



HAL
open science

Remise en cause de l'utilisation du fauteuil roulant électrique et situations complexes étude clinique de la démarche de raisonnement des ergothérapeutes

Sophie Bichard

► **To cite this version:**

Sophie Bichard. Remise en cause de l'utilisation du fauteuil roulant électrique et situations complexes étude clinique de la démarche de raisonnement des ergothérapeutes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01870957

HAL Id: dumas-01870957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01870957v1>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Institut de Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille.
Faculté d'Aix-Marseille**



**Faculté
de Médecine**
Aix*Marseille Université

Sophie BICHARD

UE 6.5 S6 :
Mémoire d'initiation à la recherche
17.05.18

Remise en cause de l'utilisation du fauteuil roulant électrique et situations complexes : étude clinique de la démarche de raisonnement des ergothérapeutes

Sous la direction de SANTIAGO Julie et LAVERNHE David

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme. SANTIAGO, qui s'est montrée présente, patiente et qui a investi de son temps durant toute la rédaction de ce travail. Elle a su me guider avec bienveillance, et me soutenir dans ma démarche y compris dans les moments de doute.

Je remercie mon directeur de méthodologie, M. LAVERNHE, pour le temps qu'il a consacré à mon travail, ainsi que pour ses conseils clairs et avisés.

Je suis reconnaissante envers toutes les personnes ayant accepté de répondre à mes sollicitations et sans qui ce travail n'aurait pu prendre vie.

Je remercie ma famille, pour m'avoir permis de réaliser ces études et pour m'avoir soutenu durant celles-ci.

Je remercie mes amis, pour leur soutien permanent, pour leurs conseils, pour leur relecture et pour leur écoute.

Je remercie mon petit ami, d'avoir été présent en toutes circonstances durant la réalisation de ce mémoire et pour son regard bienveillant à l'égard de mon travail.

Je remercie les ergothérapeutes qui m'ont reçue en stage, pour m'avoir accompagné, pour m'avoir transmis et surtout, pour m'avoir laissé faire et apprendre par moi-même.

« La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. »

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé " Vers une nouvelle santé publique ", 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada, p.4

Sommaire

Remerciements.....	I
Liste d'abréviations	IV
1 Introduction	1
1.1 Contexte	1
1.2 Questionnements	3
1.3 Theme general.....	4
1.4 Problematique pratique.....	4
1.4.1 La santé.....	4
1.4.2 Le déplacement, les sciences de l'occupation et l'ergothérapie.....	5
1.4.3 Cadre d'intervention des ergothérapeutes dans l'attribution des FRE	6
1.4.4 Enjeux éthiques en lien avec la pratique de l'ergothérapie.....	7
1.4.5 Utilité sociale et enjeux professionnels.....	10
1.4.6 Pré-enquête	11
1.4.7 Conclusion.....	15
1.5 Problématique théorique.....	15
1.5.1 Modèle de résolution de problème éthique	15
1.5.2 Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	19
1.5.3 Conclusion.....	23
2 Matériel et méthode.....	24
2.1 Choix de la méthode.....	24
2.2 Population	24
2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	25
2.4 Test de faisabilité et de validité du dispositif.....	25
2.5 Déroulement de l'enquête.....	26
2.6 Choix des outils de traitement de données.....	27
3 Resultats	28
3.1 Thème 1 : Identité et valeurs professionnelles, éthique.	28
3.2 Thème 2 : Analyse globale de la situation.	30
3.3 Thème 3 : Analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin. 32	
3.4 Thème 4 : Description des moyens mis en œuvre.	34
3.5 Thème 5 : Analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action.....	36
4 Discussion	39
4.1 Interprétation des résultats.....	39

4.2	Eléments de réponse à l'objet de recherche.	41
4.3	Discussion des résultats.....	42
4.4	Critique du dispositif de recherche.	42
4.5	Transférabilité et propositions.	43
4.5.1	Transférabilité.....	43
4.5.2	Propositions	44
4.6	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	45
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	Annexe 1 : Pré-enquête	V
	Annexe 2 : Grille d'entretien	XI
	Annexe 3 : Grille d'analyse d'entretien	XII
	Annexe 4 : Entretien A avec l'ergothérapeute A.....	XIII
	Annexe 5 : Entretien B avec l'ergothérapeute B.....	XXII
	Annexe 6 : Entretien C avec l'ergothérapeute C	XXV
	Annexe 7 : Analyse de contenu thème 1.....	XXIX
	Annexe 8 : Analyse de contenu thème 2.....	XXXVI
	Annexe 9 : Analyse de contenu thème 3.....	XLII
	Annexe 10 : Analyse de contenu thème 4.....	XLV
	Annexe 11 : Analyse de contenu thème 5	XLIX
	Résumé et mots clefs	54
	Abstract and key words.....	54

Liste d'abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

COTEC : Council of Occupational Therapists of European Countries

FRE : Fauteuil Roulant Electrique

FRM : Fauteuil Roulant Manuel

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1 Introduction

1.1 Contexte

J'ai réalisé les trois premiers stages de mon cursus en école d'ergothérapie dans les lieux suivants : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendante (EHPAD), service Médecine Physique et Réadaptation (MPR) d'un hôpital public, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)(avec un public d'Infirmes Moteur Cérébraux et Traumatisés Crâniens majoritairement). Les ergothérapeutes que j'ai pu rencontrer m'ont apporté des visions différentes de mon futur métier mais leurs pratiques se rejoignent en certains points.

J'ai constaté qu'il existait des points communs entre ces trois stages pourtant réalisés dans des milieux différents. J'ai décidé de m'intéresser à l'un d'entre eux. Dans toutes ces structures, des patients ont eu des besoins en aide technique au déplacement, et notamment de fauteuil roulant électrique. Dans chaque stage, j'ai pu rencontrer une situation complexe et problématique autour des situations de mise en place ou de renouvellement de fauteuil roulant électrique.

Lors de mon premier stage, j'ai pu constater la situation suivante :

Madame X ne peut plus se déplacer du fait de son surpoids. Elle a des difficultés à se propulser seule en fauteuil roulant manuel (FRM). L'ergothérapeute propose donc la mise en place d'un fauteuil roulant électrique (FRE).

Madame X arrive alors à se déplacer seule grâce à son FRE (gestion de la commande, gestion de la vitesse). Mais lors de la mise en place, une problématique liée à un trouble attentionnel est mise en lumière. Madame X devient un danger pour elle-même : lorsque son environnement la distrait, elle n'est plus attentive à la route qu'elle suit et n'a pas le réflexe de se stopper et ainsi d'éviter les obstacles. Par conséquent Madame X devient un danger pour les autres résidents.

L'ergothérapeute n'envisage pas de laisser Madame X alitée et seule dans sa chambre, il se pose alors la question de :

- laisser madame X dans son FRE malgré le danger
- mettre en place un FRM malgré la dépendance que cela génère vis-à-vis de l'équipe soignante.

Lors de mon second stage, en service de Médecine Physique et Réadaptation, j'ai également rencontré des situations particulières.

L'ergothérapeute est amené à assurer la rééducation des patients (notamment blessés médullaires) et assurer des consultations afin de valider le choix de FRE du patient en collaboration avec le médecin.

La première situation concerne la prise en soins de monsieur Y, dont la carrière de militaire a été stoppée par un accident. Tétraplégique depuis 2 mois, il n'accepte pas sa pathologie. L'ergothérapeute met en place le FRE pour favoriser la participation sociale de Monsieur Y, et ainsi lui permettre de sortir de sa chambre où il est alité depuis plusieurs semaines. Mais Monsieur Y utilise son FRE pour « en finir ». Il se projette volontairement à pleine vitesse contre les murs en évoquant des idées suicidaires. L'équipe se pose alors la question de la pertinence du maintien du FRE compte tenu du danger que Monsieur Y représente pour lui-même. Cependant l'équipe a conscience du bénéfice que peut avoir l'autonomie apportée le FRE.

La seconde situation s'est déroulée dans le cadre des consultations fauteuil roulant électrique. L'ergothérapeute n'utilise pas d'outil d'évaluation formel, mais il utilise une fiche de renseignement propre au service. L'ergothérapeute reçoit le patient indépendamment du médecin. Il réalise une mise en situation dans un parcours réalisé à l'hôpital pour vérifier l'aptitude à la conduite. Puis, il vérifie l'adéquation du FRE choisit par le patient (et son revendeur) avec la situation, le contexte de vie de la personne. Puis l'ergothérapeute donne ses préconisations. Je me questionne alors sur les critères observés par l'ergothérapeute.

Enfin, dans mon troisième stage, le public accueilli se déplace de façon générale en fauteuil roulant électrique. Lorsque je suis arrivée en stage, un patient s'est cassé l'humérus en percutant un obstacle en FRE. Il semble ne pas avoir les capacités cognitives pour corriger ses erreurs, il persévère. Cependant l'activité déplacement est la seule dans laquelle le résident est autonome.

L'équipe se pose alors la question de la gestion de cette situation. Le gain d'autonomie pour ce patient dans l'activité déplacement est-il supérieur au danger encouru ?

Le médecin, et les ergothérapeutes sont les acteurs qui apposent leur signature sur le certificat d'aptitude à la conduite. Ils se demandent alors comment ils vont analyser cette situation afin de prendre une décision justifiée ?

Ces trois situations éveillent ma curiosité car elles ont été abordées de façons différentes selon le contexte d'intervention et la pratique de mes tuteurs de stage. Les professionnels évoquent le fait que leur expérience leur permet de comprendre et analyser les situations et ainsi donner leurs préconisations. Cependant, tous les ergothérapeutes ont suivi leur propre trame pour pouvoir se positionner.

Chaque ergothérapeute que j'ai rencontré a eu une façon différente d'aborder ce sujet. De plus je n'ai pas toujours compris l'ensemble de leur(s) raisonnement(s), du fait de l'absence de formalisation de leur évaluation (absence d'outil validé notamment). Il m'a semblé que le contexte d'intervention des ergothérapeutes influait également sur leur décision (relation avec la personne, évaluation en milieu écologique ou mise en situation, temps consacré à l'analyse de la situation, valeurs du professionnel, équipe pluridisciplinaire coopérante ou non).

Cependant j'ai pu comprendre à travers les questionnements des ergothérapeutes ou encore les débats soulevés par les équipes qu'il s'agit d'une question vive.

1.2 Questionnements

Après avoir pris conscience de la complexité de ces interventions, de nombreuses questions restent en suspens :

- quels sont les enjeux de l'acquisition d'un FRE ?
- le fait de pouvoir se déplacer seul est-il essentiel pour les personnes ?
- quelle place occupe cette activité dans leur vie quotidienne ?
- quelles sont les connaissances et les compétences de l'ergothérapeute mises en jeu dans ces préconisations ?
- comment l'ergothérapeute va-t-il évaluer puis analyser la situation ?
- que va-t-il observer et quelles seront les spécificités de ses observations ?
- la préconisation de l'ergothérapeute aura-t-elle un impact important sur la vie et la santé de la personne ?
- existe-t-il une part de subjectivité du thérapeute en lien avec le contexte d'intervention ?
- si oui, est-ce cette subjectivité qui est à l'origine de la divergence des réponses apportées ?
- peut-on parler d'éthique face au dilemme entre les risques et les bénéfices engendrés par des situations complexes comme celles décrites ci-dessus ?

Ces questions me poussent à préciser le thème général de ce mémoire d'initiation à la recherche qui pourrait s'intéresser à une multitude de situations, et de contextes d'intervention.

1.3 Theme general

Après m'être interrogée sur ses situations et avoir constaté que ce questionnaire est également présent dans la littérature professionnelle, il s'agira de s'intéresser au processus de prise de décisions des ergothérapeutes dans des situations complexes d'attribution de FRE. Je ciblerai les lieux d'intervention où les ergothérapeutes sont amenés à donner leurs avis sur la mise en place de FRE auprès d'un public aux problématiques complexes.

1.4 Problematique pratique

1.4.1 La santé

Notre profession consiste à rencontrer des personnes présentant des problématiques de vie en lien avec leur santé. Le concept de santé a évolué, et est aujourd'hui multi factoriel. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé nous apprend que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1).

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes écrit sur son site internet que « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (2). Les ergothérapeutes ont donc pour objectif de permettre aux personnes de s'estimer en bonne santé. Pour atteindre cet objectif, ils devront alors prendre en compte l'ensemble des paramètres de la santé énoncés dans la définition de l'OMS, par une approche globale et holistique de toutes les situations.

D'après Guy Llorca (2003), les professionnels de santé analysent des situations afin de proposer une « réponse adaptée et raisonnablement acceptable » aux demandes et besoins des personnes, afin qu'elles atteignent un équilibre favorisant le sentiment d'être en « bonne santé » (3). Cependant chaque individu est unique, et son contexte de vie l'est aussi d'après Sylvie Meyer (2007) (4). Ainsi la santé est au centre d'une multitude de paramètres variables sur lesquels il est parfois impossible d'agir (exemple : la génétique) ou pour lesquels soignant et patient ne trouveront pas de consensus satisfaisant (demande irréaliste par exemple).

Lorsqu'une situation s'avère particulièrement complexe du fait du nombre très élevé de paramètres dont il faut tenir compte, les ergothérapeutes réfléchissent à des solutions satisfaisantes pour un patient donné, en tenant compte de son environnement physique, humain et matériel propre. Sylvie Meyer (2007) dit que « les ergothérapeutes fournissent des services

à des personnes qui vivent dans des contextes qui leur sont spécifiques et qui subissent les conséquences sur leurs occupations de conditions de santé particulières » (4).

Guy Lorca (2003) ajoute que « Nous attendons des soignants, qu'ils délivrent des soins de bonne qualité, correspondants aux critères scientifiques, psycho-socio-culturels et collectifs » (3).

Mais lorsqu'il est difficile d'accéder à une demande et / ou un besoin, du fait d'une impossibilité technique ou encore de risques élevés pour la personne et pour son entourage, comment le soignant se positionne-t-il ?

Guy Llorca, (2003), ajoute que « le soignant, pour répondre aux besoins et demandes de demain doit être tout autant scientifique qu'humaniste »(3). Mais comment le soignant réussira-t-il à trouver un bon équilibre entre ces deux notions parfois contradictoires ?

1.4.2 Le déplacement, les sciences de l'occupation et l'ergothérapie.

Le déplacement est une activité essentielle pour l'accès aux occupations. En effet, le fait de pouvoir se déplacer et de pouvoir accéder aux occupations joue en faveur d'un équilibre occupationnel satisfaisant pour un individu et en faveur de la participation sociale des individus. Pour mieux comprendre ce propos, voici les définitions de ces termes spécifiques aux sciences de l'occupation.

Les sciences de l'occupation sont une discipline dont « le problème central est l'occupation » et dont « l'intention est de soutenir l'ergothérapie à travers la recherche sur l'occupation ». Elles se sont développées ces derniers temps « car, pour rendre la pratique efficace par l'utilisation de l'occupation pour améliorer la vie des gens, nous devons comprendre [...]. » d'après Doris Pierce (2016) (5). Elle ajoute « La science de l'occupation a été créée à partir de l'ergothérapie pour fournir les connaissances nécessaires [sur l'occupation humaine] à la pratique. »

Les occupations sont définies d'après Sylvie Meyer (2013) comme « un groupe d'activités culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs »(6).

On parle d'équilibre occupationnel lorsque « la personne atteint un équilibre satisfaisant dans l'ensemble des sphères du rendement occupationnel, c'est-à-dire les soins personnels, la productivité et les loisirs », selon Backman (7).

La définition du rendement occupationnel est la suivante : « le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations

significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté.» (8).

De plus, une situation de participation sociale est décrite d'après le Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH) (2018) , comme « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » (9).

L'environnement doit être exploré par l'individu, il ne vient pas à lui. Ne pas pouvoir accéder à l'activité déplacement fait donc obstacle à la participation sociale du fait de l'impossibilité d'interagir avec l'environnement.

Le déplacement est ainsi au centre de l'accès aux occupations, il facilite l'atteinte d'un équilibre occupationnel satisfaisant, et favorise la participation sociale. Du déplacement dépend donc « l'état de complet bien-être physique, mental et social », essentiel à la santé selon la définition de l'OMS (1).

1.4.3 Cadre d'intervention des ergothérapeutes dans l'attribution des FRE

Dans certains cas, le déplacement n'est possible que grâce à une aide technique, notamment un FRE.

L'ergothérapeute est désigné comme un acteur de la préconisation de FRE en lien avec son référentiel de compétence et son référentiel d'activité (10).

La compétence 4 du référentiel mentionne que l'ergothérapeute a la compétence de « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ». Le FRE étant une aide technique, l'ergothérapeute a la compétence nécessaire pour en réaliser la préconisation.

Le référentiel d'activité mentionne l'activité 3 « Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques. » (11).

De plus, on peut lire dans le dossier « ergothérapie et aides techniques » de l'ANFE que « en tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, [l'ergothérapeute] mène des actions pour rendre possible les activités de façon sécuritaire et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap », ou encore « l'ergothérapeute développe les possibilités d'indépendance et d'autonomie dans le milieu ordinaire de vie des personnes à travers des actions

réhabilitatives. »(12). Ces éléments confirment que l'ergothérapeute a des compétences et des savoirs qui lui permettent d'analyser les situations dans lesquelles la préconisation du FRE pose question.

Pour l'achat d'un FRE, le cadre légal est défini par les exigences de la Liste des Produits et Prestation Remboursé (LPPR). Il encadre le remboursement de ces aides techniques par la sécurité sociale. La loi énonce que « la prise en charge des fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique est assurée pour les personnes qui sont dans l'impossibilité de se propulser elles-mêmes en fauteuil roulant à propulsion manuelle soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique. [...] Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise et mentionnant les caractéristiques que doit avoir le fauteuil, et tout particulièrement le type d'assise ainsi que le type de commande. Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition du fauteuil et, en cas de renouvellement, seulement lorsqu'il y a changement du type de fauteuil¹. » (13).

Cette loi n'est valable que lorsqu'un usager souhaite bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale. De plus elle n'oblige pas la réévaluation de l'aptitude à la conduite lors des renouvellements où le type de fauteuil ne change pas.

Or il est possible qu'une personne vieillissante et/ou atteinte d'une pathologie évolutive voit ses capacités changer dans le temps sans pour autant vouloir changer de type de FRE.

1.4.4 Enjeux éthiques en lien avec la pratique de l'ergothérapie

Le FRE permet les déplacements, cette possibilité est favorisante pour l'accès aux occupations et donc pour construire un équilibre occupationnel. Cela représente un point central dans l'accès à la santé. Dans son dossier « ergothérapie et aides techniques », l'ANFE dit que : « L'ergothérapeute définit les plans d'aide individualisés visant la compensation des situations de handicap, dans le respect des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel » et « en tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre

¹ Arrêté du 21 mars 2002 relatif à la nomenclature et aux tarifs du titre IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

possible les activités de façon sécuritaire et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap » (12).

L'ergothérapeute agit pour la santé, en favorisant les occupations et les activités de la vie quotidienne dans un objectif d'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante.

Une situation complexe se produit lorsqu'on rencontre « des problèmes complexes, qui, par définition, ne peuvent être résolus par la seule application d'une procédure standardisée » Guy Llorca, (2003) (3).

Dans les situations complexes d'attribution de fauteuil roulant électrique, l'ergothérapeute se trouve entre :

- la dimension scientifique : analyse des fonctions intrinsèques de la personne,
- la dimension psycho-socio-culturelle : se déplacer seul, être autonome, être libre de ses mouvements,
- la dimension collective : le FRE est un engin motorisé qu'il faut maîtriser pour ne pas prendre de risque d'accident pour la personne et pour autrui. De plus les FRE peuvent être financés par des organismes publics impliquant indirectement la collectivité.

Dans certains cas complexes, il n'est pas possible de satisfaire pleinement ces 3 dimensions. De même, il n'est pas toujours possible de respecter les préconisations du dossier de l'ANFE intitulé « ergothérapie et aides techniques » (12). Il n'est pas toujours possible de trouver une solution qui respecte les habitudes de vie, en cas de retrait du FRE par exemple. Ou encore lorsque l'on parle de l'aspect sécuritaire, l'ergothérapeute ne peut pas garantir que les risques sont effacés, ou encore l'ergothérapeute pourrait choisir de prendre des risques dans le but de favoriser l'accès aux occupations puisque cela devrait favoriser la santé.

Ce sont ces contradictions qui font la complexité de ces situations. Celles-ci peuvent générer de nombreux questionnements et créer des situations déstabilisantes pour l'ergothérapeute. Les raisonnements des ergothérapeutes rencontrés sur le terrain ont différé devant cet enjeu important.

Il semble que la question de la préconisation du FRE en situation complexe peut être analysée et abordée selon des angles différents, générant ainsi des propositions et des positionnements professionnels divergents, comme le montre l'article « Fauteuil roulant, pour le maintien des mobilités » dans la revue ergothérapie n°47 (14). Cet article expose les différents impacts que peut avoir la mise en place d'un fauteuil roulant, qu'il soit manuel ou électrique. Il aborde par exemple le changement des habitudes de vie, mais également l'aménagement du domicile ou encore l'impact familial et social. D'autres articles évoquent

cette question vive. Dans l'article « power mobility for a nursing home resident with dementia » le processus de raisonnement est mis en évidence, ainsi que la prise en compte des dimensions scientifique, psycho-socio-culturelle et collective autour d'une situation complexe de maintien de FRE pour une personne ayant des capacités à conduire limitées (atteinte de la maladie d'Alzheimer) mais pour laquelle les bénéfices de déplacement seraient significatifs (15). Un autre article nommé « A protocol of assessment of risk in wheelchair driven healthcare facility » évoque la mise en place d'un dispositif de régulation des incidents en FRE au sein d'une institution (16). Cet article montre encore une fois les difficultés rencontrées pour prendre en compte toutes les dimensions de façon objective, tous les bénéfices possibles pour le patient, ainsi que la spécificité de chaque situation.

Ces publications proposent d'analyser les éléments du processus de prise de décision et tentent d'aboutir à des solutions réduisant la complexité de l'analyse de la situation. Cela démontre la volonté des ergothérapeutes à diffuser des études cliniques et à expliciter leur raisonnement.

Ces études ne sont valables que pour le cas étudié, elles ne sont pas généralisables du fait de la singularité des situations décrites.

On retrouve la problématique de la singularité des situations dans un article issu de la revue ergothérapie n°47 intitulé « Consultation d'évaluation à l'utilisation du FRE » (17) où des professionnels de différentes structures ont créé un groupe de travail pour la construction d'un outil d'analyse commun pour l'attribution d'un fauteuil roulant électrique. Cet outil n'a pu être créé car tous les professionnels du groupe de travail ont des besoins d'analyse différents selon les structures dans lesquelles ils travaillent.

S'il n'est pas possible d'harmoniser les pratiques, alors cela peut vouloir dire que ces situations complexes d'attribution de FRE demandent la mise en jeu d'une analyse singulière, en adéquation avec le contexte d'intervention (lieux d'intervention, personne concernée ...).

L'ergothérapeute va devoir faire appel à de nombreuses ressources tant sur le plan scientifique qu'humaniste.

En lien avec la dimension humaniste, les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute peuvent entrer en jeu dans ce raisonnement. Sylvie Meyer (2010) parle d'ailleurs des valeurs des ergothérapeutes en disant qu'elle sont « d'essence humaniste » (4). Elle ajoute « [Les valeurs] obligeront les cliniciens à se fonder non seulement sur ce qui est scientifiquement fondé mais également sur ce qu'il est « bon » de faire. »

Une étude a été réalisée au Canada afin de déterminer les valeurs importantes pour les ergothérapeutes. Les dix valeurs majoritairement considérées comme très importantes sont : le

professionnalisme, le respect, l'approche centrée sur le client, la dignité, l'autonomie fonctionnelle, la collaboration, la signifiante occupationnelle, l'engagement occupationnel, l'autonomie décisionnelle, et l'approche globale. L'équilibre occupationnel, la flexibilité ou encore l'utilité publique, sont des valeurs considérées comme très importantes par le plus petit nombre d'ergothérapeutes concernés par cette étude (18).

Les décisions prises par chacun des professionnels sont teintées des valeurs qui régissent la profession. Ces valeurs seront une ressource pour la préconisation, au même titre que le savoir scientifique.

Cependant cette étude montre que tous les ergothérapeutes n'accordent pas la même importance à toutes les valeurs, la divergence des points de vue serait-elle en lien avec ce constat ? Est-ce que cela signifie qu'il existe une part de subjectivité dans la prise de décision, majorée lors de situations complexes ?

1.4.5 Utilité sociale et enjeux professionnels

Cette recherche semble pertinente face à la proportion de personnes utilisant des fauteuils roulants électriques. En effet, les FRE sont de plus en plus performants et le grand public semble de plus en plus sensibilisé à l'accessibilité, où aux problématiques des personnes à mobilité réduite.

La revue de littérature ainsi que les expériences de stages mettent en avant les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes dans des structures différentes. Leurs missions ne sont pas identiques mais ils doivent pourtant tous faire face à des problématiques en lien avec la préconisation de FRE dans des situations complexes.

En outre, cette étude pourra mettre en avant l'éthique de la profession ainsi que l'observation d'une situation à travers les sciences de l'occupation, discipline nouvelle qui apparaît dans les formations initiales depuis quelques années seulement.

1.4.6 Pré-enquête

L'objectif de cette pré-enquête est de vérifier la réalité de ce questionnaire sur le terrain, et de mettre en évidence les domaines qui servent de référence aux ergothérapeutes pour prendre une décision.

- Question 1 : Dans quel type de structure exercez-vous ?

Cette question permet d'identifier s'il existe des disparités dans les réponses selon le type d'établissement dans lesquels exercent les différents professionnels interrogés.

Parmi les professionnels ayant répondu trois exercent en Maison d'Accueil Spécialisée, un en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, et un pour une association.

- Question 2 : Dans le cadre de l'exercice de l'ergothérapie, avez-vous déjà été confronté à des problématiques complexes en lien avec la préconisation de fauteuil roulant électrique ? (Problématique complexe : problèmes qui, par définition, ne peuvent être résolus par la seule application d'une procédure standardisée)

Cette question permet de m'assurer que les ergothérapeutes peuvent être en difficulté lorsqu'il s'agit de donner leur avis sur une situation de préconisation de FRE. En effet, si les ergothérapeutes estiment qu'ils ont toujours une réponse adaptée à fournir, on pourra interroger leur façon de procéder pour aboutir à ces préconisations plutôt que d'interroger ce qui les a déstabilisés.

Tous les participants ont répondu oui à cette question, la préconisation de FRE dans le cadre de situations complexe est donc un sujet de terrain. L'ensemble des réponses est donc recevable pour la suite de l'analyse de la pré-enquête.

- Question 3 : Quels sont les éléments de raisonnement sur lesquels vous vous appuyez pour analyser une situation complexe dans le cadre de la préconisation de FRE ?

Via cette question il est possible de mettre en avant les grands domaines sur lesquels s'appuie l'ergothérapeute, ceux qu'il utilise au quotidien, auxquels il est sensibilisé, et donc sur lesquels il pourra s'appuyer pour argumenter ses préconisations.

Tous les professionnels ont cité des éléments différents. Ces éléments peuvent être classés dans trois catégories :

- Recueil de données : l'observation, l'évaluation, la prise en compte des occupations et des habitudes de vie, environnement de la personne , analyse globale de la situation, approche holistique, intérêt pour la personne, les capacités de la personne, l'autonomie, l'indépendance, approche globale de la situation, évaluation des bénéfices pour les occupations de la personne , évaluation des risques en rapport avec les troubles cognitifs et moteurs, observations sur le terrain, l'environnement, l'occupation.
- Implication de l'ergothérapeute : mes valeurs professionnelles, mon jugement professionnel, mes principes
- Implication des autres professionnels : Equipe pluridisciplinaire, travail d'équipe, pluridisciplinarité (équipe médicale et éducative)

On en déduit que les professionnels ont recours aux mêmes éléments de raisonnement face à une situation complexe de préconisation du FRE. Ils recueillent des données par une approche globale en tenant compte de la personne, de son environnement et de ses occupations ; ils tiennent compte de la dimension subjective de leur raisonnement en considérant leurs valeurs, leurs principes et leur jugement professionnel ; ils impliquent également les autres professionnels qui interviennent aux côtés de la personne.

