Les médiations thérapeutiques en ergothérapie : favoriser le bien-être de nos aînés en EHPAD

Sarah Olano

▶ **To cite this version:**

Sarah Olano. Les médiations thérapeutiques en ergothérapie : favoriser le bien-être de nos aînés en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269204

HAL Id: dumas-02269204

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269204

Submitted on 22 Aug 2019

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille
Ecole des sciences de la réadaptation.

Sarah OLANO

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

16 Mai 2019

Les médiations thérapeutiques en ergothérapie : favoriser le bien-être de nos aînés en EHPAD

Sous la direction de :

Mr PAVE Julien

&

Mr LOUIT Vincent

Diplôme d'état d'ergothérapie

« Nous constatons ou bien que les individus vivent de manière créative et sentent que la vie vaut la peine d'être vécue, ou bien qu'ils sont incapables de vivre créativement et doutent de la valeur de la vie. »

Winnicott

« Nos vies commencent à prendre fin le jour où nous arrêtons de parler des choses importantes. »

Martin Luther King Jr

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier mon référent professionnel, Vincent Louis, pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à Julien Pavé, mon directeur de mémoire, pour son écoute, ses précieux conseils, son immense disponibilité tout au long de ce mémoire mais aussi pour avoir été un enseignant formidable.

Merci à Laura, Manon, Joffrey, Pauline, Anaïs, Estelle, Morgane et Cindy pour avoir fait partie de ce groupe de recherche uni, stimulant, bienveillant mais également riche en conseils. Je n'aurais pu rêver mieux.

Un grand merci à ma Gégé, ma p'tite MC, Laurette et Thioro pour leur merveilleuse compagnie, tous ces moments de rigolades, ainsi que pour leur soutien tout au long de cette formation.

Merci à Jacques, qui a eu la gentillesse de prendre le temps de lire mon mémoire et me donner des conseils.

Merci à ma famille pour leur soutien permanent, leur présence et l'aide qu'ils ont pu m'apporter.

Et enfin merci à mon meilleur ami, mon amour, Audric.
Merci pour ta patience, ton soutien sans faille et ta confiance en moi.
Merci également pour tout ton amour et ta présence à mes côtés depuis toutes ces années.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 1
1.1. Contexte 1
1.2. Vivacité du thème et enjeux pour la pratique professionnelle 5
1.3. Problématique pratique 9
1.3.1. Choix des banques de données 9
1.3.2. Revue de littérature 11
1.3.3. Enquête exploratoire 17
1.4. Problématique théorique 27
1.4.1. La médiation thérapeutique 27
1.4.2. Les valeurs 29
1.5. Question et objet de recherche 36
2. MATERIEL ET METHODE 37
2.1. Choix de la méthode 37
2.2. Population cible : critères d'inclusion et d'exclusion 37
2.3. Outil de recueil de données 38
2.3.1. Choix de l'outil 38
2.3.2. Construction de l'outil 39
2.3.3. Biais de l'outil 39
2.3.4. Modalités 41
2.3.5. Test du dispositif 41
2.4. Déroulement de l'enquête 41
2.5. Outils de traitement et d'analyse des données 42
3. RESULTATS 43
3.1. Données descriptives 43

3.2. Données textuelles 44

4. DISCUSSION DES DONNEES 50

4.1. Eléments de réponses à l'objet de recherche 50

4.2. Critique du dispositif de recherche 53

4.3. Apports, intérêt et transférabilité pour la pratique professionnelle 54

4.4. Perspectives de recherche 56

BIBLIOGRAPHIE 58

ANNEXES 63

Annexe 1 : Bilan démographique de la France en 1950 (INSEE 2017) 63

Annexe 2 : Bilan démographique de la France en 2017 (INSEE 2017) 63

Annexe 3 : Revue de littérature : sélection d'articles à partir de mots clefs 64

Annexe 4 : Tableau récapitulatif de la Revue de Littérature 64

Annexe 5 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire 69

Annexe 6 : Analyse des résultats de l'enquête exploratoire 72

Annexe 7 : Représentation circulaire des interactions entre les dix valeurs de base provenant de la théorie des valeurs universelles de Schwartz 81

Annexe 8 : Matrice théorique 82

Annexe 9 : Outil théorisé de recueil de données 83

Annexe 10 : Grille d'analyse des entretiens de Mr R, Mme E et Mme I 84

Annexe 11 : Entretien téléphonique avec Mr R 92

Annexe 12 : Entretien téléphonique avec Mme E 99

Annexe 13 : Entretien téléphonique avec Mme I 105

1. INTRODUCTION

Au cours de cette recherche nous suivrons le plan IMReD[1] : nous aurons ainsi une partie Introduction, suivie d'une partie Matériel et Méthode, puis des Résultats en lien avec notre recherche et une Discussion.
Nous commencerons d'abord par la partie introduction. Dans celle-ci, nous présenterons le sujet de la recherche et développerons des éléments en lien avec celui-ci à travers une revue de littérature. Grâce à une enquête exploratoire, nous irons confronter les éléments avec l'avis des professionnels. Des concepts théoriques viendront confronter les éléments de la problématisation pratique afin d'aboutir à une question et un objet de recherche.

1.1. Contexte

Lors d'un de mes stages en EHPAD[2] ainsi que lors de mes expériences personnelles, j'ai pu me rendre compte que la dépression était fortement présente au sein de ces établissements. J'ai pu également repérer une différence du comportement et de la participation des résidents par la prise en soin (PES) de leur dépression. Je me suis alors beaucoup questionnée sur les différentes méthodes de PES de ce type de population que représentent les personnes âgées (PA) dépressives dans le contexte d'un EHPAD : Par quels moyens pouvons-nous, ergothérapeutes, améliorer la qualité de vie de cette population ? Comment pouvons-nous améliorer notre pratique afin d'avoir un meilleur impact sur le bien-être de ce type de population ? En quoi les outils ergothérapiques à disposition sont-ils pertinents pour la PES des personnes âgées dépressives en EHPAD ? Parmi les outils en ergothérapie, nous pouvons particulièrement nous intéresser aux médiations thérapeutiques. En effets, ces dernières semblent adaptées à la PES de ce public et accessibles au niveau de la pratique ergothérapique en EHPAD (1). Alors de quelle manière pouvons-nous atteindre une efficience thérapeutique chez ce type de population via la médiation en ergothérapie ? En quoi la médiation peut-elle avoir un impact sur la dépression des PA en EHPAD ? En quoi peut-elle participer à leur bien-être ?

---

[1] IMReD : Introduction, Méthodes, Résultats, et Discussion.

[2] EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Il semblait important de se pencher sur la PES de cette pathologie qu'est la dépression. En effet, la PA peut y être sujette pour plusieurs raisons d'ordre psychologique mais aussi neurologique du fait de son vieillissement et/ou de son institutionnalisation (2). Que ce soit sur le plan moteur, cognitif ou psychique, des altérations sont engendrées du fait de ce déclin. Ces conséquences vont avoir un impact sur les activités de la personne et donc sur leur équilibre occupationnel ainsi que sur leur bien-être et leur santé. Leur qualité de vie sera ainsi diminuée.

D'après l'OMS[3] en 1998, la qualité de vie se définit comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (3).

L'ergothérapeute recherchant l'amélioration de la qualité de vie des patients, il parait essentiel de se pencher sur le bien-être et la santé des personnes. En effet, d'après l'ANFE[4], ces derniers seraient liés à la capacité de la personne à effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ). La difficulté ou l'impossibilité de les accomplir engendrerait notamment un manque de confiance en soi et un sentiment dépressif (4). De plus, l'ergothérapeute va accompagner la personne afin de lui permettre de réaliser ces activités. Cela rentre donc dans ses champs d'actions et de compétences.
J'ai donc choisi comme thème : <u>la prise en soin des personnes âgées dépressives en EHPAD par la médiation thérapeutique en ergothérapie.</u>

Les ergothérapeutes étant « des experts dans l'analyse de l'activité et du bien-être », il me semblait intéressant d'approfondir le sujet des médiations (4). C'est un professionnel de santé qui cherche à accompagner la personne afin d'atteindre une qualité de vie optimale pour elle, essentielle au bien-être (4). Cela pourrait ainsi avoir un impact positif au niveau du sentiment dépressif de la personne.

---

[3] OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

[4] ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

D'après le référentiel de compétences, l'ergothérapeute va favoriser l'engagement de la personne par des activités signifiantes et importantes pour elle. L'ergothérapeute va mettre à profit le potentiel thérapeutique de ces activités. Il va donc s'appuyer sur diverses médiations. Ces activités vont alors permettre à l'ergothérapeute d'observer la personne, évaluer ses capacités mais également être un support pour le processus de changement de la personne. Cela permettra à l'ergothérapeute d'agir en conséquence afin de favoriser l'autonomie, l'indépendance et donc la qualité de vie et le bien-être de la personne (5).
Afin de mieux comprendre le sujet abordé et ce qui est en jeu, il est nécessaire de définir ce qu'est le trouble dépressif et le concept de médiation thérapeutique.

❖ <u>Définition du trouble dépressif :</u>

La définition du trouble dépressif se situe dans le champ psychiatrique. Comme stipulés dans le DSM V®, le trouble dépressif est caractérisé par :

« A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt et de plaisir.
N.B. : ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.
1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être

délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade)

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans le plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d 'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale. » (6).

En impactant les activités de la personne, ces symptômes vont venir altérer et/ou majorer la perte d'autonomie et d'indépendance chez les PA en EHPAD. L'ergothérapeute aurait alors un rôle à jouer dans leur PES.

❖ Définition du concept de médiation thérapeutique :

La définition que nous allons donner se situe dans le champ disciplinaire de la psychologie. D'après Chambry J, Fourn J-YL et Valentin J-J, « la médiation désigne un processus dans lequel un tiers intervient pour faciliter la circulation d'informations, et ainsi faciliter l'établissement d'une relation. Ce terme existe dans la langue française dès le xix^{e} siècle et tire son origine du mot latin *médius*, « médiateur », devenu *mediator* dans le bas latin : intercesseur, entremetteur » (7). Berney S. vient confirmer et étayer cette définition. La médiation serait « à la fois intermédiaire entre deux ou plusieurs choses, mais également intervention destinée à amener un accord – s'agissant d'un accord de représentation entre patient et thérapeute –, intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'information, éclaircir ou rétablir les relations, ou encore mode de solution pacifique d'un conflit » (8).

Les médiations thérapeutiques, sont aussi appelées « activités de médiation et d'expression à visée thérapeutique » ou encore « thérapies médiatisées ». Elles désignent ainsi une technique thérapeutique qui jouerait le rôle d'intermédiaire entre l'ergothérapeute et le patient, et viserait à favoriser un processus de rétablissement chez le patient. Elles faciliteraient la création d'une relation, essentielle dans l'accompagnement de ce processus. Ainsi, l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des personnes âgées dépressives en EHPAD favoriserait leur participation autour d'une activité ayant du sens pour elles et qui serait, en outre, l'intermédiaire dans cette médiation. Cela contribuerait à la revalorisation et donc la confiance en soi, et augmenterait l'intérêt et le plaisir qui sont impactés par le syndrome dépressif (6).

1.2. Vivacité du thème et enjeux pour la pratique professionnelle

Avant de commencer la revue de littérature, il est important de s'assurer de la vivacité de ce thème. Nous pouvons commencer par interroger le **phénomène de vieillissement** de la population.

D'après les chiffres démographiques du 1er janvier 2017 de l'Insee[5], on peut voir que la population est en constante augmentation (Cf. Annexe 1 et Annexe 2 p. 63). En 1950, elle était de 41,65 millions d'habitants alors qu'en 2017 elle est passée à 64,8 millions. Concernant la population vieillissante, on peut aussi constater une augmentation significative. La tranche

[5] Insee : Institut National de la statistique et des études économiques.

d'âge des 65 ans et plus passe ainsi de 4,73 millions en 1950 à 12,59 millions de personnes en 2017 (9). Grâce à ces chiffres, nous pouvons constater que la population générale a augmenté de 36% alors que la tranche des 65 ans et plus a augmenté de plus de 62%. Les besoins liés à cette population tels que les soins et l'accompagnement deviennent donc de plus en plus importants et à prendre en considération.

Une enquête de 2017 de la CNSA[6] montre également que l'espérance de vie à l'âge de 65 ans a augmenté de 2,1 ans pour les femmes et 2 ,7 ans pour les hommes entre 2000 et 2013. Ce qui signifie que la population vit plus longtemps. La PES s'étalera donc sur la durée et s'étendra davantage au niveau de la population. D'autre part, cette étude montre qu'en 2010 il y avait 1,2 millions de bénéficiaires de l'APA[7] et projette qu'en 2020 ils seront 1,7 millions (10). D'après un rapport de l'HCFEA[8], en 2016 « près de 41% des bénéficiaires de l'APA résident en établissement, contre 39% en 2008 »(11). C'est donc un enjeu économique.

D'autre part, une étude de 2011 de la DREES[9] répertorie 693 000 personnes vivant dans des EHPAD, ce qui représentait déjà 5,5% de plus par rapport à 2007 (12).
Nous pouvons rappeler que l'EHPAD « est une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. Les EHPAD sont aussi appelés « maisons de retraite médicalisées ». Un EHPAD peut être spécialisé dans les maladies comme Alzheimer, Parkinson ou dans des maladies dégénératrices » (13).

L'étude de 2015 de M. Muller parue dans les dossiers de la DREES dénombre 728 000 personnes fréquentant ou vivant en EHPAD. Ces établissements représentaient « 80% des places en établissements d'hébergement pour personnes âgées » (14). Ce qui démontre une augmentation supplémentaire par rapport à l'étude de 2011. Cela représente une part conséquente de la population. De plus, la fin de vie semble être un moment clé pour la personne, que ce soit d'un point de vue physique mais également psychique.

---

[6] CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

[7] APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

[8] HCFEA : Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age

[9] DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Nous pouvons également nous intéresser au **phénomène de la dépression**.

D'après l'OMS (2018), la dépression serait la 1ère cause d'incapacité au monde. L'interaction entre plusieurs facteurs (psycho-sociaux, biologiques, biographique) exposerait davantage la personne au risque de dépression. Celle-ci pourrait notamment favoriser le risque suicidaire (15). Selon une étude de Perrin-Haynes (2011), il y aurait 36% d'états dépressifs au sein des EHPAD, un tiers des résidents seraient donc concernés (16). La dépression serait notamment un facteur favorisant le risque suicidaire. Selon l'Inserm[10] (2017), l'âge avancé ferait parti des facteurs à risque pouvant majorer le risque suicidaire et « La dépression représente quant à elle 70% des causes du passage à l'acte » (17).

Une étude datant de 2010 a été menée par M-L Kuhnel, I. El Iraki et M. Tranchant, psychologues, ainsi que G. Aspe, psychiatre. Cette étude fait part de la moyenne d'âge en EHPAD qui serait de 85 ans, âge auquel « la prévalence est la plus forte concernant le taux de suicide », celui-ci étant étroitement lié au phénomène dépressif. Pourtant, la dépression et les idées suicidaires seraient moins traitées que pour un sujet jeune (18).

En 2010, les chiffres du CépiDC[11] corroborent l'étude précédente concernant la forte prévalence de suicide chez les personnes âgées. Ils ont montré que plus d'un quart concernaient les PA de 65 ans et plus (19)(20). D'après le CépiDC, il y aurait un taux de sous-estimation de ce chiffre de presque 13%. Cette tranche de la population serait donc fortement concernée et la plus à risque concernant les suicides. En 2015, la 13ème journée mondiale de la prévention du suicide avait d'ailleurs pour objectif de mettre en avant la problématique du suicide chez les PA de 65 ans et plus (20). Ce risque serait majoré par la dépression liée à divers facteurs psychosociaux et environnementaux. L'impossibilité ou la difficulté d'adaptation inhérente à la personne pourrait jouer un rôle dans les tendances suicidaires (19). Nous pouvons supposer que le vieillissement, et l'institutionnalisation de la personne peuvent participer à cette altération des facultés d'adaptation. Ainsi, la dépression peut être considérée comme un enjeu de santé publique du fait de sa forte incidence chez les PA et du risque élevé de suicide qu'elle peut engendrer. D'autre part, si l'on se réfère aux chiffres du vieillissement de la population ainsi que ceux liés aux dépression et suicides chez le PA, il semble important de se pencher sur

[10] Inserm : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale.

[11] Le Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDC) est une unité de service de l'Inserm qui a pour but de produire des statistiques sur les causes médicales de décès.

la problématique de cette pathologie. Une alternative non médicamenteuse pourrait donc être bénéfique au vu de la fréquence et des répercussions liées à la dépression.

Nous pouvons en déduire qu'il y a un enjeu de santé publique afin d'effectuer davantage de prévention et améliorer la santé dans ce domaine. Il pourrait éventuellement être possible de transposer dans d'autres domaines en s'adaptant à la population et avoir davantage d'impact au niveau sanitaire. Enfin, il y a un enjeu social : c'est un sujet qui s'intéresse à une partie de la société et qui est relatif à l'amélioration des conditions de vie concernant cette population.

Nous avons choisi d'orienter le thème autour des PA présentant une dépression et vivant en EHPAD. La fin de vie est une période pouvant être influente sur le psychique. Qu'elle soit d'origine cognitive ou psychologique, cet âge est en proie à la dépression. L'utilisation de médiation thérapeutique auprès de ce public pourrait avoir une incidence positive sur leur bien-être et serait une alternative aux traitements médicamenteux. En agissant sur le phénomène dépressif, la qualité de vie et le bien-être de cette population se verraient améliorés. Ces personnes pourraient retrouver un **équilibre occupationnel**[12] souvent perdu à cause de la dépression. De plus, la santé de cette population pouvant être précaire, il me semblait intéressant de développer le concept de la médiation afin de mieux percevoir quel impact pourrait avoir cette technique sur cette population.

Nous pouvons également voir ici un enjeu professionnel. En effet, comme explicité plus haut, l'ergothérapeute est un professionnel qui va s'appuyer sur les activités et mettre à profit leur potentiel thérapeutique. De par ses compétences, il fait partie des professionnels les plus à même à utiliser les médiations thérapeutiques. Il me semblait important d'aborder ce thème afin d'évaluer mais également pouvoir faire évoluer la pratique ergothérapique dans le domaine des médiations thérapeutiques. Aussi, l'intervention médiatisée pourrait se transposer dans d'autres structures et avec d'autres publics. Enfin, il me semble important de pouvoir valoriser le métier d'ergothérapeute au travers des activités qui sont centrales dans nos PES. Cela participerait à

---

[12] Cela représente l'équilibre dans l'ensemble des occupations effectuées par la personne et dans lesquelles elle s'engage de manière individuelle ou collective. Selon G. Kielhofner (2008), ces occupations concernent « les activités de la vie quotidienne, […] les activités de loisirs […] et de productivité, […] et qui se produisent dans un contexte temporel, spatial, sociétal et culturel »(21). Selon une étude de C. L. Backman, cet équilibre serait propre à chacun et « influencée par la culture, les valeurs et les attentes environnementales ». L'équilibre occupationnel peut alors également être défini par « un état relatif, que l'on peut reconnaitre par une intégration heureuse ou plaisante des activités et des demandes de la vie quotidienne » (22).

la reconnaissance de notre identité professionnelle et permettrait de promouvoir notre métier.

1.3. Problématique pratique

Afin de trouver des éléments pouvant alimenter notre questionnement, nous allons effectuer une analyse de littérature suivie d'une enquête exploratoire.

1.3.1. Choix des banques de données

Afin d'apporter des éléments pertinents à la revue de littérature, il est d'important d'utiliser les banques de données adéquates. Nous pouvons situer ce sujet dans des champs disciplinaires :

- **Psychologie :** ce thème concerne la dépression, il est donc incontournable d'aborder ce champ disciplinaire. Nous pouvons utiliser Cairn et psychinfo comme banques de données.
- **Sciences humaines et Sociales :** car nous abordons le côté psychologique mais aussi sociologique. Cela regroupe l'influence de l'environnement ou des phénomènes sociaux sur la personne. Nous pouvons utiliser Cairn.
- **Sciences médicales :** car nous abordons la santé de la personne, mais également les possibilités de traitement par la médiation ainsi que la prophylaxie de la pathologie qu'est la dépression. Nous pouvons utiliser Pubmed.
- **Santé publique :** car ce sujet concerne la santé et touche une large partie de la population. Nous pouvons utiliser BDSP et Em premium.

Nous pourrons utiliser Dumas pour convoquer spécifiquement la littérature grise. L'ergothérapie étant davantage développée au Canada, il me semble intéressant de rechercher sur OTD BASE. Les autres sources étrangères me permettront de comparer avec la France.

Afin de procéder à la recherche qui viendra alimenter la revue de littérature, nous avons d'abord choisi des mots clés pertinents pour la recherche dans les bases de données, et également des mesh terms dont nous avons vérifiés la conformité de leur signification par rapport au contexte (Cf. Annexe 3 p. 64). Nous avons pu définir les critères d'inclusion et d'exclusion afin de débuter la recherche dans les bases de données.

Les critères **d'inclusion** pour ces recherches sont :

- Articles à partir de 2010 afin d'avoir des articles assez récents pour être pertinents.
- Articles concernant les personnes âgées dépressives pratiquant ou non des médiations, afin de pouvoir confronter les conséquences des différentes méthodes d'intervention.
- Articles concernant la pratique de médiations thérapeutiques dans tous types de structures mais auprès des personnes âgées, afin de confronter les effets de ces médiations de manière spécifique chez ce public.

Les critères **d'exclusion** sont :

- Les articles concernant les personnes âgées dont la dépression est liée à un contexte de soin palliatif. Il semble plus judicieux d'éviter ce genres d'articles qui pourraient venir « interférer » par ce contexte particulier où l'attente de la mort peut être vécue et perçue différemment.

Enfin, nous avons de nouveau effectué une sélection des articles afin de construire mon analyse critique. Cette dernière sélection a été réalisée en se basant sur les critères d'exclusion. Nous avons également évité les articles qui se rapportaient aux aides financières et pathologies de types somatiques telles que le cancer, et le diabète, ainsi que ceux qui ne traitaient pas du thème.

Nous avons retenu trois articles provenant de **Cairn**, un de l'**HAS**, un de **BDSP**, deux d'**EM Premium**, un de **Pubmed** et un de **Psychinfo**. Ils ont été sélectionnés du fait de leur pertinence par rapport au thème et l'analyse critique ainsi que par le niveau de scientificité dont ils font preuve. Nous avons déterminé leur niveau scientificité par le fait que leur publication soit récente (les deux plus anciennes sont de 2011 et les autres se situent entre 2014 et 2018). Aussi par le fait que les auteurs sont des professionnels de santé tels que des psychiatres, des psychologues ou encore des anthropologues. La plupart des articles sont également parus dans des revues scientifiques. Enfin, soit les articles comportent certains points non négligeables tels que l'IMReD, soit une étude avec protocole a été menée, ou encore parce que ce sont des faits avérés et référencés (Cf. Annexe 3 p. 64).

1.3.2. Revue de littérature

La revue de littérature s'est construite à partir de ces neuf études centrées sur la PES des personnes âgées dépressives (Cf Annexe 4 p. 64).

L'écoute et l'Approche Centrée sur la Personne dans la prise en soin :

La première étude date de 2014 et s'appuie sur une méthode observationnelle. V. Trepied oppose les approches de deux structures concernant la médicalisation pour les personnes âgées en souffrance psychique : l'une est tournée vers une approche médicamenteuse et l'externalisation des soins auprès d'un hôpital de jour, et l'autre est tournée vers la démédicalisation notamment au moyen d'entretiens avec le psychiatre. La comparaison de ces deux approches ne démontre pas les effets positifs de l'une ou l'autre. Cependant, elle assimile l'approche à visée de démédicalisation comme étant plus discrète pour les résidents et leur entourage. En effet, dans cette approche la prescription des psychotropes se fait en interne, en parallèle de la psychanalyse (23). G. Arbuz et L. Lacoste viennent complémenter cette étude par l'approche psychothérapeutique. G. Arbuz s'est basé sur une méthode clinique. Dans son étude de 2017, il met en avant les bénéfices d'une écoute et d'une approche centrée sur la personne dans la PES chez les PA dépressives. Cela permettrait de mieux accompagner la personne dans l'acceptation du vieillissement et de la mort pouvant être source de dépression. Cette étude fait également part de la nécessité de faire évoluer l'attitude des professionnels soignants afin d'améliorer la PES (24). L. Lacoste a quant à elle mené une enquête auprès de cinquante résidents d'un EHPAD, datant de 2011. Elle vient confirmer le besoin d'un accompagnement dans le vieillissement de la personne. La psychothérapie, et notamment via un médiateur, permettrait de lutter contre la dépression. Selon cette enquête, deux approches seraient efficaces : la transitionnalité dans l'animation et le bilan de vie. Ces approches sont basées sur l'écoute et centrées sur la personne. Les personnes alterneraient entre leurs souvenirs et leur investissement dans le présent permettant alors leur adaptation (25). Ainsi, de quelle manière l'écoute et l'approche centrée sont-elles concrètement intégrées dans la PES des PA dépressives ? Aussi, quelle place ont-elles au sein de la PES de ces personnes ?

Bénéfices de l'approche non médicamenteuse :

Une étude longitudinale de 2014, menée par JC Monfort répertorie quatre types de PES possible pour accompagner les personnes âgées dépressives : la psychothérapie, des actions sur l'environnement (concernant les liens familiaux, sociaux ou encore les activités), la relation d'aide notamment basée sur l'écoute et l'approche centrée sur la personne, et l'approche biologique via les médicaments. Elle vient corroborer les études de G. Arbuz et L. Lacoste en confirmant également les bienfaits de la psychothérapie et de la relation d'aide pouvant améliorer la qualité de vie de cette population. Les actions sur l'environnement seraient souhaitables mais plus difficiles à mettre en œuvre. De ce fait, comment pouvons-nous favoriser leur mise en œuvre ? Toujours selon cette étude, l'approche biologique serait également compliquée du fait de la difficulté à obtenir un dosage adéquat, une réponse au traitement pas forcément attendue ou adéquat, et enfin des effets secondaires indésirables aux conséquences non négligeables, en particulier chez les personnes âgées (26).

