

## ***Le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de la dépendance des personnes âgées***

Philippe Meeus, ergothérapeute,  
Licencié en Education pour la Santé,  
Docteur en Sciences de la Santé Publique (PhD)  
Haute Ecole Paul - Henri Spaak, Département ISEK  
e-mail meeus@he-spaak.be

### Résumé :

La prévention de la perte d'indépendance fonctionnelle est une préoccupation importante dans le domaine de la gériatrie. Il n'est –malheureusement- pas possible de prévenir le vieillissement. D'autant plus que les déficiences qui y sont liées apparaissent très progressivement et permettent au sujet de s'y habituer. La mise en place d'une prévention suppose que le sujet soit impliqué dans le processus et qu'il ait la possibilité d'y être actif, d'en décider les priorités, de s'en approprier le mécanisme. D'une manière générale, toute intervention professionnelle qui méconnaît cette procédure est vouée à l'échec. Il est fait référence à un cadre conceptuel cohérent par rapport à l'indépendance fonctionnelle. Les conditions nécessaires pour qu'une prévention soit efficace sont proposées ainsi que la présentation de certaines méthodes. Enfin, une réflexion est suggérée quant à la place des professionnels dans les institutions et au domicile du patient. L'accent est mis sur la méthodologie de mise en situation développée par les ergothérapeutes.

Key words : ADL, prevention, Occupational Therapy

## Introduction

Forts à la mode, «prévention » et «dépendance » sont des termes qu'il est facile d'aligner sur le papier mais relativement complexes à mettre en œuvre dans la pratique. Dans un cadre relatif aux personnes âgées, ils évoquent la terrible condamnation : vieillissement = dépendance. Et même si leur association laisse espérer que des comportements 'adéquats' puissent s'opposer à cette perspective, il s'agit bien souvent d'un vœu plus que d'une certitude.

Parler de prévention, c'est admettre de se projeter dans un avenir, par définition inconnu, pour lequel on est prêt à adopter, aujourd'hui, des comportements potentiellement efficaces ... demain. Si, de surcroît, cet avenir ne s'avère pas radieux et que les efforts consentis ne garantissent pas une efficience totale, il devient bien difficile de promouvoir le comportement préventif.

Quant à évoquer la dépendance, c'est parfois se tromper de concept, tant il est vrai que «indépendance » et «autonomie » sont des termes proches mais qui font référence à des réalités différentes. Nous considérerons donc que l'indépendance, dans le cadre de cet article tout au moins, sera le fait de ne pas (ou plus) pouvoir assurer par soi-même, les actes élémentaires de la vie quotidienne. L'autonomie sera définie comme la capacité de l'individu à exercer son libre arbitre dans ses différentes situations de vie. Sivadon dira «l'autonomie est l'art de gérer ses dépendances ». Dans le contexte de la personne âgée ou vieillissante, la dépendance se manifesterait essentiellement dans ces gestes transitifs quotidiens (SE lever, SE laver, SE nourrir, S'habiller) sans obligatoirement mettre en péril son autonomie. Mais on sent bien qu'il y a là une question de dignité, d'amour-propre, d'honneur perdu.... La crainte ou la honte n'étant pas tellement de devoir recourir aux services d'autrui mais d'y être forcé par les événements, sans avoir pu y faire face.

## **1. Un cadre de référence**

Depuis Katz <sup>(1)</sup>, quantité de chercheurs ont évoqué les actes de la vie quotidienne comme balises de l'état de dégradation fonctionnelle des individus. On a parlé des ADL (Activities of Daily Living) essentiellement orientés sur les gestes de soins personnels, puis des IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton <sup>(2)</sup> en précisant le rôle de l'instrumentation. Plus récemment Reuben <sup>(3)</sup> évoquait les AADL (Advanced Activities of Daily Living) pour rendre compte de la complexité des activités humaines. Parallèlement, l'OMS, par les travaux de WOOD <sup>(4)</sup>, se proposait de dresser un cadre conceptuel cohérent, susceptible d'intégrer les notions de handicap, de déficience, d'ADL etc. La première mouture de la CIDIH (Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps) est parue en 1980. La deuxième version CIH-2 <sup>(5)</sup>, vient d'être publiée en 2001. Que dit-elle ? En bref, cette CIH-2 considère 4 champs dans l'existence, et pour chacun, une orientation positive et / ou négative/

a) Le premier champ est celui des organes. Ils sont constitués d'un assemblage de cellules. Ces organes peuvent être décrits du point de vue de leur structure ou de leur fonctionnement. Positivement, ils peuvent être complets et fonctionnellement performants ou, négativement, incomplets, manquants ou fonctionnellement déficients. C'est très habituellement le champ dans lequel les professionnels de la santé sont les plus à l'aise. Pour investiguer ce champ, il faut disposer d'instruments déterminés, de connaissances particulières et recourir à un vocabulaire spécifique.

