

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**Etats des lieux des pratiques des professionnels travaillant en
EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des
personnes âgées résidant au domicile en Nouvelle-Aquitaine**

Mémoire présenté et soutenu par

FESQUET Emma

En mai 2025



Mémoire dirigé par

DEVANNEAUX Brigitte

Ergothérapeute et cadre de santé, titulaire d'un master recherche et professionnelle
en sciences de l'éducation

Membres du jury

Mme. Brigitte DEVANNEAUX

Mr. Patrick TOFFIN

Mr. Elpidio ATTOH-MENSA

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à l'ensemble des personnes qui, tout au long de ces trois années de formation, m'ont accompagnée et ont contribué, à différents niveaux, à l'aboutissement de ce projet.

Je remercie tout particulièrement Mme **Brigitte DEVANNEAUX**, directrice de ce mémoire, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité. Je tiens également à remercier M. **Stéphane MANDIGOUT**, pour son expertise en recherche, son soutien et ses précieux conseils. Un grand merci aux **professionnels** qui ont pris le temps de répondre à mon enquête. Leur contribution a été essentielle pour recueillir des données précieuses et indispensables à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également **M. Patrick TOFFIN, M. Thierry SOMBARDIER, Mme Émilie Bichon** et **Mme Audrey VIGUIER** pour leur engagement et leur bienveillance tout au long de la formation. Leur capacité à transmettre leur passion pour l'ergothérapie a grandement contribué à mon développement personnel et professionnel.

Je suis également reconnaissante envers **l'ensemble des ergothérapeutes** rencontrés au cours de mes stages, pour leurs partages d'expériences, leurs savoirs et pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Enfin, je souhaite remercier **mes proches** pour leur soutien tout au long de ce parcours. Une pensée toute particulière à **ma mère, ma tante et mon oncle** et à ma **grand-mère** pour leur présence inconditionnelle, leurs encouragements et leur confiance. Merci également à **mes amies** pour leur écoute, leurs conseils et pour ces belles années d'études riches en expériences et en émotions.

Ce soutien, venu de toutes parts, a été une source de motivation et de force indispensable à la réalisation de ce mémoire et de ces études.

Merci à tous.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »

disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée FESQUET Emma atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le dimanche 25 mai 2025

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapie

Session de juin 2025

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée FESQUET Emma

Etudiante de 3ème année

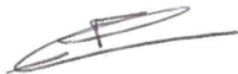
Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : dimanche 25 mai 2025

Signature de l'étudiante



Glossaire

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CRT : Centre Ressources Territorial

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EHPAD-PRP : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - Pôle ressources de proximité

HAS : Haute Autorité de Santé

ICOPE : Integrated Care for Older People (Soins Intégrés pour les Personnes Âgées)

MCRO : Mesure Canadienne de Rendement Opérationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFP : Les Petits Frères des Pauvres

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAD : Service Autonomie à Domicile

SC2S : Service Civique Solidarité Seniors

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique.....	2
1. Personnes âgées.....	2
1.1. Définition	2
1.2. Épidémiologie.....	2
1.3. Le vieillissement.....	2
1.3.1. Physiologique.....	3
1.3.1.1. Les changements physiques	3
1.3.1.2. Les changements cognitifs	4
1.3.2. Pathologique	4
1.3.2.1. Les pathologies majeures du vieillissement	4
1.3.3. Retentissement du vieillissement sur les liens sociaux.....	5
1.4. Acteurs du maintien à domicile des personnes âgées	5
1.4.1. Dispositifs d'aide et de soins à domicile	5
1.4.2. Dispositifs de coordination et d'accompagnement.....	6
Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) :.....	6
Les EHPAD Plateformes Ressources de Proximité :.....	6
2. L'isolement social	7
2.1. Définition	7
2.2. Epidémiologie.....	7
2.3. Facteurs de risque.....	8
2.3.1. Facteurs individuels.....	8
2.3.2. Facteurs relationnels	8
2.3.3. Facteurs communautaires	8
2.3.4. Facteurs sociétaux	9
2.4. Conséquences	9
2.5. Evaluation	9
2.6. Interventions de lutte contre l'isolement social.....	10
3. Ergothérapie	12
3.1. Définition	12
3.2. Interventions en ergothérapie en matière d'isolement social	12
3.2.1. Favoriser la participation sociale et l'engagement	13

3.2.2.	Aménagement des espaces publics	13
3.2.3.	Préconisations, prescriptions et suivi des aides techniques.....	14
3.2.4.	Améliorer la formation et les pratiques en ergothérapie.....	14
3.3.	Modèle conceptuel	15
3.3.1.	Présentation de la CIF.....	15
3.3.2.	Lien entre la CIF et l'isolement social	15
3.3.3.	Complémentarité entre la CIF et la MCRO	16
	Problématique et hypothèses	17
	Méthode	18
1.	Objectif de l'étude	18
2.	Caractéristiques de la population étudiée	18
3.	L'outil méthodologique	18
4.	Méthode de diffusion et de recrutement.....	19
5.	Traitement et analyse des données	20
	Résultats	21
1.	Professionnels	21
1.1.	Caractéristiques de la population étudiée.....	21
1.2.	Pratiques des professionnels en matière d'isolement social	21
1.2.1.	Freins et besoins exprimés par les professionnels	22
1.3.	Connaissances des professionnels sur l'isolement social.....	23
1.4.	Lien entre les connaissances et les pratiques des professionnels	24
2.	Ergothérapeutes	24
2.1.	Caractéristiques de la population étudiée.....	24
2.2.	Pratiques des ergothérapeutes en matière d'isolement social	24
2.2.1.	Freins et besoins exprimés en ergothérapie.....	25
2.3.	Connaissances des ergothérapeutes sur l'isolement social.....	25
	Discussion	26
1.	Objectifs de l'étude	26
2.	Réponse à la problématique et aux hypothèses.....	26
2.1.	Absence d'outils d'évaluation standardisés : un obstacle à l'identification de l'isolement social en EHPAD-PRP	27
2.2.	Directives imprécises : un frein à l'harmonisation et à l'efficacité des interventions de lutte contre l'isolement social en EHPAD-PRP	28
3.	Limites rencontrées.....	29
4.	Perspectives	29

Conclusion	31
Références bibliographiques	32
Annexes	1

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition géographique des répondants.	21
Figure 2 : Missions principales exercées dans les EHPAD-PRP.	21
Figure 3 : Actions de lutte contre l'isolement social.....	22
Figure 4 : Obstacles des professionnels dans la lutte contre l'isolement.....	22
Figure 5 : Facteurs identifiés pour améliorer l'efficacité des actions.	23

Introduction

Le vieillissement de la population constitue un enjeu de société majeur, tant en France que dans le monde. Cette avancée en âge est associée à des risques accrus d'isolement social. Dans ce contexte, le maintien du lien social des personnes âgées vivant à domicile représente un défi crucial, particulièrement en Nouvelle-Aquitaine. En effet, près d'une personne âgée sur cinq est concernée, faisant de cette région l'une des plus touchées en France (Les Petits Frères des Pauvres, 2019a). Ce phénomène, aux répercussions multiples sur la santé, demeure pourtant difficile à identifier et à prévenir efficacement. C'est pourquoi les professionnels de santé, notamment les ergothérapeutes, occupent un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes isolées à différents niveaux.

Parmi les structures investies dans la lutte contre l'isolement social, les EHPAD disposant d'un Pôle de Ressources de Proximité ont un rôle central à jouer. Ces dispositifs adaptent leurs interventions en fonction des besoins du territoire, et proposent des actions au sein des EHPAD, dans des lieux extérieurs ou à domicile. Ils permettent de renforcer l'accompagnement des personnes âgées notamment en soutenant leur autonomie et en luttant contre l'isolement social afin de favoriser un maintien à domicile. Cependant, les pratiques mises en œuvre dans ce cadre restent peu documentées, notamment en ce qui concerne l'implication directe des professionnels dans l'identification et la prise en charge de l'isolement social.

Ainsi, ce mémoire s'intéresse à la question suivante : **Quelles sont les pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des personnes âgées résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine ?** Cette étude vise à explorer les actions concrètes menées par les professionnels, dont les ergothérapeutes, les outils mobilisés, ainsi que les freins et les leviers qu'ils identifient. Pour mener à bien cette étude, une enquête par questionnaires a été menée auprès de ces professionnels afin de mieux comprendre leurs pratiques et leurs connaissances sur le sujet.

Cette thématique est étroitement liée à mon parcours d'ergothérapeute en formation et s'appuie sur des expériences vécues lors de mes stages, notamment en équipe mobile de gériatrie. En effet, l'isolement social est une problématique que j'ai fréquemment rencontrée au cours de mes stages, mais qui est encore peu abordée de manière spécifique dans la formation en ergothérapie. Cela m'a amenée à m'interroger sur la place de l'ergothérapeute dans ce domaine. Ce mémoire est donc une opportunité pour développer mes compétences afin d'adopter une pratique plus efficiente et de contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles et ergothérapiques dans ce domaine.

Ce mémoire s'intéressera dans un premier temps au contexte des personnes âgées vivant à domicile, en mettant en évidence les liens entre le vieillissement, l'isolement social et les enjeux de santé associés. Cette partie abordera également le rôle de l'ergothérapie face à ces enjeux. Ainsi, cette réflexion conduira à la formulation d'une question de recherche, à laquelle une méthodologie adaptée permettra de répondre. Les résultats seront ensuite présentés, analysés et discutés afin d'apporter des éléments de réponse à la problématique posée.

Cadre théorique

1. Personnes âgées

1.1. Définition

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) n'établit pas de seuil d'âge universel pour définir une « personne âgée » (OMS, 2015). En effet, les mécanismes du vieillissement varient selon les individus et sont influencés par des facteurs culturels, sociaux, économiques et environnementaux. L'OMS privilégie plutôt l'approche du « Vieillissement en bonne santé », axée sur la préservation de la fonctionnalité et de la qualité de vie plutôt que de définir un seuil d'âge spécifique.

Toutefois, dans son « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé » (OMS, 2015), elle utilise fréquemment l'âge de 60 ans et plus comme seuil de référence pour analyser des indicateurs en lien avec le vieillissement. D'autres recherches confirment cette référence (Amarya et al., 2018). Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère qu'une personne est âgée à partir de 75 ans. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, il sera admis que le processus de vieillissement débute dès 60 ans, âge à partir duquel les individus sont plus exposés à des situations de fragilité, telles que l'isolement social. Le terme de « personne âgée » sera quant à lui employé à partir de 75 ans.

1.2. Épidémiologie

Le vieillissement est un enjeu politique majeur. En effet, le nombre et la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus vont continuer d'augmenter dans les prochaines décennies, particulièrement dans les pays en développement (OMS, 2020). D'ici 2030, le nombre de personnes âgées est estimé à 1,4milliard (soit +34% en 10 ans) et plus de 2,1 milliards en 2050 (OMS, 2020).

Cette croissance s'explique par trois facteurs : l'augmentation de l'espérance de vie, l'arrivée dans cette tranche d'âge des générations issues du « baby-boom » (hausse de la natalité après la Seconde Guerre mondiale en Europe) et la baisse de la fécondité (OMS, 2020), (INSEE, 2020), (OMS, 2015). L'espérance de vie a augmenté notamment grâce à l'amélioration des conditions sanitaires et socio-économique (OMS, 2015). Néanmoins, cette augmentation ne s'accompagne pas nécessairement d'une prolongation de la vie en bonne santé, ni d'un recul de l'âge d'entrée dans la dépendance. D'où l'importance des approches préventives et de repérage précoce des fragilités, à l'image du programme ICOPE (Integrated Care for Older People) porté par l'OMS (OMS, 2025), (Kennedy et al., 2014), (Li et al., 2021). Par ailleurs, la fécondité diminue, surtout dans les pays en développement, en raison d'un meilleur accès à la contraception et d'une évolution des normes relatives au genre (OMS, 2015).

1.3. Le vieillissement

Le vieillissement entraîne des changements complexes et variables selon les individus, affectant les systèmes corporels à des rythmes différents (Dziechciaż & Filip, 2014). Il résulte du vieillissement naturel (biologique et physiologique) et peut être aggravé par des pathologies (vieillissement pathologique). À un âge avancé, distinguer les changements naturels et ceux liés à une maladie peut être difficile. Enfin, le vieillissement modifie également les dynamiques sociales et relationnelles.

1.3.1. Physiologique

Le vieillissement physiologique, processus naturel et progressif, débute dès la quarantaine et se poursuit tout au long de la vie (Dziechciaż & Filip, 2014). Il affecte inégalement les différents systèmes du corps, selon des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (Dziechciaż & Filip, 2014).

1.3.1.1. Les changements physiques

Mobilité et systèmes musculo-squelettiques

Avec l'âge, on observe une perte de la masse musculaire et de la force (sarcopénie), réduisant la mobilité, augmentant le risque de chutes et limitant les activités physiques et quotidiennes (Amarya et al., 2018), (OMS, 2020). Parallèlement, la diminution de la densité osseuse (ostéoporose) fragilise le squelette et accroît le risque de fractures (Amarya et al., 2018), (Dziechciaż & Filip, 2014), (OMS, 2020). Les articulations perdent en souplesse, en raison de la réduction de l'élasticité des ligaments et du cartilage, limitant l'amplitude des mouvements (Amarya et al., 2018), (Dziechciaż & Filip, 2014), (OMS, 2020).

Systèmes sensoriels

Les capacités sensorielles se détériorent avec l'âge. La vision est notamment affectée par la presbytie qui altère la vision de près, ralentit l'adaptation à la lumière et diminue la perception des contrastes (Amarya et al., 2018), (Dziechciaż & Filip, 2014), (OMS, 2020). L'audition est touchée par la presbycusie qui réduit la perception des sons aigus, compliquant la communication (Amarya et al., 2018), (Dziechciaż & Filip, 2014), (OMS, 2020). Ces troubles peuvent notamment limiter la mobilité et **affecter la qualité des relations sociales** (OMS, 2020), (Charles & Carstensen, 2010). Par exemple, une perte auditive non traitée peut compromettre la communication et favoriser l'**isolement social**. La diminution de l'odorat et du goût impacte, quant à elle, l'appétit et le plaisir de manger, tandis que la baisse de la sensibilité tactile affecte la perception de la température et de la douleur (Amarya et al., 2018), (Dziechciaż & Filip, 2014).

Systèmes cardiovasculaires et respiratoires

Avec l'âge, la rigidité artérielle augmente, et la diminution du débit cardiaque réduit la tolérance à l'effort (Dziechciaż & Filip, 2014). Sur le plan respiratoire, la capacité pulmonaire diminue également, rendant l'effort plus difficile (Dziechciaż & Filip, 2014).

Système immunitaire

L'immunosénescence (déclin immunitaire lié à l'âge), affaiblit les défenses naturelles, augmentant la vulnérabilité aux infections et réduisant l'efficacité des vaccins (OMS, 2020).

Systèmes digestifs et métaboliques

Avec l'âge, le métabolisme ralentit favorisant la prise de poids si l'activité physique diminue. L'absorption de certains nutriments, comme le calcium et la vitamine B12, devient moins efficace, augmentant les risques d'ostéoporose et d'anémie. De plus, le transit intestinal plus lent, favorise la constipation.