Cette étude longitudinale de 2014 est corroborée et complémentée par celle de 2015 menée par F. Limousin, A. Manetti, M. René et P. Schuster. Basée sur une méthode observationnelle, cette étude vient aussi pointer les effets délétères de la PES médicamenteuse. Elle met en avant une utilisation non justifiée voire excessive des psychotropes. Cette étude de 2015 a aussi fait le constat d'une insuffisance au niveau du développement des prises en soins individuelles ou groupales avec des interventions psychothérapeutiques spécifiques à chaque personne. En effet, d'après les études citées dans ce document, les interventions psychothérapeutiques ont démontré une diminution significative de la dépression et de l'anxiété chez les populations suivies (27). D'autre part, les scientifiques de l'étude de 2015 (F. Limousin et al.), ceux d'une étude chinoise de 2011 (DK Miu et CK Chan) ainsi que ceux d'une l'étude anglaise (N. Steck, V. Orgeta et C. Cooper) mettent en avant l'impact de la dépression concernant l'autonomie fonctionnelle. Elles se corroborent sur le fait que ce trouble engendrerait le déclin fonctionnel et par conséquent serait corrélé à un début d'invalidité (27)(28)(29).

Lacoste s'est également intéressé aux différents modes d'adaptation des personnes âgées dépressives au sein d'un EHPAD. L'étude qu'il a menée a montré que près de la moitié des résidents sont passifs et dépressifs, sans activités. Un peu plus de quarante pourcents au contraire s'investissaient dans les activités et l'aménagement de leur environnement et exprimaient le besoin d'enrichir davantage le nombre d'activités (25). Cela semble corroborer les recommandations de l'HAS sur les bonnes pratiques destinées aux établissements sociaux et médicaux sociaux accompagnant les PA à domicile ou en établissement d'hébergement.

Celles-ci recommandent notamment d'agir sur la mobilisation des ressources et compétences de la personne âgée en souffrance psychique. Cela permettrait d'optimiser la PES de ces troubles et agirait également dans le contexte de prévention du suicide chez cette population (30). F Limousin et al. rapportent une efficacité moindre de la prise en charge médicamenteuse comparée aux psychothérapies spécifiques à la personne (27).
Ainsi, quels seraient les moyens non médicamenteux les plus adaptés aux PA dépressives ? Et de quelle manière leur choix va-t-il influencer la PES et donc le bien-être de ces personnes ?

Prévention et formation des équipes soignantes :

Les études de F Limousin et al. et de JC Monfort se corroborent et mettent aussi en avant la problématique concernant les diagnostics : la dépression est sous-diagnostiquée voire erronée. La cause en serait tout d'abord la banalisation des plaintes des personnes âgées. Ces plaintes seraient souvent associées au vieillissement voire à la personnalité du résident. Les conséquences encourues sont la mauvaise PES de la pathologie pouvant amener à l'état suicidaire et pouvant aussi être une source d'incapacité pour la personne (27)(26).
D'après JC Monfort, ces plaintes peuvent aussi venir fausser le diagnostic en étant associées à d'autres causes : la méprise de la pathologie due à la pluralité des dépressions existantes, les effets iatrogènes des médicaments ou encore certaines pathologies organiques (26).
Une mauvaise PES de la dépression peut ainsi avoir une incidence non négligeable chez la personne âgée dépressive : le suicide. Les études de JC Monfort et Limousin et al. montrent une corrélation entre la dépression et le suicide élevé dans cette population (27)(26). Cependant, l'étude transversale effectuée en Chine en 2011 par DK Miu et CK Chan a pu démontrer par des statistiques sur la mortalité que le suicide n'est pas corrélé à la dépression. La taille réduite de la cohorte de patients lors de cette étude et le suivi s'étalant sur une seule année ne permet pas de confirmer cette divergence. Toutefois, la dépression serait responsable d'hospitalisations fréquentes, toujours selon cette étude chinoise. Cette même étude vient également appuyer l'importance de développer la reconnaissance et le traitement de la dépression chez les personnes âgées. Elle met aussi en avant les coûts engendrés par les soins (28).
D'autres études vu précédemment comme celle d'Arbuz, de Limosin et al., et celle de Monfort viennent corroborer la nécessité de faire évoluer la pratique professionnelle afin d'améliorer la PES des PA en souffrance psychique. L'étude de Limosin et al. appuie le besoin d'enrichir et adapter l'offre de soin au niveau psychiatrique chez les personnes âgées, notamment par rapport à l'augmentation de l'espérance de vie (27). Les recommandations de bonnes pratiques

destinées aux établissements sociaux et médicaux sociaux accompagnant les personnes âgées à domicile ou en établissement d'hébergement publiées par l'HAS viennent apporter des éléments de réflexions concernant la pratique professionnelle du soignant ainsi que sa relation au patient. Elle favorise un processus d'évolution du professionnel afin de lui permettre de mieux repérer la souffrance psychique, voire le risque suicidaire, une meilleure gestion des crises suicidaires et suggère une PES interdisciplinaire de la souffrance psychique. Les actions pouvant être menées concernent également l'environnement de la personne âgée en souffrance (30).

Une étude basée sur un protocole ABAB[13] auprès d'une résidente dépressive vivant en EHPAD est parue début juin 2018. Elle a été menée par J. Ansaldo, J. Palazzolo et X. Corveleyn. Cette dernière étude participe à la veille professionnelle et vient confirmer la diminution de la dépression et de l'anxiété avec une approche médiatisée et centrée sur la personne. Ainsi, de quelle manière cette approche médiatisée peut-elle être mise en place ? Cette étude corrobore les études de Limosin et al. et Monfort concernant la perception des soignants : elle renvoie à la mauvaise PES des états dépressifs et à la nécessité de formation des professionnels soignants. Cependant, cette étude ne permet pas de démontrer la pertinence de cette approche multisensorielle en ambulatoire comparativement aux effets dans une salle spécialement dédiée à cette médiation, ni par rapport à d'autres approches. Elle ne confronte pas non plus le point de vue de plusieurs professionnels ou résidents quant à cette approche en ambulatoire (31). De ce fait, quels sont les facteurs pouvant influencer le choix et donc la pertinence de l'approche ?

Coexistence de la dépression dans la Maladie d'Alzheimer :

Une étude de 2018 met en avant la forte corrélation entre la dépression et la maladie d'Alzheimer (MA). Cette étude a été dirigée par N Steck, V Orgeta et C Cooper. Ces scientifiques ont mené une méta analyse sur sept études longitudinales prospectives se déroulant aux Etats-Unis et en Europe. C'est une enquête concernant les facteurs de risques possibles de dépression dans la MA, au stade léger (trois études) ou au stade léger à modéré (quatre études). Cette étude vient complémenter les précédentes par le fait que le phénomène dépressif serait courant chez les personnes atteintes de la MA. En effet, environ 50% des

[13] Le protocole ABAB consiste en l'alternance de différentes phases afin d'évaluer l'impact de l'intervention : la phase A est une phase de base et la phase B la phase d'intervention.

patients atteint de la MA seraient touchés par la dépression. D'après cette enquête, le risque de dépression pourrait être amoindri par une PES du déclin cognitif et fonctionnel. Cette étude vient corroborer la diminution de la qualité de vie provoquée par la dépression et complémente par le fait que la comorbidité avec la MA engendre une altération des AVQ plus importante. Elle vient également complémenter l'étude chinoise de 2011 ainsi que celle de Limosin et Al. et celle de Monfort : il est important de pouvoir identifier et prévenir les facteurs de risques liés au phénomène dépressif. Cela permettrait de diminuer le coût des soins mais également de réduire l'invalidité et la mortalité pouvant être engendrés par les symptômes dépressifs. Une des études de cette méta analyse a mis en avant le risque élevé de dépression, en particulier dans les premiers mois suivant le diagnostic de la MA. D'autre part, les symptômes dépressifs peuvent favoriser la survenue de la MA chez les personnes présentant une déficience cognitive légère. Ainsi, selon cette enquête de 2018, la PES de la dépression permettrait de repousser l'apparition de la MA et pourrait également améliorer l'état fonctionnel des personnes atteintes de cette pathologie (29).

Une lecture opportuniste est venue alimenter cette revue de littérature. Par une enquête européenne datant de 2014, C. Fantini-Hauwel, MC. Gély-Nargeot et S. Raffard mettent en avant la grande fréquence de manifestations psychocomportementales au stade infraclinique de la MA. Ainsi, « des symptômes dépressifs étaient rapportés dans 51 % des cas par les aidants. Parmi ceux-ci, la dépression avait été confirmée par un médecin dans 66 % des cas et 87 % de ces patients avaient reçu un traitement anti-dépresseur (soit 29 % du nombre total des patients) » (32). Cela corrobore l'étude de N Steck, V Orgeta et C Cooper (2018), sur la correspondance entre dépression et stade précoce de la MA. Cependant, elle met en garde sur la possible méprise entre apathie et dépression. « L'humeur non dysphorique et l'absence de signes somatiques (troubles du sommeil, de l'appétit, ralentissement moteur) » permettraient de distinguer l'apathie de la dépression (32).

Nous avons pu également nous rendre compte que la dépression était particulièrement présente au stade précoce de la MA chez la PA vivant en EHPAD. La dépression liée à l'institutionnalisation peut alors aussi être associée à cette pathologie. Etant donné la forte prévalence de la MA au niveau de la population, il serait intéressant de se pencher sur ce public en particulier. En effet, aujourd'hui, plus de 850 000 personnes seraient touchées par la MA en France dont 15% des PA de plus de 80 ans et pouvant aller jusqu'à 60% chez les 65 ans et plus

(33)(34)(35). D'après l'étude de cohorte PAQUID[14], ce nombre serait en augmentation avec en prévision 1 250 000 personnes touchées d'ici 2020 soit une personne sur quatre de plus de 65 ans (36). C. Fantini-Hauwel, MC. Gély-Nargeot et S. Raffard mettent en avant l'augmentation de l'incidence de la MA qui atteindrait « 15 à 18 % à 75 ans et 30 à 36 % à 80 ans » (32). Les EHPAD sont fortement concernés par ces tranches d'âges. En 2011, 42% des résidents en EHPAD étaient atteints de démence (16). Il semble alors important de se pencher sur les personnes atteintes de la MA en stade précoce afin de réduire l'impact et le déclin cognitif et/ou fonctionnel de ces personnes du fait de leur dépression présente à ce stade et pouvant majorer la perte d'autonomie. En effet, d'après P. Thomas et C. Hazif-Thomas (2006), la dépression « accélère de près de 50% l'évolution de la MA et diminue l'espérance de vie du malade » (37). L'ergothérapeute pourrait donc se voir confronté à cette pathologie au sein des EHPAD. Nous pouvons alors nous demander : en quoi l'effet des médiations thérapeutiques mises en place dans le but d'agir sur la dépression peut-il varier face à cette pathologie ? Trois plans gouvernementaux en faveur de la MA et démences apparentées ont pu se succéder depuis les années 2000. Un quatrième plan nommé « plan maladies neurodégénératives 2014-2019 » a été mis en place. Il promeut l'amélioration de la PES et la qualité de vie des patients dans leur vie quotidienne (33)(38). L'ergothérapeute semble ainsi avoir sa place et pourra agir et accompagner la PA atteinte de la MA au niveau de son déclin fonctionnel et de sa perte d'autonomie, notamment liés aux conséquences de la dépression.

[14] Etude épidémiologique visant à « décrire l'évolution des fonctions cognitives afin d'identifier les signes prémonitoires et les facteurs de risque de la démence et d'étudier la dépendance du sujet âgé, ses facteurs de risque et ses conséquences ».

SYNTHESE DE LA REVUE DE LITTERATURE :

- L'écoute et une approche centrée sur la personne seraient adaptées et montrent des résultats positifs dans le traitement de la dépression. Ces approches permettraient également une meilleure prévention. Alors de quelle manière sont-elles intégrées dans l'utilisation des médiations thérapeutiques en ergothérapie ? Et quels effets ont-elles concrètement dans celle-ci ? Aussi, quelle(s) autre(s) approche(s) l'ergothérapeute peut-il choisir dans la PES de ce public en complémentarité de sa médiation thérapeutique ?
- L'approche non médicamenteuse semble réellement être appropriée dans la PES de la dépression chez les PA. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'une médiation thérapeutique serait adaptée. Ainsi de quelle manière l'ergothérapeute travaillant en EHPAD va-t-il choisir la médiation thérapeutique pour ce public ?
- Le besoin de prévention et de formation au niveau des équipes seraient nécessaires concernant les PA dépressives afin d'adapter leur PES. De ce fait, quel impact ce besoin va-t-il engendrer sur l'utilisation des médiations thérapeutiques en ergothérapie ?
- La dépression aurait des effets délétères sur la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle chez la PA. Il semble donc nécessaire d'agir afin de laisser la personne la plus autonome possible. Ainsi, une fois la médiation thérapeutique choisie et mise en place, quel impact aura-t-elle sur ce public et notamment sur leur autonomie fonctionnelle et leur qualité de vie dont la dépression influence de façon délétère ?
- La dépression est fortement présente au stade précoce de la MA. Elle majorerait le déclin de la PA. Alors de quelle manière la dépression va-t-elle être prise en compte dans les médiations thérapeutiques face aux troubles liés au stade précoce de la MA chez ces personnes ?

1.3.3. Enquête exploratoire

Nous pouvons maintenant, grâce à une enquête exploratoire, comprendre les éléments du phénomène abordé.

❖ Objectifs de l'enquête exploratoire :

Ainsi nous viendrons éclairer la mise en place et l'utilisation des médiations thérapeutiques par les ergothérapeutes auprès des PA au stade précoce de la MA. Cela permettra de comprendre

leur choix sur le type de médiation thérapeutique et explorer les effets possibles sur la dépression présente chez cette population à ce stade de la maladie. Nous allons venir confronter voire mesurer l'écart entre la revue de littérature et la réalité du terrain. Elle nous permettra de faire un état des lieux des pratiques et venir confirmer ou non l'intérêt socio-professionnel ainsi que l'intérêt de la pratique de médiations thérapeutiques auprès des PA atteintes de la MA en stade précoce en EHPAD. Ainsi, cette enquête exploratoire viendra vérifier la vivacité du sujet pour le métier, mais nous permettra aussi de s'assurer auprès des professionnels que la thématique les intéresse. Nous pourrons également recentrer le thème et ainsi réduire notre recherche. Nous viendrons ainsi explorer la pertinence des médiations thérapeutiques sur la réalité du terrain, leur fréquence d'utilisation, mais également quelles sont les différentes médiations thérapeutiques utilisées en EHPAD auprès de ces PA atteintes de la MA en stade précoce. Nous pourrons identifier les possibles freins et avantages à l'utilisation de celles-ci. Par la même occasion, nous demanderons sur quel(s) auteur(s) ou modèle(s) s'appuient les professionnels pour pratiquer afin d'étayer la matrice conceptuelle et avoir leur avis sur l'ACP mise en avant dans les études de la revue de littérature. (Cf. Annexe 5 p. 69)

- Population ciblée :

Critères d'inclusion :

Ces critères concernent les ergothérapeutes travaillant en EHPAD privé ou public (car il n'y a pas de réelles différences quant à la méthode de travail) et/ou en PASA. Sont aussi inclus les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées en stade précoce de la MA, dont ceux utilisant ou non la médiation thérapeutique.

Critères d'exclusion :

Ces critères concernent les ergothérapeutes ne travaillant pas en EHPAD et/ou en PASA car il peut y avoir des spécificités structurelles, institutionnelles et de PES qui pourraient différer dans un autre établissement pour personnes âgées. Les professionnels de santé autres qu'ergothérapeutes sont aussi exclus car la majorité des questions viennent interroger notre pratique.

❖ Choix de l'outil de recueil de données :

Cette enquête exploratoire est réalisée sous la forme d'un questionnaire. L'outil utilisé dans la construction et la passation du questionnaire est Google Form®. Cette outil de recueil de données paraissait être le plus pertinent concernant la problématique pratique de ce thème pour ses **avantages** : tout d'abord la possibilité d'obtenir des données quantitatives à visée de statistique en interrogeant un grand nombre de professionnels. Nous pourrons ainsi voir la pertinence ou non de certaines médiations en stade précoce de la MA, leur fréquence d'utilisation et leurs effets sur ce public. Nous pourrons également obtenir des données qualitatives avec des échelles ainsi que des questions ouvertes. Le questionnaire est aussi un moyen facilitant le contact avec des ergothérapeutes travaillant dans des EHPAD éloignés. Ces derniers pourront alors répondre au questionnaire à un moment qui leur convient le mieux. Ils seront donc plus disponibles physiquement et psychiquement, ce qui pourra faciliter leur participation. Les ergothérapeutes participants pourront prendre le temps d'y répondre. Cela pourra favoriser leur réflexion et leur permettre de mettre en évidence des éléments pertinents (39) (40).

Concernant les **inconvénients** du questionnaire, il n'y aura pas de garantie que le professionnel était le seul à répondre du fait de notre absence pendant la passation du questionnaire. Les réponses manqueront aussi de spontanéité de la part de l'ergothérapeute interrogé et seront peu approfondies. Cela pourra d'ailleurs rendre difficile l'analyse des réponses, en particulier celles des questions ouvertes. De plus, on ne pourra percevoir les réponses émotionnelles (expressions faciales, corporelles, réactions…) de l'interrogé. Il pourrait aussi ne pas y avoir une totale impartialité de la part du répondant concernant ses réponses : en choisissant de participer à l'enquête, certains participants pourront vouloir défendre ou s'opposer au thème. D'autre part, certaines questions pourraient être ignorées par le participant, volontairement ou non. Cela pourra alors générer des inexactitudes dans les données finales. Enfin, le questionnaire demandera du temps pour son élaboration. Il faudra avoir une réflexion sur la construction des questions, mais aussi concernant l'analyse des biais et des réponses de la cohorte-test afin d'avoir un questionnaire fiable et efficace (39) (40).

❖ Biais

Afin d'avoir un questionnaire viable, il a fallu repérer les biais possibles et présents pour essayer de les contrôler et les atténuer. Les biais concernés étaient :

Les biais cognitifs : Dans ce mémoire, le terme médiation pouvait ne pas être compris. Il a fallu définir ce que représente les termes « médiation thérapeutique » et « ACP ». Il est également possible que certaines questions ne soient pas, ou mal comprises par le répondant (41).

Les biais de subjectivité : Certaines questions pouvaient influencer la réponse du répondant. Il a donc fallu avoir des questions les plus neutres possible, sans insinuer une position ou un point de vue par les termes employés. Le fait de demander l'adresse des ergothérapeutes, même si ce n'était pas obligatoire, pouvait avoir une influence sur leurs réponses en venant rompre une certaine partie de l'anonymat. Un autre biais de subjectivité concernait la possible interprétation du répondant selon certaines questions (41).

Les biais de désirabilité sociale : Il était possible que le répondant essaie de répondre ce qu'il pense être attendu par l'étudiant, mais également ce qui parait socialement bien (41).

Les biais méthodologiques : Malgré le fait que le terme de « dépression » était très présent pour ce thème de mémoire, il a été plus judicieux de l'enlever des questions et de n'inclure que « le stade précoce de la MA ». En effet, la revue de littérature ayant mis en avant la difficulté voire l'absence de diagnostic concernant la dépression, il était plus judicieux de n'aborder que la MA. Pourtant, la dépression est bien présente à ce stade. Ainsi, sans un diagnostic concrètement posé, les professionnels pouvaient être freinés à participer à l'enquête exploratoire. Concernant certaines questions, il était préférable de laisser la possibilité au répondant de sélectionner plusieurs réponses. Cela évitait tout d'abord de restreindre les réponses et donc les informations pouvant être apportées par l'enquête. D'autre part, le questionnaire-test a permis de montrer que pour ce genre de questions, plusieurs répondants sélectionnaient « autre » afin de suggérer plusieurs réponses. Cependant, le nombre de réponses possibles a été limité à 3 afin d'éviter que les répondants ne sélectionnent toutes les réponses, mais également de laisser une certaine marge au répondant. Cela permettait aussi de hiérarchiser et faire ressortir de façon plus tranchée les réponses. L'envoi du questionnaire par mail pouvait aussi être un biais. Certaines boites mail pouvaient avoir un logiciel qui filtre les mails. Il fallait également relancer sans avoir forcément de réponse. Le mail contenant le questionnaire pouvait aussi être « noyé » parmi les autres messages reçus, d'autant plus si l'ergothérapeute n'y répondait pas tout de suite et l'oubliait. Enfin, la longueur du questionnaire pouvait aussi être un biais méthodologique. Il ne fallait pas qu'il soit trop long, ni mentir sur la durée de passation. Même en donnant une moyenne, il se pouvait que le temps varie en fonction des réponses aux questions, en particulier concernant les questions ouvertes et semi-ouvertes.

Eviter une durée de passation trop longue pouvait également favoriser la participation des ergothérapeutes (41).

❖ Test du dispositif

Afin de tester le dispositif, un premier questionnaire a été réalisé. Il a été envoyé à une cohorte test de 8 ergothérapeutes rentrant dans les critères, dont 3 ont répondu, ainsi que par 2 étudiants en 3ème année d'ergothérapie. Concernant les étudiants en ergothérapie, ce choix nous permettait d'avoir un œil différent des professionnels, tout en restant dans le domaine de l'ergothérapie, afin de valider les termes employés et, in fine, la compréhension de l'outil.
Cette première étape permettait de tester la faisabilité et la validité du dispositif avant d'être envoyée au public cible.

❖ Modalités

Le questionnaire final a été envoyé par mail à une trentaine d'ergothérapeutes ainsi que sur les réseaux sociaux dans des groupes spécifiques et de manière individuelle, en vérifiant que les répondants rentraient dans les critères définis plus haut. L'AFEG[15] a été contactée sans que cela n'aboutisse. Il y a eu un total de trente-huit réponses. Le délai prévu entre l'envoi du questionnaire aux ergothérapeutes et l'analyse des données a été d'environ 1 mois.

❖ Traitement et interprétation des résultats de l'enquête exploratoire

Afin de traiter les résultats, nous avons utilisé comme outil Microsoft Excel®. Cela nous a permis de représenter les résultats des questions fermées sous forme de diagrammes (circulaires et bâtonnets). Pour les questions ouvertes, nous avons utilisé le nuage de mots de Nvivo 12® grâce à une analyse sémantique par occurrence des mots afin de faire ressortir les mots clés associés à la question. Après avoir fait une première analyse des résultats, nous avons pu les interpréter. Cela nous a également permis de confronter ces données à la revue de littérature et d'aboutir à la question initiale de recherche.

[15] Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

Utilisation de la médiation thérapeutique :

Les résultats de l'enquête nous montrent tout d'abord une forte utilisation de la médiation thérapeutique par les ergothérapeutes en EHPAD et/ou PASA auprès des personnes âgées en stade précoce de la MA. En effet, d'après notre enquête 32 ergothérapeutes sur 38 pratiquent des médiations thérapeutiques (Cf. Annexe 6 p. 72). Pour les 6 sur 38 ne les pratiquant pas, ils l'expliquent essentiellement par un manque de moyens et de temps (Cf. Annexe 6 p. 73). Nous retrouvons cette contrainte dans les résultats lorsque nous demandons aux interrogés pratiquant la médiation, quels seraient les freins possibles à l'utilisation de la médiation thérapeutique : les termes « manque », « moyen » et « temps » ressortent de nuage de mots (Cf. Annexe 6 p. 74). Ceci vient corroborer la revue de littérature qui a mis en avant ces contraintes, notamment le manque de moyens, freinant alors la pratique d'approches non médicamenteuses telle que la médiation thérapeutique. Dans le même nuage de mots les termes « inadaptée » et « équipe » ressortent également : les répondants expliquent qu'une médiation thérapeutique inadaptée à la PA en stade précoce de la MA serait également un frein à son utilisation et risquerait d'engendrer des effets délétères sur la personne. Aussi, les ergothérapeutes viennent mettre en avant le manque de formation des équipes sur les médiations thérapeutiques ainsi qu'un manque de soutien et d'implication de leur part. D'après ces résultats, nous pouvons alors supposer que le manque de formation se situe également au niveau des outils d'intervention telle que la médiation thérapeutique, et que le manque d'investissement des équipes vient majorer l'impact sur l'utilisation de ces médiations. Cependant, parmi les réponses obtenues, nous avons pu remarquer que 4 ergothérapeutes sur 38 pensent qu'ils n'y auraient aucun frein à l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des PA stade précoce MA. Nous pouvons alors nous demander s'ils arrivent à contourner les possibles freins afin de pouvoir pratiquer des médiations thérapeutiques, ou bien s'ils n'en subissent eux-mêmes aucun dans leur structure.
Lorsque nous demandons à nos enquêtés quelles médiations thérapeutiques ils utilisent, notre nuage de mots fait ressortir les termes « motrice », « cuisine », et « cognitive ». D'après notre nuage de mots, nous pouvons supposer que les ergothérapeutes mettant en œuvre des médiations thérapeutiques ont tendance à davantage utiliser les médiations de type motrice ainsi que l'activité cuisine mais que celles de type cognitives sont également beaucoup utilisées. (Cf. Annexe 6 p. 72).
Concernant les résultats pouvant être observés par les répondants dans l'utilisation des médiation thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA, le nuage de mots fait principalement ressortir les termes « diminution », « valorisation », « troubles »,

« comportement » et « échanges » (Cf. Annexe 6 p. 73). Nous pouvons interpréter ces résultats de telle sorte : selon les enquêtés, les médiations thérapeutiques favorisent une diminution des troubles du comportement telles que l'agressivité ou la déambulation mais aussi une diminution des troubles anxieux, ce qui corrobore la revue de littérature sur les effets bénéfiques d'une approche médiatisée. Cependant, ce genre de troubles seraient plutôt liés à la désadaptation de la personne dans son milieu, et non à des symptômes propres à la pathologie tels que le syndrome dépressif, les troubles de la mémoire ou encore les troubles de l'orientation. Nous pourrions nous demander si sur la réalité du terrain les médiations thérapeutiques ont un réel intérêt pour ce type de pathologies. Or, d'après notre enquête et les résultats du précédent nuage de mots (Cf. Annexe 6 p. 73), les répondants semblent constater que ces médiations thérapeutiques favorisent la valorisation de la personne et une meilleure estime d'elle-même. La dépression pouvant avoir un effet négatif sur la perception de soi-même, nous pouvons alors venir confirmer, et ainsi venir de nouveau corroborer la revue de littérature, par l'intérêt des médiations thérapeutiques chez ce public. De plus, les résultats de notre enquête nous démontrent l'effet positif au niveaux des relations sociales en venant favoriser les échanges aussi bien avec les résidents qu'avec le thérapeute. En venant questionner de façon plus générale les ergothérapeutes sur les avantages pouvant être liés à l'utilisation de médiations thérapeutique auprès de ce public, notre nuage de mots fait ressortir les termes « maintien », « capacités », « socialisation », « relation » et « maladie » (Cf Annexe 6 p. 74). Nous pouvons supposer que les avantages concernent le maintien des capacités et particulièrement les capacités cognitives. En effet, d'après les ergothérapeutes interrogés, les médiations thérapeutiques auraient un impact essentiellement au niveau de la mémoire chez les PA stade précoce MA. Elles permettraient aussi de limiter voire de ralentir l'évolution de la maladie et donc de réduire le déclin fonctionnel ainsi que l'altération des AVQ. D'après les répondants, les médiations thérapeutiques auprès des PA stade précoce MA permettraient aussi de favoriser la socialisation. Que ce soit au niveau des échanges, des interactions ou de la communication, l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès de ce public semble avoir une incidence positive sur leur participation sociale. D'après les répondants, les médiations thérapeutiques favorisent aussi la création d'une relation thérapeutique de confiance. Pour eux, les médiations thérapeutiques qui seraient les plus pertinentes avec les PA en stade précoce de la MA seraient principalement les médiations de type sensorielle – car elle serait la médiation thérapeutique la plus proche des AVQ, favoriserait l'engagement de la personne et permettrait le maintien des capacités cognitives, en particulier au niveau mnésique et attentionnel – ainsi que les médiations de type activité physique adaptée – qui serait une activité valorisante pour la personne,

permettrait de préserver les capacités physiques de la personne et diminuerait les risques de chutes ainsi que les douleurs articulaires (Cf Annexe 6 p. 75). Cela peut venir contredire en partie la revue de littérature explicitant que l'effet des médiations de type sensorielles n'est pas démontré, ni par rapport à d'autres types de médiations thérapeutiques. Nous pouvons alors nous demander en quoi elles seraient réellement pertinentes auprès de ce public pour les ergothérapeutes ?