b) Le deuxième champ est celui de l'individu. Personne humaine constituée d'un ensemble d'organes qui fonctionnent plus ou moins correctement. La manière dont s'apprécie ce fonctionnement humain est l'activité (activité d'habillement, activité professionnelle, activité sexuelle etc.). Positivement, on parlera donc de performance. Négativement, il sera question d'incapacité. C'est l'individu lui-même qui se gèrera et qui agira, qui décidera de ses actes et

en subira les conséquences. En matière médicale, le professionnel de la santé s'y opposera parfois au libre arbitre de l'individu. C'est ici également que se poseront les questions d'indépendance et d'autonomie.

c) Le troisième champ est celui de la société (ensemble d'individus !). Il convient d'y respecter des règles et des convenances et de s'y impliquer plus ou moins fortement. Positivement, on mesurera la bonne intégration de l'individu parmi les siens à son degré de participation sociale. Négativement, on parlera d'un manque d'intégration.

d) Ces trois champs sont influencés par des facteurs contextuels extérieurs comme l'environnement et le contexte personnel. On remarquera que ces facteurs de contexte n'influent pas directement sur les organes, individus ou sociétés mais sur les rapports entre eux. Un exemple pour illustrer le propos : une personne âgée a tendance à se déplacer avec difficulté (= activité de l'individu). La fréquence avec laquelle elle se rendra au magasin, chez le coiffeur ou au spectacle s'en ressentira (= participation sociale). C'est donc bien l'environnement (trottoir en mauvais état) qui influence la participation sociale de cette dame. Une personne plus jeune ou qui n'a pas de difficultés à se déplacer ne sera pas gênée par le facteur d'environnement. De même, la déficience visuelle (=niveau de l'organe) n'est pas spécialement gênante pour la personne qui conduit un véhicule (niveau de l'individu) si les lunettes qu'il porte sont adéquates (=facteur contextuel).

Cette classification apporte une originalité intéressante dans la mesure où elle établit des rapports entre l'activité de l'individu, son passé, son état de santé, son environnement, sa situation personnelle et sa place dans la société.

Les ADL et autres IADL deviennent dès lors des indicateurs précieux dans la mesure où ils sont les témoins de l'activité humaine. Ils révèlent l'état d'intégrité des structures et fonctionnements organiques et rendent compte du degré d'assistance nécessaire à la participation sociale. Ainsi, ne plus pouvoir s'habiller par soi-même témoigne de l'incapacité due à l'âge et révèle à quelle assistance il faudra recourir pour conserver une place dans la vie sociale.

## **2. Entre assistance et indépendance.**

La manière dont les gestes fonctionnels sont réalisés au cours de la vie a été étudiée par de nombreux auteurs<sup>(1,2,3,6)</sup>. En particulier, ils se sont attachés à la recherche d'une forme de 'scalabilité' qui permettrait de hiérarchiser<sup>(7,8,9)</sup> les ADL et IADL. L'objectif secondaire étant de définir un critère pronostic. Par exemple, à partir du moment où la personne est devenue incapable de se couper les ongles des pieds, il est nécessaire d'envisager un placement en Maison de repos. Techniquement et statistiquement cette procédure peut être intéressante, mais elle méconnaît totalement les mécanismes d'adaptation dont dispose l'individu. La sénescence va de pair avec une adaptation des capacités fonctionnelles. Ce n'est pas d'un jour au lendemain que les capacités disparaissent ; les performances s'amenuisent progressivement mais elles ont un impact sur l'environnement individuel autant qu'elles en subissent les conséquences. C'est particulièrement évident dans les déplacements où l'allure, la longueur et la hauteur du pas se restreignent et ont pour effet de réduire le périmètre de marche qui a pour conséquence de diminuer les déplacements...