1.3.1.2. Les changements cognitifs

Le vieillissement s'accompagne également de modifications cérébrales et cognitives, dont l'intensité varie selon les individus. Sur le plan structurel, il y a notamment une diminution du volume cérébral, en particulier dans les régions impliquées dans la mémoire et les fonctions exécutives. Cela s'accompagne d'un amincissement du cortex, d'une hypertrophie ventriculaire et d'une altération de la substance blanche (Amarya et al., 2018), (Harada et al., 2013), (Blinkouskaya et al., 2021), (Blinkouskaya et al., 2021). Par ailleurs, la neuroplasticité diminue, ce qui limite l'adaptation à de nouvelles situations.

Sur le plan cognitif, plusieurs fonctions déclinent avec l'âge, notamment l'attention, la mémoire, le langage et les capacités visuo-spatiales (Harada et al., 2013), (Blinkouskaya et al., 2021), (OMS, 2020). Les fonctions exécutives, telles que la planification, la flexibilité cognitive et la prise de décision, deviennent moins efficaces (OMS, 2020). La vitesse de traitement de l'information ralentit, ce qui complique la gestion de tâches simultanées et la prise de décisions rapides (OMS, 2020). Néanmoins, l'apprentissage reste possible, à condition de recourir à davantage de répétitions et à des stratégies compensatoires (Amarya et al., 2018).

1.3.2. Pathologique

Ainsi, le vieillissement physiologique, dit vieillissement normal évoqué précédemment, rend l'organisme plus vulnérable aux pathologies. La gérosceince, discipline à l'intersection du vieillissement et de la maladie, vise à comprendre ces interactions pour améliorer la prévention et les traitements des maladies liées à l'âge (Kennedy et al., 2014).

Le vieillissement est par conséquent associé à une prévalence accrue des maladies chroniques, telles que les maladies neurodégénératives, les maladies cardiovasculaires, ainsi que les troubles fonctionnels et sensoriels. Ces pathologies constituent la principale cause de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale (López-Otín et al., 2013), (Kennedy et al., 2014), (OMS, 2015), (Fekete et al., 2024).

1.3.2.1. Les pathologies majeures du vieillissement

Parmi les maladies liées à l'âge, les maladies neurodégénératives occupent une place importante. La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) et la maladie de Huntington affectent la cognition, la motricité et le comportement, altérant profondément l'autonomie fonctionnelle des individus (Hou et al., 2019), (Gitler et al., 2017).

Les maladies cardiovasculaires sont également courantes, incluant l'athérosclérose, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (Donato et al., 2018), (Ungvari et al., 2020), (Fekete et al., 2024), (Donato et al., 2018).

D'autres pathologies concernent les maladies sensorielles (Ex : cataracte, DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge), malentendance), les maladies musculo-squelettiques (Ex : ostéoporose, arthrose, sarcopénie) et les troubles métaboliques (Ex : diabète de type 2) (Covelet, 2007), (Grote et al., 2019), (Kennedy et al., 2014), (Fekete et al., 2024), (Li et al., 2021).

Enfin, il est essentiel de souligner que le vieillissement pathologique a des conséquences significatives sur les capacités fonctionnelles, affectant la mobilité, la cognition et les fonctions sensorielles. Cela se traduit par des **difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne, en particulier les activités sociales** qui étaient autrefois réalisées avec aisance. Cela entraîne une dépendance croissante et un risque élevé d'hospitalisation, contribuant ainsi à une perte d'autonomie fonctionnelle et à de l'isolement. Cela implique une prise en charge médicale plus importante associée à une augmentation des dépenses de santé (OMS, 2015).

1.3.3. Retentissement du vieillissement sur les liens sociaux

Les réseaux sociaux des personnes âgées regroupent des relations essentielles comprenant les relations familiales, intimes et les relations informelles (amis, voisins, collègues, prestataires de services...) (OMS, 2015). **Un réseau social solide apporte un soutien quotidien qui favorise le bien-être et renforce le sentiment d'appartenance et d'estime de soi.** Il agit comme un **facteur motivant pour maintenir la participation sociale** (Charles & Carstensen, 2010), (Vos et al., 2020), (OMS, 2015).

Avec l'âge, les dynamiques sociales évoluent : **dès la quarantaine, les individus réduisent volontairement leurs réseaux, privilégiant des relations plus intimes, plus régulières et plus significatives** (Charles & Carstensen, 2010). En effet, les personnes âgées ne privilégient pas la quantité, mais la qualité des relations sociales (Vos et al., 2020). Bien que cela puisse augmenter la satisfaction, **un réseau trop restreint expose à l'isolement social** (Charles & Carstensen, 2010).

Les réseaux sociaux sont essentiels au vieillissement à domicile, apportant un soutien social et émotionnel, aidant à gérer les situations de stress (Vos et al., 2020). Leur évolution peut toutefois compromettre un maintien à domicile dans de bonnes conditions.

1.4. Acteurs du maintien à domicile des personnes âgées

Dans la société actuelle, le maintien à domicile des personnes âgées est de plus en plus privilégié. Le programme ICOPE de l'OMS en est un exemple. En effet, il soutient l'autonomie à travers la prévention, l'évaluation et la prise en charge précoce des pertes de capacités, afin de retarder l'entrée en institution et renforcer les soins à domicile (OMS, 2025).

1.4.1. Dispositifs d'aide et de soins à domicile

On distingue trois principaux services d'aides et de soins favorisant le maintien à domicile des personnes âgées (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2022) :

- Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) : Composés d'aides-soignants et d'infirmiers, ils préviennent la perte d'autonomie, évitent l'hospitalisation ou l'institutionnalisation et facilitent le retour à domicile (République française, 2025c).
- Les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) : Composés d'aides à domicile, ils fournissent un soutien quotidien pour maintenir l'autonomie des personnes âgées à domicile (République française, 2025), (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2022).

- Les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) : Ils associent soins infirmiers et aides à domicile afin d'optimiser la coordination (République française, 2025a).

Depuis 2023, ces services ont fusionné en SAD (Services Autonomie à Domicile), simplifiant les démarches et renforçant la coordination (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2022), (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2023b). Cette évolution s'inscrit dans une volonté plus large de renforcer les dispositifs de coordination et d'accompagnement, essentiels pour le maintien à domicile des personnes âgées.

1.4.2. Dispositifs de coordination et d'accompagnement

Les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) :

Les CRT coordonnent les interventions et mutualisent les ressources locales pour favoriser le maintien à domicile (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2022). En Nouvelle-Aquitaine, ils ciblent trois champs d'action, dont la **lutte contre l'isolement des personnes âgées** et de leurs aidants (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2024). Ils offrent des solutions adaptées à domicile (Ex. accès aux soins, adaptation du logement...) et près du domicile (Ex. prévention, **lutte contre l'isolement...**) (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2024). L'ARS (Agence Régionale de Santé) a également défini comme objectif, dans le cadre des CRT, l'ouverture des EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sur le territoire (Observatoire Régional de la Santé, 2022).

Les EHPAD Plateformes Ressources de Proximité :

En effet, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine encourage les EHPAD à évoluer vers des Plateformes Ressources de Proximité (PRP), offrant des services aux personnes âgées du territoire, afin de favoriser leur maintien à domicile (BROUSSY et al., 2021), (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2022). Ces EHPAD-PRP fonctionnent selon deux logiques (BROUSSY et al., 2021) :

- La logique IN : L'EHPAD devient pôle ressource, offrant des services et des accompagnements de l'EHPAD aux personnes âgées du territoire.
- La logique OUT : L'EHPAD développe des services directement à domicile ou dans des lieux extérieurs, en complément de l'accompagnement habituel assuré par un service d'aide ou de soins.

Leurs interventions, adaptées aux besoins territoriaux, comprennent des soins médicaux, de l'aide à domicile, un accompagnement personnalisé, un suivi nutritionnel, ainsi que des actions de prévention et de maintien de l'autonomie (Observatoire Régional de la Santé, 2022). Ces dispositifs **renforcent l'autonomie et réduisent l'isolement social en favorisant la participation sociale** (BROUSSY et al., 2021), (Observatoire Régional de la Santé, 2022).

En Nouvelle-Aquitaine, une étude révèle qu'environ **un tiers des EHPAD-PRP a mis en place des actions de lutte contre l'isolement social**. En effet, **40% de leurs actions visent la lutte contre l'isolement**, 37% concernent le repérage des fragilités et 34% l'aide aux aidants (Observatoire Régional de la Santé, 2022). Cependant, d'autres dispositifs, tels que les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) et les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination), contribuent également au maintien à domicile. Néanmoins, **ce mémoire se concentrera sur les EHPAD Pôles Ressources de Proximité**, acteurs majeurs de l'accompagnement territorial et de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile.

Synthèse :

L'âge de 60 ans marque généralement l'entrée dans le vieillissement, tandis que le terme « personne âgée » est utilisé à partir de 75 ans. Ce processus, propre à chaque individu, est influencé par de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Cependant, l'augmentation du nombre de personnes âgées dans le monde ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration de leur état de santé. Le vieillissement physiologique entraîne des modifications naturelles de l'organisme, tandis que le vieillissement pathologique, marqué par la présence de maladies chroniques, peut entraîner une perte d'autonomie et accroître le risque d'isolement social. Le vieillissement social, quant à lui, fragilise les liens sociaux et peut lui aussi favoriser l'isolement. Dans ce contexte, le maintien à domicile est privilégié, à condition d'être soutenu par des dispositifs adaptés. En effet, les SAD, les CRT et en particulier les EHPAD-PRP jouent un rôle essentiel, notamment en Nouvelle-Aquitaine, pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement social. C'est sur ces structures, les EHPAD disposant d'un Pôle de Ressources de Proximité, que ce mémoire se concentrera.

2. L'isolement social

2.1. Définition

Selon l'OMS, l'isolement social est défini comme « un état objectif » caractérisé par un réseau restreint de relations, familiales ou non, avec peu d'interactions sociales, aussi bien en nombre qu'en fréquence (OMS, 2021). L'isolement social comprend différentes dimensions telles que la taille, la qualité, la diversité, les rôles sociaux, les conditions de vie ainsi que le niveau d'engagement et de participation sociale...(GLIC, 2022).

Dans la littérature, l'isolement social est souvent confondu avec la solitude que l'OMS définit comme étant « un sentiment subjectif et douloureux ou « douleur sociale » qui résulte d'un décalage entre les liens sociaux souhaités et réels » (OMS, 2021). Ce concept comporte une composante émotionnelle (sentiment désagréable) et une composante de cognition sociale (la perception d'être connecté aux autres avec un désir d'être davantage connecté). La solitude est associée à des fonctions adaptatives visant à inciter l'individu à se reconnecter socialement (GLIC, 2022).

Bien que distinct, l'isolement social et la solitude sont interdépendants : l'isolement peut favoriser la solitude, tandis que la solitude prolongée peut conduire à l'isolement.

2.2. Epidémiologie

L'isolement social des personnes âgées dans le monde est en hausse, touchant **une personne sur quatre** (OMS, 2023). En France, 19% des personnes âgées, soit 3,2 millions de personnes, sont à risque d'isolement social, c'est-à-dire susceptibles de passer plusieurs journées sans aucun contact social (Les Petits Frères des Pauvres, 2019a). Ce phénomène varie selon les régions, avec 22% de personnes âgées isolées en **Nouvelle-Aquitaine, faisant de cette région l'une des plus touchées en France** (Les Petits Frères des Pauvres, 2019a). Ce mémoire portera donc une attention particulière à ce territoire.

En 2021, 530 000 personnes de 60 ans et plus étaient en situation de « mort sociale », c'est-à-dire isolées des cercles familiaux, amicaux, de voisinage et associatifs, soit 2% de la population de Nouvelle-Aquitaine (Les Petits Frères des Pauvres, 2019a). Par ailleurs, 900 000 personnes âgées étaient isolées de leurs cercles familiaux et amicaux. (Les Petits Frères des Pauvres, 2021).

Cette hausse s'explique par le vieillissement démographique, lié à la baisse de la natalité et à l'allongement de l'espérance de vie, contribuant ainsi à l'isolement social (Brandt et al., 2022), (Les Petits Frères des Pauvres, 2021).

De plus, deux événements majeurs ont accentué ce phénomène : la canicule de 2003, révélant l'impact du manque de liens sociaux sur la mortalité des personnes âgées, et la crise du COVID-19, qui a intensifié leur isolement en limitant les interactions (Tillaut et al., 2003), (Hwang et al., 2020), (Les Petits Frères des Pauvres, 2021).

2.3. Facteurs de risque

L'isolement social des personnes âgées résulte de facteurs de risques multiples, classés en quatre catégories : facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux.

2.3.1. Facteurs individuels

L'âge avancé, notamment après 80 ans, et un faible niveau d'éducation augmentent le risque d'isolement (Holt-Lunstad & Steptoe, 2022), (S. Boamah et al., 2020). Les femmes sont particulièrement vulnérables, du fait de leur espérance de vie plus longue et d'un risque accru de vivre seule après un veuvage (S. Boamah et al., 2020). Les transitions de vie majeures (Ex. retraite, décès du conjoint ou d'amis, éloignement des enfants) réduisent les interactions sociales et favorisent l'isolement (Cotterell et al., 2018), (S. A. Boamah et al., 2021), (OMS, 2021). De plus, un mauvais état de santé comprenant la perte d'autonomie et la dépendance liées à des troubles sensoriels, cognitifs ou psychiatriques (ex. dépression, démence), ainsi que les maladies chroniques, aggravent l'isolement (Cotterell et al., 2018), (OMS, 2021). Enfin, certains traits de personnalité (Ex. névrosisme, désagrément, faible conscience) et des comportements à risque (Ex. tabagisme, sédentarité, consommation excessive d'alcool) y contribuent également (OMS, 2021), (S. A. Boamah et al., 2021).

2.3.2. Facteurs relationnels

Il a été démontré précédemment que la nature et la qualité des relations personnelles influencent fortement l'isolement social. En effet, un faible soutien social, l'absence de conjoint, des relations familiales ou amicales rares et les conflits interpersonnels accentuent l'isolement (Holt-Lunstad & Steptoe, 2022), (Cotterell et al., 2018). De plus, vivre seul ou passer beaucoup de temps seul constitue également un facteur aggravant (Cotterell et al., 2018).

2.3.3. Facteurs communautaires

L'environnement de vie influence également l'isolement social. L'appartenance à un groupe minoritaire, les barrières linguistiques et le fait d'être immigrant peuvent limiter les interactions sociales (Cotterell et al., 2018). De plus, vivre dans un quartier défavorisé, avec une forte criminalité et une grande mobilité résidentielle, nuit à l'intégration sociale (Cotterell et al., 2018). Enfin, le manque d'infrastructures adaptées (Ex. centre communautaires, espaces publics conviviaux) et l'accès restreint aux transports limitent la participation à la vie sociale (Cotterell et al., 2018).

2.3.4. Facteurs sociétaux

Des facteurs structurels comme la discrimination, la marginalisation, le manque de cohésion sociale et certaines normes renforcent l'isolement (Cotterell et al., 2018). Les politiques économiques et sociales, lorsqu'elles ne garantissent pas un accès équitable aux services assurant l'inclusion sociale, amplifient ces inégalités. Enfin, l'évolution des modes de vie (Ex. baisse de la taille des ménages, mobilité des jeunes, urbanisation) peut également réduire l'accès aux réseaux de soutien (OMS, 2021).