D'après les résultats de l'enquête, nous pouvons donc supposer que les bénéfices d'une approche médiatisée concerneraient non seulement le maintien de la personne et de ses capacités, mais permettraient aussi une relation et un lien entre le thérapeute et la personne ou encore avec les autres résidents. En effet, l'utilisation des médiations thérapeutique à elles seules ne suffisent pas à la PES de la PA en stade précoce de la MA.

Approche Centrée sur la Personne :

La PES de la PA en stade précoce de la MA peut ainsi être effectuée par la médiation thérapeutique, mais est également complémentée par l'approche du thérapeute. D'autant plus au niveau de syndrome dépressif où l'aspect psychologique est primordial. Pour H. Simon, le traitement est avant tout relationnel. L'attitude, le choix de l'activité, l'ajustement par rapport au patient ainsi que la relation avec le patient sont fondamentaux dans la médiation thérapeutique (42). Ainsi, nous avons vu dans la revue de littérature que l'ACP semble être très efficace pour ce type de population et nous avons constaté par l'enquête exploratoire que cette approche semble très pertinente et qu'elle est très utilisée sur le terrain que ce soit de façon constante ou régulière. En effet, notre diagramme nous montre que 34 ergothérapeutes sur 38 pensent que c'est « très pertinent », et 4 sur 38 pensent que c'est « moyennement pertinent » (Cf Annexe 6 p. 78). Aussi, 19 sur 37 ergothérapeutes l'utilisent « souvent » et 16 sur 37 l'utilisent « toujours » (Cf Annexe 6 p. 78).

A la question « *Si utilisation de l'Approche Centrée sur la Personne : Pourquoi utilisez-vous cette approche ?* », le nuage de mots fait ressortir les termes « personne », « relation », « valorisation», « métier» et « ergothérapeute (Cf Annexe 6 p. 79). Nous pouvons d'abord supposer que les répondants expliquent leur utilisation de l'ACP par l'importance de la place centrale qu'occupe la PA dans la PES. En effet, c'est elle qui va décider et qui sera actrice de sa PES, ce qui lui permettra de donner un sens à celle-ci. D'autre part, cette approche permettrait d'établir une relation thérapeutique de qualité bâtie sur la confiance, la coopération et l'authenticité. Cette ACP permettrait également la valorisation de la PA en stade précoce de la

MA. Comme dit précédemment, la valorisation pourrait permettre d'avoir une incidence positive sur la dépression. Ceci viendrait alors de nouveau corroborer la revue de littérature sur la pertinence de cette approche dans le traitement de la dépression. Pour les répondants qui utilisent cette ACP, elle serait la base du métier d'ergothérapeute et s'utiliserait de façon spontanée.

Approches complémentaires dans la PES des PA en stade précoce de la MA :

Mais parmi les différentes approches utilisées auprès des PA en stade précoce de la MA, l'enquête exploratoire fait ressortir une utilisation principale d'autres approches et d'autres concepts. En effet, même si l'ACP semble fortement utilisée et très pertinente selon la revue de littérature, sur la réalité du terrain les ergothérapeutes semblent également s'appuyer sur d'autres approches. Même s'ils l'utilisent, ils enrichissent leur pratique en venant complémenter leur approche par d'autres concepts (Cf. Annexe 6 p. 81). Ainsi, auprès des PA en stade précoce de la MA, les ergothérapeutes semblent également utiliser majoritairement le MCREO, Montessori ou encore la technique de validation. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que les ergothérapeutes travaillant auprès de ce public ont plutôt une approche centrée sur la personne, tant au niveau des médiations thérapeutiques, qu'au niveau relationnel. La personne semble être au centre de sa PES et être actrice de celle-ci.

- Analyse critique

Plusieurs biais de **type méthodologique** ont pu avoir une incidence sur cette enquête (41) :

L'un a été repéré après avoir transmis le questionnaire : Tous les aspects mis en avant dans la revue de littérature ont été questionnés. Cela a entraîné un éparpillement dans le sujet. Ainsi, certaines questions de l'outil ne seront pas traitées : les questions 12 à 14 concernant le niveau de connaissance et de formation des équipes au sein de l'EHPAD concernant la MA. Cela permettra de rester focaliser sur la PES ergothérapique des PA en stade précoce de la MA à travers la médiation thérapeutique.

Un autre biais de type méthodologique a pu être mis en évidence à la lecture des résultats : nous n'avons pas demandé le niveau d'expérience dans le domaine concerné ni l'expérience en tant que professionnel diplômé. Cela a pu biaiser nos résultats. En effet, nous n'avons pu comparer les résultats selon le niveau d'expérience des répondants, que ce soit dans le domaine de la gériatrie, auprès de ce type de public ou tout simplement en tant que professionnel

diplômé. Certaines corrélations auraient été intéressantes à exploiter, mais nous auraient également permis de nous assurer de la fiabilité des ressources mises en œuvre pour ces résidents. Pour exemple, beaucoup utilisent et pensent que la médiation de type sensorielle est bénéfique pour les personnes en stade précoce de la MA alors que d'après la revue de littérature, la pertinence n'est pas démontrée. Nous ne pouvons faire l'hypothèse que ce pourrait être de vieilles méthodes employées et/ou non actualisées par des données récentes, ou encore que ce pourrait être de jeunes diplômés qui l'ont utilisé par manque d'expérience et/ou de recherche de données.

Enfin, un dernier biais de type méthodologique a été repéré. Il concerne l'alternance entre la dépression qui était le thème de départ et la MA au stade précoce. En voulant cibler une population en particulier qui est fortement sujette à la dépression, il est possible que nous ayons perdu en pertinence concernant l'influence des médiations thérapeutiques sur les PA dépressives en EHPAD. En effet, il est possible que la dépression ait pu passer au second plan dans notre enquête au profit du stade précoce de la MA et donc d'autres symptômes.

Nous avons pu avoir un certain nombre de réponses de professionnels. Cela a permis d'avoir une vision plus ou moins représentative au niveau du terrain. Cependant, cet échantillon ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. De plus, les biais cités plus haut n'ont été repérés qu'au moment du traitement des résultats, ce qui a rendu cette étape difficile et il est possible que des informations intéressantes nous aient échappé.

Après avoir analysé les résultats de l'enquête, nous pouvons faire évoluer notre problématique pratique.

Nous avons pu voir que beaucoup d'ergothérapeutes répondant à l'enquête déclarent utiliser la médiation thérapeutique malgré les freins ou contraintes rencontrées. **Ainsi, qu'est-ce qui les motive à continuer l'utilisation de celles-ci ?** Même s'ils voient des effets positifs chez les PA en stade précoce de la MA, **en quoi des facteurs intrinsèques ou extrinsèques aux ergothérapeutes peuvent-ils venir influencer leur motivation ?** D'autre part, si nous nous référons à la revue de littérature, beaucoup semblent utiliser des médiations qui n'ont pas fait leurs preuves telles que les médiations de type sensoriel. Nous pouvons nous questionner sur la veille professionnelle et les recherches qu'ils peuvent effectuer avant de mettre en place une médiation thérapeutique : **comment évaluent-ils la pertinence d'une médiation thérapeutique lors de sa mise en place auprès des PA en stade précoce de la MA? Est-il possible que le choix de la médiation thérapeutique soit en partie influencé par les facteurs**

personnels et professionnels de l'ergothérapeute ? Ces facteurs pourraient correspondre à des valeurs sous-jacentes. Ces dernières viendraient alors participer et ainsi guider les choix de l'ergothérapeute. En effet, selon A. Plagnol (2017), une valeur serait « une entité quelconque pondérée positivement ou négativement de façon à orienter l'action (par exemple, un besoin, un souhait, une préférence…) » (43). Il serait donc intéressant de cibler la notion de valeurs.

En somme : ***En quoi les valeurs de l'ergothérapeute influencent-elles l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des PA en stade précoce de la MA ?***

1.4. Problématique théorique

Afin de faire évoluer notre problématique et de mieux comprendre le phénomène interrogé, nous allons maintenant développer les concepts de médiation thérapeutique et de valeurs. Nous avons choisi ces deux concepts en particulier car ils se réfèrent à notre thème. Les approfondir nous permettra d'en dégager les éléments et les spécificités qui les constituent.
L'exploration de ces deux concepts nous permettra ainsi d'apporter des éléments de compréhension et par la suite de confronter la théorie à la pratique que nous avons pu interroger par l'enquête exploratoire.

1.4.1. La médiation thérapeutique

Le concept de médiation thérapeutique se situe dans le champ disciplinaire de la psychologie.
Selon Winnicott et sa théorie de la transitionnalité (1971), les médiations thérapeutiques vont permettre à la personne d'élaborer sa psyché à travers un mode d'expression concret (objet, langage corporel,…)(44). Les médiations seront alors un « espace transitionnel », soit une aire « de repos », permettant cette élaboration (45). « L'œuvre » qui y sera créée sera considérée comme un « objet transitionnel »(44). C'est-à-dire que ce dernier sera un « intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, sous forme de la matérialité spécifique d'un objet ». La personne va alors engager son corps à exprimer ses pulsions, et ainsi son inconscient, à travers cet objet tout en étant situé dans un espace favorisant les processus psychiques. Quelles seront alors les limites données par le thérapeute à l'expression de ces pulsions ?

Pour Roussillon, cet objet permettra de faire un « travail de symbolisation » à partir de la « dynamique psychique sous-jacente » du patient. En effet, selon lui les médiations thérapeutiques auront pour objectif « de matérialiser l'activité de symbolisation […] à partir d'un médium issu du champ artistique ou artisan ».

Pour F. Klein (2016), c'est aussi le médiateur utilisé qui va faire office d'intermédiaire (46). Selon elle, le médiateur est « une personne ou une chose (objet ou action) qui s'entremet entre deux ou plusieurs personnes ». C'est lui qui permettra de créer un lien et favorisera la participation et le « laisser-aller » du patient. F. Klein stipule que tout ce qui se joue au sein des médiations thérapeutiques s'inscrit dans un « travail clinique » dont le thérapeute est le « réceptacle ». Alors de quelle façon s'inscrit le positionnement du thérapeute au sein des médiations thérapeutiques ?

R. Kaës vient corroborer ces définitions. Selon lui, les médiations qualifieraient une « technique destinée à mobiliser explicitement des processus psychiques, des moyens ordonnés à une finalité » (44). Ce qui se traduirait par l'utilisation d'un médiateur (objet ou activité) comme intermédiaire dans le but d'un travail psychique ou l'établissement « d'un certain type de relation » entre les personnes participant à la médiation thérapeutique.

B. Chouvier pense que c'est la relation et son effet transférentiel entre le patient et le soignant qui va permettre à la médiation d'être thérapeutique(44). Pour lui, cette relation est essentielle au sein des médiations. Ainsi, l'objet ne serait pas thérapeutique mais favoriserait et faciliterait seulement « l'ouverture à l'intersubjectivité ». Cependant, B. Chouvier interpelle sur la nécessité que la « médiation soit investie par le soignant ». Ce qui suppose, non pas que le soignant soit expert de la médiation choisie, mais qu'il aime celle-ci. Cela permettrait d'amorcer l'effet transférentiel et conditionnerait ainsi « le processus de changement ». Ainsi, de quelle manière le choix de la médiation est-il orienté par le thérapeute ? Dans quelle mesure la personne est-elle prise en compte étant donné que l'une des conditions est que la médiation plaise au thérapeute ?

Pour H. Simon, la relation tout comme l'individualisation sont importantes (42). Il soutient également que « tout ce que l'on fait doit avoir un sens et un but ». Que ce soit dans l'activité, mais aussi dans le comportement du thérapeute qui se doit d'être « actif (présent) pour accueillir, soutenir et conduire les velléités du patient ». Toujours d'après H. Simon, la médiation « engage le soignant autant que le soigné dans une mise en action que l'on nomme traitement ».

Nous pouvons voir que les auteurs ont une vision plus ou moins différente concernant le concept de médiation thérapeutique. Nous pouvons nous demander en quoi le positionnement du thérapeute vis-à-vis de ce concept peut-il influencer l'utilisation de la médiation thérapeutique ?

1.4.2. Les valeurs

Pour aborder le concept de valeur, nous nous situons dans le champ disciplinaire de la philosophie.

Comme vu précédemment, selon A. Plagnol les valeurs relèveraient du choix et permettraient la prise de décision de la personne (43). Pour S. H. Schwartz (2006) elles permettraient également de « caractériser les individus ou les sociétés, […] suivre le changement au cours du temps, et pour expliquer les motivations de base qui sous-tendent attitudes et comportements » (47).

D'après J.-P. Pierron, D. Vinot et E. Chelle (2018), plusieurs valeurs sont considérées dans le monde du soin : les valeurs professionnelles (principalement éthiques et scientifiques), les valeurs de la personne soignée (sociales, culturelles, familiales), ainsi que les valeurs économiques davantage liées à la structure et le coût que l'on accorde au soin (48). Toutes ces valeurs vont entrer en compte lors de la PES de la personne.

Les valeurs personnelles

D'après S. H Shwartz (2006), il est difficile de trouver un consensus à propos des valeurs « de base » (47). Cependant, il propose une théorie traitant de celles-ci et qui seraient reconnues de façon unanime au niveau international, quelle que soit la culture. Il a ainsi pu mener une étude à travers soixante-dix pays. Il explique que malgré cette reconnaissance unanime des valeurs de base, celles-ci sont « hiérarchisées » et « priorisées » selon les individus ou groupes d'individus. Dans sa théorie des valeurs, S. H. Shwartz attribue six caractéristiques principales à celles-ci :

- « Les valeurs sont des croyances » : elles seraient intimement corrélées aux sentiments de la personne.
- « Les valeurs ont trait à des objectifs désirables qui motivent l'action »

- « Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques » : par exemple « l'obéissance et l'honnêteté » qui se retrouveront en situation professionnelle ou encore dans les études.
- « Les valeurs servent d'étalon ou de critères » : elles vont guider de manière inconsciente « la sélection ou l'évaluation des actions, des politiques, des personnes et des évènements ».
- « Les valeurs sont classées par ordre d'importance » pour chaque personne, de façon singulière.
- « L'importance *relative* de multiples valeurs guident l'action : Toute attitude, tout comportement, implique nécessairement plus d'une valeur ».

D'après cet auteur, « ces caractéristiques concernent *toutes* les valeurs » et seul l'objectif ou la motivation en lien avec la valeur permettrait de la différencier d'une autre. Il propose dix grands groupes de valeurs dont la motivation favoriserait l'émergence de certaines d'entre elles : l'autonomie, la stimulation, l'hédonisme, la réussite, le pouvoir, la sécurité, la conformité, la tradition, la bienveillance et l'universalisme. Parmi ces dix grands groupes de valeurs, la bienveillance, l'autonomie et l'universalisme ressortent davantage. Le fait que les valeurs de base soient toutes reconnues de façon internationale, s'expliquerait par leur provenance de « 3 nécessités de l'existence humaine » qui seraient : « satisfaire les besoins biologiques des individus, permettre l'interaction sociale, et assurer le bon fonctionnement et la survie des groupes » (47). Cependant, les relations entre ces 10 valeurs de base peuvent varier. Elles peuvent soit être compatibles, soit s'opposer entre elles, comme nous pouvons le voir sur la représentation circulaire des dix valeurs de base (Cf. Annexe 7 p. 82). Ainsi, en agissant selon une valeur, cela entraînera une compatibilité avec certaines et un conflit avec d'autres. Par exemple, la valeur d'universalisme sera compatible avec la valeur de bienveillance mais entrera en conflit avec la valeur en lien avec le pouvoir.

B. Schoendorff, J. Grand et M-F Bolduc (2011) viennent insister sur l'aspect primordial de la prise en compte des valeurs (49). Selon eux, « les valeurs peuvent donner du sens à la vie, même dans les conditions les plus épouvantables. Elles constituent de puissants leviers pour potentialiser la démarche thérapeutique et offrir une motivation durable et librement choisie à l'action humaine ». Pour eux, il est essentiel d'être en accord avec ses propres valeurs dans les actions menées. Le contraire pourrait avoir des effets délétères sur la personne et « rendre aversives les actions qui y sont soumises ». Ils disent également qu'en « dirigeant sa vie vers les valeurs, on va progressivement se centrer sur ce que l'on peut faire ici et maintenant pour

les incarner » et que « les valeurs permettent d'agir dans l'instant présent, en fonction du contexte, par divers gestes permettant de se rapprocher de ce que l'on choisit être important pour soi ». Ainsi de quelle manière les valeurs, qui sont le reflet de la motivation, peuvent-elles également favoriser celle-ci ?

Les Valeurs institutionnelles :

Selon un article de l'espace éthique de l'Ile de France (2017), les valeurs des établissements de soin seraient incarnées par les professionnels de santé (50). Ces valeurs seraient l'hospitalité, la sollicitude, la solidarité, la justice et l'inclusion. Les valeurs institutionnelles semblent donc être une sorte de ligne directrice dédiée à l'exercice des professionnels. Par conséquent, en quoi les valeurs professionnelles ainsi que les valeurs personnelles des professionnels de santé peuvent-elles influencer ou être liées aux valeurs des établissements de soins qu'ils représentent ?

Les valeurs institutionnelles seraient corrélées à la législation et les droits des personnes accueillies. Elles seraient surtout en lien avec l'éthique, c'est-à-dire un questionnement, une réflexion autour des valeurs et du « bien-agir » (51).

D'autre part, la qualité fait partie des valeurs institutionnelles. Celle-ci considère une pratique fondée sur « l'utilisation de résultats probants » (L. Poiroux, 2013) (52). Cette dernière, alliée avec l'expertise clinique du soignant permettrait « la garantie forte d'un soin performant et adapté ». La « valeur du soin » ne repose ainsi pas que sur le coût que représente la santé, et qui fait également partie des valeurs liées à l'institution (valeur économique du soin), mais aussi sur la qualité. Mais celles-ci restent intimement liées. Cependant, la pratique fondée sur les résultats probants peut rencontrer certaines problématiques notamment lors des prises de décisions, lorsque plusieurs acteurs rentrent en compte (soignants, soignés et leurs proches). En effet, les valeurs propres aux différents intervenants peuvent entrer en conflit.

Afin de venir étayer cette pratique probante tout en considérant cette problématique liée à la confrontation des différentes valeurs, K.W.M. Fulford a développé la clinique basée sur les valeurs (*values-based practice*) (43). Elle permettrait de « développer une pratique scientifiquement fondée des processus de soins capable de prendre en compte pleinement les valeurs de toutes les personnes concernées par une décision » et serait utilisée en complémentarité de la pratique basée sur les données probantes (*evidence-based medecine*). Cette « values-based practice » viendrait « étayer des prises de décision : (1) prenant en compte les *attentes de toutes les parties prenantes* (soignés, aidants, soignants…), (2) bénéficiant des

ressources d'une *équipe multidisciplinaire élargie* (la diversité des parcours devient un atout décisif pour faire émerger les valeurs pertinentes), (3) *authentiquement centrées sur la personne*, car reposant sur la découverte des valeurs singulières de chaque personne concernée ». En prenant en compte les valeurs partagées par chacun, cela permettrait ainsi de « soutenir une prise de décision pondérée fondée sur un équilibre entre les valeurs de *tous* ceux qui sont concernés par une situation donnée de soins ». De ce fait, de quelle manière cette clinique basée sur les valeurs se traduit-elle concrètement sur le terrain ? Cet article suggère que la non prise en compte des valeurs favoriserait le risque d'échec dans la relation entre le soignant et le soigné mais également les proches du soigné. Cette pratique serait totalement appropriée dans les établissements médico-sociaux ayant en charge des personnes en situation de handicap. Ainsi quelle place a la clinique basée sur les valeurs au sein des médiations thérapeutiques ?

En France, la PES se veut avoir des valeurs « laïques » afin d'instaurer une certaine neutralité au niveau de l'organisation et des méthodes de soins (53). Ceci vient s'opposer aux valeurs religieuses et spirituelles pouvant être propres et très présentes chez la personne soignée. En effet, d'après J-P Pierron (2017), parmi les valeurs, la culture et la religion voire la spiritualité peuvent être particulièrement présentes chez la personne soignée (53). Celles-ci seraient en lien avec des représentations que peut avoir la personne de la maladie, ou de figures emblématiques « qui donnent à l'expérience de la maladie, de la souffrance, du handicap ou de la fin de vie, sinon une dimension religieuse, du moins spirituelle ». Ces valeurs participent alors à l'identité de la personne qui est d'autant plus importante dans le vieillissement. En effet, cette période de la vie est sujette au « trouble » de l'identité personnelle. Pourtant, les valeurs laïques rattachées aux institutions de soin engendrent une « dépersonnalisation » du soigné. Ainsi, même si la médecine se veut de plus en plus personnalisée, elle n'en est pas pour autant globale et considère la personne plutôt comme un « client » que comme une personne à part entière. Pourtant, même si les PES se veulent laïques, il est autorisé à la PA de pratiquer sa religion comme stipulé dans la charte des droits et libertés de la PA en situation de handicap ou de dépendance (54). Ce qui suggère un respect de la pratique religieuse. Ce respect se traduira notamment par le projet individualisé de la personne au sein des EHPAD, prenant en compte alors les attentes, les besoins de la personne mais également ses valeurs (55). Nous pouvons donc rajouter comme valeur institutionnelle le respect de la personne dans sa globalité. Alors qu'englobent les valeurs de respect de la personne ? Aussi, jusqu'où les valeurs de la personne peuvent-elles s'exprimer dans les PES ? Et comment les valeurs personnelles peuvent-elles s'articuler avec celles de l'institution ? Les valeurs pouvant également ressortir au niveau de l'EHPAD sont l'empathie et l'écoute (55). Celles-ci paraissent essentielles tant pour l'accueil de la PA, que pour son

accompagnement. Elles participeraient au bien-être et la qualité de vie de la personne et permettraient « d'accroître la capacité de s'adapter à son milieu, de préserver et d'encourager son autonomie ». Dans une étude, J. Damon (2006) a mis en avant l'importance de la valeur en lien avec la famille chez les Français (56). Selon D. Liffraud (2013), les valeurs familiales sont très présentes chez la PA en EHPAD. En effet, le besoin de garder et d'entretenir ce lien familial serait essentiel pour la PA. Ce serait l'un des souhaits majoritairement exprimé en EHPAD. (57) Ainsi, de quelle manière la période de vie ou encore les conditions de vie peuvent-elles avoir une incidence sur l'évolution des valeurs, et de quelle manière les prendre en compte ? Les valeurs de la personne ne se limitent ainsi pas qu'à un aspect individuel, mais peuvent englober les relations autour de celle-ci tels que les liens socio-familiaux. L'environnement semble ainsi avoir son importance au sein des valeurs. Il est donc essentiel d'explorer et de considérer l'ensemble des valeurs propres à la personne en venant questionner les éléments qui s'articulent autour de celle-ci. En outre, avoir une approche holistique de la personne. Par conséquent, dans quelle mesure l'environnement peut-il participer à ces valeurs ? Et en quoi la culture du pays peut-elle influencer l'émergence ou non de certaines valeurs ?

Les valeurs professionnelles en ergothérapie :

Les valeurs professionnelles vont venir guider la manière de travailler du soignant et participent à la construction d'une identité professionnelle. Ces valeurs seront le « fondement de la pratique professionnelle » (58). Ainsi, comment cette identité professionnelle se construit-elle autour des valeurs institutionnelles ?

