire, au suivi régulier des familles d'accueil pour évaluer, conseiller et aider celle-ci dans leurs prises en charge.

Je suis bien consciente que tout cela engendrerait un coût financier important pour le budget de la santé publique et que le contexte actuel n'est pas propice à la création de nouvelles dépenses.

En tout état de cause, je pense avoir démontré que les ergothérapeutes ont leur place auprès des accueillants, qu'ils soient professionnels ou non.

Conclusion

Avec l'augmentation du vieillissement de la population en France, on assiste actuellement à un accroissement du nombre de personnes dépendantes. Face aux nouveaux besoins de cette population, des solutions d'hébergement émergent et se développent progressivement telles que les familles d'accueil. D'un point de vue professionnel, je me demande comment les accueillants s'adaptent dans le quotidien lorsque le vieillissement de la personne accueillie se fait ressentir.

Ma réflexion autour de cette notion m'a conduite à la problématique suivante : identifier les besoins des familles d'accueil dans l'accompagnement de la personne accueillie lors des activités de vie quotidienne ; former, informer et conseiller pour favoriser l'autonomie des personnes accueillies vieillissantes. Une préenquête réalisée auprès des familles d'accueil tend à montrer que les difficultés rencontrées sont en lien avec un manque de connaissances des moyens pouvant favoriser l'autonomie.

Au cours de la partie théorique, nous avons vu qu'un ergothérapeute pourrait avoir sa place auprès des accueillants pour les aider dans leur rôle d'accompagnateur. En effet, dans un premier temps, nous avons constaté qu'un accompagnement adapté au niveau de dépendance d'une personne permet de stimuler son autonomie et ainsi de diminuer l'impact que peut avoir le vieillissement sur les activités de la vie quotidienne. Dans un second temps, nous avons mis en exergue les moyens dont dispose un ergothérapeute dans la pratique de son métier pour permettre au patient d'être acteur dans les activités de la vie quotidienne et ainsi favoriser son autonomie.

Ma démarche expérimentale consiste à réaliser le pré-test du questionnaire visant à connaître les difficultés des familles d'accueil ainsi que leurs origines.

N'ayant pas eu la possibilité de réaliser entièrement l'expérimentation, je ne peux pas valider mon hypothèse. Toutefois, je constate à travers les résultats du pré-test que les accueillants n'estiment pas avoir des difficultés. Ceci est en contradiction avec les résultats de la pré-enquête et les discours qu'ils ont tenus lors de nos rencontres.

L'hébergement en famille d'accueil me semble être une solution intéressante sous réserve que les formations suivies par les accueillants soient en adéquation avec leurs besoins et celui des personnes accueillies. Dans ce contexte, l'intervention d'un ergothérapeute sur des notions

telles que l'aménagement du logement, les aides techniques ou les techniques de manutention, pourrait pallier les difficultés repérées dans le questionnaire.

Cette identification des besoins en lien avec le maintien de l'autonomie des personnes vieillissantes pourrait être réalisée auprès des aidants naturels de telle sorte que les ergothérapeutes leur proposent également ce modèle de formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Meslé France. Allongement de la vie et accroissement du nombre de personnes âgées. Idées économiques et sociales. 2009/3 N° 157, p. 6-9. DOI : 10.3917/idee.157.0006
2. Robert-Bobée. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Revue Insee Première [en ligne]. 2006 Juil, N° 1089 [consulté le 02/04/13]. Disponibilité sur internet <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>
3. Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes [consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr]
4. Famidac. (page consultée le 8/02/2013). L'accueil familial d'adultes handicapés et de personnes âgées, [en ligne]. <http://www.famidac.fr/article10.html>
5. Articles L 441-1, L 344-1, L113-1, R 441-5 du code de l'action sociale et des familles [consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr]
6. Dispositif territorialisé de l'accueil familial des personnes âgées et adultes handicapés. Référentiel à l'usage des comités locaux de concertation, décembre 2009
7. loi n°2002-73 du 17 janvier 2003 de modernisation sociale (article 51) et ses décrets d'applications du 30 décembre 2004 ; Articles L312-1, L442-1, L 444-1, L444-3 du code de l'action sociale et des familles Article R442-1 du CASF (consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr)
8. Famidac. (page consultée le 13/03/2013). Contrats type d'accueil familial, [en ligne]. <http://www.famidac.fr/article229.html>
9. Famidac. (page consultée le 13/02/2013). Un contrat « de gré à gré », [en ligne]. <http://www.famidac.fr/article3221.html>
10. Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit de logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale au logement opposable (consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr)
11. Gueguen A.F, Bereziat M.P. « Ergothérapie en soins palliatifs » Ou comment promouvoir l'autonomie de la personne en fin de vie?. Revue internationale de soins palliatifs. 2002, 1 Vol. 17, p. 20-23. DOI : 10.3917/inka.021.0020
12. Fricke J, BAppSC, MAppSc, AccOT. Activities of Daily Living. CIRRIE. 2010