De la même manière, les ADL et IADL ne sont pas brutalement laissés à des tiers. Il y a eu un processus de désengagement qui a souvent débuté par l'apparition d'une simple difficulté qui a conduit à une modification dans la manière de faire pour se terminer par un abandon massif devant l'ampleur des efforts demandés. Ainsi, pour prendre un bain, la première difficulté réside souvent dans le passage du rebord de la cuve. Au fil du temps, s'y ajoutent les problèmes d'équilibre et l'impossibilité de se relever du fond de la baignoire. On finira par ne plus se laver qu'assis sur un tabouret devant le lavabo. La présence du conjoint, d'un aidant proche ou d'un professionnel seront attendus pour assister la personne lors d'une prise de

bain. Il arrivera même qu'in fine, la personne ait dévolu à des professionnels le soin de s'occuper d'elle, revendiquant le fait de les rémunérer pour ne plus participer. Il y a là, perte de l'indépendance (...mais pas nécessairement de l'autonomie)

Pourtant, entre « faire seul, par soi-même » et « laisser faire par un autre », il y a place pour une troisième voie : celle de l'aide technique, de l'aménagement et ... de la prévention. Mais, intervient ici un facteur essentiel : celui de l'écoulement du temps : pour prévenir, il faut le faire à temps. C'est à dire avant que les problèmes ne soient à ce point importants qu'il n'est plus possible de les résoudre autrement qu'en recourant à des tiers.

### **3. Si on veut parler de prévention, il est indispensable**

- ⇒ a) que la situation problématique soit détectée à temps,
- ⇒ b) que les solutions préventives existent et soient applicables
- ⇒ c) que le sujet accepte de les mettre en œuvre.

#### 3.1 la détection des situations problématiques.

On pourrait imaginer que les personnes âgées sont les plus à même de juger de la situation qu'elles vivent. Il n'en est pas vraiment ainsi. Le phénomène d'habituation fait qu'elles 'fonctionnent' dans leur environnement en sachant très bien qu'il n'est pas idéal mais en ne souhaitant pas nécessairement le modifier. On peut comprendre que changer le décor, c'est modifier le vécu, c'est toucher à l'histoire personnelle de l'individu. Cette histoire est signifiante et elle a d'autant plus de sens que c'est justement cette suite d'événements qui a conduit la personne à la situation actuelle. Il lui est rarement possible de prendre suffisamment de distance pour analyser de manière critique les risques potentiels et les prévenir. On pourrait alors espérer de la part des proches qu'ils prennent le relais et fassent 'pression'. Mais l'entourage immédiat, les aidants proches, partagent souvent les valeurs, coutumes et opinions des personnes concernées. Elles n'ont pas, elles non plus, le pouvoir de mettre en place une prévention efficace. Ajoutons que les relations affectives et les rapports de générations ne facilitent pas les choses. C'est donc aux professionnels qu'il revient de détecter les situations-problèmes et de mettre en place les éléments qui peuvent les solutionner ou en prévenir l'aggravation. Il leur faut toutefois rester vigilants à la relation soignant / soigné qui peut très facilement glisser vers une relation d'assistant / assisté. Il y a une réflexion éthique à mener par les professionnels pour ne pas rajouter la confiscation de l'autonomie à la perte de l'indépendance.

#### 3.2. les solutions préventives

Comment 'prévenir' la dépendance ? On verra par la suite, que sans l'adhésion du sujet, il n'y a pas de prévention possible mais des solutions, ou à tout le moins des recommandations, peuvent être avancées. Une des options est le recours au concept d'accessibilité universelle (<sup>11</sup>). Mais, contrairement aux anglo-saxons, nos pays n'ont pas imposé beaucoup de règles urbanistiques en ce sens. Nous sommes donc contraints à une approche individualisée, au cas par cas, pour laquelle il faut tenir compte des facteurs contextuels de chacun. Il est fort difficile, pour les raisons ébauchées ci-avant, de modifier brutalement ce qui relève des facteurs individuels : valeurs, croyances, motivations, expectations, affectivité, sens du devoir, convictions ... sont les fruits personnels de longues années d'existence. Vouloir les transformer par une intervention extérieure rapide est irréaliste. Les personnes âgées ne mettent-elles pas en exergue leur expérience de la vie pour se défendre de tout changement ? A la recommandation « Attention, vous prenez des risques ! », combien ne répondent pas « on verra bien ! ». Le seul élément facilement modulable est la transformation de l'environnement physique dans le sens d'une meilleure accessibilité ou d'une réduction de la pénibilité. En matière de prévention deux voies sont donc possibles : une première, lente et « interne » qui permet à la personne de s'approprier (ou se ré-approprier) son indépendance en travaillant les facteurs contextuels personnels. Une seconde, plus rapide et « externe » qui a

recours à la modification environnementale. Dans les deux cas, la personne a un rôle à jouer. Et il est évident que l'association des deux méthodes offre les meilleurs gages d'efficacité.