2.4. Conséquences

L'isolement social entraîne de nombreuses conséquences, impactant la santé physique, mentale, les comportements individuels et l'économie.

En effet, il peut entraîner une détérioration des conditions de santé, augmentant le risque de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète, de dépression, d'anxiété, de stress et de démences (OMS, 2021). Il affecte également les capacités physiques et cognitives, étant associé à un déclin cognitif accéléré, une diminution de la mobilité et des **difficultés dans la vie quotidienne** (OMS, 2021). En effet, l'isolement social est un **facteur important de perte d'autonomie et de dépendance** au quotidien (Goff & Poupart, 2021).

Les personnes isolées ont tendance à adopter des comportements néfastes pour leur santé tels qu'une activité physique réduite, une alimentation déséquilibrée et une consommation excessive de tabac et/ou d'alcool (Leigh-Hunt et al., 2017). De plus, l'isolement social est associé à une observance sous-optimale des traitements voire à une non observance.

Enfin, cela représente un coût économique important pour la société, entraînant une utilisation accrue des services de santé et d'aide sociale, avec une hausse des admissions aux urgences et des consultations chez les médecins généralistes (GLIC, 2022), (Cotterell et al., 2018).

Ainsi, l'isolement représente un risque majeur pour la santé et la société, d'où l'importance de le dépister précocement.

2.5. Evaluation

L'isolement social, facteur majeur de la perte d'autonomie, ne fait à ma connaissance l'objet d'aucune évaluation clinique standardisée, bien que des outils en analysent certains aspects. Plusieurs auteurs (Les Petits Frères des Pauvres, 2021) (Eideliman & Brunel, Mathieu, 2022), le définissent selon la fréquence et la nature des contacts avec les quatre cercles de sociabilité : famille, amis, voisinage et réseaux associatifs. Cela leur permet de définir un indicateur d'isolement pour chaque critère.

Plusieurs outils existent pour évaluer les relations sociales, mais ils sont principalement utilisés dans la recherche. Les plus cités sont l'échelle de Lubben et l'indice de soutien social de Duke, qui mesurent l'implication sociale et la perception du soutien (Cotterell et al., 2018), (Valtorta et al., 2016). Cependant, ces instruments ne permettent pas une évaluation clinique spécifique de l'isolement social.

De plus, bien que l'isolement social contribue fortement à la perte d'autonomie, il est peu voire pas pris en compte dans les évaluations actuelles. La grille AGGIR (Autonomie Gériatrique et Groupe Iso Ressources), qui conditionne l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), n'intègre pas cette dimension (Les Petits Frères des Pauvres, 2021). Par ailleurs, la HAS (Haute Autorité de Santé) n'intègre que brièvement la notion de réduction des liens familiaux et sociaux dans son outil de repérage des risques de la perte d'autonomie (HAS, 2018). Quant à la grille du programme ICOPE, elle aborde la question de manière indirecte, à travers une formulation axée sur le ressenti « Vous sentez-vous souvent seul ? », qui reflète davantage la solitude subjective que l'isolement social objectif.

Il devient donc essentiel de développer des outils cliniques adaptés pour identifier et prévenir l'isolement social des personnes âgées, afin d'orienter efficacement les interventions.

2.6. Interventions de lutte contre l'isolement social

Pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées, des actions de prévention et d'accompagnement peuvent être mises en place. Ces interventions s'organisent à différents niveaux : international, national et local.

À l'échelle internationale, l'OMS a créé une commission dédiée au lien social afin d'identifier et de diffuser les interventions les plus efficaces. Ce programme global encourage la collaboration entre les pays, dans la perspective de développer des solutions fondées sur des données probantes (OMS, 2023).

En France, cette dynamique se traduit par la mise en œuvre de dispositifs nationaux. Le gouvernement a notamment instauré un financement de deux heures hebdomadaires spécifiquement consacrées au lien social dans les plans d'aide à domicile (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2023a). Par ailleurs, un réseau de référents départementaux a été mis en place pour coordonner les actions de lutte contre l'isolement social (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2023a). En collaboration avec l'OMS, ils encouragent également le recensement des personnes âgées fragiles sur des registres communaux, afin d'améliorer leur suivi (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2023a), (OMS, 2015). De plus, un guide publié en 2021 propose des conseils pratiques pour repérer les signes d'isolement social et présenter les ressources existantes pour les personnes âgées et leurs aidants (Ministère chargé de l'autonomie, 2021). En complément, le Service Civique Solidarité Seniors (SC2C) contribue activement à la prévention de l'isolement en renforçant le lien social.

À l'échelle locale, le Projet Régional de Santé (PRS) évoque brièvement l'isolement social, notamment à travers des actions telles que la télé médecine et la coordination entre professionnels (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2023). Par ailleurs, les associations jouent également un rôle déterminant. Le dispositif national Monalisa et l'association reconnue d'utilité publique les Petits Frères des Pauvres (PFP) sont en première ligne. Les PFP organisent des activités collectives, soutiennent les personnes vulnérables, sensibilisent le public et mobilisent la société à travers certaines initiatives. Le dispositif Monalisa, quant à lui, soutient la création d'équipes citoyennes locales engagées dans la lutte contre l'isolement.

En parallèle de leurs actions, ces structures participent également à la formation des intervenants. En partenariat avec la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), les PFP ont développé le jeu « Ô'liens », visant à sensibiliser professionnels et bénévoles à l'identification et à l'orientation des personnes en situation d'isolement. D'autres dispositifs numériques, comme la plateforme Ogénie du Groupe SOS Seniors facilitent la mise en relation entre les personnes isolées et les services ou activités disponibles sur le territoire. Enfin, des initiatives comme « Une lettre un sourire » ou « Au bout du fil » proposent également des actions de lutte contre l'isolement.

Ces interventions peuvent ainsi être individuelles ou collectives. Les interventions individuelles consistent souvent en l'appariement d'une personne âgée avec un bénévole ou un professionnel pour maintenir un contact régulier. Bien que peu évaluées, ces approches montrent un réel potentiel (Cotterell et al., 2018). Les interventions de groupe (Ex. activités sociales, éducatives, physiques ou thérapies de groupe) sont, quant à elles, particulièrement bénéfiques car elles favorisent les interactions sociales et la création de nouveaux liens (OMS, 2015), (Cotterell et al., 2018).

L'environnement joue également un rôle central dans la lutte contre l'isolement. En effet, l'accessibilité à l'espace public et aux transports est un facteur clé pour favoriser la participation sociale (OMS, 2015), (Les Petits Frères des Pauvres, 2019b), (Cotterell et al., 2018). Selon les PFP (Les Petits Frères des Pauvres, 2019b), les personnes âgées se déplacent principalement à pied, rendant l'accessibilité des trottoirs, places et espaces publics particulièrement importante. La diminution de l'usage de la voiture avec l'âge, conjuguée à une offre de transports souvent limitée et à des problèmes de mobilité, renforce l'isolement (Les Petits Frères des Pauvres, 2019b). En effet, cela réduit l'accès aux commerces, aux soins et aux activités sociales.

Pour y remédier, plusieurs solutions sont recommandées, comme le transport à la demande, la préconisation d'aides techniques à la mobilité ou encore le développement de services itinérants (Les Petits Frères des Pauvres, 2019b), (OMS, 2015). Dans cette perspective, le dispositif de l'OMS « Villes et communautés amies des aînés » lancé en 2010, encourage les municipalités à adapter leurs infrastructures publiques et leurs moyens de transport, tout en soutenant les associations et les activités sociales (OMS, 2015).

Enfin, les technologies de la santé constituent également un levier important pour réduire l'isolement social (Brandt et al., 2022), (Cotterell et al., 2018). En effet, elles entretiennent le lien avec la famille, les professionnels de santé et la communauté. Pour garantir leur accessibilité, il est essentiel de compenser les déficiences sensorielles par des aides techniques et de proposer des interfaces simples d'utilisation (OMS, 2015). Par ailleurs, la formation au numérique pour les personnes âgées est fortement recommandée, car elle peut élargir leurs opportunités de participation sociale et prévenir ou réduire l'isolement. (Cotterell et al., 2018), (Libault, 2019).

Synthèse :

L'isolement social, souvent confondu avec la solitude, désigne une réduction objective des liens sociaux. Ce phénomène touche une proportion croissante de personnes âgées, notamment en Nouvelle-Aquitaine, territoire sur lequel se concentrera cette étude. Il résulte de multiples facteurs individuels, relationnels, environnementaux et sociétaux, et provoque des conséquences importantes sur la santé, l'autonomie et la qualité de vie. Malgré son impact, il reste peu évalué de manière spécifique. Sa prévention repose notamment sur des actions coordonnées alliant politiques publiques, initiatives associatives, soutien individuel et collectif, accessibilité et inclusion numérique.

3. Ergothérapie

3.1. Définition

L'ergothérapeute est un spécialiste du lien entre l'activité et la santé, visant à **favoriser la participation aux activités quotidiennes** en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010), (WFOT, 2018). Son objectif est de maintenir, restaurer et adapter les capacités fonctionnelles physiques et psychiques des individus afin de **prévenir ou de réduire les situations de handicap**.

Il **intervient auprès de personnes de tous âge et des communautés**, qu'elles soient en situation de handicap, à risque de l'être, limitées dans leur participation ou socialement exclues (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010), (WFOT, 2018). Son action s'étend à divers domaines (sanitaire, médico-social et social) et ils travaillent en collaboration avec d'autres professionnels.

Pour améliorer l'engagement occupationnel, l'ergothérapeute agit sur l'individu, l'occupation et l'environnement. Il **conçoit et aménage des espaces accessibles, préconise, prescrit des aides techniques et technologiques et adapte les activités** pour **soutenir l'autonomie et la participation sociale** (WFOT, 2018), (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010), (ANFE, 2023). La participation peut être facilitée ou entravée par des facteurs physiques, cognitifs, sociaux et environnementaux, justifiant ainsi une approche globale et adaptée.

Cette pratique s'inscrit dans un cadre réglementaire défini par l'arrêté du 5 juillet 2010, qui encadre légalement la formation et les compétences de l'ergothérapeute en France (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010).

3.2. Interventions en ergothérapie en matière d'isolement social

L'ergothérapeute contribue activement à la prévention et à la réduction de l'isolement social en soutenant la participation sociale et en maintenant de l'autonomie. Pour cela, il mobilise plusieurs leviers complémentaires : il favorise la participation sociale, adapte l'environnement, préconise et prescrit des aides techniques adaptées (Hand et al., 2017). Son approche holistique, permet d'agir efficacement sur les facteurs de risques de l'isolement social (Hand et al., 2017).

3.2.1. Favoriser la participation sociale et l'engagement

En effet, les ergothérapeutes reconnaissent l'impact des activités signifiantes sur la santé et le bien-être des individus (Smallfield & Molitor, 2018). Grâce à leur expertise en analyse d'activité, ils identifient les occupations qui permettent de renforcer la participation sociale et de prévenir l'isolement (Cowen et al., 2024). En effet, de nombreuses personnes âgées expriment le désir de s'impliquer davantage dans des activités sociales, mais le manque d'opportunités d'engagement représente un facteur clé d'isolement (Hand et al., 2017). Dans ce contexte, le soutien des réseaux sociaux naturels (famille, amis, voisins et entourage) est essentiel pour maintenir les liens sociaux (Papageorgiou et al., 2016).

Pour répondre à ces enjeux, les ergothérapeutes peuvent mettre en œuvre diverses stratégies afin de favoriser l'engagement des personnes âgées dans la vie sociale et communautaire. Parmi les approches identifiées comme pertinentes figurent :

- **Les programmes d'éducation à la santé et aux occupations**, ainsi que les **programmes d'autogestion des maladies chroniques**, qui favorisent l'engagement social (Turcotte et al., 2018), (Smallfield & Molitor, 2018), (Papageorgiou et al., 2016).
- **Les interventions communautaires en groupe**, qui stimulent la participation aux activités sociales, renforcent les rôles sociaux et l'engagement occupationnel (Smallfield & Molitor, 2018), (Hand et al., 2017).
- **La création d'environnement proposant des activités stimulantes** et qui encouragent les interactions sociales et la redynamisation des rôles (Cowen et al., 2024).

Ces interventions collectives se révèlent souvent plus efficaces que les actions individuelles, car elles améliorent la confiance en soi et la perception de la santé, tout en contribuant à la prévention du risque de handicap et en réduisant les coûts liés aux soins (Turcotte et al., 2018).

Néanmoins, certains obstacles entravent encore la participation : stigmatisation de certains groupes sociaux, exclusion implicite des plus jeunes dans les structures destinées au plus de 60 ans, ou encore difficultés d'accès aux transports et aux infrastructures (Papageorgiou et al., 2016). Dans ce contexte, les ergothérapeutes, grâce à leur approche centrée sur l'occupation, peuvent jouer un rôle clé en renforçant les réseaux sociaux et communautaires. Ils peuvent également promouvoir des politiques inclusives et collaborer avec d'autres professionnels pour soutenir la participation sociale et l'engagement occupationnel (Hand et al., 2017), (Cowen et al., 2024).

Cette approche inclusive repose également sur un aménagement adapté de l'espace public, favorisant les interactions sociales en impliquant les personnes âgées dans leur environnement.

3.2.2. Aménagement des espaces publics

En effet, l'environnement joue un rôle essentiel dans la participation sociale et le renforcement des liens communautaires, contribuant ainsi à prévenir et à réduire l'isolement des personnes âgées (Cowen et al., 2024). En effet, les bâtiments communautaires et les quartiers sont des lieux de sociabilité qui renforcent le sentiment d'appartenance et favorisent un vieillissement positif. Cependant, des obstacles tels que des problèmes d'accessibilité et le manque d'adaptations urbaines limitent leur engagement dans la vie communautaire (Papageorgiou et al., 2016).

Ainsi, les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle clé dans la conception d'environnements accessibles et inclusifs, facilitant ainsi les interactions sociales tout en préservant les capacités fonctionnelles (Cowen et al., 2024), (Young et al., 2019), (Libault, 2019). Dans une société en évolution, il est fondamental d'adopter une conception collaborative des espaces pour soutenir la participation sociale et la performance occupationnelle (Young et al., 2019). Les politiques publiques doivent également intégrer ces enjeux, en adaptant les infrastructures urbaines et en facilitant l'accès aux transports. Elles doivent également garantir l'accessibilité des lieux publics pour favoriser l'inclusion sociale et lutter contre l'isolement des personnes âgées (Young et al., 2019), (Hand et al., 2017).

3.2.3. Préconisations, prescriptions et suivi des aides techniques

Les aides techniques jouent un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie et la prévention de l'isolement des personnes âgées (OMS, 2016), (Agence nationale du Développement Professionnel Continu, 2025). Elles permettent de compenser une perte de capacités intrinsèques, de réduire les limitations d'activités et de prévenir l'apparition de pathologies primaires ou secondaires. En améliorant l'autonomie, elles facilitent la participation sociale et les interactions extérieures, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie et à la réduction de l'isolement (OMS, 2016).

Dans ce domaine, les ergothérapeutes évaluent les besoins des individus, préconisent et prescrivent des aides techniques et des dispositifs médicaux adaptés (ANFE, 2023). En effet, ils participent à leur prescription lorsque le cadre réglementaire le permet, et en assurent le suivi, dans une visée d'inclusion sociale et de maintien de l'autonomie (ANFE, 2023), (Turcotte et al., 2018). Leurs missions incluent également la mise en place de dispositifs d'assistance favorisant le maintien à domicile et la participation à des activités significatives, telles que les activités sociales. Cela inclut notamment l'utilisation d'outils numériques pour faciliter la communication (Turcotte et al., 2018), (Smallfield & Molitor, 2018).