- Question 4 : Pensez-vous qu'il existe une part de subjectivité dans le raisonnement de l'ergothérapeute face à une situation complexe de préconisation de FRE ? Si oui, quels sont les éléments qui la créent ?

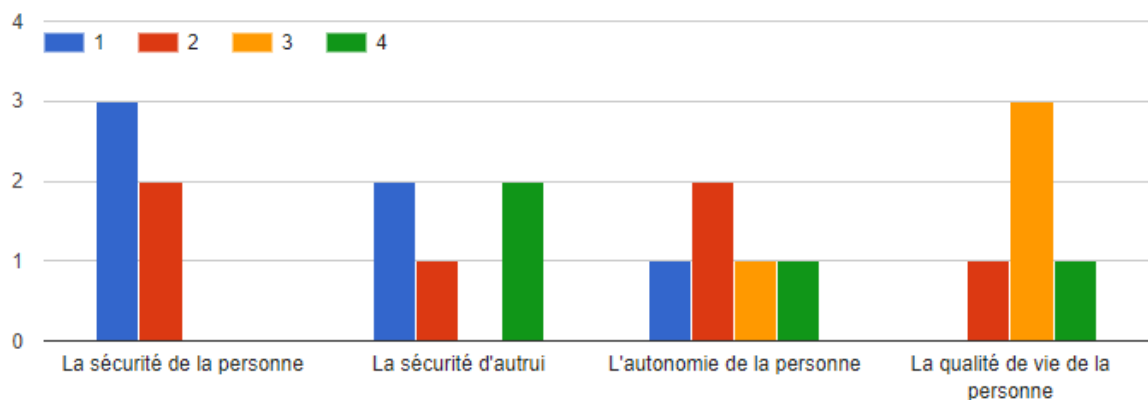
Cette question permet de déterminer s'il est concevable pour les ergothérapeutes que leur pratique soit subjective dès lors qu'elle s'avère complexe. Elle permet ensuite d'identifier les éléments qui perturbent le processus de prise de décision de l'ergothérapeute dans de telles situations.

Tous les participants ayant répondu à cette question (4 sur 5) considèrent qu'il existe effectivement une part de subjectivité dans le raisonnement de l'ergothérapeute en lien avec la relation, les valeurs, le contexte de prise en soin, l'enjeu de la préconisation, la sensibilité du thérapeute à la situation, l'éthique du professionnel.

- Question 5 : Dans une situation de renouvellement d'un FRE : Une personne a des difficultés grandissantes à conduire, et n'est autonome que dans ses déplacements. Quels éléments considèreriez-vous alors par ordre de priorité ? (1 le plus prioritaire, 4 le moins prioritaire). Pour quelles raisons ?
 - La sécurité de la personne
 - La sécurité d'autrui
 - L'autonomie de la personne
 - La qualité de vie la personne

Cette question permet de voir si tous les ergothérapeutes ont la même réponse à une situation complexe ou non. S'ils ont tous la même réponse alors il semblerait que les hypothèses concernant le dilemme qui existe dans une situation complexe n'est pas avérée. En revanche si les ergothérapeutes ne se positionnent pas ou bien si leurs réponses sont diverses, alors il n'existe pas de consensus au sein de la profession, d'où l'émergence d'une tension lors de la prise de décisions.

Les réponses sont très variées, tous les professionnels n'ont pas répondu de la même façon à cette question.



Graphique 1 : Diagramme des réponses à la question 5 de la pré enquête

On remarque que malgré la disparité des réponses, la sécurité de la personne est l'élément qui a le plus souvent été considéré comme prioritaire en première ou deuxième position et jamais en troisième ou quatrième. La sécurité d'autrui a été considéré deux fois en première place, une fois en seconde et deux fois en quatrième et dernière. L'autonomie de la personne est estimée dans toutes les positions : une fois en première, deux fois en deuxième, une fois en troisième et

une fois en quatrième. La qualité de vie a été estimée une fois en seconde priorité, trois fois en troisième et une fois en quatrième priorité.

Au vu de ces résultats, on peut dire qu'il y a une tendance à prioriser la sécurité de la personne, mais que malgré cela il n'existe pas de consensus autour des éléments à considérer en priorité. Cela illustre le dilemme qui peut naître entre les différentes façons d'aborder la situation de préconisation de FRE en situation complexe.

Les ergothérapeutes considèrent la sécurité comme prioritaire en lien avec le cadre légal, la déontologie et leur morale. La qualité de vie n'est pas considérée en priorité car l'autonomie au déplacement n'est pas son seul critère. L'autonomie de la personne est considérée comme l'axe central de la prise en charge ergothérapique mais ne peut être considérée seule comme une priorité absolue. La sécurité d'autrui est considérée à différents niveaux, la seule personne qui justifie son classement estime que la mise en danger d'autrui est un obstacle à l'indépendance.

- Question 7 : Pensez-vous que la discussion en équipe pluridisciplinaire pourrait vous apporter des éléments facilitants votre prise de position ?

Cette question permet de voir si les professionnels échangent avec les équipes, et si c'est le cas, s'ils estiment que ces échanges sont une source sur laquelle ils peuvent s'appuyer.

La consultation de l'équipe pluridisciplinaire fait consensus parmi les ergothérapeutes interrogés, cependant ils nuancent leur propos. Les réponses sont mitigées dans le cas où l'avis de l'équipe serait différent de leur expertise. Certains considèrent que l'avis de l'équipe prime sur celle-ci, d'autres pensent qu'il faut valoriser cette expertise et qu'elle prime sur l'avis de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour conclure, le processus de prise de décision et de raisonnement des ergothérapeutes dans le cadre d'une préconisation de FRE dans une situation complexe est une question de terrain, une question vive puisqu'il n'existe aucun consensus. Les professionnels rencontrent tous ce genre de situation, mais aucun ne la résout de façon similaire, ou bien ne la traite sous le même angle, la même approche.

1.4.7 Conclusion

Au vu des résultats de l'état des lieux de la recherche et du questionnement de la pratique professionnelle, la part de subjectivité de l'ergothérapeute en lien avec sa façon de raisonner dans le cadre de préconisation de FRE en situation complexe est une problématique de terrain. En effet des ergothérapeutes ont déjà essayé de trouver un consensus, sans succès. Les tentatives de mise en place d'outils généralisables sont vaines car les situations complexes sont uniques et multifactorielles.

Face à ce constat, il est possible d'interroger la méthode de résolution de problème des ergothérapeutes dans ces situations.

Nous nous demandons donc comment les ergothérapeutes raisonnent pour prendre des décisions dans le cas de problèmes complexes en lien avec la préconisation de FRE ?

1.5 Problématique théorique

1.5.1 Modèle de résolution de problème éthique

Sur le plan éthique, en France il n'existe pas d'ordre et donc de code éthique français à propos de l'exercice de l'ergothérapie. Cependant, le Conseil Européen des ergothérapeutes (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC) publie des textes, dont un code d'éthique, (20) qui peut concerner les praticiens Français.

Dans ce texte on peut trouver le modèle de résolution de problème éthique, qui est une trame généralisable permettant de guider un raisonnement ergothérapeutique, dans toute situation où un dilemme éthique se présente. Voici cette trame :

1. Identifier le dilemme éthique

Qui sont les personnes / parties impliquées ?

Qui est directement concerné par le problème ?

Identifier le niveau d'imputabilité / obligation.

Quelles sont vos devoirs / responsabilités impliqués dans cette situation ?

2. Analyser la situation / problème

Avez-vous besoin d'autres faits ou d'informations ?

Quels devoirs, obligations ou règles ne sont pas respectés ?

Quelles sont les conséquences occupationnelles, médicales, juridiques ou économiques ? (Sans pour autant prendre part)

Quels principes éthiques s'appliquent ? (À tous les niveaux)

- Premier niveau de qualités et obligations :

La personne envers elle-même

Comme toutes les actions d'un thérapeute ont un certain niveau d'implication personnelle, le thérapeute doit protéger son bien-être en respectant ses propres valeurs, principes et normes. Chaque personne a la responsabilité de son propre développement moral et professionnel.

Compétences associées :

- Le professionnel doit faire preuve de maîtrise de soi, de connaissance de soi et de connaissance de ses propres limites en tant qu'ergothérapeute
- Faire preuve d'une démarche continue de veille professionnelle pour faire évoluer sa pratique de l'ergothérapie.

- Second niveau de qualités et obligations :

La personne envers autrui

Ces obligations vont au-delà du premier niveau et prennent en compte le cadre légal, les buts et les objectifs de l'institution, les normes professionnelles, le rôle et les responsabilités dans un contexte donné. Les obligations de ce niveau se jouent entre l'ergothérapeute et les usagers, parents, étudiants, cadres, éducateurs, collègues / collaborateurs, employeur, prestataires, employés et participants à la recherche, chercheurs.

Compétences associées :

- Collaborer avec des individus et des groupes afin de s'impliquer dans la promotion de la santé, la prévention, la réadaptation et le traitement
- Sélectionner, modifier et appliquer de façon appropriée les théories, les modèles de pratique et méthodes pour répondre aux besoins occupationnels et sanitaires des individus / populations
- Utiliser le raisonnement professionnel et éthique tout au long du processus de prise en soin en ergothérapie.
- Actualiser ses connaissances avec un regard critique pour assurer une pratique fondée sur les preuves (evidenced based practice) et adaptée aux usagers
- Travailler selon les principes de l'approche centrée sur le client
- Construire une relation thérapeutique comme fondement du processus d'ergothérapie

- Consulter et conseiller les clients, les soignants, les membres de l'équipe et toutes les personnes impliquées, collaborer avec eux, pour permettre l'occupation et la participation.
- Préparer, tenir à jour et examiner les documents en lien avec le processus de prise en soin ergothérapeutique.

- Troisième niveau de qualités et d'obligations :

La personne envers la communauté et la société

A ce niveau, les différences culturelles et le cadre légal priment.

Les obligations sont envers les groupes sociaux, les communautés et la société.

Les compétences liées à ce niveau peuvent être :

- Se conformer aux politiques et recommandations institutionnelles/ locales / régionales / nationales / européennes, ainsi qu'aux normes professionnelles
- Préparer, tenir à jour et examiner les documents en lien avec le processus de prise en soin ergothérapeutique
- Collaborer avec les clients pour défendre leur droit de satisfaire leurs besoins occupationnels
- Consulter et conseiller les clients, les soignants, les membres de l'équipe et toutes les personnes impliquées, collaborer avec eux, pour permettre l'occupation et la participation.
- Œuvrer pour favoriser l'accès à un environnement accessible et adapter afin de promouvoir la justice occupationnelle
- Promouvoir la santé et le bien-être à travers la participation occupationnelle auprès des différentes communautés.

3. Explorer les options / scénarios de solutions

Quelles sont les pistes d'action possibles ? (Brainstorming)

Quels sont les avantages et les inconvénients de chaque acte ? (Anticipation)

Quels sont les conflits qui pourraient découler de chaque action ? (Anticipation)

4. Examiner en profondeur la ligne de conduite proposée 1

Comment l'action influence-t-elle les rôles sociaux et les intérêts personnels des personnes impliquées ?

Dans quelle mesure l'action est-elle soutenue par toutes les parties impliquées ?

Est-ce la meilleure solution dans la situation donnée ? (Compromis conscient)

5. Examiner en profondeur la ligne de conduite proposée 2

L'action répond-elle aux principes éthiques pertinents ?

L'action est-elle compatible avec la réglementation, les politiques et la législation locales ?

L'action est-elle conforme au code d'éthique de la profession ?

Qualités et obligations		Principes universels
Premier niveau	Honnêteté/Transparence Confidentialité Engagement	Respect de l'autonomie
Second niveau	Bienfaisance Non-maltraitance Équité Intégrité	
Troisième niveau	Équité Utilitarisme	

Tableau 1 : Qualités et obligations en lien avec les principes universels

6. Préciser et appliquer

Établir les étapes dans les détails (Qui, Quand, Quoi, Où et Comment)

Informar les personnes impliquées (Qui, Quand, Quoi, Où et Comment)

Mettre en œuvre

7. Réfléchir et évaluer

Quelle hypothèse a été mise en place ?

Quels sont les résultats ? (Attendu et inattendu)

Dans quelle mesure l'action a-t-elle abordé/pris en compte/exploré le dilemme moral ?

Leçon apprise pour éviter de futurs dilemmes éthiques.

Ce modèle permet de tenir compte et d'objectiver l'ensemble des paramètres de la situation, ainsi le thérapeute pourra s'appuyer dessus pour mettre en place son propre raisonnement après avoir pris du recul sur le dilemme éthique.

Cependant, même si ce modèle permet d'objectiver et de mettre en œuvre un processus de raisonnement, il ne permet pas d'analyser la situation clinique. L'analyse de la situation clinique doit être réalisée par l'ergothérapeute en amont.

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Performance permet d'avoir une analyse globale de la situation, centrée sur la personne.

1.5.2 Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Sylvie MEYER (2010) indique que « L'action de l'ergothérapeute doit aussi être précise et spécifique, ce qui signifie non seulement connaître globalement la personne, ses occupations et les environnements dans lesquels elle évolue, mais aussi être en mesure de décrire très exactement ses performances et les habiletés ou les fonctions qui sont perturbées. Les altérations des habiletés et des fonctions conditionnent en effet les limitations des performances et ont finalement une influence sur les occupations. Comprendre en quoi et comment les habiletés comme les fonctions altérées affectent la personne, ses occupations et ses activités, est l'un des défis que les ergothérapeutes doivent relever dans leurs démarches d'évaluation. A cette fin les ergothérapeutes doivent donc disposer et savoir utiliser des moyens de mesurer les composantes de la personne, ses performances et les caractéristiques de l'environnement » (4).

Marie Chantal Morel Bracq (2009) dit que « les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines. », elle ajoute « l'objectif de ce modèle [Modèle de l'Occupation Humaine] est d'élaborer une théorie pertinente pour les ergothérapeutes afin de mieux comprendre l'importance et le processus d'engagement humain dans l'activité, structurant le recueil de donnée et la pratique (21). Ce modèle prend en compte des aspects de la personne beaucoup plus étendus que les simples données médicales, en particulier les habitudes, la motivation et l'environnement. » Elle dit également que « Les problèmes liés l'activité humaine sont complexes et doivent être abordés avec une approche thérapeutique structurée et ouverte et avec des outils d'évaluation élaborés avec soin. ». « La manière personnelle de faire une activité est privilégiée par rapport aux normes »

Le MOH de Taylor et Kielhofner (2017) permet donc aux ergothérapeutes d'avoir une analyse structurée et globale de la situation de la personne (19).

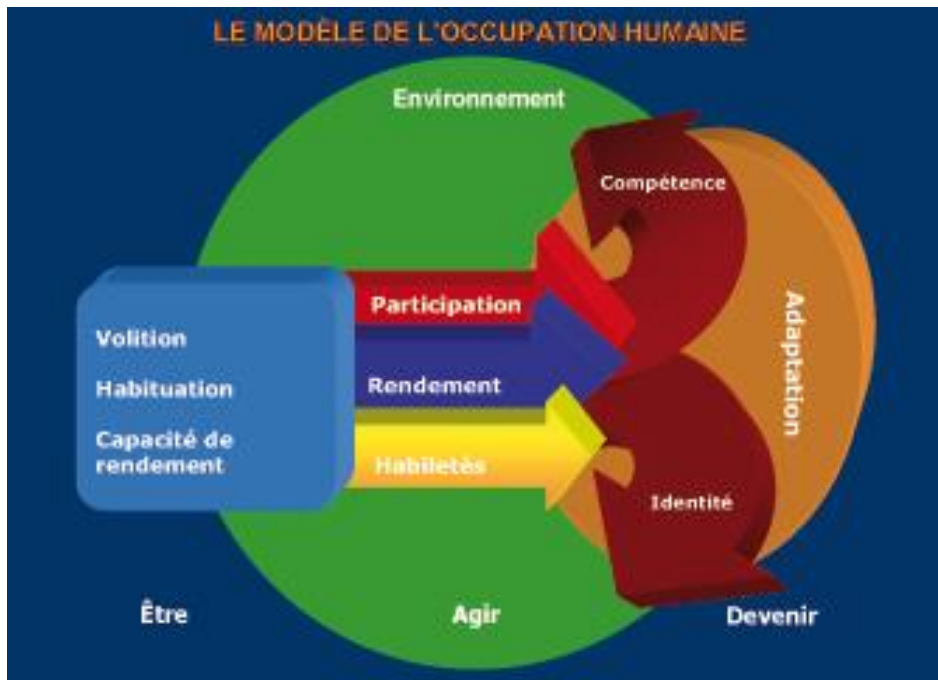


Schéma 1 : Modèle de l'occupation humaine

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) se décompose en quatre parties :

- L'environnement : environnement physique et environnement social
- L'être : composé de la volition, l'habituation et la capacité de rendement
- L'agir : la participation, le rendement et les habiletés
- Les conséquences de l'agir : Compétence, identité, adaptation

❖ L'environnement

L'environnement comporte deux entités interdépendantes, à savoir l'environnement physique (objets et espace qui nous entoure) et l'environnement social (groupes d'appartenance).

L'occupation se déroule dans un environnement précis, il y a donc des interactions avec des objets et des groupes. L'analyse des effets de l'environnement doit tenir compte de la dynamique de ces interactions et des différents contextes environnementaux dans lesquels les individus se retrouvent, d'après Manidi Faes (2006) (22) .

❖ L'être

L'être est constitué de trois dimensions qui sont la volition, l'habituatation et les capacités de rendement.

La volition est elle-même composée :

- des déterminants personnels : perception de l'efficacité et de la compétence par lui-même et pour lui-même.
- des valeurs personnelles : ce qu'un individu trouve important, signifiant et significatif
- des intérêts et des centres d'intérêts : ce qu'un individu trouve agréable ou satisfaisant à faire même s'il ne le fait pas.

L'habituatation est faite de deux composantes :

- habitudes : tendance acquise à réagir ou à agir de façon constante aux stimuli des environnements ou situations familières
- rôles : Intégration d'un statut social ou personnel bien déterminé et d'un ensemble d'attitudes et d'action connexes.

Les capacités de rendement peuvent être objectives ou subjectives. Il s'agit des capacités à faire des choses en tenant compte des composantes objectives physiques et mentales sous-jacentes et de l'expérience subjective correspondante (corps vécu : réponse de notre corps face aux expériences que nous vivons).

❖ L'agir

L'agir est décomposé en habiletés, rendement (occupationnel) et participation.

Les habiletés peuvent être :

- opératoire : capacités cognitives mises en action. D'après la traduction de Taylor et Kielhofner (2017), les habiletés opératoires sont l'exécution logique d'une séquence d'actions au fil du temps, sélection et utilisation des outils et du matériel adéquats, adaptation du rendement en fonction des problèmes rencontrés (19). Incluant des actions telles que choisir les outils, organiser son espace de travail, initier et compléter les étapes nécessaires à la tâche.

- motrices : se déplacer ou déplacer les objets utilisés pour l'accomplissement des tâches. Incluant entre autre : maintenir son équilibre, orienter son corps, manipuler soulever et transporter des objets, Taylor et Kielhofner (2017) (19).
- Communication et interactions

Le rendement occupationnel est la réalisation concrète des occupations, activités et tâches, fortement influencées par les habitudes. Le rendement occupationnel chez Taylor et Kielhofner (2017) peut être assimilé à la performance occupationnelle, il s'agit de se livrer à une occupation (ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle) (19).

La participation est l'implication de la personne dans diverses occupations. Elle est fonction de ses désirs, ses besoins et ses nécessités culturelles. La traduction de la définition du MOH explique que la participation occupationnelle est l'engagement au travail, dans les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont parties intégrantes du contexte socio-culturel de l'individu et qui sont souhaitables et/ou nécessaires pour son bien-être.

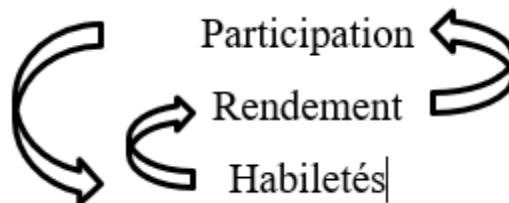


Schéma 2 : Lien entre la participation le rendement et les habiletés

❖ Les conséquences de l'agir

Les conséquences de l'agir sont constituées de l'identité (occupationnelle), de la compétence (occupationnelle) et de l'adaptation.

L'identité occupationnelle est définie par ce que la personne est, et ce qu'elle souhaite devenir en lien avec les composantes de l'être. Elle évolue dans le temps, c'est une expérience subjective intériorisée. G.KIELOFNER la définit comme le sentiment identitaire complexe de ce que l'individu est, et souhaite devenir en tant qu'être occupationnel compte tenu de sa participation occupationnelle actuelle et antérieure.

La compétence occupationnelle est la capacité à maintenir un patron, une routine d'occupations cohérent avec son identité occupationnelle. Taylor et Kielhofner (2017) parlent de « Transformer l'identité en acte » (19). Il s'agit de :

- remplir les attentes sous-jacentes aux rôles occupationnels occupés
- maintenir une routine en lien avec ses responsabilités, s'engager dans des activités significatives permettant l'accomplissement personnel, la satisfaction, le sentiment de contrôle
- poursuivre ses buts personnels en tenant compte de ses valeurs

L'adaptation occupationnelle est le résultat de la dynamique entre l'être, l'agir et l'environnement. C'est le but à atteindre, elle correspond à un état de bien-être. Le degré ou le niveau d'adaptation occupationnelle dépend de la construction d'une identité occupationnelle positive, le maintien d'une compétence occupationnelle dans le temps en fonction d'un contexte environnemental proche. Taylor et Kielhofner (2017) la décrivent comme la construction d'une identité occupationnelle positive et l'atteinte d'une compétence occupationnelle à travers le temps dans le contexte de son propre environnement (19).

Pour conclure, selon Taylor et Kielhofner (2017) « Le Modèle de l'occupation humaine s'appuie sur l'idée que toute forme d'intervention occasionne une modification à la structure occupationnelle mise en place » (19). Ce qui signifie que lorsqu'une composante du modèle est modifiée, les répercussions se font sentir sur les autres composantes structurelles du modèle et les dimensions de l'agir. Un changement sur la volition, l'habituatation, la capacité de rendement ou l'environnement crée les conditions dynamiques favorables à l'émergence de nouvelles pensées, émotions et comportements.

1.5.3 Conclusion

L'analyse de ses modèles permet de mettre en évidence une trame générale de raisonnement éthique ainsi qu'un modèle permettant d'avoir une approche holistique d'une personne et de sa situation. En lien avec l'existence de ces deux modèles et au vu des résultats obtenus dans la pré-enquête ainsi que la problématique pratique, l'objet de la recherche sera : **quels sont les éléments sur lesquels s'appuient les ergothérapeutes pour raisonner de façon globale dans le cadre de situations complexes où l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique serait remise en cause ?**

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode

Dans le but de répondre à cette question : quels sont les éléments sur lesquels s'appuient les ergothérapeutes pour raisonner de façon globale dans le cadre de situations complexes où l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique serait remise en cause ? il nous semble pertinent d'utiliser une méthode clinique. D'après Eymard (2003), c'est une méthode qualitative ayant pour but la compréhension des phénomènes de soin liés à la singularité de l'humain (23). Etant donné l'objet de recherche de ce mémoire, cette méthode permettra donc de recueillir la singularité de raisonnement de chaque ergothérapeute interrogé.

Elle vise la création de savoirs par la découverte d'éléments qui permettront de construire des réponses en dehors de l'attendu de critères préétablis par la théorie. Ici, l'utilisation de la méthode clinique permettra donc de recueillir des réponses en dehors de critères préétablis par le cadre théorique basé sur le modèle de résolution de problème éthique et du modèle de l'occupation humaine.

Cette méthode propose une régulation de la théorie, sans généralisation, en fonction des particularités de l'humain et du terrain. L'analyse des résultats permettra donc de mettre en évidence la spécificité du raisonnement de chaque ergothérapeute en lien avec les situations complexes qu'il rencontre.

Elle est exploratoire, sans hypothèses à priori, elle vise la découverte de savoirs selon les particularités d'une population donnée. L'objectif de cette recherche est justement de pouvoir comprendre les nuances de raisonnement en s'appuyant sur des modèles qui serviront de base, et en explorant les pratiques réelles des ergothérapeutes interrogés.

2.2 Population

La population ciblée pour enquêter sur l'objet de recherche est constituée d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans des lieux de vies institutionnels dans lesquels ils sont confrontés à des situations complexes de préconisation de fauteuil roulant électrique.

Les critères d'inclusion sont donc que les personnes interrogées soient des ergothérapeutes diplômés d'état, qu'ils exercent ou aient exercé en lieu de vie, et qu'ils aient été confronté au moins une fois à une situation complexe de préconisation de fauteuil roulant électrique.

Les critères d'exclusion sont donc que les personnes interrogées ne soient pas ergothérapeute diplômé d'état, qu'il ou elle n'ait pas travaillé ou ne travaille pas dans un lieu de vie, qu'il ou elle n'ait pas été confronté à des situations complexes de préconisation de fauteuil roulant électrique.

2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

Etant donné le choix de la méthode clinique, il semble cohérent de procéder au recueil de donnée par le biais d'entretiens afin de répondre à la question de recherche. L'entretien semi-directif permettra de recueillir la singularité des raisonnements des ergothérapeutes interrogés. Il laisse la place aux ergothérapeutes de décrire leur pratique et ainsi de sortir du cadre théorique établis par l'intervieweur. Pour se faire, une grille d'entretien (Cf Annexe 2 p.XI) est construite à partir du cadre théorique dans le but de répondre à la question : quels sont les éléments sur lesquels s'appuient les ergothérapeutes pour raisonner de façon globale dans le cadre de situations complexes où l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique serait remise en cause ?

Cette grille d'entretien est construite en créant des thèmes correspondant aux éléments des concepts étudiés dans le cadre théorique. Les thèmes sélectionnés sont donc : Identité et valeurs professionnelles, éthique ; analyse globale de la situation ; analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin ; description des moyens mis en œuvre ; analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action. Afin de ne pas restreindre indirectement le champ des réponses possibles, une question inaugurale permet à l'interviewé de balayer les thèmes qui lui viennent spontanément et ainsi évoquer des thèmes non envisagés dans la grille d'entretien. De plus, l'objectif de chaque question est décrit afin de cibler les éléments attendus. Cela permettra également lors de l'analyse, de cibler les éléments inattendus, ceux qui se situeraient en dehors des éléments préétablis. Enfin, une question de relance est rédigée afin d'anticiper une éventuelle incompréhension de la question. Les questions de relances permettront de préciser la question ou de la reformuler, afin de laisser place à d'autres thèmes que ceux sélectionnés.

2.4 Test de faisabilité et de validité du dispositif

Afin de s'assurer de la faisabilité ainsi que de la validité du dispositif, l'outil est testé une première fois sur un ergothérapeute, ne faisant pas partie de ceux qui seront interrogés pour l'enquête. L'outil est testé tel qu'il a été créé. Cet entretien permet de mettre en lumière la pertinence des questions posées, de la formulation, de la justesse des questions de relances. Cet

entretien permet de vérifier si la question posée permet à l'interviewé de s'exprimer sur le thème initialement abordé, tout en restant suffisamment ouverte pour que de nouveaux thèmes émergent. A l'issue de cet entretien, une seconde version de l'outil de recueil de données est créée, permettant ainsi de préciser des questions, et de modifier les relances qui semblaient ne pas remplir leur rôle à certain moment.