Une étude effectuée auprès d'ergothérapeutes francophones, portée sur les valeurs professionnelles en ergothérapie a été menée par M-J Drolet et M. Désormeaux-Moreau en 2014 (58). Dix valeurs relatives au métier d'ergothérapeute ont ainsi été mises en évidence. L'une des valeurs principales relatives au métier serait la participation occupationnelle[16]. Mais nous pouvons aussi y retrouver parmi ces 10 valeurs : le professionnalisme, le respect, l'ACP, l'autonomie fonctionnelle, la collaboration, la dignité humaine, la signifiance occupationnelle, l'engagement occupationnel et l'approche globale. D'après cette étude, ces mêmes valeurs

[16] « La participation occupationnelle renvoie à l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social. […] elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale (par exemple, faire du bénévolat, travailler une partie du temps, entretenir son domicile, aller au collège...). » (S. Parkinson, K. Forsyth et G. Kielhofner, 2006)(59).

seraient considérées comme tout aussi importantes par des ergothérapeutes provenant des Etats-Unis, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Ces valeurs ne semblent donc pas être dépendantes du pays où la profession est exercée. De ce fait, de quelle manière ces valeurs s'inscrivent-elles chez les professionnels ? Qu'est-ce qui fait que l'importance de ces valeurs est la même chez ces professionnels exerçant dans différents pays ? D'après cette même étude, les formations en éthique effectuées par ces professionnels pourraient accroître « l'importance accordée à la justice occupationnelle[17] ». Ainsi en quoi ces formations en éthiques viennent-elles étayer la prise en compte des valeurs lors de l'utilisation des médiations thérapeutiques ? Il pourrait également être intéressant de se demander si ces formations sont dispensées ou tout du moins proposées dans les établissements de soin.
D'autre part : d'après B. Schoendorff, J. Grand et M-F Bolduc (2011), les valeurs peuvent aussi entraîner une certaine vulnérabilité chez les personnes (49). Selon eux, il est d'autant plus nécessaire d'avoir une relation thérapeutique de qualité afin de laisser les valeurs de la personne s'exprimer. En exprimant ces dernières, cela permettrait « d'entraîner dans le moment présent le comportement de contact et d'action en harmonie » avec celles-ci.

Maintenant que nous avons développé ces concepts, nous pouvons refaire du lien avec la pratique. Ainsi nous avons pu remarquer que, autant dans le cadre conceptuel que chez nos enquêtés, ils s'accordent à dire que la médiation thérapeutique aurait des effets bénéfiques concernant le processus de rétablissement chez la personne. Ils se corroborent également sur l'effet facilitateur des médiations thérapeutiques concernant l'établissement mais aussi la qualité de la relation, tant avec le thérapeute qu'avec les autres participants à la médiation thérapeutique. Nous avons aussi vu qu'il était essentiel pour cette relation de prendre en compte les valeurs de chaque acteur. De ce fait, aller à l'encontre de celles-ci pourrait avoir des conséquences délétères pour la personne soignée notamment de la PA en stade précoce de la MA. Les valeurs semblent donc tenir une place importante dans la PES de celle-ci. Cette prise en compte des valeurs de la personne participerait à la relation soignant-soigné (53). Cependant, quelles sont celles pouvant entrer en compte dans l'utilisation des médiations thérapeutiques avec les PA en stade précoce de la MA en EHPAD ? D'autre part, les valeurs du thérapeute

[17] « La justice occupationnelle aborde ce que les gens font dans leurs relations et leurs conditions de vie » (Wilcocket Townsend, 2000)

sont non seulement dépendantes de la PA, mais aussi de l'environnement. Elles vont ainsi fortement influencer les comportements et la motivation de chacun.

Les répondants explicitaient également les effets délétères que pouvait avoir une médiation thérapeutique inadaptée auprès des PA en stade précoce de la MA. Ils disaient utiliser l'ACP dans l'utilisation des médiations thérapeutiques. Cette ACP s'est révélée être une valeur professionnelle fortement présente chez les ergothérapeutes. Pourtant, d'après le concept de médiation thérapeutique, il était stipulé qu'une médiation doit avant tout plaire au thérapeute afin d'avoir des effets positifs. De ce fait, dans quelle mesure les valeurs de l'ergothérapeute vont-elles lui permettre de prendre en compte celles de la PA en stade précoce de la MA dans l'utilisation des médiations thérapeutiques ? Et ainsi, sur quelles valeurs s'appuie l'ergothérapeute dans leur utilisation auprès de ce public ?

Nos enquêtés mettaient également en avant l'aspect valorisant de la médiation thérapeutique, entraînant alors une meilleure estime de la PA en stade précoce de la MA. Alors de quelle manière cet effet émerge-t-il exactement ? Quelle corrélation y a-t-il entre la médiation utilisée et l'ensemble des valeurs relatives à l'ergothérapeute ? Et en quoi l'effet motivationnel en lien avec les valeurs peut-il aussi participer à une valorisation de la PA atteinte de dépression ?

La majorité des répondants de notre enquête exprimait également la présence de différents freins possibles à l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA en EHPAD. Cependant, d'autres n'en trouvaient aucun. Nous avons alors pu voir lors de cette problématisation théorique que les valeurs pouvaient être source de motivation et de prise de décision. Alors en quoi vont-elles être source de motivation dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès de ce public ? Quelle incidence les valeurs peuvent-elles avoir sur les PES en ergothérapie qui se doivent d'être individuelles, centrée sur la personne et holistiques ? Quelle place l'ergothérapeute doit-il laisser aux valeurs dans ses PES au sein des médiations thérapeutiques ?

Enfin, les valeurs institutionnelles relèveraient de valeurs éthiques qui seraient fortement liées à la pratique et l'accompagnement effectués par les professionnels de soins exerçant dans ces établissements. Nous avons pu voir dans notre problématisation théorique que les formations en éthiques semblaient influencer la pratique de l'ergothérapeute. Ainsi dans quelle mesure ces formations vont-elles influencer le choix de l'ergothérapeute dans le cadre d'une médiation thérapeutique auprès des PA stade précoce de la MA en EHPAD ? Quels sont les apports et/ou limites de ces formations en éthique concernant l'utilisation des médiations thérapeutiques mises en place par l'ergothérapeute auprès de ce public ?

1.5.Question et objet de recherche

Nous pouvons tout d'abord rappeler la question initiale de recherche :

En quoi les valeurs de l'ergothérapeute influencent-elles l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des PA en stade précoce de la MA ?

Nous avons pu de nouveau faire évoluer notre problématique grâce à nos concepts. En effet, nous avions pu voir la forte utilisation des médiations thérapeutiques malgré les freins rencontrés. Nous nous étions alors demandé ce qui pouvait participer à leur motivation dans l'utilisation de celles-ci. Nous avons alors supposé que certains facteurs relatifs à l'ergothérapeute pouvaient participer à cette motivation. Nous nous étions alors penchés sur des facteurs personnels et professionnels pouvant correspondre à des valeurs sous-jacentes chez eux. Lors de notre cadre théorique, nous avons ainsi pu identifier trois valeurs différentes pouvant influencer l'utilisation de ces médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA : les valeurs personnelles, professionnelles mais également institutionnelles. Nous nous sommes alors demandé de quelles manières elles pouvaient interagir et s'articuler entre elles et ainsi venir influencer l'utilisation des médiations thérapeutiques. Aussi, quelle place ces différentes valeurs, inhérentes à l'ergothérapeute, prennent-elles dans l'utilisation des médiations thérapeutiques ?

Ainsi, ces réflexions et questionnements nous ont amenés à la question de recherche suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute fait-il coexister les valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA ?

Par cette question, nous pouvons ainsi en déduire notre objet de recherche :

Prise en soin de la PA en stade précoce de la MA en EHPAD : Etude des valeurs de l'ergothérapeute dans l'utilisation des médiations thérapeutiques

2. MATERIEL ET METHODE

Dans cette partie, nous allons détailler les étapes de construction de notre outil ainsi que sa mise en action, nous permettant ainsi d'aller étudier notre objet de recherche.

2.1. Choix de la méthode

Afin d'analyser notre objet de recherche, nous allons utiliser la méthode clinique. Grâce à cette méthode exploratoire, nous allons analyser un contenu relatif aux savoirs d'une population donnée. Les valeurs étant propres à chacun et dépendantes de plusieurs facteurs (tels que le contexte individuel ou encore institutionnel), il paraissait pertinent de se baser sur cette méthode. Cela permettrait d'explorer la singularité des personnes interrogées en se basant sur leur vécu et leur ressenti, soit : « la façon qu'a concrètement la personne d'organiser son monde et de s'y tenir »(60).

2.2. Population cible : critères d'inclusion et d'exclusion

Les personnes pouvant participer devront être titulaires du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute et être en activité afin de venir alimenter la théorie par des données récentes concernant les valeurs pouvant coexister au sein des pratiques ergothérapeutiques actuelles et ici dans l'utilisation des médiations thérapeutiques. Ils devront donc pratiquer des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA. Nous avons pu noter au cours de notre problématisation théorique, qu'une formation en éthique pouvait avoir une incidence sur la pratique des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes ayant eu une formation en éthique rentrent donc également dans les critères précédents. Cela permettrait d'observer les éventuels apports de ces formations par rapport à ceux qui n'en auraient pas bénéficié.

Sont exclus les ergothérapeutes ne travaillant pas en EHPAD et/ou dans un PASA. En effet, les autres structures peuvent avoir un fonctionnement différent et cela ne rentrerait pas dans notre objet de recherche qui est spécifiquement situé au sein des EHPAD. Les PASA étant des espaces situés au sein des EHPAD, leur fonctionnement et les valeurs en lien seraient identiques à celles de l'EHPAD dont ils sont rattachés et n'impacteraient donc pas notre recherche.

2.3. Outil de recueil de données

Afin d'utiliser un outil de recueil de données pertinent, il nous a fallu au préalable avoir une réflexion sur celui-ci.

2.3.1. Choix de l'outil

Nous avons choisi d'utiliser **l'entretien** comme outil de recueil de données. Celui-ci semble le plus adapté pour recueillir et approfondir tout ce qui propre aux interrogés tels que leurs ressentis. En effet, « il se caractérise par un *espace-temps* délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que veut bien nous livrer de lui-même »(60). Ainsi, l'entretien permet d'amener des données « relatives à l'expression, au point de vue, à la perception d'un sujet sur un phénomène, un évènement, une conception des choses de la vie »(60). Cet entretien sera **non-directif** afin de ne pas orienter l'interrogé. Effectivement, dans ce type d'entretien, « la liberté d'expression de l'enquêté est la plus grande »(60). Nous n'aurons donc pas de questions de relances. Cependant, nous pourrons utiliser des techniques d'entretien afin d'amener l'interviewé à poursuivre et approfondir son discours (61). Nous commencerons par une question inaugurale puis laisserons la place à l'interviewé pour s'exprimer pleinement et se livrer à nous.

Les avantages de ce type de recueil de données sont qu'il nous permet de recueillir des données qualitatives. En effet, les enquêtés peuvent développer leur discours et approfondir comme ils le souhaitent. Les entretiens se font également de manière directe ce qui nous permet de leur faire reformuler ce que nous n'avons pas compris dans leur discours, voire approfondir certains points. Il est aussi plus facile d'établir une relation de confiance avec l'enquêté, ce qui lui permet de se livrer davantage. (61)(60)

Les inconvénients sont que nous ne pouvons donner aux enquêtés une durée de passation de l'entretien. Il se pourrait donc qu'ils prévoient un temps de disponibilité inférieur à ce qui serait nécessaire au développement de leur discours. Il est aussi possible que l'entretien dévie sur du hors-sujet. Il faudra alors recadrer l'entretien sur le thème. Il est aussi nécessaire de bien connaître et d'être familiarisé avec les techniques d'entretien afin d'être pertinent dans notre démarche d'approfondissement du discours de l'enquêté. Il nous demande également une grande réactivité. Enfin, les entretiens s'effectuant par téléphone, nous ne pouvons nous rendre

compte des éléments de communication non verbaux chez l'enquêté qui auraient pu nous donner certaines indications d'ordre émotionnel en lien avec son discours. (61)(60)

2.3.2. Construction de l'outil

Avant de construire notre outil de recueil de données, nous avons au préalable fait une matrice théorique (Cf. Annexe 8 p. 83). Celle-ci s'est élaborée grâce à la confrontation des éléments théoriques : de nos concepts en ont découlé des variables, qui elles-mêmes se sont déclinées en indicateurs. Cette matrice théorique représente les différents profils auxquels nous pourrons nous attendre pendant nos entretiens. Elle nous a permis d'établir un cadre d'écoute pour ces derniers. Afin de débuter l'entretien non directif, nous avons construit une question inaugurale. Elle nous permettait de présenter « à l'enquêté l'orientation à donner à son discours » mais sans pour autant influencer ce dernier sur les éléments qui pourraient nous intéresser (60). Tout ceci nous a permis de construire notre outil théorisé de recueil de données (Cf. Annexe 9 p. 84). Dans ce dernier, nous avons décidé, en introduction, de nous présenter et de rappeler le thème de l'entretien pour resituer celui-ci afin de remémorer à l'enquêté la raison pour laquelle nous l'avions sollicité. Cependant, nous n'approfondirons pas le thème de l'entretien afin de ne pas influencer l'enquêté par la suite (61). Nous rappellerons le caractère anonyme de l'entretien et qu'aucun jugement ne sera porté sur le discours de l'enquêté. Etant donné que nous cherchons à ce que les enquêtés nous parlent des valeurs portées dans l'utilisation des médiations thérapeutiques, il nous semblait favorable de le spécifier afin qu'ils se sentent à l'aise et puissent se livrer davantage. Puis nous demandons l'autorisation d'enregistrer. D'autre part, la question inaugurale étant assez longue, nous avons décidé d'effectuer de courtes pauses après chaque terme important. Nous avons également appuyé sur leur prononciation afin qu'ils résonnent chez l'enquêté et qu'il s'axe dessus lors de son discours pour éviter notamment trop de hors sujet.

2.3.3. Biais de l'outil

Il nous a fallu repérer et anticiper certains biais afin que les informations recueillies soient les plus fiables possible pour notre recherche.

Un **biais de désirabilité sociale** pouvait venir interférer en faisant apparaître le terme de « valeurs » (41). Nous avons donc décidé de l'exclure de notre question inaugurale. Il nous a

donc fallu construire une question inaugurale assez ouverte afin de favoriser le développement de l'interviewé dans son discours. Elle devait ainsi être précise afin de donner à l'interviewé la direction de son discours sur le thème en question, mais éviter de l'orienter dans ses réponses. D'autre part, la question inaugurale étant assez longue et ne pouvant être raccourcie du fait de la présence de termes principaux relatifs à notre recherche, nous avons essayé d'atténuer un **biais de type cognitif** pouvant être engendré (41). Pour ce faire, nous avons joué avec l'intonation de la voix et évité d'avoir un ton monocorde qui aurait pu faire « décrocher » l'enquêté. Nous avons également décidé de réaliser de très courts temps de pause devant les termes essentiels tels que « les médiations thérapeutiques », « présentant des troubles dépressifs » et l'objectif de la question : « que devez-vous prendre en compte ?». Nous avons également insisté sur leur prononciation. Cela permettait de faire résonner ces termes importants chez l'enquêté afin qu'il s'axe dessus lors de son discours et éviter notamment le hors-sujet.

Toujours en lien avec cette question inaugurale, il a fallu nous demander si elle n'allait pas déstabiliser ou perturber l'enquêté lorsque nous la lui posions. Cela aurait pu alors entraîner un **biais affectif et cognitif** pouvant alors engendrer des réponses erronées de sa part (41).

En effectuant les entretiens par téléphone, cela a pu créer un **biais méthodologique** : nous n'avons pu explorer les réactions des enquêtés pendant leur discours. Cela aurait pu nous apporter davantage d'indications sur leurs émotions en rapport avec celui-ci. Cependant, cela nous a permis d'éviter de leur montrer nos propres « mimiques » pouvant nous échapper et ainsi venir interférer dans leur discours. Dans ce cas-là, il aurait été possible que malgré nous nous retombions dans un **biais de désirabilité sociale** (41).

Un autre **biais méthodologique** a dû être anticipé : nous avons dû préciser que la population en cause dans notre thème présentait des troubles dépressifs (41). En effet, même si nous avions axé notre recherche sur les PA en stade précoce de la MA, il nous paraissait important de spécifier qu'ils devaient présenter ces troubles dépressifs afin que l'enquêté n'occulte pas cette dimension qui est à l'origine de notre recherche, ou bien qu'il s'oriente davantage sur les symptômes en lien avec la MA.

Enfin, il nous a fallu également prendre de la distance concernant les a priori que nous aurions pu avoir par rapport au contenu développé tout au long de notre problématisation. En évitant ce **biais de confirmation** nous pouvions alors diminuer le risque d'orienter de manière inconsciente l'enquêté et ainsi favoriser notre écoute quant à son discours (41).

2.3.4. Modalités

Nous avons tout d'abord pris contact de manière formelle en envoyant par mail notre demande de participation à un entretien à des ergothérapeutes entrant dans les critères stipulés plus haut. Dans notre demande de participation, nous avons fait part du sujet abordé et stipulé le caractère anonyme de l'entretien. Nous avons par la suite convenu d'un rendez-vous téléphonique pour effectuer l'entretien, car il nous était géographiquement impossible d'effectuer un entretien présentiel.

2.3.5. Test du dispositif

Avant d'effectuer les entretiens destinés à notre recherche, nous avons soumis notre outil de recueil de données à un test. Celui-ci consistait à utiliser notre outil auprès d'une cohorte test composée d'un ergothérapeute rentrant dans les critères d'inclusion, d'un étudiant en ergothérapie et de deux personnes non professionnelles du soin. Nous avions pour objectif de vérifier la validité et la faisabilité de notre outil. Cela nous a également permis de mieux appréhender cet outil afin d'être plus à l'aise lors des futurs entretiens. Ainsi, nous avons amélioré l'enchaînement de l'entretien afin de le rendre plus fluide, le but étant de mettre les enquêtés le plus à l'aise possible.

Nous avons pu vérifier que la question inaugurale était compréhensible et favorisait l'expression et le développement du discours de l'enquêté. Nous avons effectué quelques modifications au niveau de la formulation de cette question inaugurale afin de la rendre plus pertinente et compréhensible pour les enquêtés.

Enfin, nous avons pu en profiter pour tester nos dispositifs d'enregistrement.

2.4. Déroulement de l'enquête

Comme convenu, nous avons appelé les ergothérapeutes participants aux entretiens. Nous avons suivi la trame de notre outil théorisé de recueil de données comme explicité dans la partie 2.3.2 (Cf. Annexe 9 p. 84).

Une fois notre question inaugurale annoncée, nous avons laissé à l'interviewé le temps qui lui était nécessaire pour répondre. Cependant, une fois qu'il semblait avoir fini, nous avons employé des techniques d'entretien afin de favoriser la poursuite de son discours.

Lors des échanges, nous avons ainsi utilisé comme techniques d'entretiens « la reformulation », « la demande d'informations complémentaires » ou encore la technique « écho-miroir[18] » (62). Lors du dernier entretien, nous avons davantage laissé place aux silences, dans le but de laisser lui laisser le temps de la réflexion afin d'approfondir et venir étayer ses propos (61). Nous avions aussi plus de chance de récolter des éléments inattendus.
A la fin des entretiens, nous avons pris quelques renseignements sur les interrogés et permis de relancer leur discours afin de leur permettre de s'exprimer une dernière fois. Cela nous permettait également d'indiquer la fin de l'entretien.

2.5. Outils de traitement et d'analyse des données

Une fois les entretiens effectués, nous les avons retranscrits manuellement dans leur totalité. Puis, nous avons fait une analyse de contenu manuelle. Celle-ci nous permettait d'examiner « de façon méthodique, systématique, objective, et éventuellement quantitative, […] en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments constitutifs »(60). Nous avons utilisé l'approche thématique pour analyser les entretiens : nous avons découpé nos entretiens en « unités de sens » et regroupé ceux présentant une même signification afin de former des thèmes et sous-thèmes (Cf. Annexe 10 p. 85) (60) (63).

Nous y avons également associé l'approche lexicale et linguistique, la thématique n'étant pas pertinente à elle seule (61). Pour cela, nous utiliserons les occurrences de mots (approche lexicale) en ne nous intéressant qu'aux termes ayant un minimum de deux occurrences. Ces occurrences de mots seront ensuite recontextualisées afin d'en interpréter le sens (approche linguistique) (63). Nous pourrons également mettre en évidence les éléments clefs afin d'appuyer notre analyse.
Tout cela nous permettra d'analyser de manière objective nos entretiens dans le but de nous apporter des éléments de réponses à notre objet de recherche.

[18] Cette technique consiste à répéter certaines phrases ou mots de l'enquêté.

3. RESULTATS

Dans cette partie, nous allons présenter l'analyse et les résultats obtenus suite à leur traitement.

3.1. Données descriptives

Nous avons pu effectuer trois entretiens auprès d'ergothérapeutes au cours de ce travail de recherche.
L'ensemble des entretiens ont ainsi été effectués par téléphone. Dans le but de respecter l'anonymat des entretiens, nous avons nommé nos interviewés Mr R, Mme E et Mme I.

Le premier entretien a été réalisé auprès de **Mr R**, diplômé en juillet 2018 (Cf. Annexe 11 p.93). Il exerce à temps plein depuis 6 mois dans son EHPAD actuel, où il utilise les médiations thérapeutiques. Il intervient dans un projet de déploiement des thérapies non médicamenteuses qui avait été amorcé par l'ancien ergothérapeute en poste. Mr R a également eu une expérience antérieure d'environ six à huit mois en EHPAD.
L'entretien avec Mr R a duré 21 minutes 03.

Le deuxième entretien a été réalisé auprès de **Mme E**, qui a été diplômée le 30 juin 2018 (Cf. Annexe 12 p. 100). Elle a commencé à travailler en juillet 2018 au sein d'un hôpital dans un service d'EHPAD et de long séjour et où elle intervenait dans un PASA à hauteur de deux fois par semaine. Depuis un mois, elle intervient exclusivement en PASA sur 3 hôpitaux en temps plein, et intervient également en unité d'hébergement renforcée. Mme E dit utiliser les médiations thérapeutiques depuis juillet 2018.
L'entretien avec Mme E a duré 17 minutes 11.

Le troisième entretien a été réalisé auprès de **Mme I**, diplômée depuis 2016 (Cf. Annexe 13 p. 106). Elle travaillait en tant qu'infirmière dans l'EHPAD où elle est employée actuellement et exerce à 80% en tant qu'ergothérapeute, exclusivement au sein du PASA de cet établissement depuis 2016. D'autre part, elle exerce toujours en tant qu'infirmière hygiéniste à hauteur de 20% de son temps de travail.
L'entretien avec Mme I a duré 35 minutes 55.

3.2. Données textuelles

Nous pouvons maintenant faire part des résultats d'analyse de contenu de nos entretiens. Nous avons ainsi associé les approches thématiques, lexicale et linguistique. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur la grille d'analyse des entretiens de Mr R, Mme E et Mme I (Cf Annexe 10 p. 85).

❖ Facteurs influençant le choix de médiation thérapeutique utilisée :

Selon nos entretiens, Mr R, Mme E et Mme I semblent s'appuyer sur des évaluations, les facteurs personnels de la PA ainsi que sur la signifiance de l'activité pour cette dernière afin de l'orienter sur une médiation thérapeutique adaptée.

Pour Mr R, aucune occurrence de mots n'est apparue dans notre analyse lexicale. Cependant, il semblerait qu'il prenne en compte essentiellement les facteurs personnels de la PA tels que les déficits engendrés par la maladie pouvant être source d'angoisse et les « habitudes antérieures de vie », ainsi que les activités signifiantes en lien avec l'histoire de vie et les souhaits de la PA.

Pour Mme E, les occurrences étaient : « évaluation » (5), « personne » (5), « atelier » (3).
Elle s'appuierait sur les évaluations des autres professionnels ainsi que des siennes afin d'identifier les difficultés et les troubles de la personne afin de « proposer quelque chose de vraiment individualisé » (Mme E, l. 132-133)

Pour Mme I, les occurrences étaient : « fatigabilité » (2), « dépression » (2), « histoire » (2).
Elle semble s'appuyer sur l'histoire de vie de la PA, notamment en lien avec les causes de la dépression (psychologique et biologique). Elle considère également le moment de la journée pouvant être source de fatigabilité pour la PA : « Autant le matin c'est beaucoup plus facile parce qu'ils ne sont pas fatigués, autant l'après-midi il y a quand même la fatigabilité. Et si l'on fait quelque chose de très cognitif le matin, c'est difficile de recommencer du très cognitif l'après-midi. On essaie de faire plutôt cognitif le matin et plutôt praxique l'après-midi. » (Mme I, l. 245 à 248).

❖ Respect de la personne âgée :

Selon nos entretiens, nos interviewés vont respecter la liberté de refus et le choix de la personne.

Pour Mr R, les occurrences étaient : « disponible » (2), « personne » (2) et « envie » (2).
Il prend en compte l'envie de la personne et sa disponibilité dans l'utilisation des médiations thérapeutiques.

Pour Mme E, les occurrences étaient : « envie » (4), et « personne (3).
Elle s'appuie sur l'envie qu'a la personne de participer ou non aux médiations thérapeutiques.

Pour Mme I, nous n'avons obtenu aucune occurrence. Cependant, elle semble respecter l'envie de participer voire de repartir d'une médiation thérapeutique.

❖ Facteurs favorisant la participation de la PA :

Selon nos entretiens, nos interviewés semblent adaptés les médiations thérapeutiques selon les capacités ainsi que l'humeur de la PA. Cela permettrait de favoriser la participation de celle-ci dans les médiations thérapeutiques.

Pour Mr R, aucune occurrence n'est apparue. Cependant, il semble s'appuyer sur la complémentarité des « capacités » et « incapacités » des personnes au sein du groupe, ainsi que de leur réaction face à l'outil utilisé : « Maintenant il m'est arrivé de créer des groupes avec des patients qui ont des besoins complètement différents… Mais… Où en fait les capacités préservées de l'un permettent de… Soit de compenser, soit de diminuer les… Entre guillemets les incapacités (…) d'un autre résident. » (Mr R, l. 156 à 159)

Pour Mme E, les occurrences étaient : « personne » (8), « groupe » (4), « adapter » (3).
Elle semble prendre en compte les relations interpersonnelles, les incapacités et les humeurs des personnes afin d'adapter la médiation et de leur proposer « un environnement (…) sécurisant et contenant » (Mme E, l. 49), permettant alors de favoriser leur participation dans les médiations thérapeutiques.