3.2.4. Améliorer la formation et les pratiques en ergothérapie

Bien que l'ergothérapie vise à promouvoir l'engagement occupationnel et la participation sociale, son application concrète dans les milieux communautaires demeure encore limitée en France, comme détaillé ci-dessous.

En effet, les formations initiales en ergothérapie intègrent encore peu le lien entre loisirs, santé et participation sociale ainsi que les facteurs contextuels qui influencent cette participation (Smallfield & Molitor, 2018), (Irvine-Brown et al., 2021). De plus, la maîtrise des outils d'évaluations formels et informels de la participation sociale et du lien social représente également un levier important pour adapter les interventions.

Actuellement, l'ergothérapie communautaire se concentre principalement sur l'indépendance fonctionnelle et la sécurité à domicile, au détriment des aspects sociaux de l'occupation (Turcotte et al., 2018). Cette orientation résulte en partie de freins organisationnels et systémiques : politiques de santé centrées sur le curatif, contraintes de temps et de financement, et modèles de soins davantage centrés sur l'individu que sur les dynamiques communautaires (Turcotte et al., 2018), (Irvine-Brown et al., 2021), (Collins et al., 2020).

Une approche plus globale, tournée vers la communauté et fondée sur l'ensemble des dimensions du fonctionnement humain, renforcerait le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes âgées en situation d'isolement social.

3.3. Modèle conceptuel

3.3.1. Présentation de la CIF

Dans ce cadre, la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé), créée par l'OMS, est un modèle conceptuel interdisciplinaire proposant une approche multidimensionnelle pour analyser le fonctionnement humain et le handicap. Elle repose sur une approche bio-psycho-sociale, conciliant le modèle médical, qui considère le handicap comme une conséquence d'un problème de santé, et le modèle social, qui l'attribue à une organisation sociétale inadaptée (Morel-Bracq, 2017), (OMS, 2001).

La CIF fournit un langage standardisé et un cadre descriptif des états de santé et des états connexes. Elle permet d'étudier les déterminants de ces états, leurs causes et conséquences, facilitant ainsi la communication entre les professionnels grâce à une terminologie commune et un système de codification structuré (OMS, 2001). Son utilisation s'étend à plusieurs domaines. Elle est mobilisée dans la recherche scientifique et statistique (évaluation des états de santé), le domaine clinique (identification des besoins, adaptation des traitements et mesure de l'efficacité des prises en charge). Elle intervient également dans les politiques sociales (élaboration et mise en place de dispositifs adaptés), et la pédagogie (élaboration de programmes, d'actions de sensibilisation) (OMS, 2001).

Le fonctionnement d'une personne résulte de l'interaction complexe entre les problèmes de santé (fonctions organiques, structures anatomiques, activités et participation) et les facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels) (OMS, 2001). Ainsi, la CIF repose sur plusieurs composantes interconnectées, exprimées en termes positifs ou négatifs :

- Fonctions organiques et structures corporelles : elles englobent les fonctions physiologiques (y compris les fonctions psychologiques) ainsi que les structures du corps (organes, membres...).
- Activité et participation : elles concernent l'exécution de tâches et l'implication dans des situations de la vie réelle. Deux indicateurs permettent d'évaluer ces aspects : les limitations d'activités (difficultés à réaliser une activité) et les restrictions de participation (difficultés à s'impliquer dans des situations de vie réelle). La CIF distingue également deux codes qualificatifs : la capacité (niveau maximal de fonctionnement dans son environnement) et la performance (fonctionnement réel dans l'environnement habituel)
- Facteurs environnementaux : ils comprennent l'environnement physique, social et attitudinal, pouvant être des facilitateurs ou des obstacles au fonctionnement.
- Facteurs personnels : ils incluent notamment l'âge, le sexe, la condition sociale et les expériences de vie qui influencent le fonctionnement individuel.

La CIF met en évidence une interaction dynamique entre ces composantes : la modification de l'une d'elles peut impacter positivement ou négativement les autres.

3.3.2. Lien entre la CIF et l'isolement social

Le schéma présenté en annexe I illustre l'analyse de l'isolement social à partir des différentes composantes de la CIF. Il met en évidence les interactions dynamiques entre les fonctions corporelles, les activités, la participation, les facteurs environnementaux et personnels.

Dans le contexte de l'isolement social des personnes âgées, les déficiences liées au vieillissement peuvent limiter la réalisation des activités quotidiennes et réduire les interactions sociales, entraînant ainsi des restrictions de participation. À cela, s'ajoutent des facteurs personnels tels que l'âge avancé (plus de 80 ans) ou un parcours de vie marqué par des transitions difficiles. Ces éléments sont souvent combinés à des obstacles environnementaux comme la discrimination, l'inaccessibilité de l'espace public ou un réseau social restreint et peu soutenant, ce qui vient renforcer le processus d'isolement. Ces restrictions de participation peuvent à leur tour entraîner un déconditionnement des fonctions organiques, ce qui accentue les limitations d'activités et favorise l'installation d'un cercle vicieux. Ce phénomène contribue ainsi à la persistance, voire à l'aggravation de la situation d'isolement social.

L'utilisation du modèle de la CIF permet ainsi une analyse globale et systémique des situations d'isolement social, en tenant compte de l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer sur le fonctionnement d'une personne dans son environnement.

3.3.3. Complémentarité entre la CIF et la MCRO

Il est important de souligner que la CIF et la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) sont deux modèles complémentaires pour comprendre les situations d'isolement social.

La CIF propose une analyse globale et structurée du fonctionnement d'une personne et permet ainsi de mieux comprendre les répercussions de l'isolement sur la participation sociale. En complément, la MCRO repose sur une approche centrée sur la personne. Elle s'attache à explorer les liens entre la personne, son environnement et ses occupations, considérées comme essentielles à la santé, au bien-être et aux relations sociales. Ce modèle implique activement la personne, qui définit elle-même ses objectifs d'intervention et évalue les changements perçus en termes de performance et de satisfaction.

En combinant ces deux modèles, l'ergothérapeute peut à la fois établir une analyse globale avec la CIF et construire une intervention individualisée avec la MCRO, afin de promouvoir une participation sociale adaptée et significative.

Synthèse :

L'ergothérapeute agit sur la personne, ses occupations et son environnement notamment pour favoriser l'autonomie et la participation sociale. Face à l'isolement des personnes âgées, il mobilise une approche globale et des stratégies ciblées (Ex : activités collectives, aides techniques, aménagements) pour soutenir les liens sociaux. Ainsi, l'utilisation conjointe de la CIF et de la MCRO permet une évaluation complète et individualisée des situations d'isolement.

Problématique et hypothèses

Le vieillissement s'accompagne généralement d'une perte d'autonomie et d'une diminution des interactions sociales, augmentant ainsi le risque d'isolement des personnes âgées. En Nouvelle-Aquitaine, ce phénomène concerne environ 22 % des personnes âgées. L'isolement social résulte de nombreux facteurs : individuels, relationnels, communautaires et sociétaux. De plus, ses conséquences sont multiples : déclin physique et cognitif, accélération de la perte d'autonomie ou encore comportements à risque.

Face à cette problématique, les EHPAD-PRP jouent un rôle central en proposant des services aux personnes âgées vivant à domicile. Ils développent notamment des actions de prévention, de repérage et de maintien du lien social, tout en favorisant la coordination des acteurs du territoire. Cependant, bien que les politiques publiques reconnaissent l'importance de lutter contre l'isolement social, elles restent souvent générales et ne définissent pas précisément le rôle des professionnels en EHPAD-PRP dans ce domaine. Il devient donc essentiel d'analyser les stratégies actuellement mises en œuvre et d'évaluer leur pertinence afin d'identifier les leviers et les freins pour permettre une prise en charge plus efficace.

Ainsi, cette étude vise à répondre à la question suivante : **Quelles sont les pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des personnes âgées résidant au domicile en Nouvelle-Aquitaine ?**

Cette question permet de faire émerger 2 hypothèses clé :

1. L'absence d'un outil d'évaluation standardisé spécifique à l'isolement social limite la capacité des professionnels à identifier et à prendre en charge cette problématique

L'isolement social des personnes âgées est un enjeu reconnu, mais l'absence d'outils d'évaluation standardisés complique son identification et sa prise en charge. En l'absence de référentiel commun, on peut supposer que les professionnels s'appuient sur des critères variés, entraînant une hétérogénéité dans l'identification ce qui limite la pertinence et l'efficacité des interventions.

2. L'absence de directives précises pour les EHPAD-PRP limite l'harmonisation et l'efficacité des pratiques professionnelles.

Les politiques régionales et départementales reconnaissent l'isolement social comme un enjeu majeur, mais leurs recommandations restent souvent générales. En effet, elles privilégient la télémédecine et la coordination des professionnels, sans définir précisément leurs missions ni l'orientation des interventions en EHPAD-PRP. Ainsi, on peut supposer qu'en l'absence de directives claires, chaque structure adapte ses pratiques selon ses ressources et son interprétation des recommandations publiques, ce qui limite l'efficacité des interventions et entraîne une hétérogénéité des actions sur le territoire.

En résumé, l'absence d'outils standardisés et de directives précises en EHPAD-PRP peut limiter l'harmonisation des pratiques et l'efficacité des interventions auprès des personnes âgées isolées à domicile en Nouvelle-Aquitaine.

Méthode

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile en Nouvelle-Aquitaine. Ajouté à cela, l'objectif secondaire est d'analyser les connaissances des professionnels sur l'isolement social. Ces objectifs ont été définis en cohérence avec la problématique de recherche et les hypothèses formulées, portant sur les pratiques actuelles, les outils disponibles et le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent ces interventions.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Cette étude porte sur les professionnels, y compris les ergothérapeutes, exerçant au sein d'EHPAD-PRP financés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Pour participer à cette étude, les professionnels doivent répondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion :

- Exerçer au sein d'un EHPAD-PRP financé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.
- Intervenir auprès de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile.
- Avoir plus de 6 mois d'expérience dans l'établissement.
- Exerçer en Nouvelle-Aquitaine.

Critères de non-inclusion :

- Ne pas travailler au sein d'un EHPAD-PRP financé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.
- Ne pas intervenir auprès de la population étudiée.
- Avoir moins de 6 mois d'expérience dans l'établissement.
- Ne pas exercer en Nouvelle-Aquitaine.

Les critères garantissent que les participants ont une expérience significative et une connaissance des pratiques dans le cadre spécifique des EHPAD-PRP. Ces professionnels sont directement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile, ce qui est essentiel pour tester les hypothèses sur les pratiques en matière de lutte contre l'isolement social. En l'absence de recensement public des EHPAD-PRP, il n'a pas été possible d'estimer la proportion de réponses attendues pour cette étude.

3. L'outil méthodologique

Pour répondre à cette étude, deux questionnaires distincts ont été élaborés : l'un destiné à l'ensemble des professionnels et l'autre spécifiquement aux ergothérapeutes (cf. Annexe II). Ces questionnaires auto-administrés ont été créés à l'aide de la plateforme en ligne Sphinx. Le premier, destiné aux professionnels, comporte vingt-quatre questions, dont vingt-deux questions fermées (réponses binaires, réponses à choix multiples, classements) et deux questions ouvertes, destinées à apporter des précisions à des réponses issues de questions filtres. Le second, destiné spécifiquement aux ergothérapeutes, contient vingt-cinq questions, dont vingt et une questions fermées (réponses binaires, réponses à choix multiples, classements) et quatre questions ouvertes, également destinées à compléter certaines réponses fermées issues de questions filtres. De plus, la réponse à l'ensemble des questions était obligatoire, afin de faciliter le traitement des données par la suite.

Ces deux questionnaires sont organisés en trois parties. La première permet d'introduire l'étude en recueillant des données sur le profil des participants (questions 1 à 6 pour les professionnels, 1 à 4 pour les ergothérapeutes). La seconde vise à recueillir des données sur les pratiques des professionnels et des ergothérapeutes en matière de lutte contre l'isolement social dans leurs dispositifs d'EHPAD-PRP (questions 7 à 15 pour les professionnels, 5 à 13 pour les ergothérapeutes). Enfin, la dernière partie permet d'évaluer leurs connaissances relatives à l'isolement social (questions 16 à 21 pour les professionnels, 14 à 20 pour les ergothérapeutes).

Ainsi, ce choix méthodologique s'appuie sur l'efficacité du questionnaire pour collecter des données standardisées auprès d'un large échantillon, facilitant ainsi l'analyse quantitative (Tétreault, 2014). Ce mode de collecte répond donc pleinement aux objectifs de l'étude en offrant une vision à la fois globale et approfondie des pratiques professionnelles. Il est cohérent avec l'objectif principal qui est d'établir un état des lieux des pratiques, ainsi qu'avec l'objectif secondaire qui est d'analyser leurs connaissances.

4. Méthode de diffusion et de recrutement

Afin d'accéder à la liste des EHPAD PRP de Nouvelle Aquitaine, un contact a été pris avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le processus d'accès à l'information a été complexe entre les délégations départementales au nombre de 12 et l'ARS régionale. En effet, des difficultés ont été rencontrées lors de ces échanges : incertitudes quant à la transmission de données sensibles, obligation de passer systématiquement par le standard régional pour chaque appel et absence d'un relais clairement identifié. Suite à cela, j'ai adressé un courriel au secrétariat du directeur de l'ARS. Ainsi, un échange a eu lieu avec la chargée de mission du département Grand Âge qui a accepté de relayer un message type que j'avais rédigé. Celui-ci contenait une invitation à participer à l'enquête, ainsi qu'un lien et un QR code renvoyant vers les questionnaires créés via la plateforme en ligne Sphinx. Il a ensuite été transmis aux délégations départementales, chargées à leur tour de diffuser l'enquête auprès des établissements concernés sur leur territoire. Cette phase de l'enquête a eu lieu entre le 20 février et le 18 mars 2025, soit un délai d'environ 1 mois.

Un délai de cinq semaines a été accordé pour répondre à l'enquête. Par ailleurs, la chargée du département Grand Âge avait demandé aux délégations départementales de me notifier les établissements contactés afin de faciliter le suivi des réponses et l'organisation des relances. Cependant, seuls six départements sur douze (Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Lot-et-Garonne, Vienne et Haute-Vienne) ont transmis ces informations, ce qui a permis de cibler les relances.

Chaque questionnaire comportait une introduction présentant l'objectif de l'étude, le public concerné, les modalités d'utilisation des données collectées, le temps de réponse estimé, ainsi que la mention que la restitution du questionnaire impliquait le consentement libre et éclairé. En complément, le questionnaire garantissait la confidentialité des participants grâce à son caractère anonyme.

5. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont directement été traitées et analysées depuis la plateforme Sphinx. Un tri des données a été réalisé afin d'exclure les réponses ne répondant pas aux critères d'inclusion. Cependant, aucune donnée manquante n'a été observée, la totalité des questions étant rendue obligatoires (à l'exception des questions ouvertes) au moment de la soumission. En ce qui concerne les réponses ouvertes, aucun regroupement thématique n'a été effectué en raison du faible nombre de réponses et de la nature très distincte des notions exprimées. L'analyse des données qualitatives et quantitatives a été effectuée à l'aide d'outils descriptifs via la plateforme Sphinx.