Cet entretien aura permis de construire un outil de recueil de données plus précis et plus fiable et permet ainsi d'aborder les entretiens de recueil de données en maîtrisant mieux l'outil.

2.5 Déroulement de l'enquête

Un entretien semi-directif a été réalisé auprès de trois ergothérapeutes ayant répondu à mes sollicitations. Six ergothérapeutes ont été sollicités, trois d'entre eux ont répondu positivement. Parmi les ergothérapeutes interrogés, on trouve deux femmes et un homme, d'âges et d'années d'expériences différents.

Lors de la prise de contact avec les ergothérapeutes, le thème général du mémoire de recherche leur est présenté, ainsi que l'objet de recherche. En lien avec cet objet de recherche, la définition de situation complexe est explicitée.

De plus les modalités de passations sont exposées : l'entretien semi-directif reste anonyme, et sera enregistré dans le but d'être retranscrit avec précision. L'intervieweur peut relancer l'interviewé afin d'enrichir l'échange, en s'appuyant sur des techniques de réitération écho, réitération reflet, la complémentation, l'interprétation d'après Blanchet, Gotman et Singly (2015) (24).

Les entretiens sont enregistrés via la fonction dictaphone du téléphone de l'intervieweur. Le téléphone, posé sur la table, est dissimulé sous un foulard afin de ne pas rappeler à l'interviewé qu'il est enregistré. Dans le but de conserver l'anonymat des ergothérapeutes, les noms de structures évoqués lors des entretiens ont été effacés, et les interviewés sont appelés A, B et C.

Le premier entretien interroge l'ergothérapeute nommé A. Il se déroule dans le bureau des ergothérapeutes au sein de la structure où travaille le professionnel, dans une maison d'accueil spécialisée. L'autorisation du supérieur hiérarchique habilité a été demandée. Cet entretien a une durée de 34 minutes et 28 secondes.

Le second entretien interroge l'ergothérapeute renommé B. Il se déroule dans son bureau professionnel au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes où l'ergothérapeute B exerce. L'autorisation du supérieur hiérarchique habilité a été recueillie. Cet entretien aura duré 20 minutes et 16 secondes.

Le troisième entretien se déroule au domicile de l'ergothérapeute C. L'ergothérapeute C exerce également en maison d'accueil spécialisée. L'entretien dure 21 minutes et 31 secondes.

2.6 Choix des outils de traitement de données

Afin de traiter les données recueillies lors des entretiens, une analyse de contenu est nécessaire. En lien avec les données que ces entretiens cherchent à recueillir, une analyse thématique semble être la plus appropriée. D'après Blanchet, Gotman et (2015) dans une analyse thématique, « chaque thème est défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement. Le mode de découpage est stable d'un entretien à l'autre. » (24). Il est également expliqué que la grille est dans un premier temps élaborée à partir d'hypothèses descriptives de la recherche correspondant ici aux concepts étudiés (Cf Annexe 3, p.12). La grille peut être modifiée après lecture du corpus d'entretien en procédant à la reformulation des hypothèses établies. Il s'agit donc d'analyser les contenus de chaque entretien en les regroupant par thème pour en faire la synthèse.

3 Resultats

Suite à la passation des entretiens, ces derniers ont été retranscrits et se trouvent dans les annexes 4 à 6 p.XIII à p.XXVII. Une analyse de contenu par thème à été réalisée afin de faciliter la lecture des résultats. Cela figure dans les tableaux des annexes 7 à 11 p.XXVIII à XLVIII

Il s'agira de résumer une analyse qualitative du contenu des entretiens.

Comme indiqué précédemment, l'analyse de contenu des entretiens est réalisée par une approche thématique. Le contenu de chaque entretien a donc été classé par thème, puis par sous-thème en lien avec la grille d'analyse construite en amont des entretiens (Cf annexe 3 p.XII). La grille a été modifiée lorsque de nouveaux sous-thèmes sont apparus. Ces sous-thèmes ont alors été ajoutés dans le thème correspondant. Aucun nouveau thème n'est apparu.

3.1 Thème 1 : Identité et valeurs professionnelles, éthique.

Le questionnement de ce thème avait pour but d'identifier les critères d'un dilemme éthique, d'identifier les valeurs de l'ergothérapeute interrogé, d'identifier les valeurs communes à l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. Les réponses pouvant être classées dans le thème 1 sont répertoriées en annexe 7 p.XXVIII.

L'ergothérapeute A identifie le dilemme éthique à différents niveaux : «c'est l'analyse de ces niveaux-là qui peut faire qu'on a des dilemmes ». L'ergothérapeute A parle de sécurité de la personne, de qualité de vie, de sécurité d'autrui (autres résidents, entourages), des conséquences de l'absence de FRE, des buts de l'ergothérapeute, du fait que l'utilisation du FRE est une demande prioritaire de la part des résidents, du respect de la loi, de ses missions, du fait qu'il n'existe pas de réponse tranchée «rien n'est tout blanc, rien n'est tout noir », de la compétence, de la légitimité, d'intégrité, d'équité, de la relation aux résidents, de décision « juste et acceptable », de décision « partagée », de « réduire l'autonomie », de contradiction entre devoir et satisfaction personnelle « je sais qu'il faut le faire, mais je me fais pas plaisir », de mise en danger, de valeurs personnelles « réduire l'autonomie euh, c'est pas mes valeurs ». Ces éléments sont liés par des mots qui les mettent en opposition : « d'un côté [...] d'un autre côté [...] », « on est à la fois là pour [...] et à la fois [...] », « on est quand même là pour [...] et à la fois il faut que [...] ». Cela met en avant le dilemme entre les différents éléments à prendre en compte.

La notion de dilemme est clairement exprimée, on note encore les expressions « tout ça peut rentrer en conflit », « [...] et avec au milieu, nos missions », « ça peut créer un dilemme monstrueux ».

Les valeurs énoncées par l'ergothérapeute tout au long de son discours sont : « respect de l'intimité », « respect de la personne », « respect de la loi », équité et intégrité : « dans quelle mesure mon évaluation est juste ? », « respect de ma mission », « décision juste », « favoriser la qualité de vie », « bienveillance », « pas de maltraitance », « favoriser l'autonomie », « favoriser la réalisation de soi ».

L'ergothérapeute B évoque « le choix du résident », le souhait du résident « si le résident souhaite », « ces capacités », « l'insitution [...] permet », « frein au maintien du fauteuil », mis en « danger » du résident ou d'autrui, ce que « l'institution est prête à accepter », « incapacités », « freins institutionnels qu'ils soient organisationnels, humains ou environnementaux ».

Il met en opposition et souligne ainsi le dilemme par le terme « si [...] mais que ».

Les valeurs évoquées sont « valeurs éthiques », « respect du choix du résident », respect des valeurs de l'institution, cohérence avec le contexte.

L'ergothérapeute C quant à lui parle de « raisonnement complexe », du fait que les « enjeux sont importants, pour la personne », de « participation sociale », du fait « d'encourager l'occupation humaine », « aide technique assez centrale dans les activités », « dans le cas d'un retrait [...] mettre à mal les occupations », « compliqué de prendre cette décision là », « on sait pertinemment que la personne va être en déprivation occupationnelle derrière », « ce qu'on regarde des deux côtés de la balance », « balancé entre la loi [...], ce qu'on évalue de la personne et surtout des conséquences que ça aurait sur la personne », « on sait pertinemment que sans son FRE, toute sa routine de vie [...] est impactée donc toute son identité personnelle, son équilibre et caetera ... »

Il exprime à de multiples reprises le fait que « c'est compliqué » ou dit clairement « c'est un dilemme », « un vrai problème », « un réel problème », « question vive », « on peut pas juste dire [...] », « on n'arrive pas à prendre une décision un petit peu tranchée », « c'est toujours très difficile », « ça vient nous titiller ». Cela souligne l'identification du dilemme.

Les valeurs sont évoquées : « avec des valeurs comme », « permettre les activités, permettre les occupations, tout ce qui est autonomie et indépendance », «[...] A ce moment-là ça vient toucher nos valeurs d'ergothérapeute ».

3.2 Thème 2 : Analyse globale de la situation.

L'abord de ce thème (Cf annexe 8 p.XXXV) avait pour objectif de cibler si les ergothérapeutes interrogés tiennent compte de l'être et/ou de l'agir et / ou de l'environnement pour analyser la situation à laquelle ils sont confrontés. L'abord de la totalité de ces critères correspondrait à une analyse globale de la situation.

Les sous thèmes abordés sont l'analyse globale, l'activité, l'être et l'environnement.

L'ergothérapeute A souligne le fait qu'il y a « pleins de paramètres à prendre en compte », que le raisonnement est « long » et « plein d'intervenants ». Il exprime qu'il faut considérer « La performance de la personne, l'adaptation du fauteuil, l'information de tout le monde, euh, connaître les moments à risque, les situations à risque. ». Les observations que l'on peut faire sur le terrain sont également prises en compte : « le fauteuil est cassé, il y a des traces de partout autour de toi, dans la chambre, dans l'environnement. Il faut qu'on voit les choses ». On peut donc dire que l'ergothérapeute A tient compte de l'être, de l'agir et de l'environnement. Cela est confirmé par les éléments qu'elle développe au sujet de chacun de ces critères.

Au sujet des éléments de la personne, les éléments évoqués sont : « voir si la personne est capable », la « motivation », le « comportement », les « capacités », la « conscience du risque ». Au sujet des éléments de l'agir, l'ergothérapeute parle de « risque avéré », « Analyser ces risques », « réduire le risque », « décortiquer, analyser dans quelles situations ce risque est là ? », « moments identifiables », « des endroits identifiables », « certaines situations qui sont vraiment à risque », « à ce moment-là on l'accompagne et on l'aide », « qualité de la conduite », « il faut de l'attention », « est ce que l'activité souhaité n'est pas réalisée à cause d'un problème de conduite et de déplacement ? », « S'il y a des choses qui sont obstacles et ben on les analyse et on voit si on peut les supprimer ».

Concernant l'environnement, l'ergothérapeute A aborde : les « adaptations », « la programmation du fauteuil, de la vitesse, du choix de la commande » « l'adaptation de tous les éléments du fauteuil, voire le changement du fauteuil », « en centre, c'est difficile d'adapter l'environnement. », « l'adaptation d'un poste de travail par exemple ».

L'ergothérapeute B estime que le raisonnement global « va s'articuler autour de deux axes », à savoir « les capacités de la personne » et « les contraintes institutionnelles ». De prime abord il semblerait donc que la personne est prise en compte, et une partie de l'environnement. Cependant, de nouveaux éléments apparaissent dans le discours.

Au sujet de la personne le discours aborde : « évaluation précise des capacités du résident, sur le plan cognitif, sur le plan moteur également, et sur le plan comportemental », « capacités de gestion du fauteuil », « l'évaluation sensorielle ».

Concernant l'agir, l'ergothérapeute A évoque la « capacité à évoluer en toute sécurité » et souligne l'importance de la notion de sécurité.

Enfin, au sujet de l'environnement, il est dit que « la complexité de la situation, elle est liée, justement à ses capacités et à l'expression de ses capacités dans l'institution », l'aspect environnemental est clairement énoncé ainsi que l'aspect « organisationnel » qui peut faire partie de l'environnement puisqu'il est ici rattaché à l'organisation de l'institution. L'environnement physique est évoqué par le biais de la phrase « En fonction de l'architecture de l'institution par exemple, le maintien du fauteuil sera possible, ou pas. ». L'environnement humain est également mis en avant : « l'ensemble des professionnels [...] vont voir les résidents évoluer » ; « peuvent être confrontés ou qui peuvent observer (...) des choses, pertinentes dans la prise en charge. ».

L'ergothérapeute C aborde l'analyse globale en la divisant en trois éléments : « la personne », « ses activités », « l'environnement ». Ainsi on note que l'ergothérapeute C prend en compte les trois critères. Pour compléter le fait qu'il faut prendre en compte ces éléments, il est ajouté que l'on peut agir sur les trois : « tester toutes les adaptations de l'activité possibles. Donc euh, adapter le mode de conduite, adapter l'environnement humain, adapter l'environnement social et caetera. »

Concernant l'être, les éléments abordés sont « ses capacités », « ses incapacités », « ses habitudes de vie », « qu'est ce qui la motive », « qu'est-ce qui fait qu'elle s'engage dans certaines activités ou pas », « comment elle fonctionne », « ses capacités de conduite », « Physiquement comment il va faire ? », « capacités cognitives »

Concernant l'agir, l'ergothérapeute C parle de « qu'est-ce qu'elle fait, comment elle le fait, avec quel type d'aide technique ? quel type d'aide humaine ? », « quelles sont les compensations mises en place », « quelles seraient les conséquences d'un retrait de fauteuil roulant électrique sur ces activités-là ? ». De plus il est mentionné que « on cherche forcément à savoir quelles sont les activités de la personne qu'elle cherche à faire avec ce fauteuil ».

Les éléments de l'environnement qui sont mentionnés sont les suivants : « l'environnement, à quel moment il est facilitateur et à quel moment il est obstacle ? », « l'environnement humain », « facilitateur », « [l'environnement humain] est-ce qu'il peut être guidant, est-ce qu'il peut être encadrant », « environnement physique », « accessibilité », « environnement social ».

3.3 Thème 3 : Analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin.

L'objectif du questionnement du thème 3 (Cf annexe 9 p.XLI) est de comprendre si l'ergothérapeute envisage différentes solutions, de comprendre s'il étudie les conséquences de chacune d'elles pour la personne, en s'appuyant sur son analyse globale de la situation.

Les sous-thèmes abordés sont : conséquences de l'agir (conséquences sur les activités), exploration des options/scénarios de solutions et examen en profondeur l'option sélectionnée.

L'ergothérapeute A aborde le premier thème de lui-même : « quelles seront les conséquences du retrait du fauteuil roulant électrique sur sa vie, ses occupations (...) ses activités ». Puis il développe : « les conséquences pour la personne, c'est que, plus on limite son activité, sa participation, moins il est heureux, moins il s'épanouit ». Il précise que « c'est chacun qui dit les conséquences que ça a pour lui. C'est pas nous qui les inventons à la place de la personne. »

Concernant le second sous thème, l'ergothérapeute A mentionne que « L'idée c'est de maintenir le fauteuil le plus longtemps possible ». Puis les termes employés au sujet de l'exploration des scénarios sont : « quand on fait un choix, il faut qu'il soit réalisable » et cela implique des « moyens humains, techniques, environnementaux pour que euh, ce soit adapté à la situation. A l'environnement [...] », « il faut tenir compte de ces difficultés-là de l'institution, organisationnelle et environnementale. »

Et enfin dans le troisième sous thème, les éléments abordés sont : « je le fais pas seule, ça se fait en équipe », « les événements sont rapportés par euh les équipes éducatives », « On essaye de recueillir des faits, on analyse les faits », « arriver à justement euh, maîtriser la connaissance, avoir une bonne connaissance de tous ces éléments-là. Et après on émet une hypothèse. » puis « le médecin rééducateur dit je valide. » et ensuite, « Première solution : on essaie ça. On le fait, on observe, on suit, on voit ce que ça fait. ». L'ergothérapeute A envisage ce qui pourrait déboucher de son action : « Si le risque diminue et que les activités sont facilitées, que la décision est partagée ; si le risque semble acceptable euh (...) et que tout le monde est bien informé et ben on décide que le risque est acceptable »

L'ergothérapeute B évoque la problématique de la diminution de la stimulation motrice en lien avec la mise en place d'un FRE. Il parle de « La peur qu'on a quand on passe quelqu'un en fauteuil roulant électrique » et du fait que « que la personne perde ses capacités motrices ou se déconditionne au niveau musculaire. »

Il explore les options en expliquant que « la proposition doit être un compromis, doit être un juste milieu entre les souhaits du résident, ses capacités et les contraintes institutionnelles. (...) ». Il souligne que « une proposition qui peut être faite par l'ergo seul, mais qui doit impérativement être validée en équipe pluridisciplinaire. (...) Et qui doit être diffusé au personnel (...) n'ayant pas participé à la prise de décision. ». Puis il expose les différentes solutions qui s'offrent à lui : « les différentes options elles sont (...) restreintes. (...) C'est soit le retrait, pur et simple, soit le maintien partiel, sur un temps donné, avec des personnes données, ou le maintien complet, en toute autonomie. (...) Généralement on a que trois solutions. ». Il envisage de plus les alternatives en cas d'échec de la proposition sélectionnée : « il faudra lui proposer une solution alternative pour maintenir son autonomie », « Trouver une solution alternative pour compenser cette dépendance aux déplacements. ». Il évoque la place du résident en soulignant qu'il faut « le respect de ces décisions, lui offrir finalement, des choix, et respecter ses décisions. »

Au sujet de l'examen approfondie, il est dit que « on va évaluer le rapport risque bénéfice », Il explicite : « les bénéfices qu'apporte le maintien du fauteuil électrique. », « Mais (...) on a un risque. ». Il développe les bénéfices : « ça participe au maintien de l'autonomie, à des déplacements en toute liberté, amélioration de l'état thymique, baisse des troubles comportementaux (...) », puis il explicite les risques : « Un risque pour la personne, un risque pour les résidents autour de la personne et un risque aussi matériel (...) au niveau de l'institution. »

L'ergothérapeute C envisage les conséquences de l'agir à travers les extraits de son discours : « en toile de fond on a toujours, qu'est-ce qu'il ne pourra pas faire ? », « Est-ce que ça [le retrait du fauteuil] ne va pas jouer avec ces capacités d'interactions avec les autres ? », « qui viendra vers moi et du coup quelle sera ma communication à ce moment-là et quel sera mon [...] environnement social ? », « et du coup voilà, en toile de fond on a euh, quelle seront ses occupations s'il n'a plus ça, sa participation sociale aussi. (...) ».

L'ergothérapeute C explore les options, cela est mis en avant dans son discours à travers les extraits suivants : « est-ce qu'on signe ou est-ce qu'on signe pas le certificat d'aptitude à la conduite et donc euh, est-ce que oui ou non il a un fauteuil roulant électrique ? ». Il conclue en disant « il faut avoir envisager tous les scénarios possibles et surtout pas être tout seul, en discuter avec l'équipe. (...) Avec l'équipe et avec le médecin puisque ce sera le prescripteur. ». Enfin, l'examen en profondeur de l'option sélectionné est mis en évidence dans le discours de l'ergothérapeute C à travers « il faut avoir pris en compte et accompagné tout ce qu'il ne

pourra plus faire si on enlève le fauteuil roulant électrique. », « il faut se faire les deux scénarios ». Puis les deux scénarios sont examinés : « Avec un fauteuil roulant électrique, il pourra faire tout ça, mais par contre, peut être qu'il mettra en danger euh, des personnes parce que sa conduite sera pas hyper efficace » puis, « . Et, s'il a pas de fauteuil roulant électrique, quel sera son rendement occupationnel ? Quelles seront ses occupations ? Euh, est-ce que c'est une injustice de lui enlever ce fauteuil-là ? Est-ce que vraiment on part vers un désert occupationnel et du coup, à ce moment là (...) »

3.4 Thème 4 : Description des moyens mis en œuvre.

L'objectif de l'étude de ce thème (Annexe 10 p.XLIV) est d'identifier si le professionnel planifie ses actions et informe les personnes concernées et de comprendre par quels moyens l'ergothérapeute met en œuvre son action.

Les sous thèmes proposés sont : information des personnes concernées et mise en œuvre.

L'ergothérapeute A aborde le premier sous thème dans son discours, cela est appuyé par les éléments suivants : «il faut que tout le monde soit informé et ce qui est important, c'est d'être cohérent. ». Il parle des difficultés qu'il rencontre « la difficulté c'est toujours les gens qui soit sont pas informés, soit ne sont pas en accord avec la décision d'équipe et ne l'applique pas. ». Il évoque les acteurs de l'information : « C'est le médecin qui dit bah on va faire ça ». Il explicite les différents canaux par lesquels l'information transite : « il [le médecin] informe via le dossier du résident, euh, les réunions de transmissions. ». Il liste les personnes qui doivent être informées : la direction, le chef de service, l'équipe [soignante], l'éducateur, le médecin l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, les infirmier, l'équipe para-médicale. Il souligne le fait que « l'information passe, soit diffusée largement. Il faut que ce soit repris aussi, pour que la décision soit acceptée et comprise ».

Concernant la mise en œuvre de l'action, l'ergothérapeute A expose que : « il faut arriver à trouver un compromis avec elle [la personne]. » puis « par moment on est obligé de marquer le fait que ben, en cas de danger on coupe la commande autonome du fauteuil provisoirement »,.. Il ajoute « on peut dire beh pendant deux trois jours euh ... Il conduit plus. », « on va pas prêter un matériel tout de suite, ça ne permettra pas de travailler sur la prise de conscience des difficultés. On le laisse trois jours en commande tierce personne, et après on en reparle. ». L'ergothérapeute A expose ensuite que « « L'idéal c'est qu'il participe et qu'il valide la décision aussi. », « La décision elle n'est prise contre lui et sans lui qu'en cas de danger grave

et imminent. (...) Sinon elle est faite avec lui et elle est faite lorsqu'il y a un incident », « c'est très progressif, c'est pas soudain en fait », « il y a des mauvais conducteur (rire) qui sont quand même connus. ». Il parle également de « mise en situation » et de leur défauts « rien que de me voir c'est un rappel à l'ordre et ça va changer le comportement. », des « adaptations ». Puis il expose une certaine chronologie : « premièrement d'assurer qu'avec nous c'est faisable, en séance d'entraînement », « Si déjà il passe se cap là bon beh très bien [...] on sait qu'il est capable ». L'importance des observations des collègues est mise en avant : « les nôtres [les observations] ne valent rien si elles ne sont pas confirmées par les autres. ». Enfin, il dit que « il faut prouver les choses, faut lui faire prendre conscience des choses, des difficultés, il faut le prouver, il faut se justifier il faut ... tout le temps, tout le temps. » et qu'il faut « ré-évaluer régulièrement ».

L'ergothérapeute B, au sujet de l'information des personnes concernées, évoque le fait que « que sur le retrait finalement il y aura juste une action d'information ». Puis il précise le mode de transmission des informations « information verbale, une information écrite, mise dans le plan de soin (...) ». Plus tard il dira que selon l'option choisie, « on multipliera les informations par tous les canaux possibles euh (...) »

Lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre de l'option sélectionnée, l'ergothérapeute B dit que « C'est toujours un compromis entre les capacités du résident, ses souhaits, les contraintes institutionnelles. », « Il y a forcément aussi une période de test », « vérifier que nos observations (...) sont pertinentes, ou nos propositions sont pertinentes », « « En cas du maintien du fauteuil, c'est important que les équipes sachent pallier les problèmes les plus courant qu'on rencontre avec un fauteuil électrique », « apprendre au résident, aussi, ». Il liste également les actions qu'il estime devoir apprendre aux équipes et au résident concerné et précise « c'est important que le résident sache le faire mais que les équipes aussi aient quelques notions ».

L'ergothérapeute C évoque concernant l'information issues des « observations de l'équipe pluridisciplinaire autour de la personne aussi, parce qu'en lieu de vie on a quand même la chance d'avoir ça », il faut qu'elles soient communiquées à travers les « transmissions ». les personnes pouvant générer l'information sont « entre professionnels, non professionnels, enfin voilà, ce que un petit peu tout le monde a pu observer et qu'est-ce qu'il se passe du coup. »

Dans le sous-thème mise en œuvre, l'ergothérapeute C évoque la mise en place d'une « période de probation », un « retrait progressif », « pas quelque chose de brutal ». Elle interroge :

« comment on identifie avec cette personne les moments où elle pourrait utiliser son fauteuil et les moments où elle pourrait pas. », « comment on adapte l'activité ». Les acteurs mentionnés sont : l'équipe, l'environnement social, l'environnement non professionnel, la personne. Ces acteurs aident à « définir des modalités » pour la mise en œuvre de l'action, comme « qui l'accompagne ». Il est dit que ces modalités sont déterminées à la suite de « mises en situation », d'observation et de ce « qu'on a mine de rien surveillé »

3.5 Thème 5 : Analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action.

Ce thème (Cf annexe 11 p.XLVIII) avait pour objectif d'identifier si l'ergothérapeute analyse les effets attendus et inattendus de la mise en œuvre de son plan d'action, d'identifier si le dilemme moral est résolu par la mise en œuvre des propositions d'action du thérapeute ainsi que d'identifier les éléments appris et transférables dans ces situations.

Les sous thèmes défini sont : résultats observables, réponse au dilemme éthique initial et éléments appris lors de la confrontation à cette situation.

L'ergothérapeute A dit au sujet des résultats observables qu'il faut s'interroger : « Est-ce que pendant trois jours elle était contente ou pas ? Est-ce qu'elle a trouvé un bénéfice ne pas conduire son fauteuil ? Parce qu'il y avait toujours du monde à côté d'elle ? et que du coup il était moins seul ? Est-ce que au contraire, le fait de pas avoir d'intimité c'était une torture ? » elle rajoute qu'il faut « comprendre euh ... quelle est l'incidence de la privation de fauteuil autonome pour la personne ». Elle conclue en disant que quels que soient les résultats observables, « chaque situation est unique et chaque décision l'est pour un instant T aussi hein. C'est jamais définitif. »

Concernant la réponse au dilemme éthique, l'ergothérapeute A dit que le dilemme sera résolu après avoir trouvé la réponse aux interrogations suivantes : « Comment est le résident, son moral euh, quelles sont les activités qu'il réalise ou qu'il ne réalise pas. Est-ce qu'il est satisfait de sa vie, son état de santé, et après sa sécurité évidemment. ». Il est dit de façon explicite : « la pertinence de l'action c'est (...) est ce qu'elle est acceptée par la personne, est-ce qu'il l'a comprise, (...) est-ce que le temps de suppression de, de, d'autonomie dans les déplacements est adapté, est-ce que c'est définitif, est-ce que c'est provisoire, euh (...) voilà, quelle incidence ça a sur lui quoi je dirais ».

Concernant les éléments appris, l'ergothérapeute A énonce « Si des gens n'ont pas un comportement ou une attitude conforme à ce qui a été préconisé, c'est toujours violent pour le

résident. C'est toujours lui qui paye la facture hein, quoi qu'il arrive. » ou encore « [le fait de rencontrer souvent ces situations] ça nous aide à toutes les étapes », « (...) La finesse [des observations de l'équipe] », « ils [l'équipe soignante] vont le diffuser davantage. Parce qu'ils ont l'idée que si on le traite pas au départ la situation va devenir de plus en plus critique, que ça va pas s'améliorer », « les éléments remontent plus vite. » puis « c'est bénéfique », « on arrive à avoir plus d'éléments, à les analyser de façon plus exhaustive ». Ensuite on trouve « expérience », « avoir en mémoire des situations et donc des raisonnements » « bibliothèque de situations possibles, de raisonnements possibles, d'éléments à aller chercher » ; « ça nourrit le raisonnement », « être plus vigilant sur le temps » ou alors « tous les paramètres sont plus affinés en fait ». Enfin dans un dernier extrait, il est mentionné le fait que « une situation se pose, je fais une recherche euh (...) pour trouver des éléments pour la résoudre », « élargir nos connaissances » et pour finir il ajoute « On sait quels éléments à aller chercher, trouver les difficultés et arriver à les préciser. »

L'ergothérapeute B, à propos des résultats observables, « modification, d'altération de l'état général, que ce soit cognitif, sensoriel, moteur ou comportemental », il précise que la décision est soumise à réévaluation en cas de modification de ces critères observables.