### 3.3. l'adhésion du sujet.

La prévention n'a de sens que si elle s'inscrit dans la durée et si elle considère le patient-client-bénéficiaire comme acteur principal de l'action qui est menée. Pour rappel, c'est bien l'individu qui se lave, s'habille, se prépare à manger etc... S'il n'est plus le sujet de la prévention, il devient l'objet du traitement. Traitement donné par les intervenants ( professionnels, naturels, médicaux, sociaux etc...). Il n'est pas inintéressant de se rappeler les travaux de Bandura (<sup>12</sup>) sur l'efficacité personnelle. Pour qu'il y ait adhésion à un comportement préventif, plusieurs facteurs doivent être réunis.

- 1) Il faut tout d'abord que la personne soit réellement en attente de changement.
- 2) Il faut qu'elle soit convaincue que l'adoption d'un comportement donné ou d'une modification précise vont effectivement combler cette attente
- 3) Il faut, enfin, qu'elle soit persuadée de disposer des capacités suffisantes pour pouvoir adopter ce comportement ou cette modification. (ce qu'il appelle self-efficacy, efficacité personnelle)

De son côté, Rotter (<sup>13</sup>) s'était attaché à décrire le locus of control. Pour mémoire, il s'agit du type de contrôle que tout individu estime avoir (ou pas) sur les événements de sa vie. Certains situent ce contrôle de manière très interne : ils estiment être les principaux gestionnaires de leur existence et agissent en conséquence. Ils adoptent généralement une attitude très responsable et sont, à priori plutôt réceptifs aux thèmes de la prévention. D'autres situent le lieu de contrôle très à l'extérieur d'eux-mêmes. Ce qui arrive est le fruit du hasard, de la malchance ou de forces extérieures sur lesquelles ils n'ont aucun pouvoir. La prévention ne leur semble pas une notion utile puisqu'ils réagissent plutôt de manière fataliste.

Rosenstock propose de croiser les comportements des individus en fonction de leur locus of control et du degré d'efficacité personnelle qu'ils s'attribuent. On distingue ainsi quatre groupes de sujets :

- a) les sujets très convaincus de leur efficacité personnelle et situant leur locus of control de manière fort interne : ils présentent un profil particulièrement réceptif à la prévention.
- b) les sujets tout aussi convaincus de leur efficacité personnelle mais plaçant leur contrôle à l'extérieur : ils ont les capacités pour modifier un comportement... Mais ne le font pas ou peu parce qu'ils ne croient pas à son efficacité.
- c) les sujets peu convaincus de leur efficacité personnelle mais très internes quant à leur contrôle. Ils attendent du professionnel qu'il les guide, les informe, les encourage, donne des recettes, des solutions à appliquer.

c) les sujets qui se considèrent comme peu efficaces et qui placent leur locus of control à l'extérieur. Ils ont peu tendance à agir dans le sens où le proposent les professionnels.

Cette manière de considérer les individus peut paraître restrictive, pourtant, dans les travaux portant sur les programmes de maintien à domicile des personnes âgées, plusieurs auteurs (SS) relèvent des échecs qu'ils attribuent, au manque de désir réel de changement ou aux doutes exprimés quant à l'efficacité de l'intervention. Dans l'optique d'une prévention efficace de la dépendance, il apparaît donc un paradoxe terrible : « tant qu'il n'est pas dépendant, le sujet ne peut mesurer les effets de la dépendance et lorsqu'elle est présente, il ne lui est plus possible de s'en dégager ».

## **4. Une méthodologie d'appropriation.**

Comment alors prévenir la dépendance ? Toute situation personnelle étant unique, il y a lieu de parler de prévention de la dépendance pour un individu particulier dans un contexte précis. Rappelons que c'est bien le rapport au contexte qui module la participation sociale et engendre ou supprime la dépendance.