Pour Mme I, les occurrences étaient : « groupe » (5), « facile » (5), « cognitif » (3).
Elle semble favoriser la participation des PA en s'appuyant sur des médiations accessibles à celles-ci au niveau de leurs capacités et leur fatigabilité venant impacter la dynamique du groupe. Elle semble également s'axer sur des activités signifiantes pour ces PA : « Bon je vous ai dit hein, sur cette population rurale, le jardin c'est facile. » (Mme I, l. 125-126).

- ❖ Eléments du dispositif de la médiation thérapeutique :

D'après nos entretiens, le cadre, les modalités, la relation thérapeutique ainsi que les supports de médiation choisis semblent influencer l'utilisation des médiations thérapeutiques.

Pour Mr R, les occurrences étaient : « groupe » (4), « thérapeutique » (2) et « stimulations ».
Il semble utilisé principalement le groupe comme modalité et essayer de mettre en place un cadre permettant d'éviter « les stimulations externes » pouvant « venir interférer avec la relation thérapeutique » (Mr R, l. 50). Cette dernière semble en effet être importante pour lui.

Pour Mme E, les occurrences étaient : « atelier » (5) et « motricité ».
Elle pratique plusieurs « ateliers » à visée de médiation thérapeutique. Cependant, elle semble davantage utiliser les activités de type motricité. D'autre part, elle n'utilise que les médiations groupales et semble attacher une certaine importance au cadre : « Pour essayer de faire en sorte que la personne elle se sente dans un environnement en fait heu… sécurisant, contenant, qu'elle soit vraiment à l'aise en fait dans le groupe et qu'elle ait envie de revenir. » (Mme E, l. 48 à 50).

Pour Mme I, les occurrences étaient : « médiation » (4), « jardin » (3) et « groupe » (3).
Elle s'oriente principalement sur les médiations groupales. Mais il semblerait qu'elle préfère pratiquer les médiations thérapeutiques en groupes restreints : « Des fois j'aime mieux être en petit groupe de trois, quatre c'est beaucoup plus facile » (Mme I, l. 234-235). Les médiations thérapeutiques sur lesquelles elles s'appuient sont nombreuses et diversifiées. Cependant, elle s'appuierait davantage sur l'activité jardinage du fait du type de population qu'elle a en soin : « Moi j'interviens en milieu rural, vraiment rural. Donc on est une population qui était toujours dehors et qui se retrouve fermée. Donc c'est vrai qu'on a un jardin et puis on développe beaucoup notre jardin. » (Mme I, l. 94 à 97).

❖ Objectifs de la PA dans l'utilisation des médiations thérapeutiques :

D'après nos entretiens, Mr R et Mme I semblent s'orienter vers plusieurs objectifs en particulier pour la PA : favoriser l'introspection et la verbalisation, favoriser l'autonomie et favoriser le lien social. Seule Mme I semblait avoir comme objectif de rompre l'isolement. Mme E, quant à elle, n'a évoqué que des objectifs en lien avec l'autonomie des PA.

Pour Mr R, les occurrences étaient : « interactions » (4), « personnes » (4), « permettre » (3) et « activité » (3).
Mr R semble s'appuyer sur les interactions aux seins des activités de médiations thérapeutiques pour permettre aux PA d'une part de verbaliser leur mal-être, et d'autre part pour transposer dans leur vie quotidienne et ainsi gagner en autonomie.

Pour Mme E, nous n'avons eu qu'une occurrence : « capacité » (2).
Elle semble s'orienter sur les symptômes dépressifs mais aussi sur la récupération et le maintien des capacités de la PA lié à sa MA : « En tout cas c'est que nous derrière on a des objectifs heu… Et par exemple parfois ben pour heu… Une personne en plus de l'objectif sur la gestion des émotions, on veut aussi travailler les capacités motrices et le maintien de ces capacités. Et bien souvent ben en stade précoce, il n'y a pas forcément que l'humeur dépressive. Donc il y a aussi d'autres troubles ajoutés. » (Mme E, l. 89 à 93).

Pour Mme I, les occurrences étaient : « échanges » (11) et « sortir » (3).
Elle semble beaucoup s'appuyer sur les échanges dans les médiations groupales afin de permettre aux PA de verbaliser leurs émotions et de créer du lien social. Aussi, elle va s'appuyer sur certaines médiations thérapeutiques afin de favoriser l'autonomie des PA : « En plus, je leur apprends, y'a un digicode, à sortir de l'établissement et à pouvoir après… parce que c'est une population qui peut sortir seule donc… Voilà c'est intéressant qu'ils connaissent des habiletés sociales quoi. » (Mme I, l. 146 à 148).

❖ Positionnement professionnel de l''ergothérapeute :

Dans les entretiens effectués, nous avons pu repérer des éléments en rapport avec le positionnement de Mr R, Mme E et Mme. Ce positionnement se rapportait à leur posture/ approche par rapport à l'équipe et/ la PA, leur identité professionnelle au sein de leur

établissement, la réflexion et la motivation concernant leur pratique, ainsi que l'influence que leur rôle d'ergothérapeute pouvait avoir sur l'utilisation des médiations thérapeutiques.

Pour Mr R, les occurrences étaient : « personne » (3), « objectifs » (2), « séance » (2) et « équipe ».
Mr R semble avoir une approche d'accompagnement après de la personne : « En fait l'idée c'est vraiment de… De la laisser naviguer à la fois dans ses souvenirs et à la fois dans ce qu'elle a envie de partager. Et moi mon rôle ça va juste être un rôle de contenance en fait. Je ne suis pas du tout dans une optique de guidance. C'est vraiment dans une logique d'accompagnement. » (Mr R, l. 79 à 82). Pourtant, Mr R semble avoir certains objectifs dans ses séances. D'autre part, son expérience professionnelle antérieur au poste actuel semble l'avoir aidé à affirmer sa place au sein de l'équipe de professionnels.
Nous avons pu également relever que le questionnement sur sa pratique semble avoir une place importante : « Enfin c'est de la remise en question permanente avec ENORMEMENT Rires) d'analyse et heu… Et de travail de préparation en amont. » (Mr R, l. 169-170).

Pour Mme E, les occurrences étaient : « personne », « activité » et « faire ».
Elle semble respecter désir ou non de la PA de « faire » l'activité. Pour favoriser leur participation, Mme E adopte et préconise une approche valorisante mais également individuelle de la personne. : « Et voilà ce qu'on préconise c'est surtout la valorisation, la stimulation pour ces personnes parce que c'est vrai que devant les autres personnes elles n'osent pas faire » (Mme E, l. 40-41).

Pour Mme I, les occurrences étaient : « beaucoup » (5), « plus » (4) et « influencer (3).
Elle semble avoir une influence auprès des PA, en particulier concernant les supports utilisés dans les activités à visée de médiation. Elle semble évoquer un aspect prenant et épuisant dans son rôle d'ergothérapeute utilisant les médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA : « Beaucoup… Ça prend beaucoup, beaucoup d'énergie à tout le monde. » (Mme I, l. 344), « Des fois quand on revient le soir on est bien fatigués. » (Mme I, l. 349 à 350). Cependant, elle met également en avant la disponibilité et le côté valorisant de sa pratique pouvant alors jouer sur sa motivation : « Il attendent beaucoup de nous pour… On est beaucoup plus à l'écoute et beaucoup plus disponibles. On prend le temps, beaucoup plus facilement » (Mme I, l. 270-271), « Je ne sais pas mais de remettre les gens debout et de les faire marcher

ça nous met sur un grand piédestal. C'est plus valorisant que de venir leur faire une piqûre. » (Mme I, l. 266-268).

❖ Interdisciplinarité dans l'utilisation des médiations thérapeutiques :

D'après le discours des interviewés, l'utilisation des médiations implique un travail interdisciplinaire. Nous avons ainsi pu mettre en évidence la coopération et la coordination que cela suggère.

Pour Mr R, nous n'avons eu qu'une occurrence : « accord » (2).
Selon sa pratique, l'organisation des activités de la journée au sein de l'établissement passerait par les accords entre les différents professionnels de soin. Des réunions entre ces derniers permettraient d'organiser un planning d'activités pour les PA mais également de déterminer les personnes à orienter dans celles-ci.

Pour Mme E, les occurrences étaient : « ASG » (10), « personne » (9), « objectifs » (8), « équipe » (8) et « psychologue » (7).
Dans la pratique de Mme E, l'élaboration des objectifs pour la personne s'effectue de manière interdisciplinaire. Effectivement, Mme E semble construire les objectifs en équipe, et particulièrement avec l'ASG et la psychologue. Ces deux professionnels semblent fortement présents dans la pratique de Mme E. D'autre part, les professionnels de l'équipe échangent également de manière informelle sur l'état journalier des PA, mais également sur les traitements mis en place pouvant venir impacter l'humeur voire le comportement de la personne.

Pour Mme I, les occurrences étaient : « psychologue » (4) et « toujours » (3).
Mme I semble participer à des réunions d'équipe de manière fréquente. Ces dernières permettraient notamment d'évaluer l'impact des PES des personnes. Mme I a exprimer préférer coopérer avec la psychologue dans certaines séances psychologiquement et émotionnellement difficiles. Par exemple lorsque les médiations thérapeutiques amènent à parler du deuil : « J'aime mieux quand il y a la psychologue quand on se lance là-dedans, ça dépend de la clientèle. Là y'en a où… Il faut… Oui (Rires) il faut quand même temporiser. Il ne faut pas que ça parte… Il ne faut pas qu'on déprime tout le monde » (Mme I, l. 225 à 228).

❖ Influence des facteurs institutionnels sur l'utilisation des médiations thérapeutiques :

Selon le discours de nos interviewés, ces facteurs institutionnels seraient des facteurs économiques, environnementaux et temporels.

Pour Mr R, nous n'avons qu'une seule occurrence : « temps » (2).
Dans sa structure, Mr R semble avoir beaucoup de temps pour préparer, mettre en œuvre et évaluer les résultats des médiations thérapeutiques qu'il propose. Cependant, Mr R précise qu'il est employé « à temps plein » et que ce temps est nécessaire du fait des autres « missions » inhérentes à son poste.

Pour Mme E, nous n'avons eu aucune occurrence.
Elle a seulement évoqué l'impact du facteur temporel entravant l'utilisation des médiations thérapeutiques en individuel : « Donc nous on fait que des ateliers de groupes parce que le temps ne permet pas de faire de l'individuel en fait au sein des PASA. » (Mme E, l. 36 à 38).

Pour Mme I, nous n'avons qu'une seule occurrence : « quatorze » (2).
Mme E évoque par ce chiffre le nombre de personnes qui composent les groupes avec lesquelles elle pratique des médiations thérapeutiques. D'après ses propos, l'institution imposerait des groupes de cette taille : « Alors les groupes on les… Nous on est tenu par hein… Un peu par les instances hein, de prendre quatorze personnes. C'est énorme quatorze. » (Mme I, l. 74-75.)

4. DISCUSSION DES DONNEES

Dans cette partie, nous ferons le lien entre nos résultats et notre question de recherche afin d'y apporter des éléments de réponses. Par la suite, nous ferons une critique du dispositif de recherche. Ainsi, nous pourrons faire des propositions et identifier le niveau de transférabilité des résultats pour la pratique professionnelle. Enfin, nous aborderons les perspectives de recherche afin d'aboutir à une nouvelle question de recherche.

4.1. Eléments de réponses à l'objet de recherche

Ainsi, les outils de recherche nous montrent que les médiations de type groupales semblent être bénéfiques et largement utilisées auprès des PA en stade précoce de la MA. En effet, Les

interactions au sein de ces groupes participeraient ainsi à l'élaboration et la verbalisation des personnes. Ceci rejoint ainsi notre cadre théorique concernant les processus psychiques se jouant dans les médiations thérapeutiques. Pourtant, même si nous avons pu voir au travers de nos outils que des freins institutionnels pouvaient entraver les médiations en individuel, ces dernières seraient également préconisées afin d'adapter voire de renforcer le lien thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne.

Par ailleurs, d'après notre cadre théorique, l'individualisation serait primordiale. Pour cela, les ergothérapeutes interviewés explicitaient prendre en compte les facteurs personnels des PA en stade précoce de la MA tels que leurs souhaits et leurs habitudes de vie, mais également de trouver des stratégies en lien avec leur humeur afin d'adapter les médiations thérapeutiques. Ceci correspondrait à la prise en compte des valeurs des PA en stade précoce de la MA, permettant alors de « potentialiser » la démarche thérapeutique. Ainsi, comme nous l'avons vu dans notre cadre théorique, les valeurs professionnelles des ergothérapeutes s'exprimeraient de cette façon. Elles semblent également s'exprimer par les différentes approches qu'ils utilisent auprès des PA en stade précoce de la MA. En effet, selon notre cadre théorique, les valeurs professionnelles guideraient la pratique. D'après nos outils de recherche, les ergothérapeutes emploieraient ainsi plutôt des approches d'accompagnement centrées sur la personne, qui prôneraient la signifiance occupationnelle, le respect, l'empathie, l'écoute ainsi que l'autonomie de la PA en stade précoce de la MA. Si nous nous référons à notre cadre théorique, le respect, l'écoute et l'empathie feraient partie des valeurs institutionnelles. Or, ces composantes de l'approche d'accompagnement semblent également faire partie des valeurs professionnelles voire personnelles de l'ergothérapeute.

D'autre part, d'après notre cadre théorique, les médiations thérapeutiques doivent également plaire au thérapeute qui les met en place. D'après nos résultats, les activités à visée de médiation semblent être choisie en fonction de la PA et non de l'ergothérapeute. Il semblerait alors que dans ce cas, les valeurs professionnelles s'expriment également. Nous avons aussi pu voir dans l'un de nos entretiens que l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès ce public demandait de l'implication et beaucoup d'énergie de la part de l'ergothérapeute. D'après les propos relevés et notre cadre théorique, l'ergothérapeute semble alors venir s'appuyer sur ses valeurs personnelles mais également professionnelles.

Enfin, nous avons également pu mettre en évidence le rôle du travail d'équipe au travers de nos entretiens. Ce travail interprofessionnel serait en lien avec les valeurs de l'établissement en terme de qualité de soin. Celui-ci basé sur la coordination et la coopération entre les professionnels de santé contribuerait non seulement à l'organisation du service, mais également

à la mise en place d'objectifs pertinents et adaptés aux PA en stade précoce de la MA dans l'utilisation des médiations thérapeutiques menées par l'ergothérapeute. Cependant, dans notre enquête exploratoire les répondants mettaient plutôt en avant les freins liés à ce travail en équipe dans l'utilisation de ces médiations thérapeutiques : les autres professionnels leur paraissaient manquer de formation, de soutien et d'implication dans celles-ci. Selon nos entretiens, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la formation des professionnels concernant cette pratique. Cependant, nous ne pouvons conclure que les formations effectuées par les ergothérapeutes auprès des autres professionnels de l'équipe dans l'utilisation des médiations thérapeutiques aient une influence sur leur implication et/ou leur soutient dans celles-ci. Cependant, nous pouvons rappeler que la revue de littérature mettait aussi en avant ce manque de formation pourtant nécessaire pour la PES de la PA présentant des troubles dépressifs.

Ainsi nous pouvons nous demander en quoi les valeurs des différents professionnels peuvent-elles favoriser ou non le travail interdisciplinaire ? Et ainsi, de quelle manière pouvons-nous le favoriser afin d'améliorer l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA ?

Nous avons aussi vu dans notre cadre théorique que parmi les valeurs institutionnelles se situait la pratique basée sur les valeurs. Celle-ci participerait à la prise en compte des valeurs de chaque professionnel autour d'une situation de soin. Ainsi, cette pratique basée sur les valeurs pourrait avoir un rôle à jouer concernant cette problématique. Alors en quoi cette dernière permettrait également de favoriser le travail interdisciplinaire et ainsi l'implication des autres professionnels de santé dans l'utilisation des médiations thérapeutique ? Et quels seraient les facteurs pouvant influencer la mise en œuvre de cette pratique basée sur les valeurs ?

Ainsi, Au regard des résultats, nous pouvons apporter des éléments de réponse concernant notre question de recherche qui était :

De quelle manière l'ergothérapeute fait-il coexister les valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA ?

Nous pouvons en conclure que les valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles semblent par moment se confondre mais sont pourtant bien présentes. Il est alors difficile de savoir si les actions menées guident la pratique (valeur professionnelle), permettent d'incarner un rôle dans l'institution (valeur institutionnelle), ou bien si elles relèvent simplement du choix et permettent de donner un certain sens à sa vie en tant qu'individu (valeur

personnelle). Cependant, nous avons pu voir que leur niveau d'expression pouvait varier selon l'ergothérapeute et sa pratique. Aussi, que les valeurs ne semblent pas s'arrêter au thérapeute ou à la personne soignée mais s'étendre au-delà, notamment à l'ensemble de l'équipe des professionnels de soin. En outre, les différentes valeurs semblent plus ou moins prendre leur place selon le contexte et les personnes impliquées, tant au niveau du travail l'équipe que dans l'utilisation des médiations thérapeutiques. Ainsi, ces dernières sont imprégnées de valeurs difficilement dissociables mais tout du moins nécessaire pour une approche humaine.
Pourtant, dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA, certaines valeurs pourraient avoir une incidence sur les autres en terme de place, de considération, ou encore d'expression, et ainsi influencer la pratique. Alors de quelle manière l'ergothérapeute va-t-il s'appuyer sur les valeurs de façon consciente afin d'influencer positivement sa pratique ? Et quelles seront les valeurs sur lesquelles il pourra particulièrement s'appuyer ?
Ce cheminement peut ainsi nous amener à une nouvelle question de recherche :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il potentialiser les effets des médiations thérapeutiques dans leur utilisation auprès des PA en stade précoce de la MA au travers des valeurs ?

4.2. Critique du dispositif de recherche

La première critique pouvant être faite sur le dispositif de recherche concerne la question inaugurale de nos entretiens. Même si lors du test du dispositif elle nous semblait viable et pertinente, lors de la retranscription et l'analyse nous avons pu remarquer que notre approche pouvait avoir une certaine influence sur le discours des interviewés. Il aurait fallu davantage prendre du recul voire élargir notre cohorte au niveau des ergothérapeutes. Cela aurait peut-être pu nous permettre de découvrir et approfondir certaines notions abordées au cours des entretiens.

Ensuite, il aurait peut-être été préférable de redéfinir de manière succincte le concept de médiation thérapeutique auprès des interviewés. Le manque de connaissance sur celui-ci pouvait ainsi engendrer un biais cognitif.

Aussi, lorsque nous cherchions à approfondir les propos des interviewés, nous avons pu introduire des biais méthodologique et cognitif en posant plusieurs questions en même temps et en manquant de clarté dans celles-ci. Nous avons notamment été dans la nécessité de reformuler une question du fait de l'incompréhension de notre interviewé face à celle-ci : « Heu… Alors c'est une excellente question heu… Quand… Quand la… Heu… vous pouvez la reformuler ? » (Mr R, l. 29-30). De plus, notre manque d'expérience dans les entretiens ainsi que dans les techniques utilisées a pu contribuer à ces difficultés. Nous avons ainsi pu manquer de réactivité.

Nous pouvons également remettre en cause les résultats de notre question de recherche. En effet, le manque de rigueur méthodologique a pu venir impacter voire diminuer la pertinence de nos résultats. Il peut s'expliquer par des difficultés dans la compréhension des différentes méthodes, et du temps limité pour effectuer notre analyse. De ce fait, il est également probable que nous n'ayons pas utilisé tout le potentiel de nos outils dans le traitement de nos résultats.

Par ailleurs, un biais de confirmation a pu être repéré pendant notre traitement des résultats. Notre posture en tant que chercheur a pu ainsi influencer de manière inconsciente notre méthode et devenir un obstacle. En effet, nous avons trop essayé de correspondre à la matrice conceptuelle lors de notre catégorisation dans l'approche thématique. Nous avons ainsi dû recommencer toute notre analyse.

Enfin, n'ayant effectué que trois entretiens, nous n'avons pas pu arriver à « saturation des données » concernant nos thèmes (60). Il aurait ainsi été nécessaire d'en effectuer d'autres afin d'y arriver et ainsi avoir des résultats viables. Aussi, nous avons pu introduire un biais cognitif dans la catégorisation des thèmes. Cela a pu également influencer les résultats. Il aurait fallu demander à une voire plusieurs personnes d'effectuer une catégorisation des thèmes afin de croisées nos données. Cela aurait permis de vérifier en partie la viabilité de nos thèmes.

4.3. Apports, intérêt et transférabilité pour la pratique professionnelle

En premier lieu, la construction de ce mémoire nous a permis de nous initier aux divers outils et méthodes nous permettant d'effectuer un travail de recherche. Dans le cas où nous réitérerions l'expérience, nous aurions alors un socle de connaissances prêt à être remobilisé et perfectionné en terme de méthodologie. Ainsi, nous pourrions nous servir de nos acquis et de

notre expérience afin d'éviter certains écueils. Cela nous permettrait de gagner en pertinence et en efficience au niveau de nos résultats.

La pratique des médiations thérapeutiques peut être transférable à différents niveaux dans notre future pratique professionnelle. En effet, elle peut être mise en œuvre auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou encore de personnes âgées comme nous avons pu le constater. Ainsi, elle peut être effectuée dans des établissements autres que les EHPAD ou PASA.

D'autre part, il n'est pas impossible de transposer leur utilisation dans des pathologies autres que la dépression (44). Cependant, selon les troubles, une mesure de précaution est à prendre. En effet, les médiations étant des supports pour le travail psychique du patient, il semble judicieux de rester vigilant. Ainsi, le dispositif des médiations thérapeutique devra être réfléchi afin de protéger le patient mais également le thérapeute.

De manière personnelle, cette recherche m'a permis d'apporter des connaissances plus approfondies sur les notions abordées. Ainsi, dans ma pratique professionnelle, je pourrai transférer ces savoirs et mieux les adapter aux différentes populations avec lesquelles je travaillerai. Aussi, j'ai pu me rendre compte que je manquais de lâcher-prise dans certaines étapes de mon mémoire. En effet, j'ai par moment voulu traiter l'ensemble des informations à ma disposition, entrainant alors un dispersement dans ma recherche et ainsi une perte de temps, précieux pour la réalisation de cette recherche. Ce manque de lâcher-prise a également pu me freiner dans le traitement et la récolte de données émergentes. De ce fait, il est possible que ma recherche manque de richesse en terme d'informations pertinentes et intéressantes. Ainsi, il est possible que je me sois trop attardée sur le développement de contenus superflus, venant encore une fois impacter la pertinence de ma recherche. Un travail de concision aurait été nécessaire. Effectivement, en étant plus synthétique, cela m'aurait permis de mieux mettre en évidence les informations importantes et ainsi d'en faire émerger tout le potentiel.

Enfin, dans le cadre d'une nouvelle recherche, il serait nécessaire de prendre davantage de recul. Cela me permettrait d'acquérir une posture plus adaptée en tant que chercheur. Ainsi, cela me permettrait de mieux cerner les informations, tout en me laissant guider par la recherche. Elle ne s'en trouverait que plus nourrie et profitable pour la pratique professionnelle.

4.4. Perspectives de recherche

Il aurait été intéressant de venir éclairer notre recherche par l'apport de concepts.

Tout d'abord celui de médiateur thérapeutique. En effet, le choix de l'objet médiateur, aussi appelé « médium malléable », semble avoir son importance : « C'est pourquoi le choix du médium, de l'offrande de l'objet de transfert, détermine en partie le type d'expérience subjective qui peut être engagée » (R. Roussillon) (44). De plus, « Chaque médium possède ses propriétés et limites propres, elles sont intrinsèques à sa matière même » (44). Ainsi le médiateur utilisé doit être réfléchi et adapté à la personne. De ce fait, le développement de ce concept du médiateur mérite d'être approfondi. Cela pourrait également permettre de mieux comprendre, ou tout du moins apporter des pistes de réflexions, concernant ce qui se joue autour de celui-ci afin de favoriser l'identification des relations entre les différentes valeurs dans l'utilisation des médiations thérapeutiques. De plus, les médiations thérapeutiques étant très utilisées, il semble intéressant d'améliorer leur fonctionnement dans l'optique d'une efficience thérapeutique.

Au regard des nouveaux éléments apparus dans notre partie Résultats, nous pourrions venir enrichir la continuité de notre recherche par le concept d'interdisciplinarité. Celui-ci pourrait ainsi nous donner d'autres pistes de réflexions et éléments de réponses pouvant ainsi venir alimenter notre pratique dans l'optique de favoriser l'utilisation et l'efficacité des médiations thérapeutiques dans les structures de soins, notamment en EHPAD et/ou en PASA. En effet, la multiplicité des professions au sein de l'équipe rend compte de tout autant d'approches différentes. Ainsi, nous pourrions faire des liens entre les nouveaux éléments apportés et la pratique basée sur les valeurs et ainsi mieux comprendre la complexité pouvant exister au sein du travail interdisciplinaire, notamment dans la pratique des médiations thérapeutiques en ergothérapie.

Enfin, notre recherche pourrait également se développer à d'autres structures prenant en soin les PA en stade précoce de la MA. Nous pourrions ainsi identifier le mode de fonctionnement et la prise en compte des différentes valeurs dans l'utilisation des médiations thérapeutiques selon un contexte différent. Par exemple, la pratique de ces médiations par

l'ergothérapeute en ESA[19] pourrait être questionnée. En effet, les interventions auprès des PA en stade précoce de la MA se font au domicile de celles-ci. Cela peut également avoir une influence sur les différentes valeurs entrant en compte dans l'utilisation des médiations thérapeutiques.

Ainsi, à nous ergothérapeutes, de nous emparer des médiations thérapeutiques de manière optimale afin de concourir au bien-être des personnes que nous prenons en soin.

[19] Equipe Spécialisée Alzheimer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kapsambelis V. Médiation : entre quoi et quoi ?. Psychothérapie. 2012 ; 32 (2): 69-71. [En ligne]. https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-2-page-69.htm. Consulté le 6 Juin 2018.