L'ergothérapeute au sujet de la réponse au dilemme éthique initial estime que les critères pour que le problème soit résolu sont : « le premier critère qui objective la pertinence de l'action c'est la mise ou non en danger. », « un autre critère est l'autonomie (...) le maintien de l'autonomie qui va favoriser la participation aux activités. » « maintien de l'autonomie tant sur le plan cognitif que sur le plan moteur. », « baisse des potentiels troubles du comportement ». Il dit également « remplir l'objectif du résident, à garder l'aspect sécuritaire, et à obtenir aussi l'accord de la direction [...] Il faut que les trois conditions soient remplies ». Et pour finir, il classe les critères par ordre d'importance suite à la relance qui lui a été faite. Il en ressort : « le premier c'est la sécurité », « deuxième aspect : maintien de l'autonomie », « en dernière intention, l'aspect financier et matériel en lien avec le cadre institutionnel ».

Lorsque le sujet des éléments appris est évoqué, les éléments faisant échos à ce sous-thème dans le discours de l'ergothérapeute B sont : « Evidemment. On ne peut pas systématiser la réponse sur ce genre de problématiques. », « à partir du moment où on multiplie les situations problématiques et on a déjà réfléchi en amont à la méthodologie, aux pistes de réflexion, aux propositions qu'on peut faire ou même à la discussion qu'on aurait déjà eue avec la direction. » ou encore « confronté à nouveau à ce cas de figure, la prise de décision sera beaucoup plus rapide, beaucoup plus facile, parce qu'on aura déjà expérimenté »

L'ergothérapeute C évoque les résultats observables : « comment va la personne », « est-ce qu'on avait anticiper ou pas comment elle allait réagir ? euh, est-ce que c'est quelque chose qu'on avait pas du tout prévu ? (...) », « la conduite se fait sans danger ? », « bénéfiques à être dans cette conduite probatoire ? », « a pris conscience de l'enjeu ? », « quel est le retour que la personne nous fait ? Est-ce qu'il vient toujours nous voir ? est-ce qu'on a perdu le contact relationnel ? » et précise qu'il faudra réévaluer ces critères.

A propos de la réponse au dilemme éthique, elle est rapidement évoquée via la phrase « est-ce que l'action a réglé le problème finalement. »

Enfin concernant les éléments appris, l'ergothérapeute C déclare « Je pense qu'on devient plus costaud dans l'analyse. », « réflexes », « compétences », « facond'analyser la situation », « on apprend », « toutes les décisions qu'on a prises ne sont pas transférables à tout le monde. En revanche, sur la démarche, oui, bien-sûr, on devient un petit peu expert au fur et à mesure », « savoir faire », « savoir être », « processus de réflexion transférable », « méthode d'analyse est transférable », « on panique moins ».

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats.

Pour rappel, la problématique pratique est « Comment les ergothérapeutes raisonnent-ils pour prendre des décisions dans le cas de problèmes complexes en lien avec la préconisation de FRE ? ».

La problématique théorique est « quels sont les éléments sur lesquels s'appuient les ergothérapeutes pour raisonner de façon globale dans le cadre de situations complexes où l'utilisation d'un Fauteuil Roulant Electrique serait remise en cause ? »

Si on interprète les résultats par thème, voici ce qui ressort de l'interprétation des entretiens :

Concernant le thème un, le dilemme éthique semble avoir été identifié par les ergothérapeutes interrogés. Les valeurs sont évoquées mais n'ont pas été approfondies de la même façon selon les entretiens. De ce fait, il n'apparaît pas de façon évidente une ou des valeurs communes aux trois ergothérapeutes interrogés.

Pour le thème deux, les différents éléments de l'analyse globale ont été abordés dans les trois entretiens. On note malgré tout qu'ils ont été plus ou moins développés. L'être, l'agir et l'environnement ou encore l'activité, la personne et l'environnement sont tous pris en compte, dans les trois entretiens. Cette triade semble être utilisée dans le but d'avoir une analyse qui tiendra compte de l'ensemble des paramètres impactés par l'activité déplacement en fauteuil roulant électrique.

Puis, à propos du thème trois, il semble en effet que l'ergothérapeute envisage les différents scénari qui s'offrent à lui ainsi que les conséquences sur l'activité et les occupations de chacun d'eux pour la personne, dans son environnement. On peut donc dire que, après avoir observé la situation à l'instant T, les ergothérapeutes se projettent dans différentes issues, en s'appuyant sur leur observation globale de la situation. Ils évaluent alors les bénéfices et les risques. Aucun outil n'est cependant mentionné.

Au sujet du thème quatre, la notion d'information des personnes qui sont directement ou indirectement impliquées dans la situation, a été évoquée dans tous les entetiens. On souligne l'importance de l'équipe pluri-disciplinaire. Il semblerait que les ergothérapeutes tiennent à inclure la personne et son environnement humain, dans l'objectif de favoriser l'application des preconisations faites. Tout cela est fait dans le but de favoriser la mise en place de l'action. En

effet, sans l'accord et la coopération des acteurs de la vie quotidienne, la mise en œuvre des actions proposées semble compromise.

De plus on note l'apparition de la notion de chronologie. En effet, les ergothérapeutes semblent commencer à envisager la répartition de leur action dans le temps et à les planifier par étapes. A chaque étape, on se pose une question qui permet, selon la réponse, d'accéder à l'étape suivante ou non.

Quant au thème cinq, d'après l'interprétation des entretiens on peut dire que les ergothérapeutes observent les résultats qu'ils soient attendus ou non. Ils réévaluent la situation à l'instant T, c'est-à-dire après mise en œuvre de l'action. Selon les résultats leur action prend fin ou bien ils découvrent d'autres problématiques auxquelles ils pensent pouvoir répondre et reprennent alors leur processus de raisonnement.

Les ergothérapeutes estiment que plus ils sont confrontés à ce genre de situation, plus il leur est facile de résoudre les problématiques rencontrées, malgré le caractère unique de chacune d'elles. De plus, dans leur discours des généralités apparaissent, comme s'ils avaient acquis des connaissances en étant confronté à ces situations. On distingue ces généralités des apprentissages réalisés par le biais de recherches, ou encore des apprentissages fait par le biais de l'expérience.

Finalement, en lien avec la problématique pratique, il est difficile de démontrer le raisonnement des ergothérapeutes mais les entretiens mettent en évidence la redondance de certains éléments clefs du raisonnement. Le raisonnement évolue au cours du temps avec l'expérience et les apprentissages. En lien avec la problématique théorique, le dilemme lié au maintien ou au retrait du fauteuil persiste dans toutes les situations et met parfois à mal les valeurs des ergothérapeutes. Aucun modèle n'est cité pour parrer à l'embarras généré par ce dilemme. La balance bénéfice risque est évoquée à plusieurs reprises, mais une fois encore, aucuns outils, aucunes échelles ne sont cités. Ainsi il semblerait qu'une part de subjectivité persiste. De plus, les institutions ne semblent pas toutes avoir le même seuil de tolérance face au risque que peut représenter une conduite plus ou moins maîtrisée du fauteuil roulant électrique.

4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche.

Les éléments de réponse à l'objet de recherche semblent donc avoir été mis en évidence.

Il semble que dans le cadre de situation complexe de préconisation de FRE où le maintien du FRE serait remis en cause, les ergothérapeutes identifient un dilemme éthique. Ce dilemme se rapporte à la fois à leurs valeurs et leurs missions ainsi qu'à la balance entre les bénéfices et les risques. L'utilisation d'un FRE semble pouvoir avoir un impact positif sur la vie d'une personne tant sur le plan occupationnel que social. Cependant le FRE est une aide technique qui présente de nombreux risques si elle est mal maîtrisée.

Ils semble que les ergothérapeutes s'interrogent, et leur raisonnement s'appuie sur des informations identifiées et similaires. Une part de spécificité des informations recueillies persiste du fait des particularités du lieu d'exercice en lien avec les problématiques spécifiques de la population reçue, ou encore en lien avec la tolérance de chaque institution.

On remarque qu'une certaine chronologie se dessine dans les entretiens, on pourrait identifier notamment une phase d'évaluation, une phase d'analyse des éléments recueillis lors de l'évaluation, une phase de projection dans l'avenir, une phase de test et enfin une phase de réévaluation. Ce système n'apparaît pas comme un système linéaire mais plutôt comme une boucle qui peut être reprise jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant. Par exemple, si les résultats de la réévaluation ne sont pas satisfaisants, il faut refaire une évaluation, puis une phase d'analyse et donc une phase de projection puis de test et enfin une réévaluation.

En lien avec l'apparition de ce modèle circulaire de raisonnement, il est dit que les décisions prises ne sont pas définitives, et que seul un danger imminent et grave peut entraîner un retrait immédiat du FRE. En dehors de ce cas de figure, il semblerait que c'est un raisonnement qui prend du temps, sans doute en lien avec le dilemme qu'il pose. Ce temps important montre la volonté des ergothérapeutes de prendre une décision réfléchie en lien avec les conséquences importantes que peut avoir cette décision.

L'ergothérapeute semble également beaucoup compter sur les autres acteurs de la prise en soin ainsi que sur l'environnement familial lorsqu'il est présent. Il a besoin de récolter des faits issus de situations réelles et écologiques et ne peut souvent pas les observer lui-même.

Plus le nombre de situations complexes rencontrées est élevé, plus l'ergothérapeute peut affiner son raisonnement. Les apprentissages semblent être nombreux et importants dans chaque situation rencontrée.

4.3 Discussion des résultats

Malgré l'obtention de résultats, ces derniers doivent être lus et compris dans leur contexte car ils présentent un certain nombre de limites.

Dans un premier temps, les résultats présentés exposent les réponses d'un très petit nombre d'ergothérapeutes, ainsi ils ne sont pas généralisables bien qu'ils puissent montrer une tendance.

De plus l'intervieweur n'est pas habitué à faire passer ce genre d'entretien, cela impacte notamment la qualité des relances. De ce fait, les entretiens ne sont pas détaillés au même niveau.

En outre, les ergothérapeutes sont interrogés d'après une grille d'entretien fondée sur des apports théoriques ciblés objectivement par le chercheur. Le sujet n'est abordé que selon les thèmes que le chercheur estime intéressants pour son objet de recherche. Ainsi les éléments de réponses apportés ne sont pas exhaustifs.

L'année d'obtention du diplôme ainsi que le nombre d'années d'exercice auraient pu être demandés afin d'avoir une meilleure visibilité sur l'évolution de la pratique de l'ergothérapie. En effet, les sciences de l'occupation sont souvent mises en avant dans cet écrit, or il s'agit d'une discipline récente. Ainsi il aurait été intéressant de comprendre comment cela impacte le vocabulaire professionnel et surtout la pratique.

Concernant la méthode d'analyse par thème, elle permet de clarifier le discours mais a le défaut de le cinder en différentes parties. Il est parfois complexe de faire état du sens global de la pensée de l'ergothérapeute lorsque ces propos sont re-découpés.

Un sous-thème a été ajouté dans le thème 1 afin de mettre en évidence les spécificités du dilemme en lien avec le contexte d'intervention.

De nouveaux sous-thèmes auraient pu être créés dans le thème 5 au sujet des différents types d'apprentissages réalisés après rencontre d'une telle situation.

4.4 Critique du dispositif de recherche.

La revue de littérature française et internationale semble peu exhaustive. Le sujet étant très vaste, de nombreuses lectures ont été effectuées mais ne peuvent être mises en avant dans le cadre de la revue de littérature. En effet, l'ensemble de ces lectures a permis un cheminement amenant à des lectures plus pertinentes et en lien direct avec la problématique choisie. Sur le plan méthodologique, le fait d'avoir procédé à une sélection des articles de cette façon peut présenter une limite.

Dans la pré-enquête, les consignes ne semblent pas avoir été suffisamment pensées en amont. En effet dans la construction de l'outil, il n'a pas été imposé de répondre à toutes les questions, ainsi un ergothérapeute a sauté la question 4.

De plus, à la question 5, la mise en forme du questionnaire n'a pas permis d'obtenir des réponses selon le classement attendu. Un ergothérapeute a ainsi classé plusieurs propositions au même rang alors que l'attente de la part de l'enquêteur était qu'il classe chaque item de 1 à 4 sans possibilité d'ex aeco.

De nombreux termes clefs sont employés par les ergothérapeutes interrogés, sans que leur définition et leurs représentations en lien avec ce terme leur ait été demandés. Ainsi le « risque » le « danger » la « sécurité » ou encore la « perte du déplacement » qui sont des éléments centraux, ne sont pas explicités et cela pourrait biaiser les résultats.

Concernant la passation des entretiens, ils n'ont pas été réalisés dans des conditions identiques (deux sur le lieux de travail, un au domicile de l'ergothérapeute interrogé).

De plus, toutes les relances ne sont pas identiques, elles ont été faites pour tenter d'étoffer les réponses mais finalement cela pourrait représenter un biais.

Le manque d'habitude à la passation d'entretiens rend la prise de recul immédiate et la relance spontanée complexes. Malgré la prévision de questions de relance, cela n'a pas suffit.

Pour analyser les résultats, une étude quantitative pourrait être effectuée afin de cibler les mots clés qui ressortent le plus souvent, ou encore les thèmes qui sont le plus largement abordés.

Enfin, parmi les ergothérapeutes interrogés, deux exercent en MAS accueillant un public adulte, un travaille en EHPAD, accueillant donc des personnes âgées. Aucun professionnel exerçant au sein de structure accueillant des enfants n'a été interrogé. Cela pourrait être intéressant, d'autres problématiques spécifiques à ce type de public pourraient émerger et enrichir la recherche.

4.5 Transférabilité et propositions.

4.5.1 Transférabilité

Cette étude propose de comprendre les raisonnements des ergothérapeutes lorsqu'il s'agit de réaliser des préconisations de FRE lors de situations complexes.

La transférabilité des résultats de cette étude semble possible mais limitée. Les éléments sur lesquels s'appuient les ergothérapeutes peuvent être utilisés quels que soit les situations

rencontrées. Ce sont des critères, généraux et donc transférables. En revanche on note le fait que des problématiques spécifiques émergent en fonction du public concerné. On retrouve les problématiques spécifiques du vieillissement, on suppose qu'il y aurait des problématiques spécifiques en lien avec l'acquisition du FRE chez les moins de 18 ans. De plus, les contraintes institutionnelles varient et les possibilités d'actions ne sont donc pas identiques.

Concernant les modèles théoriques exposés (Modèle de l'Occupation Humaine et modèle de résolution de problème) ils sont transférables à l'ensemble des situations que peut rencontrer un ergothérapeute car ce sont des modèles généraux. En revanche il faudra les maîtriser et les nuancer en étudiant d'autres modèles, afin de s'assurer de leur pertinence et du fait qu'ils sont les plus appropriés par rapport à ce que l'on cherche à analyser ou à comprendre. Les modèles permettent d'ordonner le raisonnement et de clarifier le recueil de données, afin de pouvoir en faire une analyse plus pertinente.

Malgré cette transférabilité qui n'est pas parfaite, les lecteurs pourront prendre connaissance du fait que d'autres ergothérapeutes sont confrontés à ces situations. L'information est la première étape pour amorcer une réflexion, une analyse de leur pratique et une remise en question. Cela peut donc participer à initier une démarche d'enrichissement et de volonté de faire évoluer la pratique professionnelle.

4.5.2 Propositions

Ce travail pourrait donner lieu à la mise en place de groupes de travail et de groupes de réflexion qui permettraient de créer une proposition de schéma de raisonnement, comme un arbre décisionnel ou un logigramme. Paradoxalement, le logigramme permet d'appliquer une procédure. Or les problématiques complexes, par définition, ne peuvent pas être résolues par l'application d'un protocole. Mais, le fait de créer une trame de raisonnement, qui serait protocolisée, permettrait de prendre du recul sur les situations, et sur la mise en œuvre des propositions d'actions. En effet, après réalisation de cette étude, il semble qu'il n'est pas possible de standardiser des réponses ou des actions concrètes qui permettraient de solutionner la situation complexe. Cela est lié au fait que ces réponses et ces actions sont spécifiques à chaque situation. En revanche, standardiser une trame de raisonnement spécifique aux situations complexes de préconisation de FRE permettrait :

- d'être sûr de balayer l'ensemble des paramètres dont il faut tenir compte et ainsi avoir une analyse globale, holistique.

- mettre en avant les questionnements clés auxquels il faut répondre afin de pouvoir concevoir et mettre en œuvre une proposition d'action.

Ce travail pourrait également permettre de diffuser les modèles étudiés. Le Modèle de l'Occupation Humaine est un modèle connu et édité en plusieurs versions, cinq au total. Il a évolué et cela peut laisser penser que c'est un modèle fiable.

Le modèle de résolution de problème proposé par le COTEC semble avoir été moins étudié. De plus, il a été construit en même temps que le code d'éthique européen. Ce code d'éthique a lui-même été conçu dans l'objectif d'être repris par les associations nationales des pays européens. Cependant, en France, l'ANFE propose de se fier au code éthique des médecins, il n'en existe pas de spécifique aux ergothérapeutes. L'étude de ce modèle pourrait donc promouvoir la création d'un code éthique des ergothérapeutes Français.

Enfin, ce travail pourrait inviter des professionnels à publier des articles afin de faire état des situations qu'ils rencontrent, de leurs difficultés et des éléments de réponses qu'ils ont trouvés au sein de leur structure. Dans la littérature anglophone, il existe des articles qui exposent ces situations, moins en ce qui concerne la littérature francophone. Faire des publications pourrait permettre de rendre compte de la situation et inciterait, si il s'agit d'un sujet vif, à créer des outils ou des groupes de travail.

4.6 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.

Cet écrit apporte un début de réflexion sur le processus de raisonnement des ergothérapeutes dans le cadre de préconisation de FRE en situation complexe. Il n'en reste pas moins une ébauche de recherche réalisée sur une population d'ergothérapeutes restreinte, les résultats ne sont donc pas généralisables.

Cette recherche pourrait être envisagée à plus grande échelle, au niveau national par exemple, en utilisant une méthode de recherche qui permettrait une étude quantitative et une généralisation des résultats.

Dans le but de mieux interpréter de potentiels résultats d'une recherche plus poussée, il semblerait intéressant de mener une recherche sur les représentations du risque auprès des ergothérapeutes interrogés mais également auprès des directeurs d'établissement afin de comprendre les nuances qui apparaissent au sujet de leur tolérance face au risque.

Comme évoqué dans la première partie, la consultation d'un ergothérapeute pour l'acquisition du FRE n'est pas forcément nécessaire. D'une part parce que cela peut être fait par un médecin et un kinésithérapeute, sans l'intervention d'un ergothérapeute. D'autre part parce que la consultation de professionnels est nécessaire uniquement si la personne souhaite obtenir un remboursement de la part de la sécurité sociale. Si la personne a des ressources financières suffisamment importantes, elle pourra acheter un FRE auprès d'un revendeur de matériel médical, qui ne pourra, de toute façon, pas s'opposer à la vente.

Une autre limite de cette initiation à la recherche, est qu'elle est informative, elle fait état d'une situation de terrain et essaye de la comprendre, sans pour autant apporter de réponses applicables. En effet il n'y a pas de proposition d'outils ou autres moyens de répondre à ces problématiques.

Enfin, les perspectives de recherches pourraient mener à l'élaboration et à la validation d'un outil complet et réaliste afin de pouvoir être utilisé sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) OMS. Vos questions les plus fréquentes. 2018 .[En ligne]. <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/> .Consulté le 04 novembre 2017.
- (2) ANFE. La profession. Definition 2017 .[En ligne]. <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> .Consulté le 03 mars 2018.
- (3) Llorca G. Du raisonnement médical à la décision partagée : Introduction à l'éthique en médecine. Clamecy : Med-Line Editions; 2003 : 288p.
- (4) Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. 2^{ème} édition. Lausanne : EESP ; 2010 : 217p. (Les cahiers ; n°45)
- (5) Pierce D, Morel-Bracq M-C. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Bruxelles : De Boeck supérieur ; 2016 : 364p.
- (6) Meyer S. De l'activité à la participation. Bruxelles : De Boeck Solal ; 2013 : 274p.
- (7) Backman C. Occupational balance: exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being/Equilibre occupationnel: explorer les liens entre les occupations quotidiennes et leur influence sur le bien-etre. Canadian journal of occupational therapy. Volume 71 n°4. 2004 : 202p. [En ligne] https://univ-amu.summon.serialssolutions.com/#!/search?bookMark=ePnHCXMwTV3JTSMwEI1QDwX6DWhO3Cyaxa7NDaEi7nCvvExopCqhWT6Xf2HGlcFH27NikSW_sV_m3WUbjlvxhh9z81wYQvSbiEC1qAj9blf6hSzVbfaT9tIFx2w-j8-AC_8MCAVBv9DCzs33AFGEB4Kl6h-61Zvm2wDxch2aRd4Duhb4Ckw4pFhPx-vEPWt7TPxavCzpsIcLDkDQj6LFrpJxnOa4Tt3YzEwsMhlpfUrTDROHAecGAsl_R9-CCsn77OPt-Pn6Lv7kDcSXrJSwTtLhL41XKpiylMqg0-

h1HYI2e1scsDj4An3QtTNVrZzVXrm9rwmkGM1yDA9zVD5JTrwdx956lpVkmYKc-5o-Jgbzb5Xrfj69_Bv-ApGAjDA .Consulté le 03 mars 2018.

- (8) ACE. Modèle privilégié en ergothérapie à l'Ud'O. Ottawa. 1997 [En Ligne] http://sante.uottawa.ca/pdf/formation_mcro_francais.pdf .Consulté le 12 février 2018.
- (9) RIPPH. Modèle MDH-PPH : Concepts clés. 2018. [en ligne] <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/> .Consulté le 23 décembre 2017.
- (10) Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. Arrêté du 15 août 2010 sur le DE d'ergo, référentiel de compétences. JORF n°0156 du 8 juillet 2010 page 12558 [En ligne] <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf> .Consulté le 19 janvier 2018.
- (11) Ministère de la santé et des sports Diplôme d'Etat d'ERGOTHERAPEUTE Annexe I : Référentiel d'activité. JORF n°0141 du 6 décembre 2008 page 10987 [En ligne] <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/09/ERGO-Annexe-I-Activit%C3%A9s-1.pdf> .Consulté le 7 février 2018.
- (12) ANFE. Dossier ergothérapie ANFE, ergothérapie et aides technique. Audition parlementaire du 12 juin 2008. 2008. p16.
- (13) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Arrêté du 21 mars 2002 relatif à la nomenclature et aux tarifs du titre IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. JORF n°077 du 31 mars 2002. p. 5724. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-13/a0131276.htm> .Consulté le 15 mars 2018.
- (14) Péron V. Le fauteuil roulant/fauteuil roulant électrique, pour le maintien de la mobilité ?. Revue Ergothérapie. 2012 ; n°47 : p. 39-45

- (15) Wang RH et Holliday PJ et Fernie GR. Power mobility for a nursing home resident with dementia. AJOT . 2009. Volume 63. p.765-771
- (16) Mendoza R. et Pittenger D. et Weinstein C. A protocol for assessment of risk in wheelchair driving within healthcare facility. Disability and Rehabilitation. 2003. Volume 25. p.520-526
- (17) Peirera-Milhiet B. et Passieux C. et Lemaire M. et Martin C. Consultation d'évaluation à l'utilisation du FRE. Revue Ergothérapie. 2012 ; n°47 : p. 31-38
- (18) Dorlet MJ. Et Desormeaux-Moreau M. Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. Bioéthique online. 2014.[En ligne] (<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11335/21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>). Consulté le 09 février 2018.
- (19) Taylor RR, Kielhofner G. Kielhofner's model of human occupation : theory and application. Fifth edition. Philadelphie : Wolters Kluwer ; 2017. p.499
- (20) COTEC. Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines. Athens. 2009. p.19. [En ligne] <http://coteceurope.eu/COTEC%20Docs/Code%20of%20Ethics.pdf> . Consulté le 03 mars 2018.
- (21) Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille : Solal ; 2009. p.174
- (22) Manidi Faes MK. Ergothérapie comparée : en santé mentale et psychiatrie. Lausanne : EESP ; 2006 : p.344. (Les cahiers n°43)
- (23) Eymard-Simonian C, Moncet M-C. Initiation à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison : Edition Lamarre ; 2003. p.243 (Formation cadre de santé)
- (24) Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris : A. Colin ; 2015. p.125

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Pré-enquête	V
Annexe 2 : Grille d'entretien	XI
Annexe 3 : Grille d'analyse d'entretien	XII
Annexe 4 : Entretien A avec l'ergothérapeute A.....	XIII
Annexe 5 : Entretien B avec l'ergothérapeute B.....	XXII
Annexe 6 : Entretien C avec l'ergothérapeute C	XXV
Annexe 7 : Analyse de contenu thème 1.....	XXIX
Annexe 8 : Analyse de contenu thème 2.....	XXXVI
Annexe 9 : Analyse de contenu thème 3.....	XLII
Annexe 10 : Analyse de contenu thème 4.....	XLV
Annexe 11 : Analyse de contenu thème 5	XLIX
Résumé et mots clefs	54
Abstract and key words.....	54

Annexe 1 : Pré-enquête

Question	Réponse A	Réponse B	Réponse C	Réponse D	Réponse E
Dans quel type de structure exercez-vous ?	Maison d'accueil spécialisée recevant des adultes avec handicap moteur principal	Association	Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle	Maison d'accueil spécialisée adultes IMC	MAS
Dans le cadre de l'exercice de l'ergothérapie, avez-vous déjà été confronté à des problématiques complexes en lien avec une préconisation de fauteuil roulant électrique (FRE) ? (Problème complexe : problèmes qui, par définition, ne peuvent être résolus par la seule application d'une procédure standardisée)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Quels sont les éléments de raisonnement sur lesquels	Du côté de la personne : l'observation, l'évaluation et la prise en	Analyse globale de la situation. Pluridisciplinarité. Approche	Intérêt pour la personne, ses capacités, l'autonomie	Approche globale de la situation, évaluation des bénéfices pour les	la personne, l'environnement, l'occupation

<p>vous vous appuyez pour analyser une situation complexe dans le cadre de la préconisation de FRE ?</p>	<p>compte de ses occupations, ses habitudes de vie, son environnement De côté de l'ergo : mes valeurs professionnelles, mon jugement professionnel, et avoir recours à l'équipe Pluridisciplinaire</p>	<p>holistique. Travail d'équipe</p>	<p>et l'indépendance.</p>	<p>occupations de la personne, évaluation des risques en rapport avec les troubles cognitifs et moteurs, jugement professionnel, avoir recours avec pluridisciplinarité (équipes médicale et éducative), observations sur l'ensemble terrain, valeurs et principes</p>	
<p>Pensez-vous qu'il existe une part de subjectivité dans le raisonnement de l'ergothérapeute face à une situation complexe de préconisation de FRE ? Si oui, quels sont les éléments qui la crée ?</p>	<p>Oui, car chaque professionnel ergothérapeute aura une sensibilité différente, une manière d'observer différente, une analyse et une interprétation différente de la situation en fonction de ses valeurs professionnelles, mais aussi des valeurs de l'établissement</p>	<p>Le lien. Le transfert. La projection. L'anticipation. La connaissance de la patho ...</p>		<p>Oui, la relation thérapeutique, la connaissance du résident (vision holistique), expérience professionnelle, contexte de l'analyse de la situation (relation, sensibilité à la situation, valeurs, principes, éthique)</p>	<p>oui. les éléments sont l'éthique (valeurs et principes personnels qui guident mes choix, mes actions, ma vie), le respect de la loi, l'enjeu occupationnel (conséquences d'une perte de déplacement</p>

	ent dans lequel il travaille et les valeurs de l'équipe pluridisciplinaire et du médecin				indépendant et autonome). culpabilité de réduire l'occupation de la personne, de changer sa place dans son environnement (dépendant),
Dans une situation de renouvellement d'un FRE : Une personne a des difficultés grandissantes à conduire, et n'est autonome que dans ses déplacements. Quels éléments considérez-vous alors par ordre de priorité ? (1 le plus prioritaire, 4 le moins prioritaire)	[La sécurité de la personne] = 1 [La sécurité d'autrui] = 4 [L'autonomie de la personne] = 2 [La qualité de vie de la personne] = 3	[La sécurité de la personne] = 2 [La sécurité d'autrui] = 1 [L'autonomie de la personne] = 4 [La qualité de vie de la personne] = 3	[La sécurité de la personne] = 1 [La sécurité d'autrui] = 1 [L'autonomie de la personne] = 2 [La qualité de vie de la personne] = 2	[La sécurité de la personne] = 2 [La sécurité d'autrui] = 4 [L'autonomie de la personne] = 1 [La qualité de vie de la personne] = 3	[La sécurité de la personne] = 1 [La sécurité d'autrui] = 2 [L'autonomie de la personne] = 3 [La qualité de vie de la personne] = 4
Pour quelles raisons ?	La sécurité de la personne est très importante, car préserver l'autonomie	La sécurité est le critère principal moralement et déontologiquement pour moi je ne	L'autonomie et la qualité de vie dépend de la sécurité de la	Prioriser l'approche centrée de la personne, l'autonomie De la personne est	La sécurité si , d'un point de vue de la loi , est