Ces traitements ont permis de répondre aux objectifs de l'étude en proposant une lecture croisée entre les pratiques et les connaissances des professionnels. Ces questionnaires ont permis d'extraire des données mixtes, c'est-à-dire à la fois des données qualitatives (Ex : âge, fréquences des interventions...) et quantitatives (Ex : questions ouvertes).

Enfin, cette analyse sera comparée avec la littérature scientifique et les hypothèses formulées dans la section discussion.

Résultats

L'enquête a permis de recueillir un total de 14 réponses, dont 11 réponses provenant de professionnels et 3 réponses d'ergothérapeutes. Ainsi, les résultats du questionnaire destiné aux professionnels seront présentés en premier, suivis de ceux destinés aux ergothérapeutes.

1. Professionnels

1.1. Caractéristiques de la population étudiée

Le questionnaire destiné aux professionnels a recueilli 11 réponses. L'une d'entre-elles a été exclue car la répondante, responsable de SSIAD sans lien confirmé avec un EHPAD-PRP, ne remplissait pas un des critères d'inclusion. Au total, 10 questionnaires ont donc été analysés.

Parmi les répondants, 70% sont des femmes, majoritairement âgées de 40 à 59 ans. En ce qui concerne leur fonction, 20% sont infirmier(ère)s coordinateur(trice)s, 40% sont directeur(trice)s d'établissement, et 40% exercent d'autres professions comme animateur, coordinateur de dispositif ou aide médico-psychologique. Tous travaillent à temps plein.

Les professionnels interrogés proviennent de six départements différents de Nouvelle-Aquitaine, avec une majorité en Haute-Vienne (30%) (cf. Figure 1). Néanmoins, six départements sur douze ne sont pas représentés.

De plus, les professionnels ayant répondu indiquent que leurs établissements sont labellisés EHPAD-PRP depuis différentes durées : 40 % depuis plus de 6 ans, 10 % depuis 4 à 6 ans, 30 % depuis 1 à 3 ans, et 20 % depuis moins d'un an.

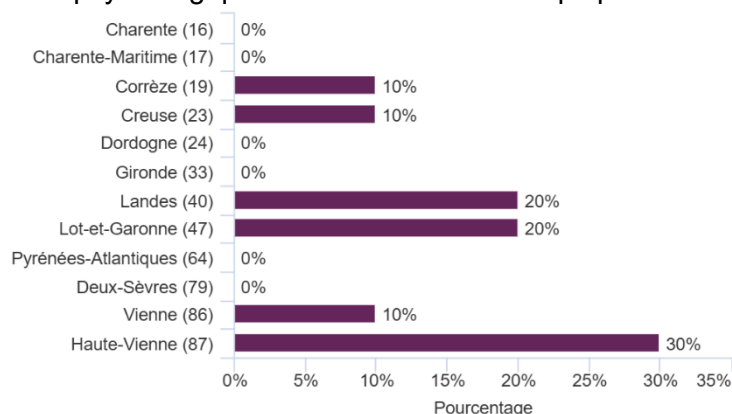


Figure 1 : Répartition géographique des répondants.

1.2. Pratiques des professionnels en matière d'isolement social

Leurs missions principales sont la lutte contre l'isolement social (90%) et l'activité physique adaptée et/ou la prévention des chutes (90%) (cf. Figure 2).

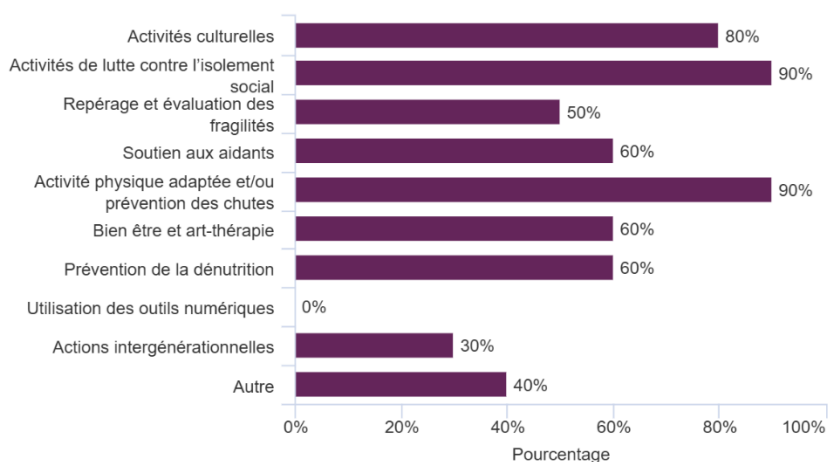


Figure 2 : Missions principales exercées dans les EHPAD-PRP.

Les actions mises en œuvre en matière d'isolement social concernent majoritairement : des activités culturelles/sociales (90%), la mise en relation avec des associations ou services sociaux (50%) et des actions intergénérationnelles (30%) (cf. Figure 3). Parmi les autres initiatives citées, on retrouve des ateliers sportifs, de l'équithérapie, des cafés papotage ou encore des rencontres d'aidants et d'aidés.

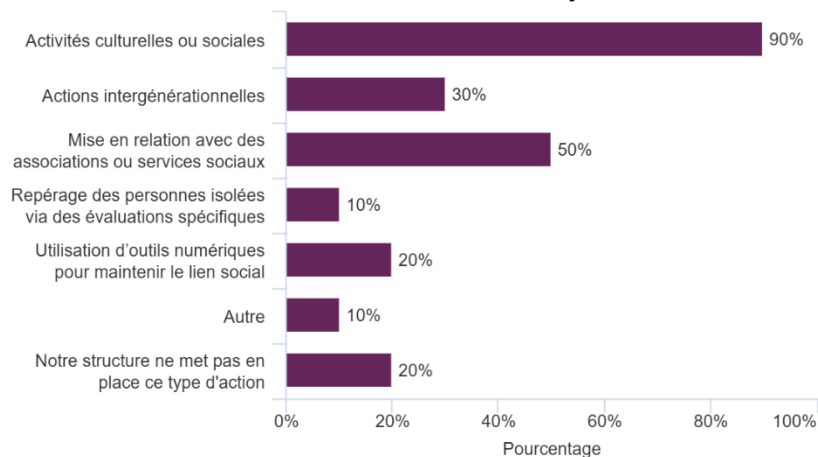


Figure 3 : Actions de lutte contre l'isolement social.

Ces actions ont lieu principalement en établissement (90%), mais aussi à domicile (20%) ou dans des lieux extérieurs (10%). Elles sont le plus souvent organisées chaque semaine (70%), parfois chaque mois (20%), et plus rarement de manière ponctuelle (10%).

Dans 30% des cas, elles sont encadrées par des protocoles définis en interne, tandis que 40% des répondants indiquent l'absence de protocoles.

Par ailleurs, 60% estiment que les politiques publiques n'ont pas d'impact sur leurs pratiques et 50% considèrent que l'absence de directives claires nuit à l'efficacité de leurs actions en matière l'isolement social.

1.2.1. Freins et besoins exprimés par les professionnels

Une majorité de professionnels (80%) disent rencontrer des obstacles dans la mise en œuvre de ces actions. En effet, tous les établissements labellisés depuis 1 à 6 ans déclarent rencontrer des obstacles, contre 75% de ceux labellisés depuis plus de 6 ans.

Les principaux freins évoqués sont : le manque de ressources humaines et matérielles (88 %), la difficulté à identifier les personnes isolées (75 %) et le manque de sensibilisation du grand public et des familles (63 %) (cf. Figure 4).

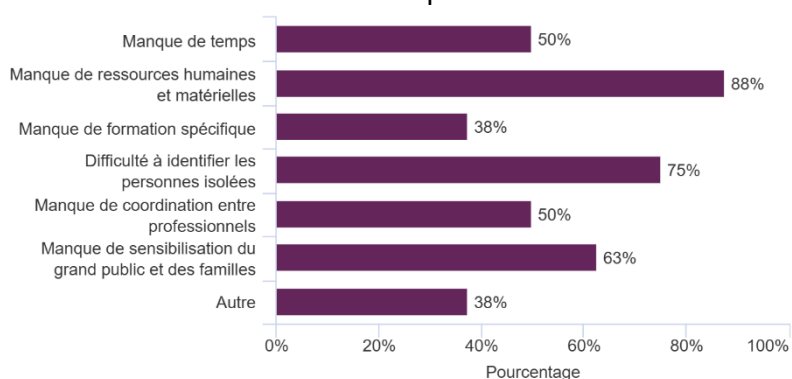


Figure 4 : Obstacles des professionnels dans la lutte contre l'isolement.

Ces freins sont signalés dans les mêmes proportions, que l'établissement dispose ou non d'un protocole institutionnel.

Pour renforcer leurs actions, 90% des répondants estiment qu'un meilleur soutien financier est indispensable. Par ailleurs, 70% soulignent l'importance de la formation, de la sensibilisation et d'une meilleure coordination entre professionnels (cf. Figure 5).

De plus, une relation est constatée entre les obstacles identifiés par les professionnels et les solutions qu'ils proposent. Par exemple :

- Parmi ceux qui ont signalé un manque de formation spécifique, 100% ont exprimé un besoin de formations adaptées.
- Parmi ceux qui ont mentionné un manque de coordination entre professionnels, 100% ont aussi souhaité une meilleure collaboration avec ces acteurs.
- Enfin, tous ceux qui ont évoqué un manque de ressources humaines et matérielles ont également exprimé la nécessité d'un soutien financier renforcé.

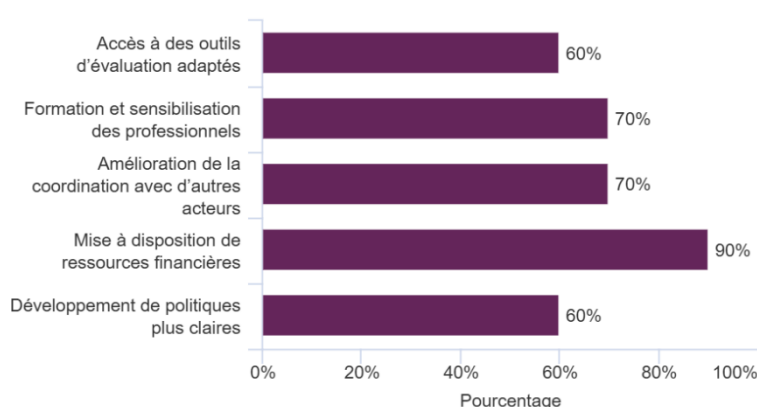


Figure 5 : Facteurs identifiés pour améliorer l'efficacité des actions.

1.3. Connaissances des professionnels sur l'isolement social

Tous les professionnels interrogés reconnaissent que l'isolement social est fréquent chez les personnes âgées vivant à domicile. Concernant leur connaissance des politiques nationales et locales, 40% disent en avoir une connaissance partielle, 40% estiment bien les connaître, et 20% déclarent ne pas les connaître du tout.

En matière de définition, 80% identifient celle de l'OMS pour l'isolement social, tandis que 10% l'associent à celle de la solitude. En revanche, tous les répondants (100%) connaissent la définition de la solitude. L'association par certains répondants de l'isolement social à la solitude est liée à l'absence d'actions spécifiques mises en place dans les établissements pour lutter contre l'isolement social.

Parmi les facteurs perçus comme favorisant l'isolement social, les plus souvent cités sont : la perte d'autonomie/dépendance (100%), l'environnement inadapté (90%) et l'état de santé (80%). D'autres facteurs comme l'âge avancé (10%) ou le niveau d'étude (0%) sont peu mentionnés. Certains facteurs secondaires sont également évoqués, comme la pratique d'activités solitaires (40%) ou l'absence d'animal de compagnie (20%).

Enfin, les conséquences identifiées de l'isolement social sont principalement : la perte d'autonomie/dépendance et la détérioration de la santé (100%), ainsi que la réduction des activités de la vie quotidienne (80%). Les impacts économiques, bien qu'importants, sont cités par 30% des répondants. D'autres conséquences secondaires sont aussi mentionnées, comme l'augmentation des sollicitations des professionnels de santé (20%) ou la baisse des consultations et hospitalisations (10%).

1.4. Lien entre les connaissances et les pratiques des professionnels

Pour approfondir l'analyse, il est pertinent de faire le lien entre les connaissances et les pratiques des professionnels en matière de lutte contre l'isolement social. Pour cela, une comparaison a été réalisée entre deux départements : la Haute-Vienne (87) et les Landes (40). Ces territoires ont été choisis en raison d'un nombre de répondants plus important, et parce que les réponses recueillies dans les Landes étaient plus claires.

En Haute-Vienne (87), parmi les professionnels ayant répondu, deux ne maîtrisent pas ou confondent la définition de l'isolement social et un seul affirme connaître les politiques nationales et régionales en lien avec ce thème. Aucun ne considère que ces politiques influencent leurs pratiques, et les actions mises en place pour lutter contre l'isolement social sont de fréquence variable : hebdomadaire, mensuelle ou ponctuelle.

Dans les Landes (40), les deux professionnels interrogés connaissent la définition de l'isolement social, l'un indique maîtriser les politiques en lien avec le sujet, l'autre en avoir une connaissance partielle. Tous deux mettent en place des actions hebdomadaires, et l'un estime que les politiques influencent ses pratiques, tandis que l'autre considère qu'elles n'ont pas d'impact.

Sur l'ensemble des dix professionnels interrogés, trois ne connaissent pas ou confondent la définition de l'isolement social. Ces professionnels mettent en place des actions de fréquence mensuelle, et aucun ne perçoit d'influence des politiques sur leurs pratiques. Parmi les huit autres, qui déclarent connaître la définition, sept mettent en place des actions hebdomadaires. Quatre estiment que les politiques n'ont pas d'influence sur leurs pratiques, tandis que les quatre autres considèrent qu'elles en ont une.

2. Ergothérapeutes

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Le questionnaire destiné aux ergothérapeutes a recueilli trois réponses. Toutes sont des femmes âgées de 20 à 39 ans, travaillant à temps plein. Deux exercent dans les Landes et une dans la Vienne.

2.2. Pratiques des ergothérapeutes en matière d'isolement social

Parmi les trois ergothérapeutes interrogées, une seule intervient directement auprès des personnes âgées isolées dans le cadre du dispositif d'EHPAD-PRP. Les deux autres ergothérapeutes, bien qu'elles n'interviennent pas directement dans ce contexte, ont tout de même répondu au questionnaire. Leurs réponses reflètent donc probablement leurs pratiques habituelles, en dehors du cadre spécifique du dispositif. Ainsi, afin de respecter le cadre de l'étude, seules les questions portant sur les informations générales et les connaissances des deux ergothérapeutes ont été conservées. En revanche, les réponses relatives à leurs pratiques, soit les questions n° 5.1 à 13 ont été exclues.

L'analyse porte donc exclusivement sur les pratiques de l'ergothérapeute directement impliquée dans la lutte contre l'isolement social au sein du dispositif EHPAD-PRP. Ainsi, elle déclare intervenir de manière occasionnelle dans la prise en charge des personnes âgées en situation d'isolement social. Elle identifie ces situations grâce à des observations cliniques et à des entretiens. En effet, elle indique ne pas connaître d'outils standardisés d'évaluation de l'isolement social.