2. Thomas P, Hazif-Thomas C. Dépression chez la personne âgée. Rev. Prat. 2008; 58 (6): 389-93.

3. Lourel M. La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. Rech Soins Infirm. 2007; 88 (1): 4-17.

4. ANFE. Données probantes en ergothérapie. 2017. [En ligne]. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Donn%C3%A9es%20probantes%20en%20ergoth%C3%A9rapie_Mars%202017.pdf. Consulté le 6 juin 2018.

5. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010 p 12558.

6. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. Troubles dépressifs. In : Crocq M-C, Guelfi J-D, editors. Mini DSM-5 : critères diagnostiques. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2016: 85-103.

7. Chambry J, Fourn J-YL, Valentin J-J. Introduction. Enfances Psy. 2017; 76 (4):11-3 [En ligne] https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-enfances-et-psy-2017-4-page-11.htm. Consulté le 7 Juin 2018.

8. Berney S. Médiations. Psychotherapies. 2018; 38 (2):73-74 [En ligne]. https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-psychotherapies-2018-2-page-73.htm. Consulté le 7 Juin 2018.

9. INSEE. Pyramide des âges 2018-France et France métropolitaine. Mise à jour janvier 2018. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958. Consulté le 9 juin 2018.

10. CNSA. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie. Mise à jour juin 2017. [En ligne] https://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf. Consulté le 10 juin 2018.

11. HCFEA. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030. Mise à jour novembre 2018. [En ligne]. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_tome_1vf.pdf. Consulté le 9 avril 2019.

12. DREES. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en

2011. Mise à jour décembre 2014. [En ligne]. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes- et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/693-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2011. Consulté le 9 Juin 2018.

13. EHPAD-fr.org. Ehpad 2017 : L'habitation et l'investissement en Ehpad. [En ligne]. http://www.ehpad-fr.org/. Consulté le 10 juin 2018.

14. Muller M. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Les doss de la DREES. 2017 ; 20: 3-10.

15. OMS. Principaux repères sur la dépression. Mise à jour mars 2018. [En ligne]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression. Consulté le 9 avril 2019.

16. Perrin-Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011;32.

17. Inserm. Dimanche 10 septembre, journée mondiale de la prévention du suicide. Mise à jour sept 2017. [En ligne]. https://presse.inserm.fr/dimanche-10-septembre-journee-mondiale-de-la-prevention-du-suicide/29324/. Consulté le 9 avril 2019.

18. Kuhnel M-L, Iraki IE, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2010 ; 10 (57):111-5.

19. CNBD. Prévention du suicide chez les personnes âgées. 2013. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf. Consulté le 9 avril 2019.

20. SilverEco. Suicide des personnes âgées : des chiffres qui inquiètent. Sept 2015. [En ligne]. https://www.silvereco.fr/suicide-des-personnes-agees-des-chiffres-qui-inquietent/3150304. Consulté le 9 avril 2019.

21. Kielhofner G. Model of Human Occupation : Theory and Application. 4e édition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2008:594 p.

22. Backman C-L. Occupational Balance : Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. Can J Occup Ther. oct 2004 ; 71 (4): 202-9.

23. Trépied V. La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Ret. Soc. 2014 ; 67 :93-110.

24. Arbuz G. Quelle écoute pour faire face aux transitions et ruptures de l'avancée en âge ? Géront. Soc. 2017 ; 39 (154):137-48.

25. Lacoste L. Approche psychologique de l'accompagnement du sujet âgé en institution gériatrique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2011; 11 (61): 30-3.

26. Monfort J-C. Les dépressions des personnes âgées. In : Montfort J-C. La psychogériatrie. 4e édition. Paris: Presses Universitaires de France; 2011: 46-65.

27. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2015; 15 (89): 256-61.

28. Miu DKY, Chan CKM. Prognostic value of depressive symptoms on mortality, morbidity and nursing home admission in older people. Geriatr Gerontol Int. 201; 11 (2): 174-9.

29. Steck N, Cooper C, Orgeta V. Investigation of possible risk factors for depression in Alzheimer's disease : A systematic review of the evidence. J Affect Disord. 2018; 236 : 149-56.

30. Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Mise à jour mai 2014. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-souffrance_psychique_de_la_personne_agee-mai_2014.pdf. Consulté le 16 juin 2018.

31. Ansaldo J, Palazzolo J, Corveleyn X. Les effets de l'approche multisensorielle en ambulatoire dans la prise en soin d'une résidente institutionnalisée en EHPAD. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2018; 18 (106): 256-63.

32. Fantini-Hauwel C, Gély-Nargeot M-C, Raffard S. Vieillissement cognitif et neuropsychologie des syndromes démentiels. In : Fantini-Hauwel C, Gély-Nargeot M-C, Raffard S. Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante. 2e édition. Paris: Dunod; 2019: 73-114.

33. Gouvernement.fr. Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Mise à jour novembre 2018. [En ligne]. https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019. Consulté le 2 avril 2019.

34. Fondation pour la recherche sur Alzheimer. Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer. [En ligne]. https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/. Consulté le 2 avril 2019.

35. Invs. La maladie d'Alzheimer et les autres démences. Mise à jour juin 2018. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences. Consulté le 2 avril 2019.

36. France Alzheimer. La maladie d'Alzheimer en chiffres. [En ligne]. https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/. Consulté le 2 avril 2019.

37. Thomas P, Hazif-Thomas C. Maladie d'Alzheimer et systémique. In : Guillaumot P. Le

sujet âgé, ses proches et ses soignants. Ramonville Saint-Agne : Erès; 2006 : 29-36.

38. Invs. Les maladies neurodégénératives. Mise à jour septembre 2016. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/Les-maladies-neurodegeneratives. Consulté le 2 avril 2019.

39. Chabal S, Panisse G. Modes de recueil d'information : un tableau comparatif. 2013. [En ligne]. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf. Consulté le 9 mai 2019.

40. Superprof. Méthodes de Collecte de Données par Questionnaires [En ligne]. https://www.superprof.fr/ressources/developpement-personnel/communication/supports-com1/resume-com1/plus-moins-enquete-avis.html. Consulté le 9 mai 2019.

41. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Avril 2014. [En ligne]. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf. Consulté le 9 mai.

42. Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation. 2e édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Superieur; 2016 : 288 p.

43. Plagnol A. Justification des pratiques et clinique fondée sur les valeurs. Mot Céréb : Réadapt Neurol Dév. 2017; 38 (1): 13-20.

44. Brun A. Les médiations thérapeutiques. Toulouse : Érès; 2011: 160 p.

45. Aiello-Vaisberg TMJ, Machado MCL. Transitionnalité et enseignement de la psychopathologie : réflexion sur les « cours pratiques » à partir de Winnicott. Coq-Heron. 2005; 180 (1): 142-9.

46. Klein F, Delion P. Clinique et médiation : regards croisés sur les médiations thérapeutiques. Paris : l'Harmattan; 2016 : 352 p.

47. Schwartz S H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. Rev fran socio. 2006; 47 (4): 929-68.

48. J.-P. Pierron, D. Vinot, E. Chelle. Les valeurs du soin. Droit Déonto Soin. 2018; 18 (4): 588-9.

49. Schoendorff B, Grand J, Bolduc M-F. Les valeurs, le contexte principal de la thérapie. In : Schoendorff B, Grand J, Bolduc M-F. La thérapie d'acceptation et d'engagement. Bruxelles : De Boeck; 2011 : 233-63.

50. Espace éthique Ile de France. Valeurs du soin et de l'accompagnement en institution.

Mise à jour février 2017. [En ligne]. http://www.espace-ethique.org/ressources/charte-d%C3%A9claration-position/valeurs-du-soin-et-de-laccompagnement-en-institution. Consulté le 25 avril 2019.

51. Commission de l'éthique en science et en technologie. Quelle est la différence entre éthique et morale?. 2013. [En ligne]. http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quelle-est-la-difference-entre-ethique-et-morale.html. Consulté le 25 avril 2019.

52. Poiroux L. La qualité, une autre valeur du soin. Oxymag. 2013; 26 (130): 1.

53. Pierron J-P. Valeurs du soin et laïcité. Hist Monde Cult Relig. 2017; 41 (1): 39-52.

54. Solidarités-santé.gouv. Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 2007. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf. Consulté le 19 avril 2019.

55. Connangle S, Vercauteren R. La personne âgée en établissement : le sens d'une équipe. In : Connangle S, Vercauteren R. Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées : de la relation humaine aux motivations. Toulouse: Érès; 2004: 39-62.

56. Damon J. La valeur "famille" en tendances. Inf Soc. 2006; 136 (8): 112-20.

57. Liffraud D. Familles et ehpad... Empan. 2013; 91 (3): 82-90.

58. Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M. Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. Bioeth Onl. 2014; 3 (21): 16 p.

59. Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G, Mignet G. MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle. Louvain-la-Neuve : De Boeck;2017:128 p.

60. Eymard-Simonian C, Thuilier O, Vial M, Eymard-Simonian C. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers : UE 3.4 et UE 5.6. 3e édition. Rueil-Malmaison : Lamarre;2018: 275 p.

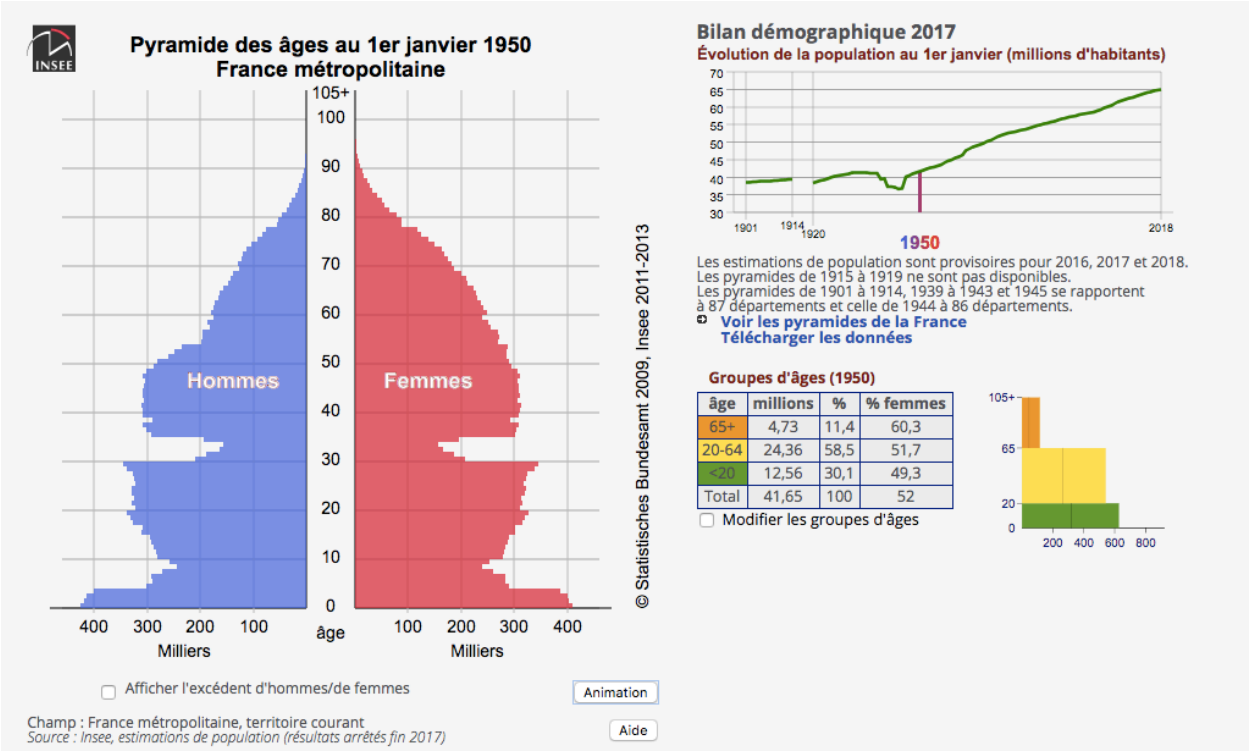
61. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « non-directif ». In : Bachir M. Les méthodes au concret.Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique. Paris: Presses Universitaires de France; 2000: 9-30.

62. Suristat. Guide pour la conduite d'entretien. Mise à jour novembre 2007. [En ligne]. http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf. Consulté le 2 Mai 2019.

63. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. :17.

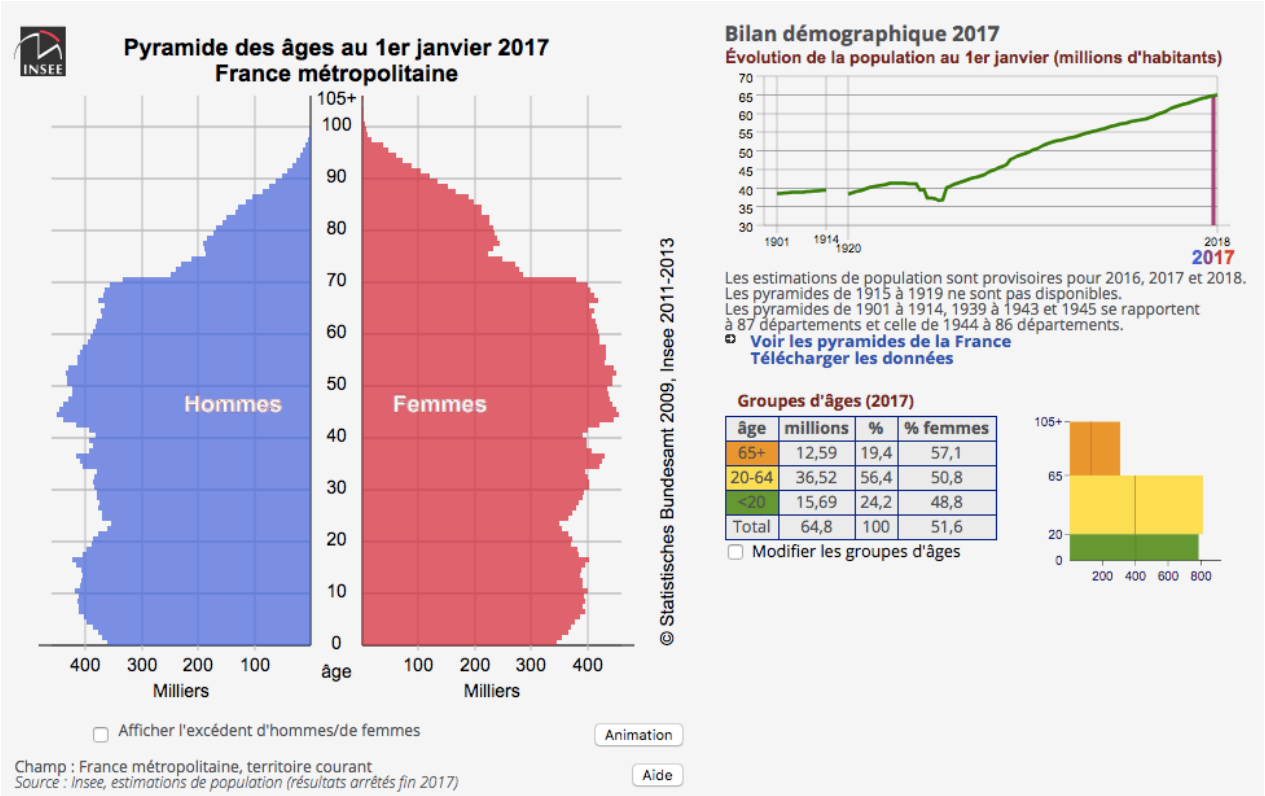
ANNEXES

Annexe 1 : Bilan démographique de la France en 1950 (INSEE 2017)



âge	millions	%	% femmes
65+	4,73	11,4	60,3
20-64	24,36	58,5	51,7
<20	12,56	30,1	49,3
Total	41,65	100	52

Annexe 2 : Bilan démographique de la France en 2017 (INSEE 2017)



âge	millions	%	% femmes
65+	12,59	19,4	57,1
20-64	36,52	56,4	50,8
<20	15,69	24,2	48,8
Total	64,8	100	51,6

Annexe 3 : Revue de littérature : sélection d'articles à partir de mots clefs

TOTAL recherche documentaire	Mots clefs	Bases de données	Sélection selon le texte	Selon le résumé	Selon le titre	Articles retenus
21 352 articles trouvés	**En français :** - Personne âgée - Dépress* - EHPAD Total : **12208**	CAIRN	214	1	21	3
		BDSP	15	0	9	1
		EM Premium	8 637	2 793	34	2
		Pubmed	0	0	0	-
		Psychinfo	3	1	0	-
		OTD Base	0	0	0	-
		DUMAS	299	0	0	-
		HAS	181	0	0	1
	En anglais : - Elderly person - Depress* - Nursing home Total : **9144**	CAIRN	7	0	0	-
		BDSP	0	0	0	-
		EM Premium	2 980	74	2	-
		Pubmed	2 961	2 805	0	1
		Psychinfo	264	29	2	1
		OTD Base	4	4	4	-
		DUMAS	8	0	0	-

Annexe 4 : Tableau récapitulatif de la Revue de Littérature

Sources	**Thème/objet traité**	**Méthode utilisée**	**Population**	**Approche théorique privilégiée**	**Principaux résultats**	**Question, dimension qui n'est pas abordée**
1. CAIRN La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. Valentine trepieds	La prise en soin psychiatrique externalisée et internalisée suivant le type de structure public ou privé	Méthode observationnelle	Personnes âgées dépressives résident soit dans un EHPAd public soit dans un EHPAd privé	Approche microsociologique et ethnographique	Dans l'établissement public les soins sont externalisés dans un hôpital de jour et ils se tournent plutôt vers la démédication et les entretiens avec le psychiatre. Dans l'établissement privé les soins sont internalisés, plus discrets pour les résidents et leur famille. Les prescriptions de psychotropes se font	Quel impact et efficacité sur les personnes âgées qui les expérimentent ? Les médiations ne sont pas abordées. Comment les patients vivent ces prises en soin ? Leur opinion, leur ressenti ?

					au sein de l'établissement	
2. HAS Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement	Permettre au professionnel de faire évoluer leurs pratiques quant aux souffrances psychique vécues par les personnes âgées afin d'améliorer la prévention du suicide	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles	établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent les personnes âgées à domicile ou en établissement d'hébergement	Approche centrée sur la personne, pluridisciplinaire	Recommandations favorisant la réflexion et une posture professionnelle efficiente dans la prise en soin de la dépression chez la personne âgée. Permettre de mieux repérer et prendre ne charge la souffrance psychique et meilleure gestion des crises suicidaires	Quelles formations sont à dispositions ?
3. CAIRN. Quelle écoute pour faire face aux transitions et ruptures de l'avancée en âge ? George Arbuz	L'écoute comme outil principal	Méthode clinique avec des entretiens	Personne âgées vivant en EHPAD devant faire face aux changements et ruptures pouvant amener à la dépression	Approche centrée sur la personne et processus de deuil	L'écoute et l'approche centrée sur la personne ont un impact positif sur leur prise en soin. Cela demande aux professionnels de modifier leur attitude et de faire évoluer leur pratique.	Quel temps doit être dédié à cette écoute afin qu'elle soit de qualité ? Dans quelles conditions ?
4. BDSP. approche psychologique de l'accompagnement du sujet âgé en institution gériatrique	Le vécu de la personne âgé en institution gériatrique	Méthode observationnelle auprès de 50 résidents d'une institution en long séjour	Personnes âgées avec ou sans dépression, sans démence ou psychose vieillissante en long séjour	concept de transitionalité dans l'animation et le bilan de vie dans l'approche individuelle, approche psychanalytique	Le retour sur le passé favorise l'estime de soi. Adaptation entre souvenirs et investissement dans le présent. Approche psychothérapeutique (ici le photolangage) qui est bénéfique.	Pas de groupes bien défini pour l'étude. Certaines personnes faisaient partie de 2 modes d'adaptation différentes.
5. EM PREMIUM Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques,	Accès à des soins personnalisés pour les personnes âgées	Méthode observationnelle	Personnes âgées dépressives vivant en EHPAD	approche centrée sur la personne	La dépression est fréquente et mal diagnostiquée. Risque suicidaire élevé. Efficacité	Est-ce que toute psychothérapie est adaptée à l'ensemble des

aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques	dépressives : faire évoluer l'offre de soin pour améliorer son efficacité.				meilleure des psychothérapies spécifiques à la personne par rapport à la prise en soin médicamenteuse via les antidépresseurs. Utilisation mal adaptée des psychotropes (non justifiées ou excessives). Diminution significative de la dépression et anxiété grâce aux psychothérapies individuelles ou de groupe.	personnes âgées ? Est-ce que la psychothérapie à une réelle influence sur les tendances suicidaires ?
6. PSYCHINFO	La présence de symptômes	Méthode expérimentale	209 Personnes âgées	Approche collective et	Risque important d'hospitalisation par	Limites : Courte période
Prognostic value of depressive symptoms on mortality, morbidity and nursing home admission in older people (Etude Chinoise)	dépressifs corrélés à l'hospitalisation , le placement en ehpad et la mortalité.		stabilisées pour la majorités de leur problèmes médicaux, venant en consultation dans un hôpital de jour gériatrique pour de la réadaptation	administrative des problèmes de santé de la population	rapport à la dépression, constituant un problème de santé publique dû aux coûts que cela entraine. Pas de corrélation entre la mortalité et la dépression chez les personnes âgées. Importance d'accroître la reconnaissance et le traitement de la dépression chez le sujet âgé ainsi que la prise en soin des symptômes dépressifs.	de suivi (1 an) et petite cohorte pour l'étude. Possible présence de problèmes cliniques sous-jacents. Quelles propositions pour Pouvoir mieux détecter et traiter la dépression ?

7. CAIRN La psychogériatrie Chapitre sur la dépression chez les personnes agées	Améliorer la qualité de vie diminuer le nombre de suicides des personnes âgées et en repérant et accompagnant dans les troubles psychiatriques	Méthodes observationnelle	Personnes âgées atteintes de dépression	Approche systémique et pluridisciplinaire	Banalisation des plaintes de la personne âgée engendrant une mauvaise approche des soignants face à la dépression. Diagnostic difficile ou faussé dû à la variété des dépressions possibles et autres phénomènes tels que les effets iatrogènes des médicaments, l'alcoolisme et pathologies organiques. Différents traitements possible : approche	Quelles est la place de la personne âgée dans l'ensemble de ces traitements : ses envies, ses motivations, son engagement ?

					médicamenteuse, psychothérapeutique, de relation d'aide, et des actions sur l'environnement.	
8. EM PREMIUM Les effets de l'approche multisensorielle en ambulatoire dans la prise en soin d'une résidente institutionnalisée en EHPAD	Utilisation en ambulatoire d'une approche multisensorielle de type snoezelen directement dans la chambre du résident	Méthode expérimentale selon un protocole ABAB	Personnes âgée dépressive vivant en EHPAD	Approche multisensorielle, centrée sur la personne	Effet positif de l'utilisation de cette approche avec diminution de la dépression, de l'anxiété et de la fatigue. Permettrait de pallier aux difficultés ou impossibilité des patients à se déplacer et aux problématiques de terrain comme l'absence de salle pour cette médiation.	Pas de comparaison avec les effets en ambulatoire par rapport aux effets dans une salle spécifique. Pas d'études permettant de spécifier la pertinence de cette approche par rapport à une autre approche (par

					Intégrer l'aménagement de l'environnement de l'institution directement dans les projets de soins car peut être un facteur aggravant concernant la dépression et les résultats de l'approche multisensorielle sont limités dans le temps. Mauvaise perception des équipes soignantes concernant la dépression pouvant en partie expliquer	exemple : médiation animale, TCC,…)
					les états dépressifs négligés : réflexion concernant leur formation favorisant leur capacité à les détecter.	

Annexe 5 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Bonjour,

Je suis actuellement en 3ème année d'ergothérapie à Marseille. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD et dont le public est constitué de personnes dépressives en stade précoce de la maladie d'ALZ.
Ce questionnaire aborde la médiation thérapeutique chez les personnes âgées dépressives au stade précoce de la maladie d'Azheimer.
Il dure entre 10 et 15 minutes.
Il est personnel et confidentiel. Aucun jugement ne sera apporté concernant vos réponses.
L'anonymat sera respecté.

Merci d'avance de votre participation et du temps que vous allez y consacrer.