	<p>par la mise en danger est un pari risqué. L'autonomie et la qualité de vie viennent ensuite car ce sont quand même les objectifs de l'ergothérapie.</p>	<p>peux pas imaginer aggraver la situation d'une personne par mon intervention. L'autonomie (ou ici plutôt l'indépendance dans les déplacements) interfère avec la qualité de vie mis ce n'est pas le seul critère a cette qualité donc d'abord la qualité de vie qui comprend l'autonomie en 4 puisque c'est une composante de cette qualité de vie qui peut tout de même être très bonne même avec une autonomie réduite voire nulle.</p>	<p>personne, car selon moi si la personne se mets en danger elle et autrui, ça la limite dans son indépendance.</p>	<p>indispensable car si on lui enlève son FRE la qualité de vie de cette personne sera diminuée et afin qu'il soit en sécurité il faut limiter les risques (étudier les trajets quotidiens, limitation de vitesse et de rotation du FRE)</p>	<p>indispensable à l'attribution d'un fauteuil roulant électrique, (certificat d'aptitude à la conduite), dans une approche client centrée, les conséquences d'une perte d'autonomie et d'indépendance dans les déplacements sont tellement destructrices pour les personnes (santé mentale, projet de vie), que nous adaptons l'environnement (FRE et lieu de vie, information et vigilance du personnel et</p>
--	--	---	---	---	--

					<p>vigilance des résidents)pour permettre le maintien de la conduite du fauteuil roulant électrique, avec une notion de risque partagé par l'institution et l'équipe.</p>
<p>Pensez-vous que la discussion en équipe pluridisciplinaire pourrait vous apporter des éléments facilitant votre prise de décision ?</p>	<p>Pas forcément, car si elles vont à l'encontre de nos valeurs et de notre raisonnement professionnel, cela peut créer des situations de conflit interne pour l'ergothérapeute</p>	<p>Oui +++ INEVITABLE</p>	<p>La prise de décision en équipe est nécessaire dans le cas d'une situation complexe, car chaque intervenant apporte un regard et une analyse différente.</p>	<p>Oui, ça peut permettre d'avoir différents conseils et points de vues, l'ergothérapeute pour moi doit garder ses valeurs, principes, si le résident ne peut plus du tout être autonome dans ses déplacements car il y a des dangers pour lui et pour autrui je ferais en sorte de convaincre l'équipe</p>	<p>Elle est indispensable. La mission de l'ergothérapeute est de compenser par des adaptations la diminution des capacités de la personne, et de former et informer les équipes et certains résidents</p>

				<p>Pluridisciplinaire qu'avec une évaluation des dangers et donc des adaptations qui vont en conséquence il sera possible pour lui d'être En sécurité et de garder son autonomie et donc sa qualité de vie</p>	<p>(ressource) pour maintenir la conduite du fauteuil, et prévenir les risques. La décision finale de maintenir, renouveler le fauteuil , ou limiter son utilisation (dans l'environnement proche par exemple) se fait en équipe médico éducative. (Psychiatre, psychomotricienne, médecin MPR, kinésithérapeute, infirmier, éducateur spécialisé, ergothérapeute , aides-soignants et AMP).</p>
--	--	--	--	--	--

Annexe 2 : Grille d'entretien

Questions	Objectifs
<p>Question inaugurale : <i>Que pouvez-vous dire au sujet de votre raisonnement global lorsque vous êtes confronté à une situation complexe dans le cadre du maintien ou du retrait d'un fauteuil roulant électrique ?</i></p>	<p>Permettre une réflexion inaugurale sur l'objet de recherche. Permettre l'émergence de nouveaux thèmes non abordés dans l'outil théorisé de recueil de données.</p>
<p>THEME 1 : identité et valeurs professionnelles, éthique</p> <p>Q1 : <i>Quels sont les éléments qui rendent cette situation complexe d'après vous ?</i></p> <p>Relance : <i>pensez-vous que cette situation met en conflit des valeurs ? Si oui, lesquelles ?</i></p>	<p>Identifier les critères d'un dilemme éthique. Identifier les valeurs de l'ergothérapeute. Identifier les valeurs communes à tous les ergothérapeutes interrogés.</p>
<p>THEME 2 : Analyse globale de la situation</p> <p>Q2 : <i>Quels ont été les éléments que vous avez pris en compte pour analyser la situation complexe de façon globale lorsqu'elle s'est présentée à vous ?</i></p> <p>Relance : <i>Quels sont les éléments de la personne, des activités et de l'environnement dont vous tenez compte ?</i></p>	<p>Cibler si l'ergothérapeute tient compte des composantes de l'Être et/ou de l'Agir et/ou de l'environnement pour analyser la situation</p>
<p>THEME 3 : Analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin</p> <p>Q3 : <i>À partir de ces éléments, comment avez-vous sélectionné la proposition que vous jugiez la plus pertinente ?</i></p> <p>Relance : <i>Avez-vous envisagé les conséquences des différentes options qui s'offraient à vous ?</i></p>	<p>Comprendre si l'ergothérapeute envisage différentes solutions. Comprendre s'il étudie les conséquences de chacune d'elle pour la personne en s'appuyant sur son analyse globale de la situation.</p>
<p>THEME 4 : Description des moyens mis en œuvre</p> <p>Q4 : <i>Quels actions concrètes avez-vous mises en place pour appliquer la proposition sélectionnée ?</i></p> <p>Relance : <i>pouvez-vous préciser en termes de qui, quoi où et comment ?</i></p>	<p>Identifier si le professionnel planifie ses actions et informe les personnes concernées. Comprendre par quels moyens l'ergothérapeute met en œuvre son action.</p>
<p>THEME 5 : Analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action</p> <p>Q5 : <i>Comment évalué vous la pertinence de votre action en lien avec le dilemme moral initialement posée par cette situation ?</i></p> <p>Relance : <i>Avez-vous ré-évaluer, a posteriori, l'impact de votre action ?</i></p> <p>Relance 2 : <i>pensez-vous que le fait de rencontrer régulièrement des situations complexes peut vous aider à les résoudre ?</i></p>	<p>Identifier si l'ergothérapeute analyse les effets attendus et inattendus de la mise en œuvre de son plan d'action. Identifier si le dilemme moral est résolu par la mise en œuvre des propositions d'action du thérapeute Identifier les éléments appris et transférables à d'autres situations</p>

Annexe 3 : Grille d'analyse d'entretien

Variables	Critères	Indicateurs
Identité et valeurs professionnelle, éthique	Identification du dilemme éthique	Personnes impliquées ; personnes directement concernées par le problème ; niveau d'imputation ; obligation ; devoirs ; responsabilité, éthique, dilemme, patient, résident, usagé, famille, professionnel
	Examen des lignes de conduite	Principes éthiques ; réglementation ; politiques de santé ; législation ; éthique de la profession ; Valeurs : Honnêteté/Transparence ; confidentialité, Engagement, bienfaisance, non-maltraitance, équité, intégrité, utilitarisme, respect de l'autonomie
Analyse globale de la situation	L'agir (L'activité)	Habiletés opératoires, habiletés motrices, communication et interactions, rendement occupationnel, participation, occupations, désirs, besoins, capacités physiques, capacités cognitives
	L'être (La personne)	Volition, capacité de rendement, habitude, déterminant personnels, valeurs personnelles (signifiant, significatif), intérêts/centres d'intérêts, habitudes, rôles, capacités de rendement objective, capacités de rendement subjective
	L'environnement	Environnement physique, environnement social, contextes environnementaux, environnement humain, environnement matériel
	Analyse globale de la situation	Autres faits, autres informations, devoirs, obligations, règles, conséquence occupationnelles, conséquences médicales, conséquences juridiques, conséquences économiques, principes éthiques applicables, approche holistique, personne, environnement, activité
Analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin	Conséquences de l'agir (conséquences sur les activités)	Identité occupationnelle, compétence occupationnelle, adaptation, ce que l'individu souhaite devenir, participation actuelle et antérieure, routine d'occupations, activités, accomplissement personnel, satisfaction, sentiment de contrôle, but personnel, valeurs personnelles, occupations, journée type, habitudes de vie, équilibre occupationnel, diagnostic ergothérapeutique
	Exploration des options/scénarios de solution	Pistes d'actions possibles, avantages, inconvénients, bénéfiques, conflits, hypothèses, plan,
	Examen en profondeur l'option sélectionnée	Influence de l'action, rôles sociaux, intérêts personnels des personnes impliquées, avis des autres personnes impliquées, soutien, approbation, opposition, meilleure solution
Description des moyens mis en œuvre	Information des personnes concernées	Qui, quand, quoi où, comment
	Mise en œuvre	Mise en situation, surveillance, retours de l'équipe professionnelle, transmissions
Analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action	Résultats observables	Résultats attendus, résultats inattendus
	Réponse au dilemme éthique initial	Bénéfices de l'action mise en place, risques persistants malgré l'action mise en place
	Éléments appris lors de la confrontation à cette situation	Feedback, apprentissage, retour, conclusions, connaissances, compétence, savoir-faire, savoir être, expérience,

Annexe 4 : Entretien A avec l'ergothérapeute A

- 1 **1** : Bonjour Madame
- 2 **A** : Bonjour Madame
- 3 **1** : Alors, je vais vous interroger au sujet de mon mémoire, que pouvez vous dire au sujet de
4 votre raisonnement global lorsque vous êtes confronté à une situation complexe dans le cadre
5 du maintien ou du retrait d'un fauteuil roulant électrique ?
- 6 **A** : (...), Alors, je dirais que ... je dirais que c'est un raisonnement difficile, enfin compliqué,
7 complexe parce qu'il y a pleins d'enjeux, pleins de paramètres à prendre en compte puisque la
8 situation est complexe. Le raisonnement est à la hauteur de la situation, pleins d'intervenants,
9 et long, vous voulez que je détail mon raisonnement ?
- 10 **1** : Non, c'est la question inaugurale, on va poursuivre. Euh du coup, quels sont les éléments
11 qui rendent cette situation complexe d'après vous ?
- 12 **A** : (...) euh ... les enjeux, les enjeux, c'est-à-dire euh ... Pour le résident quelles seront les
13 conséquences du retrait du fauteuil roulant électrique sur sa vie, ses occupations (...) ses
14 activités
- 15 **1** : Euh, pensez-vous que...
- 16 **A** : Sa sécurité (...) d'un côté sa sécurité, d'un autre côté euh, la qualité de vie.
- 17 **1** : Et pensez vous du coup que cette situation met en conflit euh vos valeurs ? et si oui,
18 lesquelles ?
- 19 **A** : Euh ben oui, et oui. Parce que on est là à la fois pour assurer la sécurité des personnes.
20 Donc, en lieu de vie, en MAS, du résident, des autres résidents, des professionnels, fin de ceux
21 qui sont autour du résident qui se déplace en fauteuil roulant électrique ; Le résident il ne faut
22 pas qu'il soit en danger, les autres résidents il ne faut pas qu'ils soient en danger. Et à la fois
23 euh sans fauteuil roulant électrique, ici, ça veut dire : ne pas être seul, ne pas avoir euh (...)
24 d'intimité, ne pas choisir les relations qu'on a, donc niveau éthique, niveau qualité de vie, on
25 est quand même là pour euh la qualité de vie des personnes, la réalisation de, d'activités qui
26 leurs tiennent à cœur, le respect de l'intimité, le respect de la personne, et sans fauteuil toutes
27 ses activités là sont altérées, toutes (...) souvent. Et d'ailleurs les résidents euh l'activité qu'il
28 demande en priorité, ce qui est prioritaire dans toutes les activités, c'est le fauteuil, ça fait partie
29 d'eux, c'est (...) sans déplacement aucune activité n'est possible et aucun lien social n'est
30 possible.

31 **1** : Donc là vous êtes client-centré, mais pour vous, pour vos valeurs, lesquelles sont mise en
32 jeux d'après vous dans ses situations complexes ?

33 **A** : Donc je dirais, le respect de la personne, la bienveillance (...) pas de maltraitance (...) euh,
34 est ce que je respecte la personne ? est ce que je suis en accord euh (...) (réflexion) c'est
35 compliqué hein les valeurs (rire) nos valeurs à nous (rire). (...) Je dirais est-ce que je suis en
36 conflit avec mes missions, qui sont de favoriser l'autonomie, la réalisation de soi euh à travers
37 des activités voilà, c'est aussi la réalisation de soi à travers une activité. (Réflexion) Donc euh,
38 ma mission c'est ça (...) je dois être, enfin je veux être bienveillante, je veux respecter la
39 personne, ses envies, ses valeurs, ce qu'elle est. Et à la fois il faut que je respecte euh la loi, et
40 c'est ce dilemme qui fait que ... dans quelle limite on respecte la loi, les obligations légales,
41 mes missions, la personne, rien n'est tout blanc, rien est tout noir et c'est l'analyse de ces
42 niveaux là qui, qui peut faire qu'on a des dilemmes et qu'on a l'impression :
43 Soit d'être pas compétent parce que je n'ai pas trouvé la solution euh adaptée et du coup il ne
44 peut plus conduire donc pas légitime.

45 Soit euh je veux pas voir les choses parce que euh je veux pas évaluer qu'il y a un risque, parce
46 que le risque c'est pas toujours euh « je fracasse les murs et je me tue en conduisant hein, c'est
47 souvent beaucoup plus léger que ça, plus ou moins répétitif donc euh, est ce que j'évalue pas
48 ce que je veux voir aussi, dans quelle mesure mon évaluation est juste ? (...) et (...) et (...) dans
49 quelle mesure euh (...) la relation que j'ai avec le résident aussi, l'attachement que j'ai au
50 résident, n'interfère pas dans ses paramètres là et du coup ne nuit pas à, voilà, on vit ensemble,
51 on est dans un lieu de vie donc on passe notre vie ensemble, ça fait dix ans que je suis là (...)
52 donc l'attachement, le respect de la personne, le respect de ma mission, la loi euh tout ça peut
53 rentrer en conflit et faire qu'un moment donné euh on arrive plus à évaluer une situation et
54 prendre une décision qui paraît être juste et acceptable. Partagée du moins.

55 **1** : et euh, pour que la décision soit juste et acceptable, vous considéré qu'il faut à la fois tenir
56 compte de la personne mais aussi d'autrui ou vous serez uniquement centré sur la personne ?

57 **A** : (...) Non, la personne elle est dans un lieu de vie qui est communautaire. Donc en fait il y
58 a euh, effectivement ça peut arriver aussi que d'autres résidents par exemple viennent dire « oh
59 mais lui il conduit plus c'est un danger publique, il nous fait peur ». Donc tout ça aussi rentre
60 en compte, donc là aussi c'est ma mission euh, si parce que le fauteuil il est pas adapté, mal
61 conduit eu et qu'il y a une mise en danger des autres résidents, des professionnels, de
62 l'entourage euh, des visiteurs, des familles, euh voilà, c'est compliqué d'arriver à, à permettre
63 une vie harmonieuse pour les autres résident, leur famille, leur entourage, les professionnels et
64 de celui qui est en difficulté lors des déplacements. Et avec au milieu nos missions qui sont de

65 favoriser, quand même, la qualité de vie de tout le monde et avec parfois euh, des besoins qui
66 sont contradictoires.

67 **1** : vous me parler euh de vos missions en tant qu'ergothérapeute, vous parlé de ce que vous
68 voulez accomplir sur le plan éthique, vous parliez de l'autonomie par exemple, vous disiez que
69 en tant qu'ergothérapeute, euh « je travail pour l'autonomie de la personne »

70 **A** : Voilà ben il y a le décret de compétence, il y a la fiche de poste, il y a euh ce que me
71 demande l'institution, et les valeurs de l'institution. Chaque institution a ses propres valeurs.

72 Ici il y a des gens particulièrement vieillissants, par ce que la MAS est ouverte depuis
73 longtemps. Ici on a des personnes vieillissantes et c'est ça qui est difficile en fait, c'est que, on
74 peut avoir des jeune, alors après des jeunes euh qui conduisent très très vite parce que bah ...

75 quand on est jeune on est fougueux on est voilà et on veut conduire très très vite avec des
76 problèmes d'attention ... Mais euh ... mais je dirais que la personne vieillissante c'est quand
77 même un problème spécifique et ça peut créer un dilemme monstrueux parce que (...) elles ont

78 pris des habitudes avec le déplacement. Quelqu'un qui, un enfant pour qui on expérimente la
79 conduite, on lui donne un fauteuil ou on lui donne pas, c'est un enfant. Euh ... il fait des séances
80 d'entraînement. Bah moi si j'ai pas le permis, j'ai jamais eu de voiture, j'ai pas le permis, j'ai

81 pas le permis ! Je, je compense ! J'utilise les transports en communs, je vie en ville euh voilà.
82 Mais quand ça fait euh 60 ans que j'ai eu le permis et grâce à ça, et seulement grâce à ça, j'ai
83 une vie épanouie et des relations et tout et tout, supprimer ça, ça veut dire changer complètement

84 de projet de vie euh ... Tout s'écroule d'un coup quoi. Donc c'est ça qui est difficile pour nous.
85 Et des fois ce fameux dilemme on peut l'anticiper. Quand on commence à venir nous voir
86 souvent, parce que le fauteuil il a cogné, parce qu'il y a un petit truc à réparer ... On sait que

87 ça va arriver. Donc qu'est-ce qu'on fait ? A quel moment on l'anticipe ? A quel moment euh
88 ... comment on le gère ? est-ce qu'on attend que ce soit critique, est ce qu'on le prend au début ?
89 est ce qu'on fait de la prévention ? Voilà, c'est ça qui est compliqué. Parce que, parce que

90 réduire l'autonomie euh c'est pas mes valeurs, je suis pas là pour ça, à la base. Je ne me fais
91 pas plaisir là. Je me fais pas plaisir (...) je sais qu'il faut le faire mais je me fais pas plaisir.
92 C'est ça le problème en fait.

93 **1** : Quels ont été les éléments que vous avez pris en compte pour analyser la situation complexe
94 de façon globale lorsqu'elle s'est présentée à vous ?

95 **A** : (...) Donc, si on part du fait qu'il y a un risque avérer. Analyser ses risques, est ce qu'on
96 peut réduire le risque ? suffisamment pour qu'il soit quasiment à zéro, quasiment annuler le
97 risque. Est-ce qu'on peut, décortiquer, analyser dans quelles situations ce risque est là ? Est-ce
98 qu'il y a des moments identifiables, des endroits identifiables des (...) voilà. Arriver à analyser

99 le risque pour arriver à le réduire. Si on y arrive (...) par des adaptations euh (...) de la
 100 programmation du fauteuil, de la vitesse, du choix de la commande, de (...) voilà, par
 101 l'adaptation de tous les éléments du fauteuil, voire le changement du fauteuil. Par exemple euh,
 102 plus maniable en intérieur. Si c'est un fauteuil énorme, avec de grosses roues, qui en intérieur
 103 est pas particulièrement adapté, on peut agir sur le fauteuil, sur les commandes du fauteuil, la
 104 programmation du fauteuil, pour réduire le risque. Une fois une tout ca est fait, si on y arrive
 105 pas, on peut essayer de voir si la personne est capable, par une grande motivation (expression et
 106 grands gestes) sachant que c'est le dernier rempart avant euh (...) le retrait du fauteuil. De
 107 changer son comportement, d'améliorer sa performance, voilà, donc on peut jouer sur les deux.
 108 La performance de la personne, l'adaptation du fauteuil, l'information de tout le monde, euh,
 109 connaître les moments à risque, les situations à risque. Parce que quand c'est comportemental,
 110 on sait qu'un résident X croise un résident Y, ils vont se croiser, ils vont flamber, ils vont
 111 s'énerver. Du coup, là c'est potentiellement, bah, quand je suis énervé, je le déplace vite, je
 112 cours, je m'en vais, je fuis ; En fauteuil c'est pareil hein, je me déplace vite, je cours, je m'en
 113 vais, je fuis j'ai envie de dire hein. Donc là, c'est à risque peut être. Si la vitesse est à risque, il
 114 faut éviter les situations où ... voilà. Et ... (en riant) et jusque-là on a toujours réussi. Bon. Puis
 115 si le risque est (...) Quel est la répétition du risque ? Est-ce que ca c'est produit une fois, est ce
 116 que c'est souvent ? (...) L'idée c'est de maintenir le fauteuil le plus longtemps possible.

117 **I** : D'accord, et quels sont les éléments de la personne, de l'activité et de l'environnement dont
 118 vous tenez compte ?

119 **A** : (...) Donc, les éléments de la personne c'est :sa motivation pour conduire le fauteuil,

120 **I** : Hm

121 **A** : Ces capacités, la conscience qu'elle a du risque, (...) euh, ou des situations à risque, plus
 122 que du risque, c'est des situations à risque en fait. C'est plus précis. Donc j'ai dit la personne,
 123 j'ai dit son envie de conduire un fauteuil, « nanana ». Après ca peut être pourquoi elle conduit
 124 le fauteuil, si il y a des moments où l'aide humaine peut prendre le relais, dans certains
 125 moments voilà, la journée type, est ce qu'il y a des moments où il vaut mieux pas qu'on prenne
 126 le relais parce que certaines situations qui sont vraiment à risque comme euh (...) prendre les
 127 ascenseurs si on sait que l'ascenseur est particulièrement étroit, euh quand on recule, on voit pas
 128 s'il y a quelqu'un derrière, donc si on considère que l'ascenseur est une situation à risque, il y
 129 a des moments où on sait que pour aller de la salle à manger à la chambre il faut prendre
 130 l'ascenseur, bon ben à ce moment-là on l'accompagne et on l'aide. Voilà, il faut arriver à
 131 trouver un compromis avec elle. Les éléments de la personne sont donc son raisonnement, tout
 132 ce qui est cognitif en fait. Tout ce qui est cognitif en fait. Tout ce qui est cognitif, la conscience

133 qu'il a du danger, le raisonnement ses capacités ... je récapitule. Ses motivations, euh (...) et
 134 est-ce que par moment il accepte une aide humaine ponctuelle pour limiter certaines situations
 135 qui sont à risque.

136 Donc les activités, ben, est-ce que il y a certaines activités qui peuvent être faites dans des lieux
 137 plus où moins facilitateurs ou obstacles ? (...) soit on peut changer des lieux, soit on peut pas
 138 (...) si on peut pas, bah on compense par une aide humaine.

139 **1** : changer des lieux c'est-à-dire ?

140 **A** : Bah j'imagine que l'activité vidéo, elle se fait à l'atelier vidéo.

141 **1** : Ok

142 **A** : Elle ne peut pas se faire en chambre euh ... pour une personne. Par contre si c'est accéder
 143 à l'ordinateur pour regarde les mails, ça peut se faire en chambre qui est un lieu plus calme,
 144 plus accessible. Est-ce que c'est des activités de groupe ou individuel. Est-ce que le groupe est
 145 favorable ou pas à des problèmes de comportement aussi. Tout ça sa peut jouer sur la qualité
 146 de la conduite L'attention, parce qu'il faut de l'attention pour conduire quand on a des
 147 difficultés. Plus d'attention, c'est plus automatique en fait. (...) Euh... donc les activités euh
 148 ... Beh dans l'activités, est ce que le déplacement (rire) est ce que l'activité souhaité n'est pas
 149 réalisée à cause d'un problème de conduite et de déplacement ? ou d'installation au fauteuil.
 150 S'il y a des choses qui sont obstacles et ben on les analyse et on voit si on peut les supprimés.
 151 Donc l'environnement et l'activité c'est lié, c'est l'environnement dans lequel se déroule
 152 l'activité. Mais en centre, c'est difficile d'adapter l'environnement. Parce qu'il est censé déjà
 153 être euh (...) adapté. Après ça peut être euh (...) ça peut être l'adaptation d'un poste de travail
 154 par exemple. Pour que le fauteuil soit, c m'est déjà arriver de faire ça, pour que la manette du
 155 fauteuil, par exemple faire un trou dans un plan de travail, la personne se met en face, elle a le
 156 repère, la manette passe automatiquement, après il a qu'à reculer et on fait en sorte qu'il y ait
 157 un espace suffisant derrière, qu'il y ait pas de table, pas de gens au moment de l'activité pour
 158 que la personne puisse reculer sans euh cogner quelqu'un ou quelque chose.

159 **1** : Ok, euh (...) à partir de ces éléments, comment avez-vous sélectionné la proposition que
 160 vous jugiez la plus pertinente ?

161 **A** : Alors déjà je le fais pas seule, ça se fait en équipe, et les éléments ils sont apportés euh moi
 162 je vis pas avec les résidents donc les événements sont rapportés par euh les équipes éducatives,
 163 euh, l'éducateur recueille tous les éléments des AMP, aides-soignants, des personnes qui sont au
 164 quotidien. On essaye de recueillir des faits, on analyse les faits avec euh, les psychologues, les
 165 médecins, euh kiné, ergo, infirmiers euh pour arriver à justement euh, maîtriser la connaissance,
 166 avoir une bonne connaissance de tous ces éléments-là. Et après on émet une hypothèse. On

167 discute, chacun donne son avis, on émet une hypothèse, le médecin rééducateur dit je valide.
168 Première solution : on essaie ça. On le fait, on observe, on suit, on voit ce que ça fait. Si le
169 risque diminue et que les activités sont facilitées, que la décision est partagée ; si le risque
170 semble acceptable euh (...) et que tout le monde est bien informé et ben on décide que le risque
171 est acceptable quoi enfin qu'il est pas (...)

172 **1** : Et du coup, avez-vous envisagé les conséquences des différentes options qui s'offraient à
173 vous ?

174 **A** : Beh oui sinon on retirerait le fauteuil tout de suite quoi. L'idée c'est de, toujours pareil,
175 quand on fait un choix, il faut qu'il soit réalisable. Donc eu, ça veut dire qu'on a les moyens
176 humains, techniques, environnementaux pour que euh, ce soit adapté à la situation. A
177 l'environnement dans lequel on est, au personnel qu'on a, au fait que les gens tournent, qu'il y
178 a 40 personnes par jour qui interviennent. Qui sont pas toujours bien informées parce que
179 l'information elle circule pas toujours super bien donc euh, il faut tenir compte de ces difficultés
180 là de l'institution, organisationnelle et environnementale.

181 **1** : et les conséquences pour la personne ?