Dans cet état de choses, il est absolument nécessaire de donner au sujet le moyen d'exercer son autonomie en le confrontant à ses capacités. En d'autres mots : il est indispensable de le confronter à une réalité, à SA réalité. Le travail des ergothérapeutes se situe dans cette perspective. Peu connus en dehors des institutions, les 'ergos' se placent principalement dans le champ fonctionnel. Leur mode de fonctionnement consiste à créer des situations signifiantes qui permettent à la personne d'exercer son autonomie, d'auto-évaluer son indépendance et de tester des alternatives. Deux grands domaines : l'hôpital et le domicile. Un grand défi : assurer un pont entre les deux.

a) En hôpital.

La personne a peu l'occasion d'exercer son libre arbitre. Elle est patiente – cliente et les professionnels, forts de leurs compétences, prescrivent et appliquent le traitement. Le patient –volontairement ou non- adopte une attitude d'objet de soins. Mais la finalité de l'institution est de renvoyer le patient chez lui. Il est donc nécessaire de lui donner les moyens qui lui permettront d'être à nouveau efficient dans son environnement qui ressemble peu à celui de l'hôpital. Mieux même, il faudrait faire en sorte qu'il adopte un comportement qui ne soit plus à risque et qui ne le conduise plus à être hospitalisé. La fonction d'indicateur des ADL et IADL reprend à nouveau tout son sens. Mettre la personne en situation d'activité c'est tout d'abord lui donner le rôle de sujet. C'est elle qui va réaliser l'activité puisqu'on passe du champ bio-médical au champ fonctionnel. C'est lui permettre de se confronter à sa propre réalité, lui faire prendre conscience de ses limites, lui donner l'occasion d'expérimenter des solutions 'autres'. Par exemple, une personne âgée hospitalisée peut très bien être convaincue qu'elle est toujours capable de se lever et de s'habiller seule et par elle-même. Les interventions du personnel hospitalier, agissant en fonction de l'incapacité du patient, ne vont pas permettre à celui-ci de prendre conscience de sa déficience. Tant qu'il n'aura pas été mis en situation, il ne pourra pas en être *vraiment* convaincu et ne participera pas aussi volontairement à la suite des traitements. Inversement, pour une personne anxieuse et défaitiste (et sans prétendre que c'est la réponse à toutes les situations) il est possible de démontrer, par l'expérience, que les ressources fonctionnelles sont présentes et mobilisables. Lorsqu'on parle de motivation des individus, comment faire si ce n'est en se référant à une situation réussie ? L'approche des ergothérapeutes, c'est la situation vécue, réelle et signifiante. Celle qui est la plus proche de ce que les patients vivent et retrouveront à l'extérieur, dans leur domicile, dans leur environnement. C'est à dire, ces actes simples et communs : se laver, manger, se déplacer pour aller aux toilettes etc.... actes peu glorieux, peu 'scientifiques' mais qui font la base de toute activité humaine.

Parler de prévention de la dépendance, c'est donc penser l'hôpital en fonction du domicile. A côté des gestes de la vie quotidienne, il faut aussi prendre en compte l'environnement domestique, architectural ... et nous plaidons, évidemment pour une continuité hôpital – domicile. Idéalement, une visite avant sortie, devrait permettre d'identifier les activités de la vie autonome à domicile et guider l'apprentissage des gestes nécessaires ou l'adaptation de l'environnement supplétif. De toutes manières, avec ou sans visite préalable, il sera nécessaire d'impliquer le patient dans sa préparation au retour. L'utilisation de questionnaires et de check-lists permet aux ergothérapeutes de repérer les situations à risques et aux bénéficiaires de faire part de leurs priorités. Il va de soi que l'entourage (proches et voisins) est également à prendre en compte

b) au domicile.

Chez elle, la personne exerce totalement son libre arbitre ; le professionnel est invité à y entrer mais il ne peut s'y imposer. Parler de prévention c'est alors, pour le professionnel, donner les outils qui permettent à l'individu de s'approprier son indépendance. En n'oubliant jamais que l'environnement n'est pas neutre et impersonnel comme à l'hôpital. Chaque objet, chaque disposition, chaque organisation a une charge 'signifiante' dont la modification ne va pas sans

risques. Quelques professionnels ont la ‘chance’ de se rendre au domicile même des patients mais le système est ainsi fait qu’ils ne sont appelés que dans des situations déjà problématiques (le médecin quand il y a maladie, le kiné quand il y a douleurs, l’infirmier quand il y a demande de soins etc ...) Ils sont sollicités comme experts, pour leurs qualifications techniques. Il leur devient alors très difficile de quitter le champ bio-médical pour tenir un discours de prévention qui lui se situe dans le champ fonctionnel ou psychosocial. Mais, ces occasions sont bien les moments les plus opportuns pour détecter les situations problèmes et aborder la prévention.