Concernant les actions qu'elle met en place, elle cite l'aménagement de l'environnement, la préconisation d'aides techniques et/ou technologiques, l'orientation vers des activités collectives ou individuelles, ainsi que l'orientation vers d'autres professionnels. Elle estime que ces interventions participent à la réduction de l'isolement social. Cependant, malgré ces actions, des freins persistent.

2.2.1. Freins et besoins exprimés en ergothérapie

Les principaux freins identifiés sont le manque de temps, d'outils d'évaluation, ainsi que le manque de reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine. À cela s'ajoute un manque de collaboration avec les autres professionnels et un manque de formation.

Elle indique ne pas avoir reçu de formation spécifique sur l'isolement social, mais exprime le souhait d'en bénéficier. De plus, elle estime que les politiques publiques n'influencent que partiellement sa pratique.

Pour renforcer ces actions, l'ergothérapeute suggère la mise en place d'un guide de recommandations de bonnes pratiques, ainsi que des politiques nationales ou régionales plus claires. Elle évoque également la mise en place de formations spécifiques à l'isolement social, la création d'un réseau de soutien entre professionnels et l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés.

2.3. Connaissances des ergothérapeutes sur l'isolement social

Ainsi, deux ergothérapeutes estiment que l'isolement social des personnes âgées à domicile constitue un problème fréquent, tandis que la troisième reste incertaine sur la question.

Néanmoins, elles considèrent toutes que l'ergothérapie pourrait avoir un rôle plus important dans la lutte contre ce phénomène. En effet, parmi les actions citées, figurent l'accompagnement de l'entourage et la reconnaissance de l'ergothérapeute comme partenaire ressource auprès des professionnels. S'y ajoutent également, l'accessibilité des espaces publics et du domicile, ainsi que la recherche d'un équilibre occupationnel. Par ailleurs, elles indiquent toutes avoir une connaissance partielle des politiques nationales et régionales en matière d'isolement.

De plus, les répondantes ont associé les définitions de l'isolement social et de la solitude à celles proposées par l'OMS.

Parmi les facteurs les plus fréquemment cités figurent la perte d'autonomie/dépendance, l'état de santé, un environnement inadapté (100%) ainsi que l'âge avancé (67%). En revanche, certains facteurs comme le niveau d'étude, ne sont pas mentionnés.

D'autre part, les conséquences les plus connues concernent la perte d'autonomie/dépendance, l'état de santé et les activités de la vie quotidienne (100%), tandis que les impacts économiques sont moins souvent évoqués (33%). Certaines conséquences secondaires, comme l'augmentation des interactions avec les professionnels de santé et la diminution des consultations médicales et hospitalisations (33%), ont également été mentionnées.

Les résultats ci-dessus mettent en évidence la diversité des pratiques ainsi que les enjeux majeurs identifiés par les professionnels travaillant en EHPAD-PRP. Ces constats vont désormais être analysés de manière approfondie.

Discussion

Pour conclure ce travail de recherche, cette dernière partie vise à interpréter les résultats obtenus en les confrontant à des apports théoriques. L'objectif est ainsi de répondre à la problématique posée et d'évaluer la validité des hypothèses formulées. Enfin, les limites de l'étude et les perspectives envisagées seront présentées.

1. Objectifs de l'étude

Cette analyse des pratiques professionnelles, menée à partir de questionnaires, a permis de répondre aux objectifs définis en amont. En effet, l'objectif principal était de réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels intervenant en EHPAD-PRP concernant la lutte contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile en Nouvelle-Aquitaine. L'objectif secondaire consistait à évaluer leurs connaissances sur cette problématique.

Ainsi, les parties suivantes proposeront une interprétation des résultats obtenus afin de répondre à la problématique de recherche et de valider ou invalider les hypothèses formulées.

2. Réponse à la problématique et aux hypothèses

Les résultats recueillis permettent d'apporter des éléments de réponse à la problématique suivante : ***Quelles sont les pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des personnes âgées résidant au domicile en Nouvelle-Aquitaine ?***

Les résultats montrent que les pratiques en matière d'isolement social en EHPAD-PRP se concentrent essentiellement sur des actions culturelles et sociales, proposées de manière hebdomadaire au sein des établissements. Cette orientation est cohérente avec les analyses faites par l'ARS de Nouvelle Aquitaine en 2022, qui identifie également ces activités comme étant les plus développées dans ce type de dispositif (Observatoire Régional de la Santé, 2022). Toutefois, **seuls un tiers des ergothérapeutes en EHPAD-PRP interviennent, de manière occasionnelle, auprès des personnes âgées socialement isolées. Cela témoigne d'une faible mobilisation de leurs compétences** dans ce domaine, alors même que leur rôle est essentiel. Ces actions, bien que limitées en nombre et en fréquence, s'inscrivent néanmoins dans le champ de compétence de l'ergothérapeute en matière isolement social.

Cependant, ces **pratiques sont freinées par de nombreux obstacles**. Les professionnels mentionnent notamment le manque de ressources humaines et matérielles ainsi qu'une coordination insuffisante entre les acteurs. Ces obstacles sont similaires à ceux identifiés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine (Observatoire Régional de la Santé, 2022). Les professionnels soulignent également la difficulté à repérer les personnes isolées et un manque de sensibilisation du grand public et des familles. À cela s'ajoute, pour les ergothérapeutes, l'absence de recommandations claires sur les bonnes pratiques et le manque de formation spécifique sur l'isolement social, qui limitent l'efficacité de leurs actions. Les résultats montrent d'ailleurs une forte cohérence entre les freins identifiés et les besoins exprimés, traduisant un **besoin de soutien plus structuré pour renforcer ces actions**.

Par ailleurs, **les professionnels montrent une connaissance partielle de la définition et des effets de l'isolement social**. À l'inverse, la notion de solitude semble mieux maîtrisée. Cette confusion entre solitude et isolement social, déjà mise en évidence dans la littérature (OMS, 2021) (GLIC, 2022), peut compromettre la pertinence des actions mises en place. Il semble donc essentiel de proposer des formations ciblées pour aider les professionnels à mieux distinguer ces deux notions afin d'adapter leurs pratiques. Les ergothérapeutes montrent une bonne compréhension de cette distinction, même si elles n'identifient que partiellement les effets de l'isolement social. Cela témoigne d'un **besoin de formation plus approfondie sur les divers aspects de ce phénomène**, comme le suggèrent (Smallfield & Molitor, 2018) et (Irvine-Brown et al., 2021).

De plus, l'analyse des résultats, indique que **les professionnels maîtrisant la définition de l'isolement social mettent en place des actions plus régulières** que ceux qui la confondent ou l'ignorent. De plus, les professionnels qui connaissent mieux les politiques publiques semblent davantage les intégrer dans leurs pratiques, même si ce n'est pas toujours le cas. Ces résultats indiquent que **l'amélioration des connaissances pourrait encourager une mobilisation plus fréquente et mieux structurée** des professionnels dans la lutte contre l'isolement social.

En résumé, les pratiques en EHPAD-PRP pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées à domicile restent limitées. Elles se concentrent sur des activités internes à l'établissement, avec une faible mobilisation des ergothérapeutes. Cette situation s'explique par de nombreux freins, tels que le manque de moyens, de coordination et de formation. En effet, les professionnels montrent une connaissance partielle de l'isolement social, souvent confondu avec la solitude, ce qui nuit à l'identification et à la mise en place d'interventions pertinentes. Une meilleure compréhension du phénomène et des politiques associées favoriserait toutefois un engagement plus structuré. Ces éléments nous permettent donc de répondre à la problématique et soulignent l'importance de renforcer la formation et le soutien institutionnel.

2.1. Absence d'outils d'évaluation standardisés : un obstacle à l'identification de l'isolement social en EHPAD-PRP

Dans un premier temps, les résultats seront analysés au regard de la première hypothèse : **l'absence d'un outil d'évaluation standardisé spécifique à l'isolement social limite la capacité des professionnels à identifier et à prendre cette problématique**. En effet, cette hypothèse s'intéresse aux moyens actuellement utilisés pour repérer les situations d'isolement social, afin de permettre des interventions plus adaptées.

Les réponses des professionnels suggèrent que les outils d'évaluation du lien social sont peu connus et peu mobilisés. En effet, la **difficulté à identifier les personnes isolées est perçue comme un obstacle important** par les professionnels, qui **expriment le besoin d'accéder à des outils d'évaluation adaptés**. L'ergothérapeute ayant répondu **indique ne pas connaître d'outils d'évaluation spécifique** de l'isolement social et s'appuyer uniquement sur des observations cliniques et des entretiens.

Ainsi, les professionnels dont l'ergothérapeute, n'utilisent pas les outils existants pour évaluer le lien social. De plus, aucun outil spécifique d'évaluation de l'isolement social n'a été mentionné, ce qui est en accord avec l'absence, à ma connaissance, d'outil standardisé de ce type, comme indiqué dans l'état de l'art. Cela peut donc **restreindre l'identification des situations d'isolement et limiter la mise en œuvre d'actions ciblées et adaptées**. Ces éléments soutiennent ainsi l'hypothèse formulée.

2.2. Directives imprécises : un frein à l'harmonisation et à l'efficacité des interventions de lutte contre l'isolement social en EHPAD-PRP

Dans un second temps, les résultats seront analysés au regard de la seconde hypothèse : **l'absence de directives précises pour les EHPAD-PRP limite l'harmonisation et l'efficacité des pratiques professionnelles**. Cette hypothèse vise à questionner l'existence de repères communs pour les professionnels en EHPAD-PRP et à évaluer l'impact du manque de directives claires sur la cohérence et l'efficacité des interventions de lutte contre l'isolement.

En effet, le PRS ne traite que succinctement de l'isolement social, et le guide national sur ce sujet s'adresse principalement aux personnes âgées et à leurs aidants (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2023), (Ministère chargé de l'autonomie, 2021). Ainsi, à ma connaissance, il n'existe pas de directives spécifiques, structurées et adaptées au contexte particulier des EHPAD-PRP.

Les résultats de l'enquête montrent une **grande diversité dans l'encadrement des pratiques**. Si quelques structures disposent de protocoles internes, la majorité n'en bénéficie pas, ce qui peut entraîner un **manque de coordination des interventions**. Cette situation peut s'expliquer notamment par le fait que les EHPAD-PRP sont financés via des appels à projets de l'ARS, ce qui entraîne leur répartition sur des territoires aux ressources départementales variables (Observatoire Régional de la Santé, 2022).

Par ailleurs, bien que la plupart des professionnels déclarent connaître, même partiellement, les politiques liées à l'isolement social, beaucoup estiment que ces **politiques n'influencent pas leurs pratiques en raison d'un manque de directives claires**. L'ergothérapeute interrogée précise que ces politiques n'ont qu'un impact partiel sur ses interventions. Cela souligne un décalage entre les orientations institutionnelles et les pratiques concrètes des professionnels.

Ces éléments confirment que **l'absence de directives précises constitue un frein à l'harmonisation des pratiques et peut nuire à l'efficacité des actions menées** contre l'isolement social en EHPAD-PRP.

3. Limites rencontrées

Plusieurs limites ont été identifiées au cours de cette étude, notamment liées à l'outil de collecte des données, à l'échantillonnage, aux conditions de diffusion et à l'analyse des résultats. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Le format du questionnaire, bien que adapté aux objectifs de l'étude, comporte une majorité de questions fermées, ce qui a restreint la précision des réponses. De plus, aucune question explicite ne portait sur les outils d'évaluation utilisés par les professionnels, ce qui a limité la qualité des informations sur ce point. D'autre part, la majorité des répondants occupait des fonctions de coordination, au détriment des professionnels intervenant directement auprès des personnes âgées. Cette répartition s'explique en partie par la formulation de la question sur la fonction, qui privilégiait les rôles de coordination. Par ailleurs, la collecte d'informations sur le département d'exercice sans mention de la localisation précise de l'établissement, a limité notre connaissance de la diversité territoriale des réponses. En effet, plusieurs répondants pouvaient provenir du même établissement. Enfin, les options proposées pour évaluer la connaissance de la définition de l'isolement social étaient limitées. Cela a réduit notre capacité à comprendre précisément comment les professionnels perçoivent ce phénomène.

Par ailleurs, plusieurs éléments ont limité le nombre de réponses recueillies. Les critères d'inclusion, bien qu'adaptés à l'objectif de l'enquête, ont réduit le nombre de professionnels concernés, ce qui limite la représentativité des données et la généralisation des résultats. De plus, la diffusion du questionnaire a dû passer par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, entraînant des délais administratifs et un manque de contrôle sur la diffusion et les relances. Enfin, l'incapacité à identifier précisément le nombre exact d'EHPAD-PRP en Nouvelle-Aquitaine a empêché de calculer le taux de réponse à l'enquête.

Une autre limite concerne l'analyse des résultats. En effet, pour comparer le lien entre les connaissances et les pratiques des professionnels, seules les réponses de la Haute-Vienne et des Landes ont été prises en compte. Celles du Lot-et-Garonne, pourtant obtenues avec un taux de réponse similaire à celui des Landes, n'ont pas été intégrées à ce stade. Ainsi, ce choix peut influencer l'interprétation des données et en limiter la représentativité.

Ces limites ne remettent pas en cause les résultats obtenus, mais soulignent la nécessité de les considérer avec prudence et de compléter ces premiers éléments par des études plus larges et diversifiées.

4. Perspectives

Suite à cette étude, plusieurs pistes peuvent être envisagées pour approfondir la réflexion et améliorer les pratiques professionnelles.

Sur le plan méthodologique, il apparaît essentiel d'élargir la population interrogée, notamment en incluant davantage de professionnels intervenant directement auprès des personnes âgées. De plus, l'élaboration de questionnaires plus complets, intégrant davantage de questions ouvertes, permettrait également de recueillir des données plus précises. Il serait également pertinent de revoir le mode de diffusion du questionnaire. Étant donné l'absence d'annuaire public des EHPAD-PRP et le rôle central de l'ARS dans la diffusion, une collaboration avec cette dernière serait nécessaire pour optimiser le processus.

Sur le plan pratique, plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés pour renforcer la lutte contre l'isolement social en EHPAD-PRP. D'une part, il est essentiel de développer la formation et la sensibilisation des professionnels, notamment des ergothérapeutes, qui disposent des compétences nécessaires mais qui interviennent peu en raison de divers obstacles. D'autre part, l'élaboration de politiques publiques et de protocoles d'interventions plus clairs et mieux structurés pourrait favoriser des pratiques plus cohérentes et plus efficaces. Enfin, la création d'un outil standardisé d'évaluation de l'isolement social permettrait une identification plus précise des situations, ce qui permettrait de mieux identifier et d'adapter les interventions.

Enfin, pour aller plus loin dans la recherche, il serait pertinent d'évaluer l'impact réel des actions mises en place et d'explorer le point de vue des personnes âgées. Il serait aussi intéressant de réaliser une étude comparative entre les EHPAD-PRP menant des actions en établissement et ceux intervenant au domicile ou dans la communauté. En effet, on peut supposer que la portée et l'efficacité dépendent de la façon dont elles s'intègrent dans l'environnement social habituel des personnes âgées.