182 **A** : Ah beh les conséquences pour la personne, c'est que, plus on limite son activité, sa
183 participation, moins il est heureux, moins il s'épanouie. Après c'est lui hein, c'est chacun qui
184 dit les conséquences que ça a pour lui. C'est pas nous qui les inventons à la place de la personne.
185 Mais quand il y a des difficultés ... de toute façon, quand les personnes conduisent mal, soit
186 c'est les murs qui cassent soit c'est les fauteuils qui cassent. Mais un moment donné, il faut
187 finir par réparer. Donc au moment des interventions on en parle à la personne évidemment en
188 disant bon beh là qu'est-ce qui se passe ? On a plus de forfait réparation, le fauteuil est cassé,
189 il y a des traces de partout autour de toi, dans la chambre, dans l'environnement. Il faut qu'on
190 voie les choses. Si la personne est dans le déni complet, et qu'elle euh nie complètement les
191 difficultés, qu'elle pense que tout va très bien et qu'on peut pas lui faire entendre quoi que ce
192 soit si on a très peu de moyens d'agir sur elle bon beh forcément là par moment on est obligé
193 de marquer le fait que ben, en cas de danger on coupe la commande autonome du fauteuil
194 provisoirement hein, en cas d'urgence et ça c'est pas l'ergo qui le décide hein, c'est l'équipe.
195 Et quand c'est validé par le médecin on peut dire beh pendant deux trois jours euh ... Il conduit
196 plus. Puis s'il a pas d'argent pour réparer tout de suite le fauteuil on va pas prêter un matériel
197 tout de suite, ça ne permettra pas de travailler sur la prise de conscience des difficultés. On le
198 laisse trois jours en commande tierce personne, et après on en reparle. Le réparateur vient, on
199 répare, on en reparle. Cet accompagnement là en fait il permet de voir ce que ça fait pour la
200 personne. Est-ce que pendant trois jours elle était contente ou pas ? Est-ce qu'elle a trouvé un

201 bénéfice ne pas conduire son fauteuil ? Parce qu'il y avait toujours du monde à côté d'elle ? et
 202 que du coup il était moins seul ? Est-ce que au contraire, le fait de pas avoir d'intimité c'était
 203 une torture ? Ce qui est intéressant c'est de comprendre euh ... quelle est l'incidence de la
 204 privation de fauteuil autonome pour la personne. Et c'est un des éléments après qui fait que
 205 chaque situation est unique et chaque décision l'est pour un instant T aussi hein. C'est jamais
 206 définitif.

207 **1** : D'accord, alors, quelles actions concrètes avez-vous mises en place pour appliquer la
 208 proposition sélectionnée ?

209 **A** : Donc déjà si c'est des adaptations beh on les a réalisés. Après heu (...) quand c'est une
 210 nouvelle proposition ben ça veut dire qu'il faut que tout le monde soit informé et ce qui est
 211 important, c'est d'être cohérent. Parce que sinon le résident il est en otage euh ... voilà. Et la
 212 difficulté c'est toujours les gens qui soit sont pas informés, soit ne sont pas en accord avec la
 213 décision d'équipe et ne l'applique pas. (...) Parce que pour le résident du coup c'est (...) surtout
 214 si cette décision est difficile pour lui, du coup elle euh sera pas légitime, du coup il pourra pas
 215 travailler euh. L'idéal c'est qu'il participe et qu'il valide la décision aussi. Ce n'est pas fait
 216 contre lui et sans lui. (...) La décision elle n'est prise contre lui et sans lui qu'en cas de danger
 217 grave et imminent. (...) Sinon elle est faite avec lui et elle est faite lorsqu'il y a un incident. De
 218 conduite. Et souvent, pour nous, parce qu'il y a une réparation à faire. Donc c'est très progressif,
 219 c'est pas soudain en fait. Et donc quand c'est mis en place, normalement, les gens, qui sont là
 220 régulièrement, sont censés être informé parce qu'il y a des mauvais conducteur (rire) qui sont
 221 quand même connus. Si des gens n'ont pas un comportement ou une attitude conforme à ce qui
 222 a été préconisé, c'est toujours violent pour le résident. C'est toujours lui qui paye la facture
 223 hein, quoi qu'il arrive.

224 **1** : Pouvez vous préciser ce que vous mettez en place en termes de qui, quoi où et comment ?

225 **A** : Qui donne l'information ? Le médecin je dirais. C'est le médecin qui dit bah on va faire ça,
 226 ça et ca. Ok. Donc s'il dit pendant trois jours, il n'y a plus de fauteuil pour cette personne, le
 227 médecin valide et il informe via le dossier du résident, euh, les réunions de transmissions. La
 228 direction aussi, médecin et direction. Chef de service, voilà. Il faut que l'information passe, soit
 229 diffusée largement. Il faut que ce soit repris aussi, pour que la décision soit acceptée et comprise
 230 lors des réunions d'équipe. Il y a l'éducateur aussi évidemment hein. Donc heu, éducateur,
 231 médecin, directeur, (...), ergo, kiné, infirmiers, équipe paramédicale. Il faut que tout le monde
 232 soit informé, ET que ce soit ré-évalué régulièrement.

233 **1** : Vous laisser la personne en essai dans la structure et vous surveillé ?

234 **A** : Ah oui oui.

235 1 : On peut parler de mise en situation ?

236 A : oui dans le cas où il garde le fauteuil mais il y a une adaptation, c'est ça. Après si on fait
237 des mises en situation où nous ergothérapeute, on suit la personne sur son parcours type, je
238 peux pas estimer que mes observations sont fiables. Parce qu'en vrai rien que de me voir c'est
239 un rappel à l'ordre et ça va changer le comportement. En plus il va connaître l'enjeu. Il peut
240 avoir une qualité de conduite avec moi en séance qu'il aura jamais euh dans l'institution dès
241 que je suis pas là (...) Donc ce qui est important c'est : premièrement d'assurer qu'avec nous
242 c'est faisable, en séance d'entraînement enfin en mise en situation avec l'ergo. Si déjà il passe
243 se cap là bon beh très bien, il a très bien conduit donc on sait qu'il est capable, dans un certain
244 contexte, d'une qualité de conduite. Mais si le problème il est comportemental, ou attentionnel
245 c'est les observations de tous les collègues et des autres résidents qui compte. Plus que les
246 nôtres. Ou les nôtres ne valent rien si elles ne sont pas confirmées par les autres.

247 1 : ET, comment évalué vous la pertinence de votre action en lien avec le dilemme initialement
248 posé par cette situation.

249 A : je dirais c'est l'analyse de (...) Comment est le résident, son moral euh, quelles sont les
250 activités qu'il réalise ou qu'il ne réalise pas. Est-ce qu'il est satisfait de sa vie, son état de santé,
251 et après sa sécurité évidemment. Et euh (...) et après qu'est ce qu'on met en place pour
252 accompagner. J'ai jamais vu de résident qui avait un bénéfice secondaire dans ces situations ou
253 très ponctuellement. Mais comme, sur les fauteuils on prévoit une commande tierce personne,
254 je l'ai pas dit ça. Donc au final, les résidents, quand ils se sentent pas de conduire, de façon
255 implicite ou de façon explicite : soit ils demandent, soit ils nous regardent ils bougent pas, on
256 doit aller quelque part ensemble, ils ne mettent pas la main sur le joystick, nous on prend la
257 main. C'est une façon, c'est une forme de demande. Donc euh, dans tous les cas, sur un fauteuil
258 il y a la possibilité d'une aide humaine. Donc si la personne (...) c'est quelque chose qu'elle
259 n'avait jamais utilisé, quelqu'un qui refusais l'aide humaine, qui voulait continuer à conduire
260 tout seul ... c'est le cas le plus difficile. Quelqu'un qui perd des capacités, que ce soit cognitives
261 ou motrices et pour qui la qualité de vie dépendrait entièrement de sa conduite autonome du
262 fauteuil. C'est le cas le plus délicat d'un point de vue éthique. Parce que les conséquences sont
263 (...) pour lui, terribles. Donc, la pertinence de l'action c'est (...) est ce quelle est acceptée par
264 la personne, est-ce qu'il l'a comprise, (...) est-ce que le temps de suppression de, de,
265 d'autonomie dans les déplacements est adapté, est-ce que c'est définitif, est-ce que c'est
266 provisoire, euh (...) voilà, quelle incidence ça a sur lui quoi je dirais hein, c'est ça hein. Et après
267 on peut accompagner ça. L'idée c'est qu'il accepte. Donc il faut prouver les choses, faut lui

268 faire prendre conscience des choses, des difficultés, il faut le prouver, il faut se justifier il faut
269 ... tout le temps, tout le temps.

270 **1** : et pensez-vous que le fait de rencontrer régulièrement des situations complexe peut vous
271 aider à les résoudre ?

272 **A** : (...) Oui parce que heu (...) on (...) ça nous aide à toutes les étapes en fait. Evaluer la
273 situation, quand le personnel est souvent confronté à une situation, euh (...) La finesse de ...
274 quand ils repèrent des moments critiques en lien avec la difficulté de conduire, ils vont le
275 diffuser davantage. Parce qu'ils ont l'idée que si on le traite pas au départ la situation va devenir
276 de plus en plus critique, que ça va pas s'améliorer. Et avant que ça devienne chronique,
277 j'observe les éléments, ça commence à se reproduire, là il a de plus en plus de mal, dans ces
278 circonstances il a de plus en plus de mal ... du coup les éléments remontent plus vite. Et les
279 autres résidents aussi. Donc en fait c'est bénéfique pour les résidents et pour nous parce qu'on
280 arrive à avoir plus d'éléments, à les analyser de façon plus exhaustive et pour la personne ça a
281 aussi évalué d'exemple : « intel qui n'a plus réussi à conduire son fauteuil, on lui à enlever
282 pour un temps restreint » « Donc moi si je ne conduis pas, si je ne fais pas attention, on va me
283 supprimer, peut-être, l'utilisation de mon fauteuil. »

284 **1** : Et vous qu'est-ce que ça vous a apporté le fait de rencontrer cette situation pour résoudre la
285 suivante ?

286 **A** : De l'expérience, et le fait d'avoir de l'expérience, euh, c'est heu (...) avoir en mémoire euh
287 (...) des situations et donc des raisonnements, des exemples de raisonnement, comme une
288 bibliothèque de situations possibles, de raisonnements possibles, d'éléments à aller chercher,
289 en fait ça nourrit le raisonnement, l'évaluation. On peut être par exemple plus vigilant sur le
290 temps. Le temps d'une décision d'interruption de conduite, de limitation de conduite, tous les
291 paramètres sont plus affinés en fait.

292 **1** : Est-ce que ça fait évoluer vos connaissances et vos compétences ?

293 **A** : Dans la mesure où je peux rechercher oui. Parce qu'en fait, une situation se pose, je fais une
294 recherche euh (...) pour trouver des éléments pour la résoudre. Ça peut être des recherches sur
295 les fonctions cognitives, la loi, des aides technologique. C'est très divers, c'est un sujet
296 complexe. Ça nous pousse à aller chercher des informations et donc à élargir nos connaissances
297 oui. ET par l'observation, et les autres membres de l'équipe qui arrivent à... On sait quels
298 éléments à aller chercher. Trouver les difficultés et arriver à les préciser.

299 **1** : Très bien, je vous remercie d'avoir répondu à mes questions

300 **A** : Avec plaisir (rire).

Annexe 5 : Entretien B avec l'ergothérapeute B

- 1 **1** : Bonjour Monsieur, je vous interroge dans le cadre de mon mémoire. Je voudrais savoir ce
2 que vous pouvez me dire au sujet de votre raisonnement global dans le cas de situation
3 complexes en lien avec le maintien ou le retrait du fauteuil roulant électrique ?
- 4 **B** : Alors, (...) le raisonnement global, il va s'articuler autour de deux axes. Le premier se centre
5 sur le résident et sur ces capacités (...) aussi bien cognitives que motrices. Le deuxième s'axera
6 plutôt sur, les contraintes institutionnelles. (...)
- 7 **1** : Quelles sont les éléments qui rendent cette situation complexe d'après vous ?
- 8 **B** : (...) Il y a d'abord le choix du résident, si le résident souhaite être en FRE mais que ses
9 capacités ne lui permettent pas ou que l'institution ne lui permet pas, c'est je pense, le premier
10 frein au maintien du fauteuil (...) Ensuite la complexité de la situation, elle est liée, justement
11 à ses capacités et à l'expression de ses capacités dans l'institution. Aussi bien au niveau
12 organisationnel qu'environnemental. En fonction de l'architecture de l'institution par exemple,
13 le maintien du fauteuil sera possible, ou pas.
- 14 **1** : Pensez vous que ces situations complexes mettent en conflit des valeurs ? et si oui,
15 lesquelles ?
- 16 **B** : (...) Alors oui, les valeurs qui vont se confrontées euh, ce sera la valeur éthique du respect
17 du choix du résident, (...) en lien avec ses capacités et ses incapacités, et au frein institutionnel,
18 qu'ils soient organisationnels, humains ou environnementaux.
- 19 **1** : (...) Quels ont été les éléments que vous avez pris en compte pour évaluer la situation de
20 façon globale lorsqu'elle s'est présentée à vous ?
- 21 **B** : (...) D'abord par une évaluation précise des capacités du résident, sur le plan cognitif, sur
22 le plan moteur également, et sur le plan comportemental. Ces capacités de gestion du fauteuil
23 (...) On rajoute sur ses évaluations, bien évidemment l'évaluation sensorielle. C'est la première
24 des évaluations à faire avant même l'évaluation cognitive, motrice et comportementale (...)
25 Donc l'évaluation du résident, l'évaluation des capacités du résident sur son fauteuil, et de sa
26 capacité à évoluer en toute sécurité, et le terme sécurité est important. Euh (...) dans
27 l'environnement de l'institution. Est-ce que le résident se met en danger, est-ce que le résident
28 met en danger une tierce personne ? (...) Est-ce que l'institution est prête à accepter les
29 dégradations que peut engendrer (...) une mauvaise conduite du fauteuil ?
- 30 **1** : D'accord (...) Autre chose ?
- 31 **B** : Non.
- 32 **1** : Du coup, à partir de ces éléments, comment avez-vous sélectionné la proposition que vous
33 jugiez la plus pertinente ?
- 34 **B** : (...) Alors, (...) la sélection de la proposition doit être un compromis, doit être un juste
35 milieu entre les souhaits du résident, ses capacités et les contraintes institutionnelles. (...) C'est
36 une proposition qui peut être faite par l'ergo seul, mais qui doit impérativement être validée en
37 équipe pluridisciplinaire. (...) Et qui doit être diffusée au personnel (...) n'ayant pas participé
38 à la prise de décision.
- 39 **1** : Et ici, pourriez vous précisez avec quels professionnels vous collaborer lorsque vous
40 rencontré ce genre de situations ?

41 **B** : (..) Alors l'ensemble des professionnels les aides-soignants qui vont voir les résidents
 42 évoluer en chambre mais aussi dans les couloirs avec le fauteuil, mais aussi les ASH qui peuvent
 43 êtres confrontés ou qui peuvent observer (...) des choses, pertinentes dans la pris en charge.
 44 Evidemment, le kiné, parce qu'une des craintes quand on passe une personne en fauteuil roulant
 45 électrique, en tous cas les personnes dont on parle, c'est qu'il y a une réduction de la
 46 participation motrice.

47 **1** : Qu'est-ce que vous entendez par le terme « participation motrice » ?

48 **B** : Des transferts régulier par exemple. A partir du moment où la personne est en fauteuil
 49 standard, on lui demande de faire assez régulièrement des transferts. La peur qu'on a quand on
 50 passe quelqu'un en fauteuil roulant électrique en EHPAD, euh, c'est que la stimulation motrice
 51 soit diminuer, et que la personne perde ses capacités motrices ou se déconditionne au niveau
 52 musculaire.

53 (...) Après les différentes options elles sont (...) restreintes. (...) C'est soit le retrait, pur et
 54 simple, soit le maintien partiel, sur un temps donné, avec des personnes données, ou le maintien
 55 complet, en toute autonomie. (...) Généralement on a que trois solutions.

56 **1** : Et du coup pour évaluer laquelle est la plus pertinente des trois vous aller plutôt les comparer,
 57 vous allez vous baser sur ce que le résident fait avec son fauteuil, ou vous allez plutôt vous fier
 58 aux risques ? Vous allez vous baser plutôt sur les bénéfices pour le résident ou sur les risques ?

59 **B** : Et bien la réponse est très simple, on va évaluer le rapport risque bénéfice. Donc,
 60 évidemment, on va mettre en lien les bénéfices qu'apporte le maintien du fauteuil électrique.
 61 Bien entendu ça participe au maintien de l'autonomie, à des déplacements en toute liberté,
 62 amélioration de l'état thymique, baisse des troubles comportementaux (...) Mais (...) on a un
 63 risque. Un risque pour la personne, un risque pour les résidents autour de la personne et un
 64 risque aussi matériel (...) au niveau de l'institution.

65 **1** : Est-ce que vous estimé que, retirer le fauteuil à une personne qui avait l'habitude de se
 66 déplacer en fauteuil roulant électrique c'est un risque pour elle sur le plan occupationnel ?

67 **B** : Bien évidemment et c'est pour ça qu'il faudra lui proposer une solution alternative pour
 68 maintenir son autonomie. Même s'il n'a plus l'indépendance (...) au niveau du déplacement, il
 69 faut maintenir sa capacité d'autonomie. Donc le respect de ces décisions, lui offrir finalement,
 70 des choix, et respecter ses décisions. Trouver une solution alternative pour compenser cette
 71 dépendance aux déplacements. (...)

72 **1** : Donc finalement, quelque soit la solution envisagée, il faudra l'adaptée au contexte ?

73 **B** : Evidemment. On ne peut pas systématiser la réponse sur ce genre de problématiques. C'est
 74 toujours un compromis entre les capacités du résident, ses souhaits, les contraintes
 75 institutionnelles, Il y a forcément aussi une période de test, où on va vérifier que nos
 76 observations (...) sont pertinentes, ou nos propositions sont pertinentes. Et évidemment, en cas
 77 de changement, de modification, d'altération de l'état général, que ce soit cognitif, sensoriel,
 78 moteur ou comportemental, c'est une décision qui sera soumise à réévaluation.

79 **1** : D'accord, du coup, une fois que vous avez choisi la piste qui vous semblait la plus pertinente,
 80 qu'est-ce que vous mettez en œuvre de façon concrète pour appliquer cette proposition ?

81 **B** : Alors, on va parler plutôt du cas d'un maintien parce que sur le retrait finalement il y aura
 82 juste une action d'information du fait que le fauteuil a été retiré et qu'une solution alternative
 83 doit être proposée pour le maintien de l'autonomie. En cas du maintien du fauteuil, c'est
 84 important que les équipes sachent pallier les problèmes les plus courant qu'on rencontre avec

85 un fauteuil électrique. (...) Une décharge du fauteuil, donc apprendre aux équipes à charger, à
 86 mettre en charge le fauteuil. Apprendre au résident, aussi, à charger son propre fauteuil. Lui
 87 permettre d'être finalement indépendant et autonome sur l'utilisation du fauteuil. Sécuriser les
 88 transferts, passer le fauteuil en mode manuel (...) Savoir un petit peu manier les bascules
 89 d'assise. Toutes ces actions assez simples qui doivent être faites au quotidien, c'est important
 90 que le résident sache le faire mais que les équipes aussi aient quelques notions. Auquel cas on
 91 multipliera les informations par tous les canaux possibles euh (...) Une information verbale,
 92 une information écrite, mise dans le plan de soin (...)

93 **I** : Et comment évalué vous la pertinence de votre action en lien avec le dilemme initialement
 94 rencontré dans cette situation ?

95 **B** : (...) La (...) Pertinence de l'action (...)

96 **I** : Vous en avez déjà un petit peu parlé tout à l'heure en disant que vous réévalueriez

97 **B** : (...) Oui, le premier critère qui objective la pertinence de l'action c'est la mise ou non en
 98 danger. Si le résident se met en danger ou si un résident est mis en danger par le fauteuil, l'action
 99 n'est pas pertinente. La première chose, c'est de mettre les résidents, que ce soit le patient ou
 100 les résidents autour, en sécurité. (...) Evidemment un autre critère est l'autonomie (...) le
 101 maintien de l'autonomie qui va favoriser la participation aux activités. On va éviter la
 102 grabatisation par justement se maintien de l'autonomie tant sur le plan cognitif que sur le plan
 103 moteur. La baisse des potentiels troubles du comportement en lien avec (...) l'indé... la
 104 dépendance et la perte d'autonomie. Et si l'objectif du résident est rempli. (...)

105 Si on arrive à remplir l'objectif du résident, à garder l'aspect sécuritaire, et à obtenir aussi
 106 l'accord de la direction par rapport aux potentielles dégradations que pourrait entraîner le
 107 fauteuil, l'action est pertinente. Il faut que les trois conditions soient remplies. Accord de la
 108 direction, sécurité, et les objectifs du résident.

109 **I** : Et si vous ne pouvez pas atteindre les trois, par ordre de priorités vous estimeriez lequel en
 110 premier ?

111 **B** : Pour moi le premier c'est la sécurité. L'autonomie d'un résident, ne peut pas prévaloir sur
 112 la sécurité des autres résidents. Donc premier aspect : sécurité. Deuxième aspect : maintien de
 113 l'autonomie du résident, qui va favoriser le maintien des capacité motrices, cognitives, et éviter
 114 les troubles comportementaux. ET enfin, en dernière intention, l'aspect financier et matériel en
 115 lien avec le cadre institutionnel et, les décisions de la direction.

116 **I** : Et pensez-vous que le fait de rencontrer régulièrement des situations complexes dans le
 117 cadre du fauteuil roulant électrique peut vous aidez plus facilement à les résoudre plus tard ?

118 **B** : Oui, à partir du moment où on multiplie les situations problématiques et on a déjà réfléchi
 119 en amont à la méthodologie, aux pistes de réflexion, aux propositions qu'on peut faire ou même
 120 à la discussion qu'on aurait déjà eut avec la direction. Evidemment, si on est confronté à
 121 nouveau à ce cas de figure, la prise de décision sera beaucoup plus rapide, beaucoup plus facile,
 122 parce qu'on aura déjà expérimenté euh les différentes problématiques. (...)

123 **I** : Très bien, et bien je vous remercie d'avoir répondu à mes questions

124 **B** : Je vous en prie.

Annexe 6 : Entretien C avec l'ergothérapeute C

- 1 **1** : Bonjour Madame
- 2 **C** : Bonjour
- 3 **1** : Je vais vous interroger dans le cadre de mon mémoire. Alors, pour commencer, que pouvez
- 4 vous dire au sujet de votre raisonnement globale lorsque vous êtes confronté à une situation
- 5 complexe dans le cadre du maintien ou du retrait d'un fauteuil roulant électrique ?
- 6 **C** : (...) Euh, je dirais que c'est un raisonnement qui est complexe, en lien avec la situation,
- 7 n'est-ce pas ? Parce que du coup les enjeux sont importants euh, pour la personne. Et du coup
- 8 quand euh, Quand on est ergothérapeute et qu'on raisonne en terme euh ben de participation
- 9 sociale et de (...) j'ai perdu mon mot (...) d'encourager l'occupation humaine, du coup c'est
- 10 compliqué, c'est compliqué.
- 11 **1** : D'accord, euh, en lien avec ce que vous avez répondu, quels sont les éléments qui rendent
- 12 cette situation complexe d'après vous ?
- 13 **C** : Euh (...) Ce qui est complexe c'est que le fauteuil roulant électrique ça reste une aide
- 14 technique qui est assez centrale dans les activités humaines et donc dans les occupations. Et ce
- 15 qui devient complexe c'est que (...) on sait très bien que (...) dans le cadre d'un retrait de
- 16 fauteuil roulant électrique ou en tout cas dans le non renouvellement on va euh (...) mettre à
- 17 mal les occupations de la personne. Du coup en tant que professionnel ergothérapeute avec des
- 18 valeurs comme euh, ben c'est ce que je disais tout à l'heure, permettre les activités, permettre
- 19 les occupations, tout ce qui est autonomie et indépendance (...) ça devient compliqué, enfin
- 20 c'est compliqué de prendre cette décision-là, parce que on sait pertinemment euh on sait
- 21 pertinemment que la personne va être, va être en déprivation occupationnelle après derrière.
- 22 (...) Et donc euh, et donc c'est ça qui rend la situation complexe, c'est que on regarde des deux
- 23 côtés de la balance. (...) Et donc voilà. Et une situation est complexe quand on ne sait pas,
- 24 quand une décision ne peut pas être prise tout de suite. C'est bien ce que vous avez dit dans la
- 25 définition de la situation complexe. Et donc du coup dans ces moments là on peut pas euh, on
- 26 peut pas mettre en place un seul protocole. (...) On est balancé en fait entre la loi qui nous
- 27 impose quelque chose sans nous imposer quelque chose, puisque la loi est quand même très très
- 28 vague en termes de préconisation de fauteuil roulant électrique, et nous, ce qu'on évalue de la
- 29 personne et surtout ce qu'on évalue des conséquences que ça aurait sur la personne de ne plus
- 30 pouvoir se déplacer. C'est un dilemme.
- 31 **1** : D'accord, euh (...) Du coup quels ont été les éléments que vous avez pris en compte pour
- 32 analyser la situation complexe de façon globale quand elle s'est présentée à vous ?
- 33 **C** : Ben, je dirais que c'est un peu le même raisonnement pour tout en ergothérapie. Ça fait
- 34 partie de notre manière de réfléchir. C'est euh, quels sont les éléments de la personne ? C'est-
- 35 à-dire quelles sont ses capacités, ces incapacités ; quelles sont ses habitudes de vie euh, qu'est
- 36 ce qui la motive, qu'est ce qui euh (...) qu'est-ce qui fait qu'elle s'engage dans certaines
- 37 activités ou pas. Donc tout ça ; qui elle est et comment elle fonctionne finalement. Ces activités,
- 38 donc. Euh, qu'est ce qu'elle fait, comment elle le fait, avec quel type d'aide technique ? quel
- 39 type d'aide humaine ? par exemple. Euh, quelles sont les compensations misent en place et
- 40 cetera. Et donc quelles seraient les conséquences d'un retrait de fauteuil roulant électrique sur

41 ces activités-là ? C'est pour ça qu'on cherche à les connaître en fait, finalement. Et puis
42 l'environnement, à quel moment il est facilitateur et à quel moment il est obstacle ?

43 **I** : Quand vous dites environnement, vous considéré quel environnement ?

44 **C** : Il y a l'environnement humain. A quel moment il peut être facilitateur notamment là, pour
45 l'activité déplacement en fauteuil roulant électrique ? Euh, est-ce qu'il peut être guidant, est-ce
46 qu'il peut être encadrant et cetera. Tout ce qui est environnement physique. Sur euh, ben, ne
47 serait-ce qu'en terme d'accessibilité. Est-ce que c'est réellement accessible, est-ce qu'il va
48 falloir faire des manœuvres compliquées ou pas dans la vie de tous les jours ? ET on est un peu
49 obliger de prendre en compte l'environnement social aussi parce que (...) Quand je parle
50 d'environnement humain, je parle des aides humains, et quand je parle d'environnement social
51 je parle de l'a famille et cetera, parce que ça peut assez souvent être dissocié. Et du coup
52 l'environnement social c'est à prendre en compte parce que si euh, l'activité favorite de la
53 personne c'est aller boire un verre avec son cousin le week-end, comment ça peut se passer s'il
54 a pas de fauteuil roulant électrique ? (...) Par exemple.

55 **I** : D'accord (...) et du coup les éléments de l'activité dont vous tenez compte ce serait
56 lesquels ?