Pour certaines catégories d’individus, le simple conseil va suffire à adopter des comportements ou à modifier des environnements (le docteur a dit que..., le kiné a montré que...). D’autres seront très sensibles à des techniques de groupe (école parachute, groupes d’entraides, self-help...) qui correspondent bien à leur besoin de contrôle et à l’estime qu’elles ont de leurs capacités. Mais pour bon nombre d’autres, ces méthodes ne sont pas parlantes. Il serait nécessaire d’exercer, d’expérimenter... ou d’imposer les solutions pour qu’elles soient adoptées.

Comme pour les ceintures de sécurité sur les véhicules ; utiles et obligatoires ...mais pas toujours portées. Les intervenants à domicile connaissent souvent très bien leurs interlocuteurs. Une relation de confiance est généralement installée. Il est de leur rôle d’identifier les problèmes. Peut-être pas d’y apporter une réponse par eux-mêmes, mais de les référer, en fonction des individus vers des groupes d’assistance, des associations, des documents ou d’autres professionnels.

## **5. Conclusions**

S’intéresser à la prévention fonctionnelle c’est adopter un point de vue où le bénéficiaire devient le sujet responsable de son propre avenir. Pour le professionnel, c’est faire un pas en arrière sur la scène des interventions pour se mettre dans l’ombre du décor et jeter la lumière sur l’acteur, sujet de son existence. Mais pour que la pièce soit correctement jouée, il a fallu exercer le texte et les intonations, conseiller les déplacements et le jeu des personnages, répéter les mouvements et insister sur certains passages. C’est accepter que le comédien ait le trac et s’en prenne au metteur en scène, croire que le spectacle sera d’autant meilleur qu’il sera rôdé et que les applaudissements du public renforceront le plaisir du comédien à se donner encore plus. C’est aussi admettre que la gloire en reviendra à celui qui est sur scène, l’acteur, le patient lui-même.

## **Bibliographie**

1. Katz S. : Assessing Self-maintenance : Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities of Daily Living. Journal of American Geriatric Society, 1983 ; 31(12): 721-727
2. Lawton P, Brody E : Assessment of older people : self-maintaining and instrument activities of daily living. The Gerontologist, 1969 ; 9 : 179-186
3. Reuben D., Siu A. : New approaches to functional assessment. In : Facts and Research in Gerontology 1992, Vellas, Albarède, Toulouse , 1992 : 191-202
4. Wood Ph. : International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : A manual of classification relating to the consequences of disease, W.H.O., Geneva, 1980
5. ICFIDH-2 : International Classification of Functioning and Disability : Geneva, WHO, 2000
6. Hébert R., Carrier R., Bilodeau A. : The Functional Autonomy Measurement System (SMAF) : description and validation of an instrument for the measurements of handicaps . Age and Ageing, 1988 ;17(5) : 855-861
7. Reuben D, Laliberte L., Hiris J., Mor V. : A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level . Journal of American Geriatric Society, 1990
8. Suurmeijer T.,Doeglas D., Moum T., et al. : The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability : its utility in international comparisons . American Journal of public Health, 1994 ; 84(8) :1270-1273
9. Kempen G., Myers A., PowelleL. : Hierarchical structure in adl and iadl : analytical assumptions and applications for clinicians and researchers . Journal of Clinical Epidemiology, 1995 ; 48(11) : 1299-1305
10. Thomas V.S., Rockwood K., Mc Dowelle I. : Multidimensionality in Instrumental and Basic Activities of Daily Living . Journal of Clinical Epidemiology, 1998 ; 51(4) : 315-321
11. Falta P. : L'accessibilité universelle. Réseau international CIDIH et acteurs environnementaux, 1995 ; 7-8(3-1) :14-17
12. Bandura A. : Self efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 1977 ;84: 191-215
13. Rotter J.B. :Generalized expectancies for intrrenal versus external control of reinforcements . Psychological Monographs, 1966 ;80(609) :whole
14. Rosenstock I.M., Strecher V.J.,Becker M.H. : Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 1988 ;15(2) :175-183
15. van Rossum E., Fredericks CM, Philipsen H., Portengen K., Wilskereke J., Knipschild P. : Effects of preventive home visits to elderly people . BMJ, 1993 ; July 3; 307(6895) :27-32