Enfin, les ergothérapeutes contribuent déjà de manière reconnue à la lutte contre l'isolement social, notamment en favorisant la participation sociale et l'engagement, en adaptant l'environnement, ainsi qu'en préconisant et en prescrivant des aides techniques (Cowen et al., 2024), (Collins et al., 2020), (Smallfield & Molitor, 2018). Au-delà de ces fonctions, les ergothérapeutes pourraient investir une mission complémentaire et essentielle : faire le lien entre l'environnement institutionnel et le cadre de vie des personnes âgées. En effet, le cahier des charges de ce dispositif comporte deux volets, dont le second prévoit un accompagnement renforcé à domicile, incluant la sécurisation de l'environnement et la continuité du projet de vie à travers l'animation de la vie sociale (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2022). En intégrant cette dimension communautaire, les ergothérapeutes pourraient renforcer la prévention, notamment par le maintien de l'autonomie, en s'inscrivant dans la continuité de programmes comme ICOPE (OMS, 2025). Ils pourraient également faciliter le maintien et le développement des liens sociaux entre l'EHPAD-PRP et le domicile. Cette approche représente une opportunité nouvelle pour renforcer la cohérence des parcours et améliorer l'impact des interventions auprès des personnes âgées.

Conclusion

Pour conclure,

Ce mémoire apporte un éclairage sur les pratiques et connaissances des professionnels intervenant en EHPAD-PRP dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile en Nouvelle-Aquitaine. Dans un contexte de vieillissement démographique, l'isolement social constitue un enjeu de santé publique majeur aux répercussions multiples sur l'autonomie, la santé mentale et physique. Les EHPAD-PRP, en tant que dispositifs territoriaux, sont amenés à développer des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement, bien que leurs pratiques en matière d'isolement social restent peu documentées.

L'enquête par questionnaires menée auprès des professionnels, dont des ergothérapeutes, a permis d'analyser leurs pratiques, les freins rencontrés, les outils utilisés ainsi que leurs connaissances sur l'isolement. Ainsi, les résultats révèlent une grande hétérogénéité dans les pratiques. On note également un manque de formation et de sensibilisation des professionnels, en particulier chez les ergothérapeutes qui n'exploitent pas pleinement leurs compétences. Par ailleurs, les politiques publiques sont perçues comme peu claires, et l'absence d'outil standardisé complique l'évaluation de l'isolement social. Malgré une reconnaissance croissante de l'isolement social comme une problématique majeure, les professionnels apparaissent comme insuffisamment formés et outillés.

Ainsi, ce mémoire souligne la nécessité de renforcer les politiques sociales, la coordination territoriale, la formation des professionnels et la reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute. Il invite à une approche globale, structurée et coordonnée, afin de mieux répondre aux enjeux de l'isolement social chez les personnes âgées vivant à domicile.

Enfin, cette étude m'a permis de mieux définir la place de l'ergothérapeute dans la lutte contre ce phénomène. Ce mémoire a contribué à développer mes compétences professionnelles, notamment en matière de lien social, que j'ai pu mettre en pratique au cours de l'un de mes stages. Ce travail m'a amenée à prendre du recul sur ma pratique, notamment en y intégrant davantage la dimension sociale. Il m'a également permis d'identifier les actions propres à l'ergothérapeute et à envisager des pistes concrètes pour adapter mon intervention aux réalités du terrain. Enfin, il m'aura également donné l'envie de transmettre ces connaissances à mon entourage professionnel comme personnel. Cette démarche vise à sensibiliser plus largement à cette pratique et à participer, à mon échelle, à l'évolution des représentations et des pratiques autour de l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile.

Références bibliographiques

- Agence nationale du Développement Professionnel Continu. (2025). *Fiches de cadrage relatives aux orientations prioritaires 2023-2025*.
- Amarya, S., Singh, K., Sabharwal, M., Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. In *Gerontology*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>
- ANFE. (2023). *Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes*.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (2010).
- ARS Nouvelle-Aquitaine. (2022). *Cahier des charges : Mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées*.
- ARS Nouvelle-Aquitaine. (2023). *Schéma régional de sante (2023-2028)*.
- ARS Nouvelle-Aquitaine. (2024). *Cahier des charges des missions des CRT pour personnes âgées*.
- Blinkouskaya, Y., Caçoilo, A., Gollamudi, T., Jalalian, S., & Weickenmeier, J. (2021). Brain aging mechanisms with mechanical manifestations. *Mechanisms of ageing and development*, 200, 111575. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2021.111575>
- Boamah, S. A., Weldrick, R., Lee, T.-S. J., & Taylor, N. (2021). Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care : A Scoping Review. *Journal of Aging and Health*, 33(7-8), 618-632. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>
- Boamah, S., Weldrick, R., Lee, T.-S., & Taylor, N. (2020). *Risk Factors for Social Isolation Among Older Adults in Long Term Care : A Scoping Review*. <https://doi.org/10.20944/preprints202012.0779.v1>
- Brandt, L., Liu, S., Heim, C., & Heinz, A. (2022). The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*, 12(1), 398. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02178-4>
- BROUSSY, L., GUEDJ, J., & KUHN-LAFONT, A. (2021). *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui*. https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpapad-du-futur-commence-aujourd'hui/
- Charles, S., & Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Collins, T., Davys, D., Martin, R., Russell, R., & Kenney, C. (2020). Occupational therapy, loneliness and social isolation : A thematic review of the literature. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 27(10), 1-23. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2019.0044>
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30123(4), 249-262. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0249>
- Cowen, K., Collins, T., Carr, S., & Wilson Menzfeld, G. (2024). The role of Occupational Therapy in community development to combat social isolation and loneliness. *British*

- Donato, A. J., Machin, D. R., & Lesniewski, L. A. (2018). Mechanisms of Dysfunction in the Aging Vasculature and Role in Age-Related Disease. *Circulation research*, 123(7), 825-848. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312563>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age : Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 21(4), 835-838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Eideliman, J.-S. (DREES/EXTERNE/EXTERNES), & Brunel, Mathieu. (2022). *La sociabilité et l'isolement social des seniors*.
- Fekete, M., Major, D., Feher, A., Fazekas-Pongor, V., & Lehoczki, A. (2024). Geroscience and pathology : A new frontier in understanding age-related diseases. *Pathology and Oncology Research*, 30, 1611623. <https://doi.org/10.3389/pore.2024.1611623>
- Gitler, A. D., Dhillon, P., & Shorter, J. (2017). Neurodegenerative disease : Models, mechanisms, and a new hope. *Disease Models & Mechanisms*, 10(5), 499-502. <https://doi.org/10.1242/dmm.030205>
- GLIC. (2022). *Our Position Statements*. <https://www.gilc.global/our-position-statements>
- Goff, J.-L. L., & Poupart, R. (2021). Lutter contre l'isolement social des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 43166(3), 233-249. <https://doi.org/10.3917/gss1.166.0233>
- Grote, C., Reinhardt, D., Zhang, M., & Wang, J. (2019). Regulatory Mechanisms and Clinical Manifestations of Musculoskeletal Aging. *Journal of orthopaedic research : official publication of the Orthopaedic Research Society*, 37(7), 1475-1488. <https://doi.org/10.1002/jor.24292>
- Hand, C., Retrum, J., Ware, G., Iwasaki, P., Moaalii, G., & Main, D. S. (2017). Understanding Social Isolation Among Urban Aging Adults : Informing Occupation-Based Approaches. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(4), 188-198. <https://doi.org/10.1177/1539449217727119>
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737-752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- HAS. (2018). *L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation
- Holt-Lunstad, J., & Steptoe, A. (2022). Social isolation : An underappreciated determinant of physical health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 232-237. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>
- Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature Reviews. Neurology*, 15(10), 565-581. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7>
- Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 1-4. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>

- INSEE. (2020). *Population par âge – Tableaux de l'économie française* | Insee. INSEE.
- Irvine-Brown, L., Ware, V., Malfitano, A. P. S., & Di Tommaso, A. (2021). Re-engaging in our role with communities: The coupling of occupational therapy and community development. *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(4), 308-316. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12728>
- Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., Franceschi, C., Lithgow, G. J., Morimoto, R. I., Pessin, J. E., Rando, T. A., Richardson, A., Schadt, E. E., Wyss-Coray, T., & Sierra, F. (2014). Geroscience: Linking aging to chronic disease. *Cell*, 159(4), 709-713. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.10.039>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Les Petits Frères des Pauvres. (2019a). *Solitude et isolement des personnes âgées en France, quels liens avec les territoires ?* (p. 120).
- Les Petits Frères des Pauvres. (2019b). *Solitude et isolement des personnes âgées en France, quels liens avec les territoires ?* (p. 120).
- Les Petits Frères des Pauvres. (2021). *Baromètre solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France en 2021* (p. 112).
- Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., Wang, Y., Fang, J., Yue, H., Ma, S., & Guan, F. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>
- Libault, D. (2019). *CONCERTATION Grand âge et autonomie*.
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The Hallmarks of Aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>
- Ministère chargé de l'autonomie. (2021). *Isolement social des aînés_des repères pour agir* (p. 8).
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2022, décembre 12). *Faciliter le choix de vieillir à domicile* | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <https://solidarites.gouv.fr/faciliter-le-choix-de-vieillir-domicile>
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2023a). *Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années – Stratégie « Bien Vieillir »* (p. 33). <https://solidarites.gouv.fr/preparer-la-france-de-demain-ajouter-de-la-vie-aux-annees-strategie-bien-vieillir>
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2023b, juillet 18). *Réforme de l'offre des services à domicile* | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition).

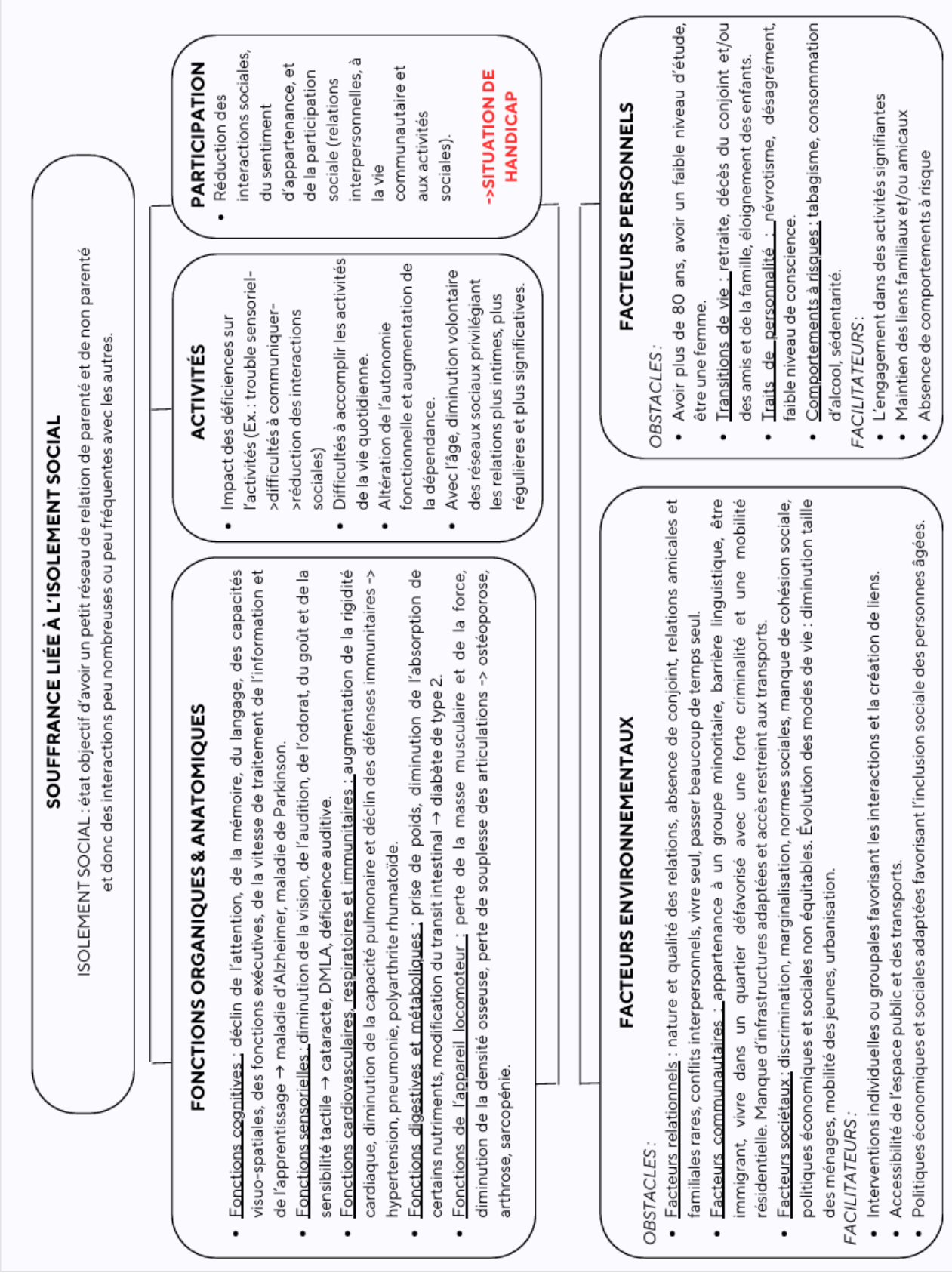
- Observatoire Régional de la Santé. (2022). *Évaluation de l'expérimentation EHPAD-Pôle ressources de proximité en Nouvelle-Aquitaine* (p. 58).
- OMS. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*.
- OMS. (2015). *Vieillesse et santé* (p. 296). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (2016). *Liste des produits et aides techniques prioritaires* (p. 16).
- OMS. (2020, décembre 14). *Un plan pour une Décennie pour le vieillissement en bonne santé*.
- OMS. (2021). *Social isolation and loneliness among older people : Advocacy brief* (p. 20). OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
- OMS. (2023). *L'OMS crée une Commission pour favoriser le lien social*. <https://www.who.int/fr/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>
- OMS. (2025). *Integrated care for older people (ICOPE)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/71300>
- Papageorgiou, N., Marquis, R., & Dare, J. (2016). Identifying the enablers and barriers to community participation amongst older adults. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(12), 742-751. <https://doi.org/10.1177/0308022616656195>
- Petits Frères des Pauvres. (2024, janvier 23). *Nos actions—Petits Frères des Pauvres*. <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/nos-actions/>
- République française. (2025a, janvier 10). *Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/undefinedvivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-spasad-services-polyvalents-d-aide-et-de-soins-a-domicile>
- République française. (2025b, janvier 20). *Les services d'aide à domicile*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/undefinedvivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/les-services-d-aide-a-domicile>
- République française. (2025c, janvier 20). *Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/undefinedvivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile>
- Smallfield, S., & Molitor, W. L. (2018). Occupational Therapy Interventions Supporting Social Participation and Leisure Engagement for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 7204190020p1-7204190020p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030627>
- Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.
- Tillaut, H., Ravault, C., Rambourg, M.-O., & Pascal, M. (2003). *Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : Premiers résultats et travaux à mener*.
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Roy, V., & Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *British*

- Journal of Occupational Therapy*, 81(8), 427-449.
<https://doi.org/10.1177/0308022617752067>
- Ungvari, Z., Tarantini, S., Sorond, F., Merkely, B., & Csiszar, A. (2020). Mechanisms of Vascular Aging, A Geroscience Perspective : JACC Focus Seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(8), 931-941.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.061>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation and social relationships : What are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*, 6(4), e010799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
- Vos, W. H., van Boekel, L. C., Janssen, M. M., Leenders, R. T. A. J., & Luijkx, K. G. (2020). Exploring the impact of social network change : Experiences of older adults ageing in place. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 116-126.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12846>
- WFOT. (2018). *Définitions of occupational therapy from member organisations* (<https://wfot.org/>; p. 71) [Text/html]. WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Young, D., Wagenfeld, A., & Rocker, H. V. V. (2019). Universal Design and the Built Environment : Occupational Therapy and Interprofessional Design Teams—A Scoping Review. *Annals of International Occupational Therapy*, 2(4), 186-194.
<https://doi.org/10.3928/24761222-20190625-04>

Annexes

Annexe I. Analyse de l'isolement social à l'aide du modèle de la CIF	2
Annexe II. Questionnaires.....	3
Annexe II.I. Questionnaire à destination des professionnels.....	3
Annexe II.II. Questionnaire à destination des ergothérapeutes.....	9

Annexe I. Analyse de l'isolement social à l'aide du modèle de la CIF



Annexe II. Questionnaires

Annexe II.I. Questionnaire à destination des professionnels

Questionnaire sur les pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière d'isolement social des personnes âgées résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ergothérapie, je mène une étude portant sur l'analyse des liens entre les actions proposées par les EHPAD-PRP et l'isolement social des personnes âgées résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, les réponses à ce questionnaire seront utilisées pour cette étude. Le recueil, l'analyse et le traitement de l'ensemble des réponses sont anonymes et confidentiels, et la restitution de ce questionnaire implique le consentement du participant. La durée estimée pour y répondre est d'environ 10 minutes.