57 **C** : (...) Ce serait, au moment de l'évaluation pour déterminer ou pas si on signe le certificat
58 d'aptitude à la conduite pour la mise en place d'un fauteuil pour la personne, on cherche
59 forcément à savoir quelles sont les activités de la personne qu'elle cherche à faire avec ce
60 fauteuil. Et du coup, derrière, en toile de fond on a toujours, qu'est ce qu'il ne pourra pas faire ?
61 s'il a pas ce fauteuil en fait finalement. Qu'est-ce qu'il ne pourra pas faire, et bien sûr, on
62 cherche à connaître ces capacités de conduite. Physiquement comment il va faire ? est-ce que
63 du coup c'est quelque chose qu'on va pouvoir adapter pour faciliter la conduite et du coup sortir
64 de cette situation complexe ? Ces capacités cognitives, forcément puisque c'est la loi qui nous
65 l'impose. Euh ... est-ce que ça va pas aussi euh (...) dans un sens, jouer avec ces capacités
66 d'interactions avec les autres ? Si je ne peux pas aller vers les autres, qui viendra vers moi et du
67 coup quelle sera ma communication à ce moment là et quel sera mon, on en parlait tout à
68 l'heure, mon environnement social ? Euh ... et du coup voilà, en toile de fond on a euh, quelle
69 seront ses occupations s'il n'a plus ça, sa participation sociale aussi. (...)

70 **I** : A partir de ces éléments, comment avez-vous électionné la proposition que vous jugiez la
71 plus pertinente ?

72 **C** : (...) Donc du coup, en fait, euh si on reprend le truc, on cherche à voir donc la personne,
73 ses activités, son environnement. Et de là il faut qu'on prenne une décision : est-ce qu'on signe
74 ou est-ce qu'on signe pas le certificat d'aptitude à la conduite et donc euh, est-ce que oui ou
75 non il a un fauteuil roulant électrique ? Pour les cinq prochaines années. Et du coup, en fait je
76 pense que, pour sélectionner la proposition la plus pertinente, il faut avoir tester toutes les
77 adaptations de l'activité possibles. Donc euh, adapter le mode de conduite, adapter
78 l'environnement humain, adapter l'environnement social et cetera. Et il faut avoir pris en
79 compte et accompagné tout ce qu'il ne pourra plus faire si on enlève le fauteuil roulant
80 électrique. C'est-à-dire qu'il faut se faire les deux scénarios. Avec un fauteuil roulant électrique,
81 il pourra faire tout ça, mais par contre, peut être qu'il mettra en danger euh, des personnes parce
82 que sa conduite sera pas hyper efficace. Et, s'il a pas de fauteuil roulant électrique, quel sera
83 son rendement occupationnel ? Quelles seront ses occupations ? Euh, est-ce que c'est une
84 injustice de lui enlever ce fauteuil-là ? Est-ce que vraiment on part vers un désert occupationnel

85 et du coup, à ce moment là (...) à ce moment-là ça vient toucher nos valeurs d'ergothérapeute.
 86 C'est un vrai problème. C'est un réel problème. Donc euh (...) pour sélectionner la proposition
 87 la plus pertinent, je pense qu'il faut avoir envisager tous les scénarii possibles et surtout pas
 88 être tout seul, en discuter avec l'équipe. (...) Avec l'équipe et avec le médecin puisque ce sera
 89 le prescripteur.

90 Le but quand même dans l'attribution d'un fauteuil roulant électrique, et c'est d'ailleurs pour
 91 ça que c'est une question vive, c'est que on peut pas juste dire « ah bah il a pas les habiletés
 92 cognitives pour conduire un fauteuil roulant électrique, merci au revoir ». En fait ca vient nous
 93 titiller, parce que on sait pertinemment que sans son fauteuil roulant électrique, toute sa, euh sa
 94 routine de vie elle est impactée donc toute son identité personnelle, son équilibre et cetera ...
 95 Et donc en fait c'est pour ça qu'on arrive pas à prendre une décision un petit peu tranchée. (...)
 96 C'est toujours très difficile.

97 **I** : Quelles sont du coup les actions concrètes que vous avez mises en place pour appliquer la
 98 proposition sélectionnée ?

99 **C** : (...) Alors du coup quand c'est arriver (...) En l'occurrence, la proposition sélectionnée ça
 100 a été de, de mettre en place une espèce de période de probation. Et d'aller finalement vers le
 101 retrait progressif du fauteuil. C'est pas quelque chose de brutal. C'est plus euh, comment on
 102 adapte l'activité autour de la personne et comment on identifie avec cette personne les moments
 103 où elle pourrait utiliser son fauteuil et les moments où elle pourrait pas. Donc la proposition
 104 sélectionnée ça a été ça. Et du coup il a fallu mettre en place, avec l'équipe et avec
 105 l'environnement social non professionnel on va dire de la personne euh, dans quelles modalités
 106 c'était possible donc euh, qui l'accompagne, comment on l'accompagne, quand est-ce qu'il
 107 conduit son fauteuil, où est-ce qu'il va pouvoir conduire son fauteuil ou pas, plutôt des choses
 108 comme ça. Toutes ces modalités ont été déterminées avec différentes mises en situations, selon
 109 ce qu'on a observé, ce qu'on a mine de rien surveillé avec la personne quand elle était toujours
 110 en conduite non probatoire on va dire. Euh (...) sur les observations de l'équipe
 111 pluridisciplinaire autour de la personne aussi, parce qu'en lieu de vie on a quand même la
 112 chance d'avoir ça. Voilà, sur les différentes transmissions qu'on peut se faire entre
 113 professionnels, non professionnel, enfin voilà, ce que un petit peu tout le monde a pu observer
 114 et qu'est-ce qu'il se passe du coup. (...)

115 **I** : Et par rapport à ce que vous avez mis en place, comment évaluez-vous la pertinence de
 116 l'action en lien avec le dilemme initialement posé par la situation ?

117 **C** : (...) Euh, bah du coup euh (...) du coup on va forcément s'enquérir de comment va la
 118 personne. Donc est-ce qu'on avait anticiper ou pas comment elle allait réagir ? euh, est-ce que
 119 c'est quelque chose qu'on avait pas du tout prévu ? (...) Est-ce que l'action a réglé le problème
 120 finalement. Tout à l'heure je parlais d'un des cas de figure qu'on a rencontré, euh, est-ce que
 121 du coup on avait pensé à tout ? Et du coup, est ce que maintenant, la conduite se fait sans
 122 danger ? Euh, (...) est-ce que finalement, vu qu'il a entre aperçu la possibilité de ne plus avoir
 123 de fauteuil, est-ce qu'il a trouvé des bénéfices à être dans cette conduite probatoire ? est-ce qu'il
 124 a pris conscience de l'enjeu ? et sinon, quel est le retour que la personne nous fait ? Est-ce qu'il
 125 vient toujours nous voir ? est-ce qu'on a perdu le contact relationnel ? Et en fonction de ça, il
 126 faut réajuster les propositions. (...)

127 **I** : Et enfin, est-ce que vous pensez que rencontrer régulièrement des situations complexes peut
 128 vous aider à les résoudre ?

- 129 C : (...) Je pense que (...) Je pense qu'on devient plus costaud dans l'analyse. (...)
- 130 I : Qu'est ce qui fait que votre analyse sera plus ...
- 131 C : Je pense qu'on a des réflexes qui arrivent finalement, ça met des compétences en place
- 132 euh... la façon d'analyser la situation et cetera euh (...) les différents éléments qu'on doit
- 133 prendre en compte, on apprend finalement à, à faire comme ça. Après dans la mise en œuvre
- 134 des solutions, je pense pas. Parce que comme chaque situation est unique et complexe à sa
- 135 façon, dans les propositions qu'on va faire, on va toujours repartir du même truc sur l'analyse
- 136 de la situation d'abord, sur l'analyse des possibilités, et des différentes solutions. Et de là on
- 137 prendra une décision. Enfin je sais pas comment expliquer ça ... Je dirais que euh (...) toutes
- 138 les décisions qu'on a prises ne sont pas transférables à tout le monde. En revanche, sur la
- 139 démarche, oui, bien-sûr, on devient un petit peu expert au fur et à mesure quoi. On acquiert
- 140 différentes compétences, différentes connaissances. Ça fini par devenir un savoir faire et même
- 141 un savoir être parce que du coup le processus de réflexion est transférable dans d'autres choses,
- 142 cette méthode d'analyse est transférable en tous cas. Et oui, on apprend, et avec l'expérience,
- 143 on panique moins quand on est face à une situation complexe comme ça. (...)
- 144 I : Très bien, je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.
- 145 C : Mais c'est avec plaisir.

Annexe 7 : Analyse de contenu thème 1

THEME	SOUS THEME	A	B	C
<p>Identité et valeurs professionnelles, éthique</p>	<p>Identification du dilemme éthique</p>	<p>« Sa sécurité (...) d'un côté sa sécurité, d'un autre côté euh, la qualité de vie. » L.16</p> <p>« Euh ben oui, et oui. Parce que on est là à la fois pour assurer la sécurité des personnes. Donc, en lieu de vie, en MAS, du résident, des autres résidents, des professionnels, fin de ceux qui sont autour du résident qui se déplace en fauteuil roulant électrique ; Le résident il ne faut pas qu'il soit en danger, les autres résidents il ne faut pas qu'ils soient en danger. Et à la fois euh sans fauteuil roulant électrique, ici, ça veut dire : ne pas être seul, ne pas avoir euh (...) d'intimité, ne pas choisir les relations qu'on a, donc niveau éthique, niveau qualité de vie, on est quand même là pour euh la qualité de vie des personnes, la réalisation de, d'activités qui leur tiennent à cœur, le respect de l'intimité, le respect de la personne, et sans fauteuil toutes ses activités là sont altérées, toutes (...) souvent. Et d'ailleurs les résidents euh l'activité qu'il demande en priorité, ce qui est prioritaire</p>	<p>« (...) Il y a d'abord le choix du résident, si le résident souhaite être en FRE mais que ces capacités ne lui permettent pas ou que l'institution ne lui permet pas, c'est je pense, le premier frein au maintien du fauteuil. » L 8-10</p>	<p>« Euh, je dirais que c'est un raisonnement qui est complexe, en lien avec la situation, n'est-ce pas ? Parce que du coup les enjeux sont importants euh, pour la personne. Et du coup quand euh, Quand on est ergothérapeute et qu'on raisonne en terme euh ben de participation sociale et de (...) j'ai perdu mon mot (...) d'encourager l'occupation humaine, du coup c'est compliqué, c'est compliqué. » L 6-10</p> <p>Euh (...) Ce qui est complexe c'est que le fauteuil roulant électrique ça reste une aide technique qui est assez centrale dans les activités humaines et donc dans les occupations. Et ce qui devient complexe c'est que (...) on sait très bien que (...) dans le cadre d'un retrait de fauteuil roulant électrique ou en tout cas dans le non renouvellement on va euh (...) mettre à mal les occupations de la personne. Du coup en tant que professionnel ergothérapeute avec des valeurs comme euh, ben c'est ce que je disais tout à l'heure, permettre les activités, permettre les occupations, tout ce qui est autonomie et</p>

		<p>dans toutes les activités, c'est le fauteuil, ça fait partie d'eux, c'est (...) sans déplacement aucune activité n'est possible et aucun lien social n'est possible. » L 19-30</p> <p>« Et à la fois il faut que je respecte euh la loi, et c'est ce dilemme qui fait que ... dans quelle limite on respecte la loi, les obligations légales, mes missions, la personne, rien n'est tout blanc, rien est tout noir et c'est l'analyse de ces niveaux-là qui, qui peut faire qu'on a des dilemmes et qu'on a l'impression : Soit d'être pas compétent parce que je n'ai pas trouvé la solution euh adaptée et du coup il ne peut plus conduire donc pas légitime. Soit euh je veux pas voir les choses parce que euh je veux pas évaluer qu'il y a un risque, parce que le risque c'est pas toujours euh « je fracasse les murs et je me tue en conduisant hein, c'est souvent beaucoup plus léger que ça, plus ou moins répétitif donc euh, est ce que j'évalue pas ce que je veux voir aussi, dans quelle mesure mon évaluation est juste ? (...) et (...) et (...)</p>		<p>indépendance (...) ça devient compliqué, enfin c'est compliqué de prendre cette décision-là, parce que on sait pertinemment euh on sait pertinemment que la personne va être, va être en déprivation occupationnelle après derrière. (...) Et donc euh, et donc c'est ça qui rend la situation complexe, c'est que on regarde des deux côtés de la balance. (...) Et donc voilà. Et une situation est complexe quand on ne sait pas, quand une décision ne peut pas être prise tout de suite. C'est bien ce que vous avez dit dans la définition de la situation complexe. Et donc du coup dans ces moments-là on peut pas euh, on peut pas mettre en place un seul protocole. (...) On est balancé en fait entre la loi qui nous impose quelque chose sans nous imposer quelque chose, puisque la loi est quand même très très vague en termes de préconisation de fauteuil roulant électrique, et nous, ce qu'on évalue de la personne et surtout ce qu'on évalue des conséquences que ça aurait sur la personne de ne plus pouvoir se déplacer. C'est un dilemme. L 13-30</p> <p>« A ce moment-là ça vient toucher nos</p>
--	--	---	--	---

		<p>dans quelle mesure euh (...) la relation que j'ai avec le résident aussi, l'attachement que j'ai au résident, n'interfère pas dans ses paramètres là et du coup ne nuit pas à, voilà, on vit ensemble, on est dans un lieu de vie donc on passe notre vie ensemble, ca fait dix ans que je suis là (...) donc l'attachement, le respect de la personne, le respect de ma mission, la loi euh tout ca peut rentrer en conflit et faire qu'un moment donné euh on arrive plus à évaluer une situation et prendre une décision qui parait être juste et acceptable. Partagée du moins. » L 39-54</p> <p>« Non, la personne elle est dans un lieu de vie qui est communautaire. Donc en fait il y a euh, effectivement ca peut arriver aussi que d'autres résidents par exemple viennent dire « oh mais lui il conduit plus c'est un danger publique, il nous fait peur ». Donc tout ca aussi rentre en compte, donc là aussi c'est ma mission euh, si parce que le fauteuil il est pas adapté, mal conduit eu et qu'il y a une mise en danger des autres résidents,</p>		<p>valeurs d'ergothérapeute. C'est un vrai problème. C'est un réel problème. » L 85-86</p>
--	--	---	--	--

		<p>des professionnels, de l'entourage euh, des visiteurs, des familles, euh voilà, c'est compliqué d'arriver à, à permettre une vie harmonieuse pour les autres résident, leur famille, leur entourage, les professionnels et de celui qui est en difficulté lors des déplacements. Et avec au milieu nos missions qui sont de favoriser, quand même, la qualité de vie de tout le monde et avec parfois euh, des besoins qui sont contradictoire. » L 57-66</p> <p>« Voilà, c'est ça qui est compliqué. Parce que, parce que réduire l'autonomie euh c'est pas mes valeurs, je suis pas là pour ça, à la base. Je ne me fais pas plaisir là. Je me fais pas plaisir (...) je sais qu'il faut le faire mais je me fais pas plaisir. C'est ça le problème en fait. » L 89-92</p>		
	Spécificités liées au lieu d'exercice	« Ici il y a des gens particulièrement vieillissants, par ce que la MAS est ouverte depuis longtemps. Ici on a des personnes vieillissantes et c'est ça qui est difficile en fait, c'est que, on peut avoir des jeunes, alors après des jeunes	« Est-ce-que le résident se met en danger, est-ce que le résident met en danger une tierce personne ? (...) Est-ce que l'institution est prête à accepter les dégradations que peut engendrer (...) une mauvaise conduite du fauteuil ? » L 27-29	

		<p>euh qui conduisent très très vite parce que bah ... quand on est jeune on est fougueux on est voilà et on veut conduire très très vite avec des problèmes d'attention ... Mais euh ... mais je dirais que la personne vieillissante c'est quand même un problème spécifique et ça peut créer un dilemme monstrueux parce que (...) elles ont pris des habitudes avec le déplacement. Quelqu'un qui, un enfant pour qui on expérimente la conduite, on lui donne un fauteuil ou on lui donne pas, c'est un enfant. Euh ... il fait des séances d'entraînement. Bah moi si j'ai pas le permis, j'ai jamais eu de voiture, j'ai pas le permis, j'ai pas le permis ! Je, je compense ! J'utilise les transports en communs, je vie en ville euh voilà. Mais quand ça fait euh 60 ans que j'ai eu le permis et grâce à ça, et seulement grâce à ça, j'ai une vie épanouie et des relations et tout et tout, supprimer ça, ça veut dire changer complètement de projet de vie euh ... Tout s'écroule d'un coup quoi. » L 72-84</p>		
--	--	---	--	--

	Examen des lignes de conduite	<p>« Donc je dirais, le respect de la personne, la bienveillance (...) pas de maltraitance (...) euh, est ce que je respecte la personne ? est-ce que je suis en accord euh (...) (réflexion) c'est compliqué hein les valeurs (rire) nos valeurs à nous (rire). (...) Je dirais est-ce que je suis en conflit avec mes missions, qui sont de favoriser l'autonomie, la réalisation de soi euh à travers des activités voilà, c'est aussi la réalisation de soi à travers une activité. (Réflexion) Donc euh, ma mission c'est ca (...) je dois être, enfin je veux être bienveillante, je veux respecter la personne, ses envies, ses valeurs, ce qu'elle est. » L 33-39</p> <p>« Donc c'est ça qui est difficile pour nous. Et des fois ce fameux dilemme on peut l'anticiper. Quand on commence à venir nous voir souvent, parce que le fauteuil il a cogné, parce qu'il y a un petit truc à réparer ... On sait que ça va arriver. Donc qu'est-ce qu'on fait ? A quel moment on l'anticipe ? A quel moment euh ... comment on le gère ? est-ce qu'on attend</p>	<p>« (...) Alors oui, les valeurs qui vont se confrontées euh, ce sera la valeur éthique du respect du choix du résident, (...) en lien avec ses capacités et ses incapacités, et aux freins institutionnels, qu'il soit organisationnel, humains ou environnementaux. » L 16-18</p>	<p>Le but quand même dans l'attribution d'un fauteuil roulant électrique, et c'est d'ailleurs pour ça que c'est une question vive, c'est que on peut pas juste dire « ah bah il a pas les habiletés cognitives pour conduire un fauteuil roulant électrique, merci au revoir ». En fait ca vient nous titiller, parce que on sait pertinemment que sans son fauteuil roulant électrique, toute sa, euh sa routine de vie elle est impactée donc toute son identité personnelle, son équilibre et cetera ... Et donc en fait c'est pour ça qu'on arrive pas à prendre une décision un petit peu tranchée. (...) C'est toujours très difficile. L 90-96</p>
--	-------------------------------	---	--	---

		que ce soit critique, est ce qu'on le prend au début ? est ce qu'on fait de la prévention ? » L 84- 89		
--	--	---	--	--

Annexe 8 : Analyse de contenu thème 2

THEME	SOUS THEME	A	B	C
Analyse globale de la situation	L'agir (L'activité)	<p>« Donc, si on part du fait qu'il y a un risque avérer. Analyser ses risques, est ce qu'on peut réduire le risque ? suffisamment pour qu'il soit quasiment à zéro, quasiment annuler le risque. Est-ce qu'on peut, décortiquer, analyser dans quelles situations ce risque est là ? Est-ce qu'il y a des moments identifiables, des endroits identifiables des (...) voilà. L 95-98</p> <p>« dans certains moments voilà, la journée type, est ce qu'il y a des moments où il vaut mieux pas qu'on prenne le relais parce que certaines situations qui sont vraiment à risque comme euh (...) prendre les ascenseurs si on sait que l'ascenseur est particulièrement étroit, euh quand on recule, on voit pas s'il y a quelqu'un derrière, donc si on considère que l'ascenseur est une situation à risque, il y a des moments où on sait que pour aller de la salle à manger à la chambre il faut prendre l'ascenseur, bon ben à ce moment-là on l'accompagne et on l'aide » L 124-130</p> <p>« Bah j'imagine que l'activité vidéo, elle se</p>	<p>« Donc l'évaluation du résident, l'évaluation des capacités du résident sur son fauteuil, et de sa capacité à évoluer en toute sécurité, et le terme sécurité est important. » L 24-26</p>	<p>« Ce serait, au moment de l'évaluation pour déterminer ou pas si on signe le certificat d'aptitude à la conduite pour la mise en place d'un fauteuil pour la personne, on cherche forcément à savoir quelles sont les activités de la personne qu'elle cherche à faire avec ce fauteuil » L 57-60</p>

		<p>fait à l'atelier vidéo. : Elle ne peut pas se faire en chambre euh ... pour une personne. Par contre si c'est accéder à l'ordinateur pour regarder les mails, ça peut se faire en chambre qui est un lieu plus calme, plus accessible. Est-ce que c'est des activités de groupe ou individuel. Est-ce que le groupe est favorable ou pas à des problèmes de comportement aussi. Tout ça sa peut jouer sur la qualité de la conduite L'attention, parce qu'il faut de l'attention pour conduire quand on a des difficultés. Plus d'attention, c'est plus automatique en fait. (...) Euh... donc les activités euh ... Beh dans l'activités, est ce que le déplacement (rire) est ce que l'activité souhaité n'est pas réalisée à cause d'un problème de conduite et de déplacement ? ou d'installation au fauteuil. S'il y a des choses qui sont obstacles et ben on les analyse et on voit si on peut les supprimés. Donc l'environnement et l'activité c'est lié, c'est l'environnement dans lequel se déroule l'activité. » L 140 - 152</p>		
--	--	--	--	--

L'être (La personne)	<p>« Une fois une tout ça est fait, si on y arrive pas, on peut essayer de voir si la personne est capable, par une grande motivation (expression et grands gestes) sachant que c'est le dernier rempart avant euh (...) le retrait du fauteuil. De changer son comportement, d'améliorer sa performance, voilà, donc on peut jouer sur les deux. » L 104-107</p> <p>« Parce que quand c'est comportemental, on sait qu'un résident X croise un résident Y, ils vont se croiser, ils vont flamber, ils vont s'énerver. Du coup, là c'est potentiellement, bah, quand je suis énervé, je le déplace vite, je cours, je m'en vais, je fuis ; En fauteuil c'est pareil hein, je me déplace vite, je cours, je m'en vais, je fuis j'ai envie de dire hein. Donc là, c'est à risque peut être. Si la vitesse est à risque, il faut éviter les situations où ... voilà. Et ... (en riant) et jusque-là on a toujours réussi. » L 109-114</p> <p>« (...) Donc, les éléments de la personne c'est :sa motivation pour conduire le fauteuil » L 119</p> <p>« Ces capacités, la conscience qu'elle a du risque, (...) euh, ou des</p>	<p>« (...) D'abord par une évaluation précise des capacités du résident, sur le plan cognitif, sur le plan moteur également, et sur le plan comportemental. Ces capacités de gestion du fauteuil (...) On rajoute sur ses évaluations, bien évidemment l'évaluation sensorielle. C'est la première des évaluations à faire avant même l'évaluation cognitive, motrice et comportementale (...) » L21-24</p>	<p>« et bien sûr, on cherche à connaître ses capacités de conduite. Physiquement comment il va faire ? est-ce que du coup c'est quelque chose qu'on va pouvoir adapter pour faciliter la conduite et du coup sortir de cette situation complexe ? Ces capacités cognitives, forcément puisque c'est la loi qui nous l'impose » L 61-66</p>
----------------------	--	--	---

	<p>situations à risque, plus que du risque, c'est des situations à risque en fait. C'est plus précis. Donc j'ai dit la personne, j'ai dit son envie de conduire un fauteuil, « nanana ». Après ça peut être pourquoi elle conduit le fauteuil, si il y a des moments où l'aide humaine peut prendre le relais, » L 121-124</p>		
L'environnement	<p>« Arriver à analyser le risque pour arriver à le réduire. Si on y arrive (...) par des adaptations euh (...) de la programmation du fauteuil, de la vitesse, du choix de la commande, de (...) voilà, par l'adaptation de tous les éléments du fauteuil, voire le changement du fauteuil. Par exemple euh, plus maniable en intérieur. Si c'est un fauteuil énorme, avec de grosses roues, qui en intérieur est pas particulièrement adapté, on peut agir sur le fauteuil, sur les commandes du fauteuil, la programmation du fauteuil, pour réduire le risque. » L 98-104</p> <p>« Mais en centre, c'est difficile d'adapter l'environnement. Parce qu'il est censé déjà être euh (...) adapté. Après ça peut être euh (...) ça peut être l'adaptation d'un</p>	<p>« (...) Ensuite la complexité de la situation, elle est liée, justement à ses capacités et à l'expression de ses capacités dans l'institution. Aussi bien au niveau organisationnel qu'environnementale. En fonction de l'architecture de l'institution par exemple, le maintien du fauteuil sera possible, ou pas. » L 10-13</p> <p>« Euh (...) dans l'environnement de l'institution. » L 26-27</p> <p>« Alors l'ensemble des professionnels les aides-soignants qui vont voir les résidents évoluer en chambre mais aussi dans les couloirs avec le fauteuil, mais aussi les ASH qui peuvent être confrontés ou qui peuvent observer (...) des choses, pertinentes dans la pris en charge. Evidemment, le kiné, parce qu'une des craintes quand on passe une personne en fauteuil roulant électrique, en tous cas les personnes dont on parle, c'est qu'il y a une</p>	<p>« Il y a l'environnement humain. A quel moment il peut être facilitateur notamment là, pour l'activité déplacement en fauteuil roulant électrique ? Euh, est-ce qu'il peut être guidant, est-ce qu'il peut être encadrant et cetera. Tout ce qui est environnement physique. Sur euh, ben, ne serait-ce qu'en terme d'accessibilité. Est-ce que c'est réellement accessible, est-ce qu'il va falloir faire des manœuvres compliquées ou pas dans la vie de tous les jours ? Et on est un peu obligé de prendre en compte l'environnement social aussi parce que (...) Quand je parle d'environnement humain, je parle des aides humains, et quand je parle d'environnement social je parle de l'a famille et cetera, parce</p>

		<p>poste de travail par exemple. Pour que le fauteuil soit, ça m'est déjà arrivé de faire ça, pour que la manette du fauteuil, par exemple faire un trou dans un plan de travail, la personne se met en face, elle a le repère, la manette passe automatiquement, après il a qu'à reculer et on fait en sorte qu'il y ait un espace suffisant derrière, qu'il y ait pas de table, pas de gens au moment de l'activité pour que la personne puisse reculer sans euh cogner quelqu'un ou quelque chose. » L 152-158</p>	<p>réduction de la participation motrice. » L 41-46</p>	<p>que ça peut assez souvent être dissocié. Et du coup l'environnement social c'est à prendre en compte parce que si euh, l'activité favorite de la personne c'est aller boire un verre avec son cousin le week-end, comment ça peut se passer s'il a pas de fauteuil roulant électrique ? (...) Par exemple. » L44-55</p>
Analyse globale de la situation		<p>« (...), Alors, je dirais que ... je dirais que c'est un raisonnement difficile, enfin compliqué, complexe parce qu'il y a plein d'enjeux, pleins de paramètres à prendre en compte puisque la situation est complexe. Le raisonnement est à la hauteur de la situation, pleins d'intervenants, et long. » L 6-9</p> <p>« La performance de la personne, l'adaptation du fauteuil, l'information de tout le monde, euh, connaître les moments à risque, les situations à risque. » L 108-109</p> <p>« Bon. Puis si le risque est (...) Quel est la répétition du risque ? Est-ce que ca c'est</p>	<p>« (...) le raisonnement global, il va s'articuler autour de deux axes. Le premier ce centre sur le résident et sur ces capacités (...) aussi bien cognitives que motrices. Le deuxième s'axera plutôt sur, les contraintes institutionnelles. » L 4-6</p>	<p>« Ben, je dirais que c'est un peu le même raisonnement pour tout en ergothérapie. Ça fait partie de notre manière de réfléchir. C'est euh, quels sont les éléments de la personne ? C'est-à-dire quelles sont ses capacités, ses incapacités ; quelles sont ses habitudes de vie euh, qu'est ce qui la motive, qu'est ce qui euh (...) qu'est-ce qui fait qu'elle s'engage dans certaines activités ou pas. Donc tout ça ; qui elle est et comment elle fonctionne finalement. Ces activités, donc. Euh, qu'est-ce qu'elle fait, comment elle le fait, avec quel type d'aide technique ? quel type d'aide humaine ? par</p>