13. Goddat E, De Francqueville V, Trillard A (Sénateur de Loire Atlantique). Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées; 2011. Rapport
14. Dictionnaire de français Larousse. (page consultée le 28/01/2013). Vieillir, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillir/81922#80954>
15. Pellissier J. A quel âge est-on vieux ?. le site de jerpel.fr [en ligne]. 2008, [consulté le 12/03/2013]. Disponibilité sur internet : <http://www.jerpel.fr>
16. Dictionnaire de français Larousse. (page consultée le 28/01/2013). Vieillissement, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement>
17. Khelifia A. (page consultée le 27/12/2012). Gériatrie pratique, [e ligne]. <http://geriatrie.webs.com/gnralits.htm>
18. Stanley M, Gauntlett Beare P. partie 2 : protection de la santé à partir d'une approche des grands systèmes. In : Stanley M, Gauntlett Beare P. Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique. traduction de la deuxième édition américaine par F.Hallet De Boeck ; 2005.
19. Belleville S. les troubles de la mémoire et le vieillissement. psychologie québec. 2004 mai
20. Albinet Cédricet al. Vieillissement, activité physique et cognition. Movement & Sport Sciences. 2008, 1 n° 63, p. 9-36. DOI : 10.3917/sm.063.0009, p21
21. La perte d'autonomie : Cadre général et politique de la dépendance en France. CLEIRPPA, s.l.n.d
22. Cambois E, Robine J-M. Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. Retraite et société. 2003, /2 no 39, p. 59-91.
23. Le Petit Larousse illustré. Paris : Larousse ; 2009 (p 9, 82, 304)
24. Abric M, Nouvel F, Marko L. Aide technique manuelles et ergomotricité. In : Enjalbert M, Abric M, Cazalet G, Nouvel F. Grau S, Jacquot J-M. Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie, rencontre en rééducation. Paris : Masson ; 2002. P21-25
25. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (page consultée le 23/03/2013). Définition, [en ligne]. http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64
26. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr)
27. BOWLBY SIFTON C. The demencia story : challenging the Art of Occupational therapy. Canadian Journal of occupational therapy. 1997 feb

28. Masson SAS E, Piat A, Michau P. préface et introduction. Masson SAS E, Piat A, Michau P. Personnel de santé et techniques de manutention. 2007 Jan
29. Autissier M, kluwer W. chapitre 1 les partenaires. In : Autissier M, kluwer W. L'ergonomie : Manutention des personnes dépendantes, organisation de leur environnement. France. ; 2008, p 4 à 6
30. Vincent C, Damecour G. increasing acces in multi-level residential homes : An occupational therapy approche. CAOT Publications ACE. 2005 May Jun
31. Yvonne F, Heerkens, Bougie T, Marijke W, de Kleijn-de Vrankrijker. Classification and terminology of assistive products. International Encyclopedia of Rehabilitation by CIRRIE. 2010 [en ligne : <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/contents/>]
32. Dictionnaire de Français Larousse. (page consultée le 10/04/2013). Agencement, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agencement>
33. Wahnich S. enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique ; trois méthodes d'approche des publics. BBF. dossier : connaitre les publics enquête et statistique. [en ligne] Sept 2006, t.51, n°6, [consulté le 25/03/2013]. Disponibilité sur internet : < <http://bbf.enssib.fr/>>

GLOSSAIRE

Accessible Creation Process : A.C.E

Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne : A.I.V.Q

Association Nationale Française des Ergothérapeute : A.N.F.E

Activités de la Vie Quotidienne : A.V.Q

Conseil Général : C.G

Établishement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante : E.H.P.A.D

Foyer Accueil Médicalisé : F.A.M

Geste et Activation pour Personne Agée : G.A.P.A

Independence in Activities of Daily Living : I.A.D.L

Institut National de la Statistique et des Études Economiques : I.N.S.E.E

Maison d'Accueil Spécialisée : M.A.S

Mesure d'Independance Fonctionnelle : M.I.F

Modèle Canadien de Rendement Occupationnel : M.C.R.O

Organisation Mondiale de la Santé : O.M.S

RESUME

La famille d'accueil, pour personne âgée ou personne handicapée, est une solution intermédiaire entre le maintien à domicile et les établissements de santé. Son rôle est d'héberger et d'accompagner la personne dans son quotidien pour l'aider à retrouver, préserver ou développer son autonomie.

À partir de la problématique : « Identifier les besoins des familles d'accueil dans l'accompagnement de la personne accueillie lors des activités de la vie quotidienne ; former, informer et conseiller pour favoriser l'autonomie des personnes accueillies vieillissantes », j'ai formulé l'hypothèse suivante « Les difficultés que rencontrent les familles d'accueil dans l'accompagnement viennent d'un manque de connaissances en matière de moyens pouvant favoriser l'autonomie d'une personne vieillissante tels que les aides techniques, les techniques de manutention ou encore l'aménagement du logement ».

Des familles d'accueil test ont évalué l'outil qualitatif qui est un questionnaire semi-ouvert, ayant pour objectif de définir les difficultés et donc les besoins les plus récurrents rencontrés par les familles d'accueil.

Mots clefs : vieillissement, famille d'accueil, besoin, activité de vie la quotidienne, autonomie

ABSTRACT

Foster care, for the elderly or disabled, is an intermediate solution between home support and health facilities. Their role is to host and support the person in their daily lives to help regain, maintain or develop their autonomy.

From the question: "Identify the needs of foster care families in supporting the person received during activities of daily living, training, information and advice to empower people who foster the elderly", I made the following hypothesis, "The difficulties faced by foster family support come from a lack of knowledge of technical aids, handling or housing development which can promote the autonomy of an aging person".

The test foster families were assessed using the qualitative tool of a questionnaire, with the aim of defining the most recurring problems and therefore needs, encountered by foster families.

Key works: ageing, needs, foster family, activities of daily living, autonomy