Pour pouvoir répondre à cette étude, vous devez être un professionnel travaillant depuis plus de 6 mois en EHPAD-PRP, intervenant auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine.

* EHPAD-PRP : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes-Pôle ressources de proximité

1. Quelle est votre fonction au sein de l'EHPAD-PRP ?

Directeur/trice d'établissement

Infirmier(e) coordinateur/trice (IDEC)

Autre

1.1. Précisez votre profession :

2. Quel est votre genre ?

Femme

Homme

Autre

Ne souhaite pas répondre

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Entre 20 ans et 39 ans

Entre 40 ans et 59 ans

60 ans et plus

4. Quel est votre type de contrat ?

Temps plein

Mi-temps

Temps partiel

5. Dans quel département exercez-vous ?

Charente (16)

Charente-Maritime (17)

Corrèze (19)

Creuse (23)

Dordogne (24)

Gironde (33)

Landes (40)

Lot-et-Garonne (47)

Pyrénées-Atlantiques (64)

Deux-Sèvres (79)

Vienne (86)

Haute-Vienne (87)

6. Depuis combien d'années votre établissement est-il labellisé EHPAD-PRP ?

Moins d'un an

1 an à 3 ans

4 ans à 6 ans

Plus de 6 ans

7. Dans quels lieux se déroule votre activité d'EHPAD-PRP ?

En établissement

Au domicile

Dans des lieux extérieurs

8. Quelles sont les missions principales réalisées dans votre EHPAD-PRP ?

Activités culturelles

Activités de lutte contre l'isolement social

Repérage et évaluation des fragilités

Soutien aux aidants

Activité physique adaptée et/ou prévention des chutes

Bien être et art-thérapie

Prévention de la dénutrition

Utilisation des outils numériques

Actions intergénérationnelles

Autre

9. Quelles actions votre structure met-elle en place pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées à domicile ?

Activités culturelles ou sociales

Actions intergénérationnelles

Mise en relation avec des associations ou services sociaux

Repérage des personnes isolées via des évaluations spécifiques

Utilisation d'outils numériques pour maintenir le lien social

Autre

Notre structure ne met pas en place ce type d'action

9.1. Précisez quelles autres actions vous mettez en place :

10. À quelle fréquence ces actions de lutte contre l'isolement social sont-elles réalisées ?

Hebdomadaire

Mensuelle

Occasionnelle

Je ne sais pas

Notre structure ne met pas en place ce type d'action

11. Existe-t-il des protocoles ou recommandations institutionnelles pour structurer ces actions de lutte contre l'isolement social ?

Oui, ils sont bien définis et appliqués

Oui, mais ils sont peu appliqués

Non, il n'y a pas de protocoles/ recommandations clairement définis

Notre structure ne met pas en place ce type d'action

12. Rencontrez-vous des obstacles dans la lutte contre l'isolement social ?

Oui

Non

12.1. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles rencontrés dans la lutte contre l'isolement social ? (Classez du plus important au moins important)

	○
	○
	○
	○
	○
	○
	○

Glissez-déposez vos réponses ici

13. Quels éléments faciliteraient la mise en place d'actions plus efficaces ? (Classez du plus important au moins important)

	o
	o
	o
	o
	o

Glissez-déposez vos réponses ici

14. Pensez-vous que les politiques publiques actuelles encadrant la lutte contre l'isolement social influent sur vos pratiques ?

Oui

Non

15. Pensez-vous que le manque de directives précises impacte l'efficacité des interventions en matière de lutte contre l'isolement social ?

Oui, beaucoup

Oui, un peu

Non, pas du tout

Les directives existantes sont claires et suffisantes

16. Pensez-vous que l'isolement social est un problème fréquent parmi les personnes âgées vivant à domicile ?

Oui

Non

17. Avez-vous connaissance des politiques nationales et régionales sur l'isolement ?

Oui

Non

Partiellement

18. Comment définissez-vous l'isolement social :

Etat objectif d'avoir un petit réseau de relations de parenté et de non-parenté et donc des interactions peu nombreuses ou peu fréquentes avec les autres

Je ne sais pas

Sentiment subjectif et douloureux ou « douleur sociale » qui résulte d'un décalage entre les liens sociaux souhaités et réels

19. Comment définissez-vous la solitude :

Sentiment subjectif et douloureux ou « douleur sociale » qui résulte d'un décalage entre les liens sociaux souhaités et réels

Etat objectif d'avoir un petit réseau de relations de parenté et de non-parenté et donc des interactions peu nombreuses ou peu fréquentes avec les autres

Je ne sais pas

20. Selon vous, quels sont les principaux facteurs pouvant contribuer à l'isolement social des personnes âgées ?

Perte d'autonomie/dépendance

Mauvais état de santé

Ne pas avoir d'animaux de compagnie

Avoir plus de 80 ans

Environnement inadapté

Pratiques d'activités solitaires

Niveau d'étude

21. Selon vous, quelles sont les principales conséquences de l'isolement social chez les personnes âgées ?

Impact dans les activités de la vie quotidienne

Perte d'autonomie/dépendance

Augmentation des interactions avec les professionnels de santé

Détérioration des conditions de santé

Coût économique pour la société

Réduction des consultations médicales et diminution des hospitalisations

Annexe II.II. Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Questionnaire sur les pratiques des ergothérapeutes travaillant en EHPAD-PRP en matière d'isolement social des personnes âgées résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ergothérapie, je mène une étude portant sur l'analyse des liens entre les actions proposées par les EHPAD-PRP et l'isolement social des personnes âgées résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, les réponses à ce questionnaire seront utilisées pour cette étude. Le recueil, l'analyse et le traitement de l'ensemble des réponses sont anonymes et confidentiels, et la restitution de ce questionnaire implique le consentement du participant. La durée estimée pour y répondre est d'environ 10 minutes.

Pour pouvoir répondre à cette étude, vous devez être un ergothérapeute travaillant depuis plus de 6 mois en EHPAD-PRP, intervenant auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile en Nouvelle-Aquitaine.

* EHPAD-PRP : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes-Pôle ressources de proximité

1. Quel est votre genre ?

Femme

Homme

Autre

Ne souhaite pas répondre

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Entre 20 ans et 39 ans

Entre 40 ans et 59 ans

60 ans et plus

3. Quel est votre type de contrat ?

Temps plein

Mi-temps

Temps partiel

4. Dans quel département exercez-vous ?

Charente (16)

Charente-Maritime (17)

Corrèze (19)

Creuse (23)

Dordogne (24)

Gironde (33)

Landes (40)

Lot-et-Garonne (47)

Pyrénées-Atlantiques (64)

Deux-Sèvres (79)

Vienne (86)

Haute-Vienne (87)

5. Intervenez-vous auprès des personnes âgées en situation d'isolement social dans le cadre du dispositif EHPAD-PRP ?

Oui

Non

5.1. À quelle fréquence êtes-vous directement impliqué(e) dans la prise en charge de personnes en situation d'isolement social ?

Très fréquemment (chaque semaine)

Occasionnellement (quelques fois par mois)

Rarement (quelques fois par an)

Jamais

6. Quels outils ou méthodes utilisez-vous pour repérer l'isolement social ?

Outils standardisés

Observations cliniques

Entretiens avec la personne et/ou son entourage

Je n'utilise aucune méthode spécifique

6.1. Précisez quels outils standardisés vous utilisez :

7. Pensez-vous que les outils d'évaluation actuellement disponibles permettent de repérer efficacement l'isolement social ?

Oui, tout à fait

Oui, mais ils sont perfectibles

Non ils ne sont pas adaptés

Non il n'y en a pas

Je n'ai pas connaissance de ces outils

8. Quelle(s) action(s) mettez-vous en place en tant qu'ergothérapeute pour lutter contre l'isolement social ?

Mise en place de contacts réguliers

Aménagement de l'environnement

Préconisation d'aides techniques et/ou technologiques

Orientation vers des activités collectives ou individuelles

Orientation vers d'autres professionnels

Orientation vers des structures de soutien

Autre

Je ne mets pas en place d'action de lutte contre l'isolement social

8.1. Précisez quelles autres actions vous mettez en place :

9. Avez-vous le sentiment que ces actions participent à réduire l'isolement social ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

10. Selon vous, quels sont les principaux freins spécifiques aux ergothérapeutes dans la lutte contre l'isolement social ?

Manque de temps

Manque d'outils adaptés à l'évaluation

Manque de reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine

Manque de collaboration avec d'autres professionnels

Manque de formations

Je ne vois pas de freins

Autre

11. Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'isolement social des personnes âgées ?

Oui, pendant ma formation initiale

Oui, via des formations continues

Non, mais j'aimerais en recevoir

Non, et je n'en ressens pas le besoin

12. Quels types d'outils ou ressources vous seraient les plus utiles pour intervenir efficacement contre l'isolement social ? (Classez du plus important au moins important)

	•
	•
	•
	•
	•

Glissez-déposez vos réponses ici

13. Pensez-vous que les politiques publiques actuelles encadrant la lutte contre l'isolement social influent sur vos pratiques ?

Oui

Partiellement

Non

14. Pensez-vous que l'ergothérapie pourrait jouer un rôle plus important dans la lutte contre l'isolement social ?

Oui

Non

14.1. Précisez en quoi :

15. Pensez-vous que l'isolement social est un problème fréquent parmi les personnes âgées vivant à domicile ?

Oui

Non

Je ne sais pas

16. Avez-vous connaissance des politiques nationales et régionales sur l'isolement ?

Oui

Partiellement

Non

16.1. Par quels moyens avez-vous pris connaissance de ces politiques ?

17. Comment définissez-vous l'isolement social :

Je ne sais pas

Etat objectif d'avoir un petit réseau de relations de parenté et de non-parenté et donc des interactions peu nombreuses ou peu fréquentes avec les autres

Sentiment subjectif et douloureux ou « douleur sociale » qui résulte d'un décalage entre les liens sociaux souhaités et réels

18. Comment définissez-vous la solitude :

Sentiment subjectif et douloureux ou « douleur sociale » qui résulte d'un décalage entre les liens sociaux souhaités et réels

Je ne sais pas

Etat objectif d'avoir un petit réseau de relations de parenté et de non-parenté et donc des interactions peu nombreuses ou peu fréquentes avec les autres

19. Selon vous, quels sont les principaux facteurs pouvant contribuer à l'isolement social des personnes âgées ?

Perte d'autonomie/dépendance

Mauvais état de santé

Ne pas avoir d'animaux de compagnie

Avoir plus de 80 ans

Environnement inadapté

Pratiques d'activités solitaires

Niveau d'étude

20. Selon vous, quelles sont les principales conséquences de l'isolement social chez les personnes âgées ?

Impact dans les activités de la vie quotidienne

Perte d'autonomie/dépendance

Augmentation des interactions avec les professionnels de santé

Détérioration des conditions de santé

Coût économique pour la société

Réduction des consultations médicales et diminution des hospitalisations

Etats des lieux des pratiques des professionnels travaillant en EHPAD-PRP en matière de lutte contre l'isolement social des personnes âgées résidant au domicile en Nouvelle-Aquitaine

Contexte : Dans un contexte de vieillissement démographique, l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile constitue un enjeu majeur de santé, affectant leur autonomie et leur bien-être. Ce mémoire s'intéresse aux pratiques des professionnels exerçant en EHPAD disposant d'un Pôle Ressources de Proximité (EHPAD-PRP) en Nouvelle-Aquitaine, qui sont amenés à prévenir, repérer et accompagner les situations d'isolement social.

Méthode : Une enquête par questionnaire a été menée auprès de professionnels, dont des ergothérapeutes, travaillant dans ces structures. L'objectif était d'analyser leurs pratiques, les obstacles rencontrés, les outils utilisés ainsi que leurs connaissances de l'isolement social.

Résultats : Les résultats révèlent une grande hétérogénéité des pratiques et un manque de formation et de sensibilisation des professionnels, notamment des ergothérapeutes, peu impliqués, bien que leur rôle soit essentiel. Les politiques publiques manquent également de clarté, et aucun outil d'évaluation standardisé n'est utilisé.

Conclusion : Ce mémoire souligne la nécessité de renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels. Il met aussi en évidence l'importance de clarifier les politiques publiques, de concevoir un outil d'évaluation standardisé de l'isolement social, et de reconnaître le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine. Cela permettrait de mieux identifier les personnes âgées isolées et de renforcer les interventions de lutte contre l'isolement social.

Mots-clés : Isolement social, Personnes âgées, EHPAD-PRP, Ergothérapie, Maintien à domicile, Prévention, Participation sociale

Inventory of practices of professionals working in EHPAD-PRP in the fight against social isolation of elderly people living at home in Nouvelle-Aquitaine.

Context : In a context of demographic aging, the social isolation of elderly people living at home is a major health issue, affecting their autonomy and well-being. This thesis focuses on the practices of professionals working in EHPADs with a Local Resource Center (EHPAD-PRP) in the Nouvelle-Aquitaine region, who are involved in preventing, identifying, and addressing situations of social isolation.

Method : A questionnaire survey was carried out among professionals, including occupational therapists, working in these facilities. The aim was to analyze their practices, the obstacles they encounter, the tools they use and their knowledge of social isolation.

Results : The results reveal a wide variety of practices and a lack of training and awareness among professionals, particularly occupational therapists, who are not very involved in the fight against social isolation, even though their role is essential. Public policies also appear unclear, and no standardized tools for assessment are currently in use.

Conclusion : This report highlights the need to increase awareness and training among professionals. It also highlights the importance of clarifying social policies, devising a standardized assessment tool for social isolation, and recognizing the role of occupational therapists in this field. This would make it easier to identify isolated elderly people and strengthen interventions to combat social isolation.

Keywords : Social isolation, Elderly, EHPAD-PRP, Occupational therapy, Home care, Prevention, Social participation