Définition des termes :

MEDIATION THERAPEUTIQUE : Support permettant de servir d'intermédiaire entre 2 ou plusieurs choses. Elle doit être réfléchie et soignée afin d'avoir pour but le soin et l'accompagnement de la personne. Elle permet, grâce à un espace transitionnel, d'être un "intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive". (D. W. Winnicott)

APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE : Approche qui repose sur 3 conditions : la congruence/l'authenticité du soignant, la compréhension empathique et le regard inconditionnellement positif (valorisation, affection, disponibilité, ouverture). (C. Rogers)

Numéro	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectif
Q1	1) Pratiquez-vous une ou des médiation(s) thérapeutique(s) auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?	Choix unique (oui/non)	Identifier la fréquence d'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA en EHPAD ; vérifier la vivacité du sujet
Q2	2) Si réponse positive à la question 1 : Quelle(s) médiation(s) thérapeutique(s) utilisez-vous ?	Choix multiple	Mettre en évidence les médiation thérapeutiques les plus utilisées ; recentrer le thème
Q3	3) Si réponse positive à la question 1 : Quel(s) résultat(s) avez-vous observé à la prise en soin des personnes âgées en stade précoce Alzheimer à la suite de la médiation thérapeutique ?	Réponse ouverte texte (long answer text)	Mettre en évidence l'impact des médiations thérapeutiques utilisées par les ergothérapeutes auprès de ce public
Q4	4) Si réponse négative question 1 : Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas la médiation thérapeutique	Choix multiple	Mettre en évidence les causes de la non pratique de médiations thérapeutiques auprès de ce public

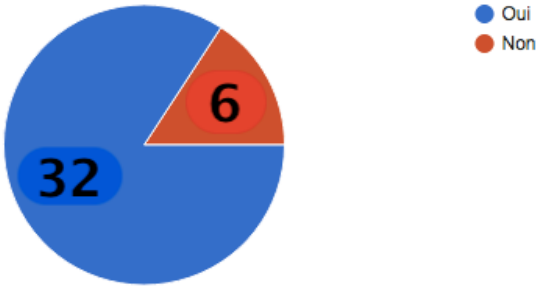
	auprès des personnes en stade précoce d'Alzheimer ?		
Q5	5) D'après vous, quels pourraient être les freins à l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des personnes âgées au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?	Réponse ouverte texte (long answer text)	Mettre en évidence les freins réels ou possibles pouvant empêcher la pratique d'une médiation thérapeutique auprès de ce public
Q6	6) D'après vous, quels pourraient être les avantages liés à l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès de cette population ?	Réponse ouverte texte (long answer text)	Mettre en évidence les avantages réels ou possibles pouvant favoriser cette les médiations thérapeutiques auprès de ce public
Q7	7) Quelle(s) médiation(s) thérapeutique(s) serai(en)t, pour vous, la/les plus adaptée(s) pour cette population ? (3 réponses maximum)	Choix multiple	Permettre de mettre en évidence voire recentrer le thème sur une médiation pertinente selon les professionnels
Q8	8) Concernant votre réponse à la question 7 : Selon vous, pourquoi la/les médiation(s) choisie(s) serai(en)t la/les plus adaptée(s) à cette population ?	réponse ouverte texte (long answer text)	Mettre en évidence l'avis des ergothérapeutes sur le choix de la médiation thérapeutique pour les PA en stade précoce de la MA en EHPAD ; mettre en évidence les avantages des médiations choisies précédemment
Q9	9) Que pensez-vous de la pertinence de l'approche centrée sur la personne avec les personnes âgées au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?	Echelle de likert : de pas du tout pertinent à très pertinent	Mettre en évidence l'avis des professionnels sur l'utilisation de cette approche auprès de ce public ; Permettre de confronter l'avis des ergothérapeutes sur l'ACP par rapport à la revue de littérature
Q10	10) Utilisez-vous l'Approche Centrée sur la Personne auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?	Echelle de Likert : de Pas du tout à toujours	Mettre en évidence la fréquence d'utilisation de l'ACP par l'ergothérapeute auprès de ce public
Q11	11) Si utilisation de l'Approche Centrée sur la Personne : Pourquoi utilisez-vous cette approche ?	Réponse ouverte texte (Long answer text)	Vérifier la Pertinence de cette approche dans la pratique professionnelle ; Confronter à l'avis des ergothérapeutes à la revue de littérature
Q12	12) Quel niveau de connaissance pensez-vous qu'il y ait chez les professionnels de santé	Choix ordonné (Linear scale : 1 à	Mettre en évidence le niveau de connaissance des équipes concernant la MA en EHPAD ; Mettre en évidence le besoin de

	travaillant dans votre établissement concernant la MA ?	4) : pas du tout de connaissance à bcp de connaissance	connaissances ou non des équipes en EHPAD
Q13	13) Y a-t-il des formations/informations proposées au sein de votre établissement concernant la MA chez les personnes âgées ?	Choix unique (Oui/non)	Mettre en évidence la fréquence de mise en œuvre de formations/informations concernant la MA chez les PA en EHPAD ; Permettre de comprendre le phénomène évoqué dans la revue de littérature concernant le manque de formation des équipes
Q14	14) Que pensez-vous de la mise en place d'une formation concernant la maladie d'Alzheimer au niveau de l'équipe professionnelle en EHPAD ?	Echelle de Likert : de Tout à fait d'accord à pas du tout d'accord	Mettre en évidence le besoin ou non de connaissance des équipes concernant la MA selon les ergothérapeutes ; Vérifier la pertinence de la mise en place d'une formation sur la MA en EHPAD selon les ergothérapeutes
Q15	15) Sur quels modèles/théories/auteurs basez-vous votre pratique concernant les personnes âgées dépressives au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?	Réponse ouverte texte (Long answer text)	Permettre de venir étayer la matrice théorique
Q16	16) Acceptez-vous de laisser vos coordonnées afin d'être recontacté par la suite si besoin ? Si oui, merci de les laisser ici	Réponse ouverte texte (short answer text)	Permettre de recontacter certains ergothérapeutes si besoin

Merci de votre participation à ce questionnaire !

Annexe 6 : Analyse des résultats de l'enquête exploratoire

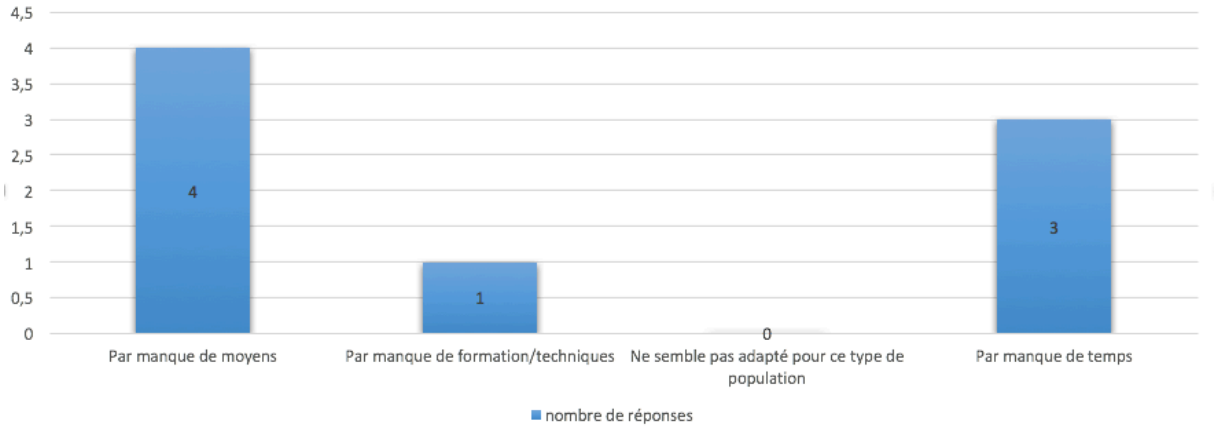
Pour la question 1 : « *Pratiquez-vous une ou des médiation(s) thérapeutique(s) auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?* »



Pour la question 2 : « *Si réponse positive à la question 1 : Quelle(s) médiation(s) thérapeutique(s) utilisez-vous ?* »

Pour la question 3 : « *Si réponse positive à la question 1 : Quel(s) résultat(s) avez-vous observé à la prise en soin des personnes âgées en stade précoce Alzheimer à la suite de la médiation thérapeutique ?* »

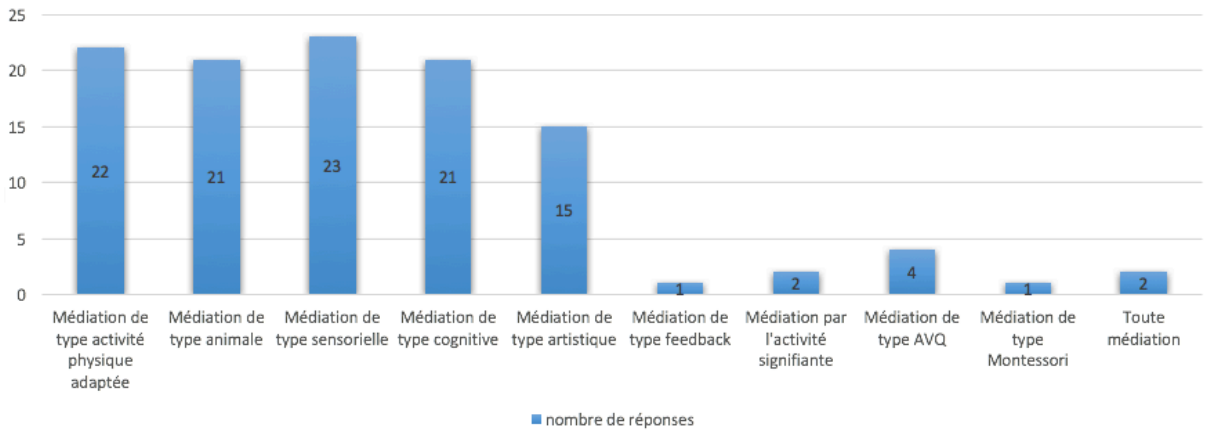
Pour la question 4 : « *Si réponse négative question 1 : Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas la médiation thérapeutique auprès des personnes en stade précoce d'Alzheimer ?* »



Pour la question 5 : « *D'après vous, quels pourraient être les freins à l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès des personnes âgées au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?* »

Pour la question 6 : « *D'après vous, quels pourraient être les avantages liés à l'utilisation de la médiation thérapeutique auprès de cette population ?* »

<u>Pour la question 7 :</u> « *Quelle(s) médiation(s) thérapeutique(s) serai(en)t, pour vous, la/les plus adaptée(s) pour cette population ? (3 réponses maximum)* »



<u>Pour la question 8 :</u> *« Concernant votre réponse à la question 7 : Selon vous, pourquoi la/les médiation(s) choisie(s) serai(en)t la/les plus adaptée(s) à cette population ? »*

Pour la médiation animale :

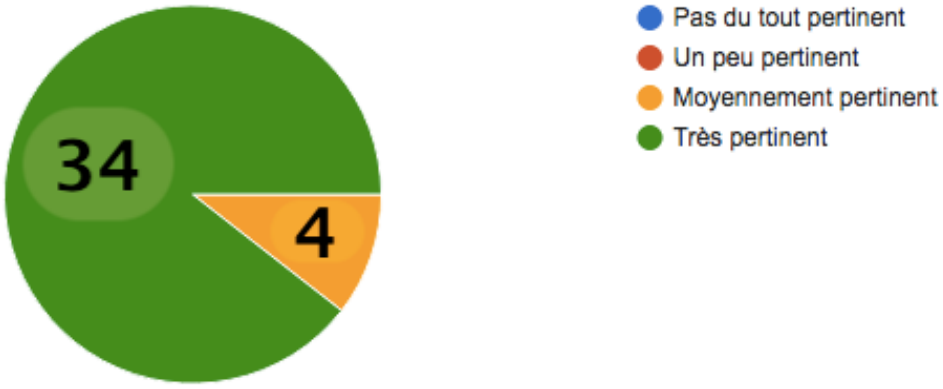
Pour la médiation de type sensorielle :

Pour la médiation de type cognitive :

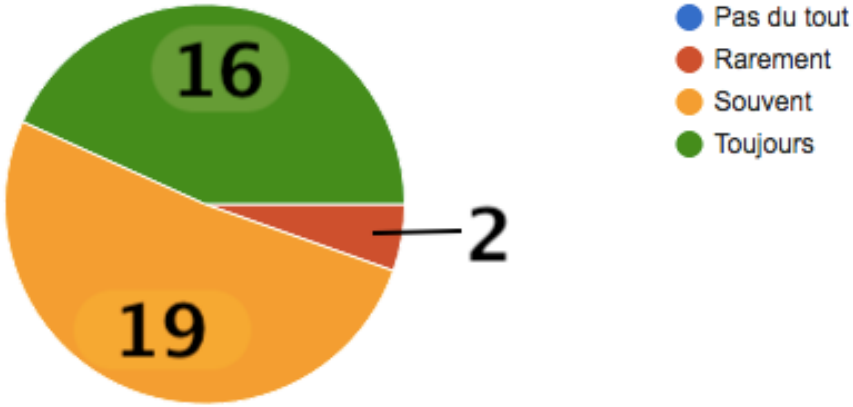
Pour la médiation de type artistique :

Pour la médiation de type activité physique adaptée :

Pour la question 9 : « *Que pensez-vous de la pertinence de l'approche centrée sur la personne avec les personnes âgées au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?* »

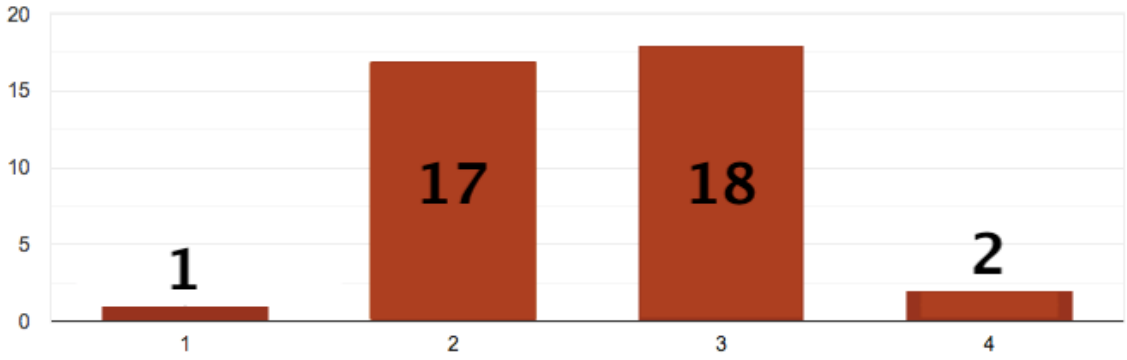


Pour la question 10 : « *Utilisez-vous l'Approche Centrée sur la Personne auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?* »

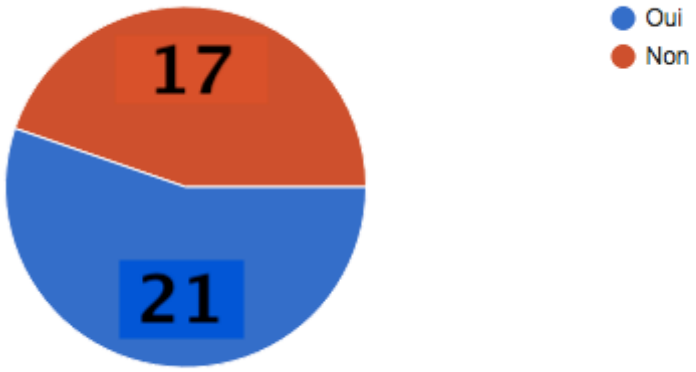


Pour la question 11 : « *Si utilisation de l'Approche Centrée sur la Personne : Pourquoi utilisez-vous cette approche ?* »

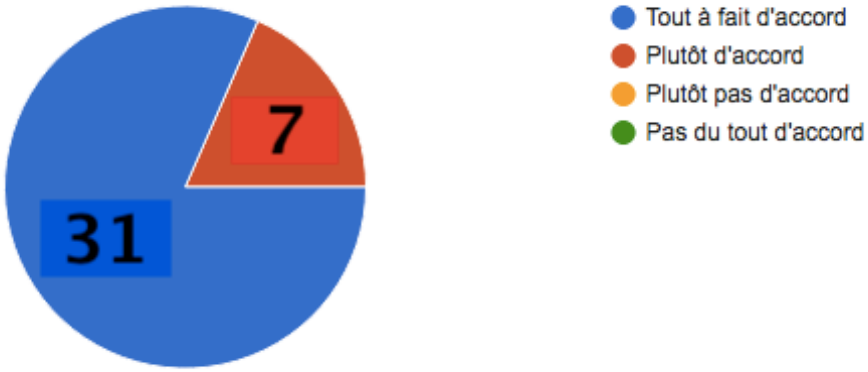
Pour la question 12 : *« Quel niveau de connaissance pensez-vous qu'il y ait chez les professionnels de santé travaillant dans votre établissement concernant la maladie d'Alzheimer ? »*



Pour la question 13 : *« Y a-t-il des formations/informations proposées au sein de votre établissement concernant la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées ? »*

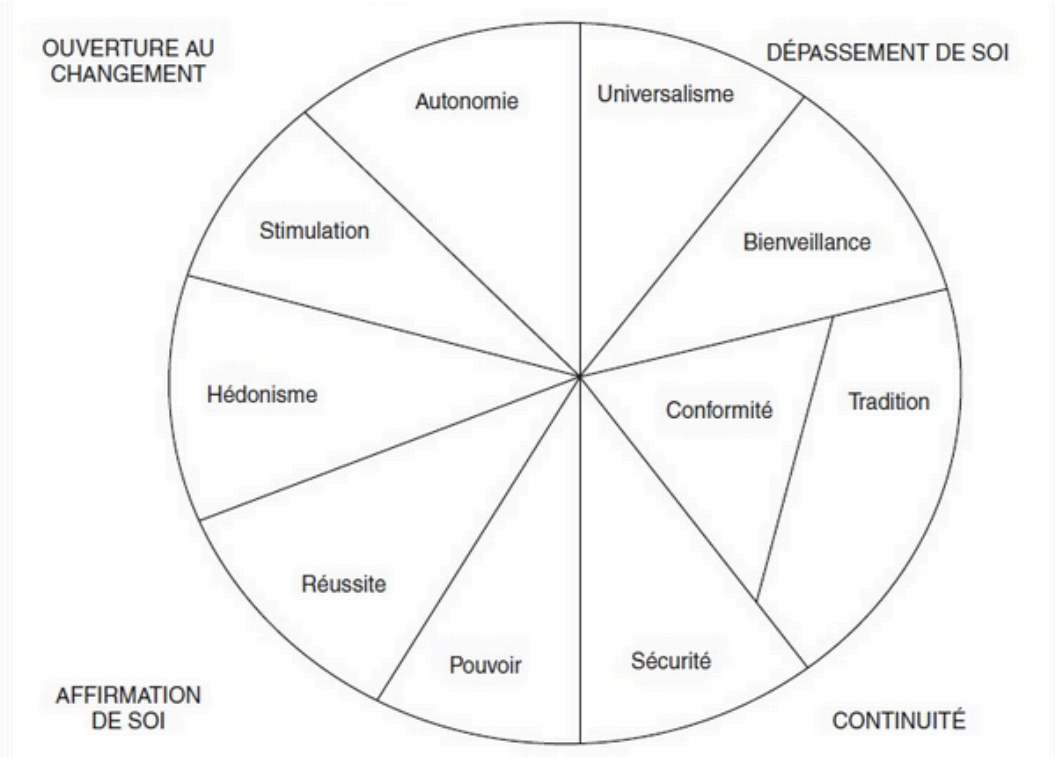


Pour la question 14 : *« Que pensez-vous de la mise en place d'une formation concernant la maladie d'Alzheimer au niveau de l'équipe professionnelle en EHPAD ? »*



<u>Pour la question 15 :</u> « *Sur quels modèles/théories/auteurs basez-vous votre pratique concernant les personnes âgées dépressives au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ?* »

<u>Annexe 7 :</u> Représentation circulaire des interactions entre les dix valeurs de base provenant de la théorie des valeurs universelles de Schwartz



Annexe 8 : Matrice théorique

CONCEPTS	VARIABLES	INDICATEURS
MEDIATION THERAPEUTIQUE	Espace transitionnel	Objet transitionnel comme étant l'intermédiaire entre la psyché et la réalité perceptive
		Expression des pulsions
		Elaboration psychique
	Matérialisation de l'activité de symbolisation	Médium symbolisant la dynamique psychique sous-jacente
		Création de la relation
		Effet transférentiel de la relation
		Processus de changement
VALEURS	VALEURS PERSONNELLES	Hiérarchisation et priorisation des valeurs
		Objectif en lien avec la valeur
		Motivation
		Identité de la personne
	VALEURS PROFESSIONNELLES EN ERGOTHERAPIE	Guide la pratique professionnelle
		Participe à la construction de l'identité professionnelle
		Formation en éthique
		Prise en compte des valeurs de la personne soignée
	VALEURS INSTITUTIONNELLES	Economique
		Qualité du soin
		Respect de la personne
		empathie
		écoute
		Clinique basée sur les données probantes
		Clinique basée sur les valeurs

Annexe 9 : Outil théorisé de recueil de données

Introduction :

- Se présenter
- Remercier l'enquêté pour sa disponibilité à l'entretien
- Rappeler le sujet de l'entretien
- Rappeler le caractère anonyme de l'entretien
- Rappeler la position de non-jugement de l'enquêteur concernant le discours apporté
- Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien

Question inaugurale :

« Dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des PA en stade précoce de la MA présentant des troubles dépressifs, que devez-vous prendre en compte en tant qu'ergothérapeute ? »

Fin de l'entretien :

- Demander des renseignements sur l'enquêté afin de pouvoir par la suite présenter son cas clinique et possiblement faire des liens avec la problématisation :
    - Date d'obtention du D.E. d'Ergothérapie
    - Date depuis laquelle l'ergothérapeute utilise les médiations thérapeutiques
    - Nombre d'années d'expérience en EHPAD
- Laisser la possibilité à l'enquêté de s'exprimer une dernière fois
- Remercier l'enquêté pour sa participation

Annexe 10 : Grille d'analyse des entretiens de Mr R, Mme E et Mme I

THEMES	SOUS-THEMES REPERTORIANT LES PROPOS DE MR R, MME E ET MME I
Facteurs influençant le type de médiation thérapeutique utilisée	Evaluations des professionnels « Suite à… Au bilan en fait que va avoir fait la psychologue. Elle fait le NPIES avec l'équipe soignante. Et moi en tant qu'ergo je vais faire une évaluation euh… Donc c'est pas une évaluation validée c'est plutôt un bilan maison où je regarde au niveau moteur… Je pose des questions sur l'environnement de la personne, ses souhaits… » (l. 21 à 25) « En fait, on va orienter en fonction des évaluations qu'on fait et de l'ensemble des troubles et des répercussions sur leurs activités de vie quotidienne en fait. » (l. 93 à 95) « Et je regarde heu… Quand même les comptes rendu de la psychologue… Auparavant. » (l. 26-27) « C'est en fonction du MMS et du NPAI. » (l. 77)
	Facteurs personnels de la personne « La première chose qu'on doit prendre en compte dans l'accompagnement de ces personnes c'est avant tout heu… Les angoisses que peuvent générer les oublies, les pertes de repères et désorientations temporo-spatiale, et surtout le rythme du résident. » (l. 20 à 22) « Il y a les habitudes antérieures de vie qui sont un excellent indicateur pour moi, pour heu… » (l. 60-61) « Je pose des questions sur l'environnement de la personne, ses souhaits… Euh… Au niveau des activités pour qu'on puisse lui proposer en fait un… Un programme adapté au sein du PASA » (l. 24 à 26) « Puisque l'humeur elle est quand même… Elle est quand même fluctuante et souvent ces personnes-là vont se dévaloriser, vont pas oser faire aussi en groupe. » (l. 35-36) « Elle a pris trente kilos sur les six derniers mois… Elle est isolée, elle reste dans sa chambre. Avant elle se déplaçait, maintenant elle est en fauteuil roulant du fait de sa prise de poids. Ajouté à son humeur dépressive, elle a des troubles du comportement alimentaire. Donc c'est pour ça que l'on a décidé de l'intégrer dans l'atelier en lui expliquant, voilà que… Enfin c'est aussi de la… La manière heu… Par laquelle on va amener l'activité à la personne. » (l. 81 à 86) « Et bien souvent ben en stade précoce il n'y a pas forcément que l'humeur dépressive. Donc il y a aussi d'autres troubles ajoutés… » (l. 92-93) « Si, avec l'entourage. Que ce soit les aidants familiaux, les… Toutes les visites que la personne peut avoir. On prend en compte… Son état de santé journalier » (l. 115-117) « La famille… Parce que la famille bien souvent elle peut venir aussi au sein du PASA. » (l. 128) « Donc la personne, la famille… Ils connaissent bien leur proche donc ils nous font un retour aussi au niveau de l'humeur, au niveau des comportements de… De leur proche. » (l. 130 à 131) « Même s'il ne faut pas qu'on soit centré sur la maladie, il y a quand même des répercussions… » (l. 139-140) « Faut bien connaitre l'histoire de vie de la personne. » (l. 23) « Donc faut déjà savoir pourquoi ils sont dépressifs quand même… Quand même… On essaie de … Voilà qu'il y a plusieurs raisons et ça, ça peut être une raison. Après il y a la maladie qui entraine, ça c'est une autre raison. » (l. 45 à 47) « Moi j'interviens en milieu rural, vraiment rural. Donc on est une population qui était toujours dehors et qui se retrouve fermée. Donc c'est vrai qu'on a un jardin et puis on développe beaucoup notre jardin. » (l. 94 à 97) « Alors pour le chien on demande toujours avant si…Si …Ça c'est dans leur histoire de vie c'est noté. S'ils aiment les chiens ou pas oui… Quelqu'un qui n'aimait pas les chiens on va pas aller avec le chien. » (l. 141 à 143) « Nous la plupart étaient au plein air et tout d'un coup c'est fini quoi. » (l. 161) « Surtout c'est une population très âgée moi. Qui est autour de quatre-vingt-dix ans. » (l. 166-167) « Autant le matin c'est beaucoup plus facile parce qu'ils ne sont pas fatigués, autant l'après-midi il y a quand même la fatigabilité. » (l. 245-246)