		<p>produit une fois, est ce que c'est souvent ? (...) » L 114-116</p> <p>« Mais quand il y a des difficultés ... de toute façon, quand les personnes conduisent mal, soit c'est les murs qui cassent soit c'est les fauteuils qui cassent. Mais un moment donné, il faut finir par réparer. Donc au moment des interventions on en parle à la personne évidemment en disant bon beh là qu'est-ce qui se passe ? On a plus de forfait réparation, le fauteuil est cassé, il y a des traces de partout autour de toi, dans la chambre, dans l'environnement. Il faut qu'on voie les choses » L 185-190</p>	<p>exemple. Euh, quelles sont les compensations mises en place et cetera. Et donc quelles seraient les conséquences d'un retrait de fauteuil roulant électrique sur ces activités-là ? C'est pour ça qu'on cherche à les connaître en fait, finalement. Et puis l'environnement, à quel moment il est facilitateur et à quel moment il est obstacle ? » L 33-42</p> <p>« (...) Donc du coup, en fait, euh si on reprend le truc, on cherche à voir donc la personne, ses activités, son environnement ». L 72-73</p> <p>« Et du coup, en fait je pense que, pour sélectionner la proposition la plus pertinente, il faut avoir tester toutes les adaptations de l'activité possibles. Donc euh, adapter le mode de conduite, adapter l'environnement humain, adapter l'environnement social et cetera. » L 75-78</p>
--	--	---	---

Annexe 9 : Analyse de contenu thème 3

THEME	SOUS THEME	A	B	C
Analyse des conséquences de la proposition envisagée de prise en soin	Conséquences de l'agir (conséquences sur les activités)	<p>« (...) euh ... les enjeux, les enjeux, c'est-à-dire euh ... Pour le résident quelles seront les conséquences du retrait du fauteuil roulant électrique sur sa vie, ses occupations (...) ses activités » L 12-14</p> <p>« Ah beh les conséquences pour la personne, c'est que, plus on limite son activité, sa participation, moins il est heureux, moins il s'épanouie. Après c'est lui hein, c'est chacun qui dit les conséquences que ça a pour lui. C'est pas nous qui les inventons à la place de la personne. » L 182-184</p>	<p>« Des transferts réguliers par exemple. A partir du moment où la personne est en fauteuil standard, on lui demande de faire assez régulièrement des transferts. La peur qu'on a quand on passe quelqu'un en fauteuil roulant électrique en EHPAD, euh, c'est que la stimulation motrice soit diminuer, et que la personne perde ses capacités motrices ou se déconditionne au niveau musculaire. » L 48-52</p>	<p>« Et du coup, derrière, en toile de fond on a toujours, qu'est-ce qu'il ne pourra pas faire ? s'il a pas ce fauteuil en fait finalement. Qu'est-ce qu'il ne pourra pas faire ? » L 60-61</p> <p>« Euh ... est-ce que ça va pas aussi euh (...) dans un sens, jouer avec ces capacités d'interactions avec les autres ? Si je ne peux pas aller vers les autres, qui viendra vers moi et du coup quelle sera ma communication à ce moment-là et quel sera mon, on en parlait tout à l'heure, mon environnement social ? Euh ... et du coup voilà, en toile de fond on a euh, quelle seront ses occupations s'il n'a plus ça, sa participation sociale aussi. (...) » L 65-69</p>
	Exploration des options/scénari de solution	<p>« L'idée c'est de maintenir le fauteuil le plus longtemps possible. » L 116</p> <p>« Beh oui sinon on retirerait le fauteuil tout de suite quoi. L'idée c'est de, toujours pareil, quand on fait un choix, il faut qu'il soit réalisable. Donc eu, ça veut dire</p>	<p>« (...) Alors, (...) la sélection de la proposition doit être un compromis, doit être un juste milieu entre les souhaits du résident, ses capacités et les contraintes institutionnelles. (...) C'est une proposition qui peut être faite par l'ergo seul, mais qui</p>	<p>« Et de là il faut qu'on prenne une décision : est-ce qu'on signe ou est-ce qu'on signe pas le certificat d'aptitude à la conduite et donc euh, est-ce que oui ou non il a un fauteuil roulant électrique ? Pour les</p>

		<p>qu'on a les moyens humains, techniques, environnementaux pour que euh, ce soit adapté à la situation. A l'environnement dans lequel on est, au personnel qu'on a, au fait que les gens tournent, qu'il y a 40 personnes par jour qui interviennent. Qui sont pas toujours bien informées parce que l'information elle circule pas toujours super bien donc euh, il faut tenir compte de ces difficultés-là de l'institution, organisationnelle et environnementale. » L174-180</p>	<p>doit impérativement être validée en équipe pluridisciplinaire. (...) Et qui doit être diffusé au personnel (...) n'ayant pas participé à la prise de décision. » L 34-38</p> <p>« (...) Après les différentes options elles sont (...) restreintes. (...) C'est soit le retrait, pur et simple, soit le maintien partiel, sur un temps donné, avec des personnes données, ou le maintien complet, en toute autonomie. (...) Généralement on a que trois solutions. » L 53-55</p> <p>« Bien évidemment et c'est pour ça qu'il faudra lui proposer une solution alternative pour maintenir son autonomie. Même s'il n'a plus l'indépendance (...) au niveau du déplacement, il faut maintenir sa capacité d'autonomie. Donc le respect de ses décisions, lui offrir finalement, des choix, et respecter ses décisions. (...) » L 67-71</p>	<p>cinq prochaines années. » L73-75</p> <p>« « Donc euh (...) pour sélectionner la proposition la plus pertinent, je pense qu'il faut avoir envisager tous les scénarios possibles et surtout pas être tout seul, en discuter avec l'équipe. (...) Avec l'équipe et avec le médecin puisque ce sera le prescripteur. » L 86-89</p>
<p>Examen en profondeur l'option sélectionnée</p>	<p>« Alors déjà je le fais pas seule, ça se fait en équipe, et les éléments ils sont apportés euh moi je vis pas avec les résidents donc les événements sont rapportés par euh les équipes éducatives, euh,</p>	<p>« Et bien la réponse est très simple, on va évaluer le rapport risque bénéfice. Donc, évidemment, on va mettre en lien les bénéfices qu'apporte le maintien du fauteuil</p>	<p>« Et il faut avoir pris en compte et accompagné tout ce qu'il ne pourra plus faire si on enlève le fauteuil roulant électrique. C'est-à-dire qu'il faut se</p>	

		<p>l'éducateur recueille tous les éléments des AMP, aides-soignants, des personnes qui sont au quotidien. On essaye de recueillir des faits, on analyse les faits avec euh, les psychologues, les médecins, euh kiné, ergo, infirmiers euh pour arriver à justement euh, maîtriser la connaissance, avoir une bonne connaissance de tous ces éléments-là. Et après on émet une hypothèse. On discute, chacun donne son avis, on émet une hypothèse, le médecin rééducateur dit je valide. Première solution : on essaie ça. On le fait, on observe, on suit, on voit ce que ça fait. Si le risque diminue et que les activités sont facilitées, que la décision est partagée ; si le risque semble acceptable euh (...) et que tout le monde est bien informé et ben on décide que le risque est acceptable quoi enfin qu'il est pas (...) » L 161-171</p>	<p>électrique. Bien entendu ça participe au maintien de l'autonomie, à des déplacements en toute liberté, amélioration de l'état thymique, baisse des troubles comportementaux (...) Mais (...) on a un risque. Un risque pour la personne, un risque pour les résidents autour de la personne et un risque aussi matériel (...) au niveau de l'institution. » L 59-64</p>	<p>faire les deux scénarios. Avec un fauteuil roulant électrique, il pourra faire tout ça, mais par contre, peut être qu'il mettra en danger euh, des personnes parce que sa conduite sera pas hyper efficace. Et, s'il a pas de fauteuil roulant électrique, quel sera son rendement occupationnel ? Quelles seront ses occupations ? Euh, est-ce que c'est une injustice de lui enlever ce fauteuil-là ? Est-ce que vraiment on part vers un désert occupationnel et du coup, à ce moment là (...) » L 78-85</p>
--	--	---	---	---

Annexe 10 : Analyse de contenu thème 4

THEME	SOUS THEME	A	B	C
Description des moyens mis en œuvre	Information des personnes concernées	<p>« Donc déjà si c'est des adaptations beh on les a réalisés. Après euh (...) quand c'est une nouvelle proposition ben ça veut dire qu'il faut que tout le monde soit informé et ce qui est important, c'est d'être cohérent. Parce que sinon le résident il est en otage euh ... voilà. Et la difficulté c'est toujours les gens qui soit sont pas informés, soit ne sont pas en accord avec la décision d'équipe et ne l'applique pas. (...) Parce que pour le résident du coup c'est (...) surtout si cette décision est difficile pour lui, du coup elle euh sera pas légitime, du coup il pourra pas travailler euh. » L 209-215</p> <p>« Qui donne l'information ? Le médecin je dirais. C'est le médecin qui dit bah on va faire ça, ça et ca. Ok. Donc s'il dit pendant trois jours, il n'y a plus de fauteuil pour cette personne, le médecin valide et il informe via le dossier du résident, euh, les réunions de transmissions. La direction aussi, médecin et direction. Chef de service, voilà. Il faut que l'information passe, soit diffusée largement. Il faut que ce soit repris</p>	<p>« Alors, on va parler plutôt du cas d'un maintien parce que sur le retrait finalement il y aura juste une action d'information du fait que le fauteuil a été retiré et qu'une solution alternative doit être proposée pour le maintien de l'autonomie. » L 81-83</p> <p>« Une information verbale, une information écrite, mise dans le plan de soin (...) » L 91-92</p> <p>« on multipliera les informations par tous les canaux possibles euh (...) »</p>	<p>« Euh (...) sur les observations de l'équipe pluridisciplinaire autour de la personne aussi, parce qu'en lieu de vie on a quand même la chance d'avoir ça. Voilà, sur les différentes transmissions qu'on peut se faire entre professionnels, non professionnel, enfin voilà, ce que un petit peu tout le monde a pu observer et qu'est-ce qu'il se passe du coup. (...) » L 99-114</p>

		<p>aussi, pour que la décision soit acceptée et comprise lors des réunions d'équipe. Il y a l'éducateur aussi évidemment hein. Donc heu, éducateur, médecin, directeur, (...), ergo, kiné, infirmiers, équipe paramédicale. Il faut que tout le monde soit informé L 225-231</p>		
<p>Mise en œuvre</p>		<p>« Voilà, il faut arriver à trouver un compromis avec elle. » L 130-131</p> <p>« Si la personne est dans le déni complet, et qu'elle euh nie complètement les difficultés, qu'elle pense que tout va très bien et qu'on peut pas lui faire entendre quoi que ce soit si on a très peu de moyens d'agir sur elle bon beh forcément là par moment on est obligé de marquer le fait que ben, en cas de danger on coupe la commande autonome du fauteuil provisoirement hein, en cas d'urgence et ça c'est pas l'ergo qui le décide hein, c'est l'équipe. Et quand c'est validé par le médecin on peut dire beh pendant deux trois jours euh ... Il conduit plus. Puis s'il a pas d'argent pour réparer tout de suite le fauteuil on va pas prêter un matériel tout de suite, ça ne permettrai pas de travailler sur la prise de conscience des</p>	<p>« C'est toujours un compromis entre les capacités du résident, ses souhaits, les contraintes institutionnelles. » L 73-75</p> <p>« Il y a forcément aussi une période de test, où on va vérifier que nos observations (...) sont pertinentes, ou nos propositions sont pertinentes » L 75 -76</p> <p>« En cas du maintien du fauteuil, c'est important que les équipes sachent pallier les problèmes les plus courant qu'on rencontre avec un fauteuil électrique. (...) Une décharge du fauteuil, donc apprendre aux équipes à charger, à mettre en charge le fauteuil. Apprendre au résident, aussi, à charger son propre fauteuil. Lui permettre d'être finalement indépendant et autonome sur l'utilisation du fauteuil. Sécuriser les transferts, passer le fauteuil en mode manuel (...) Savoir un petit peu manier les bascules</p>	<p>« Alors du coup quand c'est arriver (...) En l'occurrence, la proposition sélectionnée ça a été de, de mettre en place une espèce de période de probation. Et d'aller finalement vers le retrait progressif du fauteuil. C'est pas quelque chose de brutal. C'est plus euh, comment on adapte l'activité autour de la personne et comment on identifie avec cette personne les moments où elle pourrait utiliser son fauteuil et les moments où elle pourrait pas. Donc la proposition sélectionnée ça a été ça. Et du coup il a fallu mettre en place, avec l'équipe et avec l'environnement social non professionnel on va dire de la personne euh, dans quelles modalités c'était possible donc euh, qui l'accompagne, comment on l'accompagne, quand est-ce qu'il conduit son fauteuil, où est-ce qu'il va pouvoir conduire son fauteuil ou pas, plutôt</p>

		<p>difficultés. On le laisse trois jours en commande tierce personne, et après on en reparle. Le réparateur vient, on répare, on en reparle » L190-199</p> <p>« L'idéal c'est qu'il participe et qu'il valide la décision aussi. Ce n'est pas fait contre lui et sans lui. (...) La décision elle n'est prise contre lui et sans lui qu'en cas de danger grave et imminent. (...) Sinon elle est faite avec lui et elle est faite lorsqu'il y a un incident. De conduite. Et souvent, pour nous, parce qu'il y a une réparation à faire. Donc c'est très progressif, c'est pas soudain en fait. Et donc quand c'est mis en place, normalement, les gens, qui sont là régulièrement, sont censés être informé parce qu'il y a des mauvais conducteur (rire) qui sont quand même connus. » L 215-221</p> <p>« mise en situation oui dans le cas où il garde le fauteuil mais il y a une adaptation, c'est ça. Après si on fait des mises en situation où nous ergothérapeute, on suit la personne sur son parcours type, je peux pas estimer que mes observations sont fiables. Parce qu'en vrai rien que de me voir c'est un rappel à l'ordre et ça va changer le</p>	<p>d'assise. Toutes ces actions assez simples qui doivent être faites au quotidien, c'est important que le résident sache le faire mais que les équipes aussi aient quelques notions. » L 83-90</p>	<p>des choses comme ça. Toutes ces modalités ont été déterminées avec différentes mises en situations, selon ce qu'on a observé, ce qu'on a mine de rien surveillé avec la personne quand elle était toujours en conduite non probatoire on va dire. » L 99-110</p>
--	--	--	--	--

		<p>comportement. En plus il va connaître l'enjeu. Il peut avoir une qualité de conduite avec moi en séance qu'il aura jamais euh dans l'institution dès que je suis pas là (...) Donc ce qui est important c'est : premièrement d'assurer qu'avec nous c'est faisable, en séance d'entraînement enfin en mise en situation avec l'ergo. Si déjà il passe se cap là bon beh très bien, il a très bien conduit donc on sait qu'il est capable, dans un certain contexte, d'une qualité de conduite. Mais si le problème il est comportemental, ou attentionnel c'est les observations de tous les collègues et des autres résidents qui compte. Plus que les nôtres. Ou les nôtres ne valent rien si elles ne sont pas confirmées par les autres. » L236-246</p> <p>« Donc il faut prouver les choses, faut lui faire prendre conscience des choses, des difficultés, il faut le prouver, il faut se justifier il faut ... tout le temps, tout le temps. » L 267-269</p> <p>« ET que ce soit ré-évalué régulièrement. » L 232</p>		
--	--	--	--	--

Annexe 11 : Analyse de contenu thème 5

THEME	SOUS THEME	A	B	C
<p>Analyse des conséquences de la mise en œuvre de la proposition d'action</p>	<p>Résultats observables</p>	<p>« Cet accompagnement là en fait il permet de voir ce que ça fait pour la personne. Est-ce que pendant trois jours elle était contente ou pas ? Est-ce qu'elle a trouvé un bénéfice ne pas conduire son fauteuil ? Parce qu'il y avait toujours du monde à côté d'elle ? et que du coup il était moins seul ? Est-ce que au contraire, le fait de pas avoir d'intimité c'était une torture ? Ce qui est intéressant c'est de comprendre euh ... quelle est l'incidence de la privation de fauteuil autonome pour la personne. Et c'est un des éléments après qui fait que chaque situation est unique et chaque décision l'est pour un instant T aussi hein. C'est jamais définitif. » L199-206</p>	<p>« Et évidemment, en cas de changement, de modification, d'altération de l'état général, que ce soit cognitif, sensoriel, moteur ou comportemental, c'est une décision qui sera soumise à réévaluation. » L76-78</p>	<p>« (...) Euh, bah du coup euh (...) du coup on va forcément s'enquérir de comment va la personne. Donc est-ce qu'on avait anticiper ou pas comment elle allait réagir ? euh, est-ce que c'est quelque chose qu'on avait pas du tout prévu ? (...) » L 117-119</p> <p>« Tout à l'heure je parlais d'un des cas de figure qu'on a rencontré, euh, est-ce que du coup on avait pensé à tout ? Et du coup, est ce que maintenant, la conduite se fait sans danger ? Euh, (...) est-ce que finalement, vu qu'il a entre aperçu la possibilité de ne plus avoir de fauteuil, est-ce qu'il a trouvé des bénéfices à être dans cette conduite probatoire ? est-ce qu'il a pris conscience de l'enjeu ? et sinon, quel est le retour que la personne nous fait ? Est-ce qu'il vient toujours nous voir ? est-ce qu'on a perdu le contact relationnel ? Et en fonction de ça, il faut réajuster les propositions. (...) » L 119-126</p>

	Réponse au dilemme éthique initial	<p>« Je dirais c'est l'analyse de (...) Comment est le résident, son moral euh, quelles sont les activités qu'il réalise ou qu'il ne réalise pas. Est-ce qu'il est satisfait de sa vie, son état de santé, et après sa sécurité évidemment. Et euh (...) et après qu'est ce qu'on met en place pour accompagner. J'ai jamais vu de résident qui avait un bénéfice secondaire dans ces situations ou très ponctuellement. Mais comme, sur les fauteuils on prévoit une commande tierce personne, je l'ai pas dit ça. Donc au final, les résidents, quand ils se sentent pas de conduire, de façon implicite ou de façon explicite : soit ils demandent, soit ils nous regardent ils bougent pas, on doit aller quelque part ensemble, ils ne mettent pas la main sur le joystick, nous on prend la main. C'est une façon, c'est une forme de demande. Donc euh, dans tous les cas, sur un fauteuil il y a la possibilité d'une aide humaine. Donc si la personne (...) c'est quelque chose qu'elle n'avait jamais utilisé, quelqu'un qui refusais l'aide humaine, qui voulait continuer à conduire tout seul ... c'est le cas le plus difficile. Quelqu'un qui perd des capacités, que ce soit cognitives ou</p>	<p>« Oui, le premier critère qui objective la pertinence de l'action c'est la mise ou non en danger. Si le résident se met en danger ou si un résident est mis en danger par le fauteuil, l'action n'est pas pertinente. La première chose, c'est de mettre les résidents, que ce soit le patient ou les résidents autour, en sécurité. (...) Evidemment un autre critère est l'autonomie (...) le maintien de l'autonomie qui va favoriser la participation aux activités. On va éviter la grabatisation par justement se maintien de l'autonomie tant sur le plan cognitif que sur le plan moteur. La baisse des potentiels troubles du comportement en lien avec (...) l'indé... la dépendance et la perte d'autonomie. Et si l'objectif du résident est rempli. (...) Si on arrive à remplir l'objectif du résident, à garder l'aspect sécuritaire, et à obtenir aussi l'accord de la direction par rapport aux potentielles dégradations que pourrait entraîner le fauteuil, l'action est pertinente. Il faut que les trois conditions soient remplies. Accord de la direction, sécurité, et les objectifs du résident. » L97-108</p> <p>« Pour moi le premier c'est la sécurité. L'autonomie d'un résident, ne peut pas prévaloir sur la sécurité</p>	<p>« Est-ce que l'action a réglé le problème finalement. » L 119-120</p>
--	------------------------------------	---	--	---

		<p>motrices et pour qui la qualité de vie dépendrait entièrement de sa conduite autonome du fauteuil. C'est le cas le plus délicat d'un point de vue éthique. Parce que les conséquences sont (...) pour lui, terribles. Donc, la pertinence de l'action c'est (...) est ce qu'elle est acceptée par la personne, est-ce qu'il l'a comprise, (...) est-ce que le temps de suppression de, de, d'autonomie dans les déplacements est adapté, est-ce que c'est définitif, est-ce que c'est provisoire, euh (...) voilà, quelle incidence ça a sur lui quoi je dirais hein, c'est ça hein. Et après on peut accompagner ça. L'idée c'est qu'il accepte. » L249-267</p>	<p>des autres résidents. Donc premier aspect : sécurité. Deuxième aspect : maintien de l'autonomie du résident, qui va favoriser le maintien des capacités motrices, cognitives, et éviter les troubles comportementaux. Et enfin, en dernière intention, l'aspect financier et matériel en lien avec le cadre institutionnel et, les décisions de la direction. » L111-115</p>	
	<p>Eléments appris lors de la confrontation à cette situation</p>	<p>« Si des gens n'ont pas un comportement ou une attitude conforme à ce qui a été préconisé, c'est toujours violent pour le résident. C'est toujours lui qui paye la facture hein, quoi qu'il arrive. » L221-223</p> <p>« Oui parce que heu (...) on (...) ça nous aide à toutes les étapes en fait. Evaluer la situation, quand le personnel est souvent confronté à une situation, euh (...) La finesse de ... quand ils repèrent des moments critiques en lien avec la difficulté de conduire,</p>	<p>« Evidemment. On ne peut pas systématiser la réponse sur ce genre de problématiques. » L73</p> <p>« Oui, à partir du moment où on multiplie les situations problématiques et on a déjà réfléchi en amont à la méthodologie, aux pistes de réflexion, aux propositions qu'on peut faire ou même à la discussion qu'on aurait déjà eue avec la direction. Evidemment, si on est confronté à nouveau à ce cas de figure, la prise de décision sera beaucoup plus rapide, beaucoup plus facile, parce qu'on</p>	<p>« (...) Je pense que (...) Je pense qu'on devient plus costaud dans l'analyse. (...) » L129</p> <p>« Je pense qu'on a des réflexes qui arrivent finalement, ça met des compétences en place euh... la façon d'analyser la situation et cetera euh (...) les différents éléments qu'on doit prendre en compte, on apprend finalement à, à faire comme ça. Après dans la mise en œuvre des</p>

		<p>ils vont le diffuser davantage. Parce qu'ils on l'idée que si on le traite pas au départ la situation va devenir de plus en plus critique, que ça va pas s'améliorer. Et avant que ça devienne chronique, j'observe les éléments, ça commence à se reproduire, là il a de plus en plus de mal, dans ces circonstances il a de plus en plus de mal ... du coup les éléments remontent plus vite. Et les autres résidents aussi. Donc en fait c'est bénéfique pour les résidents et pour nous parce qu'on arrive à avoir plus d'éléments, à les analyser de façon plus exhaustive et pour la personne ça a aussi évaluer d'exemple : « intel qui n'a plus réussi à conduire son fauteuil, on lui à enlever pour un temps restreint » « Donc moi si je ne conduis plus, si je ne fais pas attention, on va me supprimer, peut-être, l'utilisation de mon fauteuil. »</p> <p>L272-283</p> <p>« De l'expérience, et le fait d'avoir de l'expérience, euh, c'est heu (...) avoir en mémoire euh (...) des situations et donc des raisonnements, des exemples de raisonnement, comme une bibliothèque de situations possibles, de raisonnements possibles, d'éléments à</p>	<p>aura déjà expérimenté euh les différentes problématiques. (...) »</p> <p>L118-122</p>	<p>solutions, je pense pas. Parce que comme chaque situation est unique et complexe à sa façon, dans les propositions qu'on va faire, on va toujours repartir du même truc sur l'analyse de la situation d'abord, sur l'analyse des possibilités, et des différentes solutions. Et de là on prendra une décision. Enfin je sais pas comment expliquer ça ... Je dirais que euh (...) toutes les décisions qu'on a prises ne sont pas transférables à tout le monde. En revanche, sur la démarche, oui, bien-sûr, on devient un petit peu expert au fur et à mesure quoi. On acquiert différentes compétences, différentes connaissances. Ça fini par devenir un savoir faire et même un savoir être parce que du coup le processus de réflexion est transférable dans d'autres choses, cette méthode d'analyse est transférable en tous cas. Et oui, on apprend, et avec l'expérience, on panique moins quand on est face à une situation</p>
--	--	--	---	---

		<p>aller chercher, en fait sa nourrit le raisonnement, l'évaluation. On peut être par exemple plus vigilant sur le temps. Le temps d'une décision d'interruption de conduite, de limitation de conduite, tous les paramètres sont plus affinés en fait ». L286-291</p> <p>« Dans la mesure où je peux rechercher oui. Parce qu'en fait, une situation se pose, je fais une recherche euh (...) pour trouver des éléments pour la résoudre. Ça peut être des recherches sur les fonctions cognitives, la loi, des aides technologique. C'est très divers, c'est un sujet complexe. Ça nous pousse à aller chercher des informations et donc à élargir nos connaissances oui. ET par l'observation, et les autres membres de l'équipe qui arrivent à... On sait quels éléments à aller chercher. Trouver les difficultés et arriver à les préciser. » L293-298</p>		<p>complexe comme ça. (...) » L 131-143</p>
--	--	--	--	--

Résumé et mots clefs

Le maintien ou le retrait d'un fauteuil roulant électrique peut avoir des conséquences importantes sur la vie d'une personne dans l'incapacité de se déplacer autrement que par l'utilisation de cette aide technique. En effet, le déplacement permet l'accès à de nombreuses occupations, qu'elles concernent les soins personnels, la productivité ou les loisirs. L'ergothérapeute peut être sollicité pour faire part de ses préconisations lorsque la situation devient complexe. Il devra alors réaliser une expertise en tenant compte de l'impact qu'aura cette décision sur la vie quotidienne de la personne. Cet enjeu important, ainsi que les risques liés à une conduite approximative, placent l'ergothérapeute dans un dilemme complexe. Cette étude clinique propose de s'intéresser au raisonnement des ergothérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes, c'est-à-dire des situations ne pouvant être résolues par la simple application d'un protocole, en lien avec le maintien ou le retrait d'un fauteuil roulant électrique.

Mots clefs :

- Ergothérapie
- Fauteuil roulant électrique
- Situations complexes
- Modèle de l'occupation humaine
- Modèle de résolution de problème éthique
- Éthique

Abstract and key words

Some people can move only by using power wheelchair. Upholding or removal power wheelchair for those persons need to be well thought out. Indeed, mobility allows access to many occupations whether it concerns personal care, productivity or leisures. Occupational therapist's recommendations are asked when situations becomes complex.. The role of occupational therapist is to assess those situations, taking to account the impact that this decision will have on the person's daily life. This important issue, as well as the risks associated withrough driving, put occupational therapist in a complex dilemma. This clinical study proposes to examine occupational therapists 's reflexion when they are confronted with complex situations, that is to say situations that can't be solved by the simple application of a protocol, in connection with the upholding or removal of a power wheelchair.

Key words :

- Occupationnal therapy
- Power wheelchair
- Complex situations
- Model of human occupation
- Model for ethical problem solving
- Ethics