	« Parce qu'à la tombée de la nuit il y a une dépression qui arrive… Y'a la fatigabilité de la journée, il y a le couché qui arrive, il y a tout ça. » (l. 321-322)
	Signifiance de l'activité pour la Personne « Quand je propose une médiation, parce que toutes les médiations n'auront pas la même pertinence auprès des résidents, en fonction de ce qu'ils… De leur appétence en fait. » (l. 61 à 63) « Je ne vais pas m'amuser à lui proposer une activité cuisine qui n'a pas de signification pour elle. On va plus être sur de la reconnaissance de tissu, sur l'évocation de son passé par le biais de son métier… » (l. 65 à 67) « En fait à chaque fois on demande à la personne déjà… Heu… Par quel atelier, en lui expliquant heu… Ben en quoi consiste cet atelier, si ça pourrait l'intéresser et qu'est-ce qui l'intéresse dans cet atelier. Par exemple si c'est une personne qui n'était pas du tout sportive ou qui n'aime pas forcément se déplacer… Qui préfère rester … Seule dans sa chambre, on ne va pas forcément utiliser la médiation… Cette médiation-là en tout cas, la motricité, pour la faire participer à un atelier de groupe. » (l. 72 à 77) « Oui je pense qu'il faut prendre en compte tout ça pour en tout cas proposer quelque chose de vraiment individualisé à la personne… » (l. 132-133)
Respect de la Personne âgée	Liberté de refus « Accepter que la personne que l'on a en face de soi n'ai pas forcément envie de travailler au moment où nous on est disponible. » (l. 22-24) « Maintenant même si elle est dans le refus de l'accompagnement, c'est quelque chose que l'on respecte. » (l. 32-33)
	Liberté de choix « On vient la stimuler mais en aucun cas on ne l'oblige à tenir compte du planning. » (l. 30) « C'est difficile de créer un groupe qui soit homogène avec des prises de rendez-vous heu… Fixes comme je vous le disais, parce que ça dépend du moment, si la personne a envie de le faire ou pas, si elle est disponible… » (l. 121 à 123) « Heu… Ben déjà c'est en fonction de ce que la personne souhaite faire. En fait on ne fait pas le programme sans lui demander. » (l. 68-69) « Donc c'est plutôt en fonction de ce que la personne veut » (l. 77-78) « Et surtout voilà, en respectant ce que la personne veut parce que du moment où elle veut pas, où elle vient elle est passive, il n'y a pas du tout d'intérêt à poursuivre les ateliers. » (l. 95 à 97) « Hein on ne les force pas à venir. » (l. 360) « Donc si dans la journée ils veulent rentrer on va les reconduire. » (l. 364-365)
Facteurs favorisant la participation de la Personne âgée	Adaptation de l'activité de médiation par rapport aux capacités de la personne « Maintenant il m'est arrivé de créer des groupes avec des patients qui ont des besoins complètement différents… Mais… Où en fait les capacités préservées de l'un permet de… Soit de compenser, soit de diminuer les… Entre guillemets les incapacités, parce que j'aime pas trop ce mots-là, d'un autre résident. » (l. 156 à 159) « Mais puisque c'est en groupe, il faut aussi heu… Ben essayer d'adapter à chaque personne. » (l. 38-39) « Oui je pense qu'il faut prendre en compte tout ça pour en tout cas proposer quelque chose de vraiment individualisé à la personne… » (l. 132-133) « Malgré tout on a une formation de trois ans, on apprend vraiment comment adapter l'activité heu… A chaque personne en fonction ben de la personne, de son histoire de vie et puis quand même de sa maladie hein. » (l. 137 à 139) « Des gens qui sont très loin dans leur maladie. Heu… Et qui sont… Qui forment un groupe heu… Sont vraiment heu… Je dirais avec des MMS autour de dix, douze et puis qui… De gens qui ont vraiment perdu la notion du temps et du lieu. Ces gens-là on les… Ils sont dans un groupe particulier et beaucoup déambulant. Ceux-là ils sont … Si il y a des dépressifs aussi dans ceux-là. Et on a un autre groupe où les gens sont plutôt autour de dix-huit, vingt. » (l. 77 à 82) « Bon je vous ai dit hein, sur cette population rurale, le jardin c'est facile. Dès qu'on repart un petit peu aussi …Par exemple, tout ce qui est collage heu… Discussion… Heu… Visite…

	Photos… Etc, nous dès qu'on repart une petit peu en… En réminiscence hein, dans les années heu… Pas les années de guerre mais les années après-guerre, même dans la musique, bon ben c'est beaucoup plus facile. » (l. 125 à 129) « C'est vrai que là tout de suite on a … On a un retour facile. Hein. » (l. 129-130) « C'est plus facile pour eux de démarrer avec un thème. » (l. 202) « Autant le matin c'est beaucoup plus facile parce qu'ils ne sont pas fatigués, autant l'après-midi il y a quand même la fatigabilité. Et si l'on fait quelque chose de très cognitif le matin, c'est difficile de recommencer du très cognitif l'après-midi. On essaie de faire plutôt cognitif le matin et plutôt praxique l'après-midi. » (l. 245 à 248)
	Adaptation par rapport aux réactions émotionnelles de la personne « C'est vraiment en fonction de la réaction de la personne à l'instant où je vais amener un outil comme par exemple les tissus etc. » (l.77-78) « Si elle a un problème de relation avec une personne on va pas les intégrer dans le même groupe… » (l. 30-31) « On va prendre en compte son humeur en fait journalière… » (l. 31) « Et du coup elle voulait pas passer devant tout le monde donc à ce moment-là on essaie de trouver des adaptations pour que ben il y ait deux personnes qui passent en même temps vu qu'on est deux intervenants ou… D'essayer de concentrer le groupe sur autre chose pdt que la personne elle passe pour heu… Pour essayer de faire en sorte que la personne elle se sente dans un environnement en fait heu… Sécurisant, contenant, qu'elle soit vraiment à l'aise en fait dans le groupe et qu'elle ait envie de revenir parce qu'au niveau des humeur ben … On note que … Que ça apaise la personne de venir quand même au PASA. » (l. 45 à 51) « Il arrive des fois que des personnes très dépressives, ça nous arrive quoi. Heu… Qu'on soit obligé de les sortir du groupe et même par moment de les remmener dans leur service pour heu… Pour qu'elles retournent dans leur chambre et qu'elles… Il y a des gens qui n'acceptent pas le groupe aussi. » (l. 61 à 64) « Voilà donc après si quelqu'un va mal faut s'isoler avec et du coup l'autre il en a treize pour lui tout seul. » (l. 233-234) « Là je dirais plutôt quand quelqu'un n'est justement pas bien, on l'emmène dans la salle snoezelen. » (l. 301-302)
Eléments du dispositif de la médiation thérapeutique	Cadre thérapeutique « Donc la première chose qui moi va m'intéresser c'est vraiment le contexte… L'environnement. Proposer un cadre qui soit le plus contenant possible en fait, pour la personne au moment où heu… On souhaite… Heu… Où elle exprime le besoin de… Donc ça va être soit de discuter, soit de… Comment ça s'appelle heu… De suivre l'activité proposée. Ça va… Ça… en fait concrètement c'est s'assurer qu'on est dans un endroit calme, qu'il n'y a pas de passage, pas de stimulations externes qui peuvent venir interférer avec la relation thérapeutique… » (l. 45 à 50) « Pour éviter en fait qu'on ait des stimulations externes qui viennent perturber la séance. » (l. 110) « Parce que pareil il ne faut pas… Il ne faut pas non plus qu'on ait des groupes qui soient trop gros, pour éviter qu'en fait ça créé des parasites… Qu'on se retrouve à avoir plein de petits sous-groupes qui se créés pendant l'activité et qui du coup viennent nuire aux objectifs que l'on peut se fixer. » (l. 147 à 150) « Pour essayer de faire en sorte que la personne elle se sente dans un environnement en fait heu… Sécurisant, contenant, qu'elle soit vraiment à l'aise en fait dans le groupe et qu'elle ait envie de revenir » (l. 48 à 50) « Dans un cadre thérapeutique, exemple, si c'est quelqu'un dans son histoire de vie heu… Qui a perdu des enfants, qui a…Voilà j'essaie de savoir si elle a eu des gros chocs affectifs quand même dans sa vie pour pas en… pour pas retomber dedans. Pour pas…Pour pas heu… Lui reparler de ces chocs affectifs quoi. » (l. 30 à 33) « Ça j'essaie après dans ma médiation de ne pas tomber dans cette faille-là… » (l. 40) « On parle très facilement à l'extérieur de l'établissement. » (l. 153) « Voilà donc après si quelqu'un va mal faut s'isoler avec et du coup l'autre il en a treize pour lui tout seul. » (l. 233-234)

	Modalités « Oui oui oui, par exemple je sais que dans mon établissement j'utilise beaucoup la notion du groupe de personnes. Alors, bon heu… Le groupe est généralement ouvert en fait. » (l. 119-120) « Donc en individuel. Mais très vite en fait j'essaie de les intégrer heu… Dans un groupe de deux, trois personnes. » (l. 146-147) « Donc nous on fait que des ateliers de groupes parce que le temps ne permet pas de faire de l'individuel en fait au sien des PASA. » (l. 36-38) « Moi j'interviens surtout au PASA et surtout en médiation de groupe… » (l. 58-59) « Ça c'est plus en individuel pour sortir les gens de leur chambre. » (l. 135-136) « Des fois j'aime mieux être en petit groupes de trois, quatre c'est beaucoup plus facile. » (l. 234-235) « Alors ça c'est du un pour un. » (l. 299)
	Relation thérapeutique « Effectivement dans un premier temps, pour mieux connaître la personne, favoriser l'alliance thérapeutique, je vais plutôt les prendre en cas par cas. » (l. 144-146) « Il y en a qui me connaissent. Bon moi je veux dire… J'étais en plus du village… Des gens qui me connaissent, et il y a un monsieur quand il me voit il me dit va me chercher la Mercedes je veux me barrer d'ici. » (l. 169 à 171) « C'est un peu individuel tout en étant en groupe. » (l. 193-194) « C'est du un pour un donc on est confortablement installé dans un fauteuil avec des jeux de lumières sur des personnes désorientées, dépressives… » (l. 308 à 310)
	Support de la médiation thérapeutique « Donc ça va être soit de discuter, soit de… Comment ça s'appelle heu… De suivre l'activité proposée. » (l. 47-48) « Par exemple cet après-midi c'était plutôt un atelier motricité… » (l. 43-44) « On a plusieurs ateliers. Donc des ateliers mémoire, cuisine, pâtisserie heu… Il y a des ateliers plus socio-culturels, il y a aussi de l'art thérapie, de la motricité… Heu…Je crois que j'en oublie quelques-uns… Ludique… » (l. 69 à 71) « J'intervenais au sein du PASA deux fois par semaine à l'atelier motricité et l'atelier pâtisserie. » (l. 157-158) « A partir de cette médiation nous, je vais dire on jardine, on cuisine, on fait plein de choses… Et là on va même faire des habiletés sociales parce que là on va aller faire des courses, on va aller mettre des projets en routes. » (l. 84 à 86) « Donc c'est vrai qu'on a un jardin et puis on développe beaucoup notre jardin. On fait les vendanges et puis etc. » (l. 96-97) « Mais je suis pas arrivée à les mettre dedans donc finalement on a fini par faire du cognitif… Un petit bac… » (l. 104-105) « Par exemple, tout ce qui est collage heu… Discussion… Heu… Visite… Photos… » (l. 126-127) « Donc dès qu'on a un petit peu de réminiscence, quand je vois que ça bug un petit peu ben il suffit qu'on reparte un peu sur un atelier de réminiscence et puis on… C'est plus facile. » (l. 131 à 133) « Là on a un projet sur de la terre, pour moi c'est une médiation aussi. On a travaillé avec des marionnettes à un moment mais c'est un petit peu compliqué. » (l. 290 à 292) « Tout ce qui est peluches, tous ces trucs-là. Nous on a une salle snoezelen en plus. » (l. 297-298) « Nous on a un petit chariot avec plein de lumières, vous voyez ? » (l. 316) « De même ce qu'on appelle des bruits blancs. » (l. 326) « Justement toutes ces fibres optiques, on en avait, on en a fait des… Où les gens se passaient des fibres optiques de l'un à l'autre comme on peut se passer un ballon, mais là il y a quelque chose en plus avec la lumière. » (l. 236 à 238)

Objectifs des médiations thérapeutiques pour la personne âgée	Favoriser l'introspection et la verbalisation de la personne « Où l'objectif va être de l'amener à verbaliser sur les éléments de son histoire de vie et pour en fait renforcer à la fois la relation thérapeutique et la sensation de bien-être à l'instant T. » (l. 68-70) « En fait l'idée c'est vraiment de… De la laisser naviguer à la fois dans ses souvenirs et à la fois dans ce qu'elle a envie de partager. » (l. 79-80) « Où en fait l'idée ça va juste être pour moi des ressources qui vont permettre de relancer le… Donc le dialogue avec la personne ou alors lui proposer une heu… Oui c'est ça. Oui, c'est vraiment lui proposer une relance dans… Dans son évocation. » (l. 96 à 98) « Ils se livrent d'eux-mêmes… » (l. 106-107) « Il y a des séances où on en parle hein. Ça par contre on ne le cache jamais. Donc là on en parle longuement. » (l. 210-211) « Par contre c'est vrai qu'on en parle quand… Voilà, quand il faut en parler. Après de dire et ben on… Alors on en a parlé aussi beaucoup… » (l. 215-216) « Bon quand on a su d'où venait l'origine de la couleur et la symbolique de la couleur. Donc évidemment quand on a parlé du noir… Evidemment on a parlé du deuil hein. » (l. 218-220) « C'est un moyen d'évacuer beaucoup de choses, de parler, d'échanger… » (l. 310-311)
	Favoriser l'autonomie de la personne « Ça permet aussi de… De favoriser la transposition de ce qu'on constate dans… Au moment où on fait l'activité… Dans la vie de tous les jours, que ce soit sur le temps de repas au restaurant, que ce soit dans les temps un peu plus tranquilles sur l'établissement… Où en fait c'est la création de ces interactions-là… Vont favoriser les interactions au quotidien en fait. Et ce sont vraiment ces interactions au quotidien qui vont permettre de… De voir… De créer, en fait, un certain nombre de repères spatio-temporels, affectifs, aussi, qui vont limiter l'apparition de troubles du comportement liés aux angoisses, à la désorientation, heu… Qui vont limiter l'apathie que l'on peut constater assez fréquemment chez les personnes qui… Qui sont en début de maladie d'Alzheimer et qui du coup ont plutôt tendance à se refermer sur elles-mêmes. » (l. 132 à 141) « En tout cas c'est que nous derrière on a des objectifs et heu… Et par exemple parfois ben pour heu… Une personne en plus de l'objectif sur la gestion des émotions, on veut aussi travailler les capacités motrices et le maintien de ces capacités. » (l. 89 à 92) « Et là j'ai essayé aujourd'hui je voulais leur faire faire un tableau pour les resituer dans le temps, sur le printemps quoi. » (l. 103-104) « En plus je leur apprends, y'a un digicode, à sortir de l'établissement et à pouvoir après… Parce que c'est une population qui peut sortir seule donc… voilà c'est intéressant qu'ils connaissent des habiletés sociales quoi. » (l. 146 à 148)
	Rompre avec l'isolement « Ça c'est plus en individuel pour sortir les gens de leur chambre. » (l. 135-136) « Ça c'est des bons supports pour oublier un peu, entre guillemets je dirais, cet enfermement qu'ils vivent hein. » (l. 156-157) « Donc rien que le fait qu'ils viennent c'est positif. » (l. 360)
	Favoriser le lien social « C'est assez intéressant de voir l'importance que peut avoir la relation entre les personnes. Et souvent c'est ce qui va permettre de potentialiser l'activité. » (l. 125 à 126) « Je pense que c'est quelque chose qui est intéressant mais que si on veut tirer tout le potentiel en fait, il faut créer de l'interaction entre les différentes personnes qui participent à l'activité. » (l. 128 à 130) « Donc on va avoir plus de … D'échanges et puis même entre eux. A ce moment on va vraiment… la médiation va nous amener du lien social. » (l. 82-84) « Ce qui m'intéresse c'est vraiment plus l'échange et ce qu'ils en ont tiré. » (l. 109-110)
Positionnement professionnel de l'ergothérapeute	Posture / approche par rapport à l'équipe et la personne âgée « Donc en fait c'est avant tout une approche où on se met complètement à disposition de la personne. » (l. 24-25)

	« Nous notre objectif c'est vraiment être là le plus possible pour qu'elle soit… Pour qu'elle soit entourée. » (l. 30-32) « Après c'est aussi un ensemble de postures en fait, où on va adapter le mode de communication aux capacité de la personne » (l. 51 à 52) « Et moi mon rôle ça va juste être un rôle de contenance en fait. Je préfère laisser les résidents assez libres dans la réalisation de l'activité. Je ne suis pas du tout dans une optique de guidance. C'est vraiment dans une logique d'accompagnement. » (l. 80 à 82) « Ben j'ai établis un peu mes points de passage sur lesquels j'aimerais… Vers lesquels j'aimerais aller… » (l. 127-128) « Si elle a pas envie de venir ce jour-là ben on essaie individuellement de discuter, d'échanger avec elle pour voir si elle est partenaire. » (l. 31-33) « En fait on utilise beaucoup la valorisation pour les personnes dépressives. » (l. 34) « Et voilà ce qu'on préconise c'est surtout la valorisation, la stimulation pour ces personnes parce que c'est vrai que devant les autres personnes elles n'osent pas faire » (l. 40 à 41) « Enfin c'est aussi de la… La manière heu… Par laquelle on va amener l'activité à la personne. Si on lui dit heu… Voilà on va faire gym, vous allez devoir faire ça, ça et ça. Non, à chaque fois on présente l'activité comme… Vous ferez ce que vous pouvez… Vous pouvez venir voir pour essayer… C'est ce qui vous convient, vous convient pas… » (l. 85-89) « Enfin elles n'ont pas forcément l'approche… Je dirais individuelle. Même si y'en a elles ont passé la formation, elles ont quand même des notions à force de … De travailler au PASA et de me voir intervenir. » (l. 145 à 147) « Depuis juillet en fait j'ai commencé à… Quand je suis arrivée, à voir avec les ASG, ce qu'elles mettaient en place, je suis venue observer un peu la manière dont elles faisaient les ateliers puis après ben… J'ai commencé à… A les faire peut-être heu… Fin juillet ou début août. » (l. 171 à 174) « Mais j'essaie plutôt d'influencer positif hein. Je ne vais pas dire la maladie. Je devrais peut être mais je ne le fais pas… » (l. 196-198) « Là y'en a où… Faut… oui (Rires) faut quand même temporiser. Faut pas que ça parte… Faut pas qu'on déprime tout le monde. » (l. 226-228) « C'est plus pour ne pas déstabiliser parce qu'après il faut gérer après. » (l. 230) « On est beaucoup plus à l'écoute et beaucoup plus disponibles. On prend le temps, beaucoup plus facilement. » (l. 270-271)
	Identité professionnelle dans le cadre institutionnel « Pareil j'avais pu voir donc d'autres fonctionnements d'équipes…Heu… Ce qui m'a permis moi aussi de créer un peu ma place dans cette équipe actuelle. » (l. 187 à 189) « Le résultat que je dis toujours aux ASG hein, les assistantes en soins en gérontologie, c'est que… A la différence d'une… De l'animation, moi à la limite je me moque du résultat final de la production. » (l. 107 à 109) « Moi je suis la première ergothérapeute en poste hein sur… Et la seule, sur le site. Donc faut… Faut bien faire la différence entre l'ergothérapie et le… Et l'animation. Donc bon ben ça prend quelques années. » (l. 112 à 115)
	Remise en question / réflexion sur sa pratique professionnelle « On n'a jamais rien d'acquis au moment où on se rend compte que quelque chose marche. Ça peut très bien marcher sur une séance et être une catastrophe sur la séance d'après. » (l. 165-167) « Enfin c'est de la remise en question permanente avec ENORMEMENT (Rires) d'analyse et heu… Et de travail de préparation en amont. » (l. 169-170) « Alors on ne maitrise pas bien mais il y a peut-être des petits moments de lucidité où ils disent mais qu'est-ce que je fais là quoi ? » (l. 163-164) « On essaie toujours de s'améliorer. » (l. 372)
	Motivations / implication dans l'exercice de son métier « Donc on s'adapte. Enfin pour moi c'est tout le temps et comme je dis toujours, après une fois qu'on est avec eux on n'a pas de pause, on va pas fumer la cigarette, on va pas… C'est un peu non-stop quand on est au PASA. Quand on les prend en soin hein, parce que nous on ne

	dit pas en charge, on dit en soin… Ben c'est du non-stop. Et c'est ça qui est difficile. Parce qu'il faut s'adapter. » (l. 176 à 180) « Je ne sais pas mais de remettre les gens debout et de les faire marcher ça nous met sur un grand piédestal. C'est plus valorisant que de venir leur faire une piqûre. » (l. 266 à 268) « Beaucoup. Ça prend beaucoup, beaucoup d'énergie à tout le monde. » (l. 344) « Des fois quand on revient le soir on est bien fatigué. » (l. 349-350) « Voilà c'est un métier que j'ai choisi parce qu'on apporte… On a l'impression d'apporter quelque chose… On heu… Voilà et nous ben… Les résidents nous en parlent et nous le redemandent hein. Il y a des fois il y a des choses qui reviennent. Et ils viennent avec plaisir. » (l. 354 à 357) « Bon après c'est un métier faut… Faut être un peu passionné oui. » (l. 370)
	Influence sur l'utilisation des médiations thérapeutiques « Alors, effectivement il y a aussi le facteur personnel, enfin heu… Le prisme que j'ai par rapport à mon expérience, mes propres centres d'intérêts etc… Euh… c'est quelque chose qui, spontanément, peut me faire orienter dans une direction. » (l. 89 à 91) « Malgré tout on a une formation de trois ans, on apprend vraiment comment adapter l'activité » (l. 137-138) « On va prendre des supports, si c'est du découpage ou du collage, je dirais on va influencer parce qu'on va prendre des magazines, on va choisir hein. » (l. 189-190) « J'essaie de donner un thème de départ. Donc là je vais influencer. » (l. 194-195) « Ben ça change parce que d'abord ils me connaissaient auparavant… » (l. 257)
Travail interdisciplinaire	Coordination « En fait moi dans l'établissement où je travaille, donc on a… On a un planning qui est fait, qui est mis en place tous les jours hein, mais on est dans la proposition auprès de la personne. » (l. 28-29) « Ça va être aussi sur l'accord avec les autres soignants, que ce soit les infirmiers, les kinés etc. pour qu'on s'accorde au niveau de l'organisation de la journée. » (l. 108-109) « parfois, si on est deux… Deux intervenants, qu'il y a l'ASG et que j'interviens en tant qu'ergo, on essaie de faire de manière parallèle un l'atelier » (l. 42-43) « Donc c'est pareil, il faut aussi se coordonner avec cette personne-là… Faire part de nos objectifs. En fait il y a beaucoup de coordination avec les autres professionnels. Sinon bah… on a du mal à fonctionner correctement. » (l. 113 à 115) « A chaque fois en fait, l'ASG va consulter les transmissions chaque matin avant d'aller chercher les personnes, comme ça elle voit s'il y a eu une modification, même au niveau du traitement. En fait, si l'infirmière n'appelle pas forcément l'ASG du PASA pour lui dire on a changé de traitement, ça peut avoir une influence sur son… Sur son humeur donc… Il faut à chaque fois aussi vérifier les changements de traitement … » (l. 118 à 122) « Mais je vous l'avoue je peux pas tout avaler et c'est souvent la psychologue parce que cette salle s'est montée quand j'étais étudiante et j'ai un peu laissé ça à la psychologue, qui le fait. » (l. 304 à 305)
	Coopération « C'est vraiment à la base une réflexion pluridisciplinaire où heu… On détermine que ben effectivement c'est… C'est, tel et tel patient ont des besoins qui sont assez… Assez proches heu… » (l. 154 à 156) « Donc avec la psychologue et l'assistante de soin en gérontologie en fait on va établir des objectifs heu… Suite à… Au bilan en fait que va avoir fait la psychologue. » (l. 20 à 22) « Parce que si la personne heu… Voilà … Une… A une humeur dépressive ou si des choses sont anxiogènes pour elle ben on va voir aussi avec la psychologue, ce qu'elle a relevé lors de son bilan » (l. 27 à 29) « C'est pour ça qu'en tant qu'ergo on intervient aussi pour former entre guillemets les ASG » (l. 39-40) « Ben en équipe donc la psychologue, l'ASG, l'ergo… » (l. 78-79) « Ben on a tout le coté heu… Déjà institutionnel avec des équipes. Donc c'est tout une organisation avec les équipes pour ben… La préparation de la personne. Il faut aussi que les équipes aient le même discours que nous… Enfin qu'on ait un peu les mêmes objectifs de

	travail. Parce qu'en fait quand on fait nos objectifs, on les fait seulement avec la psychologue et l'ASG mais ensuite c'est le médecin qui les valide. Il les signe. Ensuite nous on met ces objectifs-là dans le dossier de la personne. Donc c'est consulté en fait par tous les professionnels. Et l'ASG elle, vu qu'elle est constamment heu… Dans le service auprès des équipes, ben elle explique comment était la personne ce jour-là… Enfin… On fait un échange souvent au niveau des objectifs pour que justement ça rentre en compte parce que là par exemple heu… Enfin il y a l'équipe soignante qui est au sein de l'hôpital mais il y a aussi les intervenants extérieurs parce que parfois ils ont aussi des… Des personnes de l'extérieur qui viennent leur proposer des activités mais ce sont des sociétés heu… Ce sont des sociétés de soins à domicile en fait, qui peuvent intervenir dans les EHPAD. » (l. 101 à 113) « Si nous on remarque des choses lors de l'atelier par exemple ben une personne qui était… Qui avait une humeur dépressive, elle avait beaucoup de médicaments, d'anxiolytiques donc elle était très fatiguée et elle s'endormait souvent en séance. Ben après nous on faisait part aux infirmières qui transmettent au médecin voilà… » (l. 122 à 125) « Donc en fait c'est un partage aussi avec l'équipe » (l. 127) « Enfin elles n'ont pas forcément l'approche… Je dirais individuelle. Même si y'en a elles ont passé la formation, elles ont quand même des notions à force de … De travailler au PASA et de me voir intervenir. Et puis on échange beaucoup sur ce que je fais, pourquoi je le fais, et comment je le fais.» (l. 145 à 148) « Mais je dirais que oui, vu qu'on a pas la même formation, parfois les ateliers ne sont pas forcément adaptés aux personnes et qu'elles ont besoin d'un soutien par la psychologue et par l'ergo je pense pour que les… Les ateliers soient adaptés. » (l 148 à 150) « Et en plus je faisais les objectifs avec les ASG… L'ASG, la psychologue, plus les bilans d'entrée quand il y avait besoin pour qu'on fixe des objectifs précis. » (l. 158 à 160) « Et puis après on a toujours, nous on appelle ça un staff, mais on a toujours des moments de réunion avec la psychologue, le médecin, les infirmières et l'équipe. Et dans ces réunions pluridisciplinaires ben on essaie de… De voir si on est bénéfiques ou pas. » (l. 65 à 68) « J'aime mieux quand il y a la psychologue quand on se lance là-dedans, ça dépend de la clientèle. » (l. 225-226) « Et on est toujours que deux pour quatorze, deux ou trois pour quatorze. » (l. 230-231)
Influence des facteurs institutionnels sur l'utilisation des médiations thérapeutiques	Facteurs économiques « Alors les groupes on les… Nous on est tenu par hein… Un peu par les instances hein, de prendre 14 personnes. C'est énorme 14 » (l. 74-75)
	Facteurs environnementaux « Après évidemment il y a le contexte institutionnel qui… Qui est le principal frein en fait à… A la proposition de certaines activités où on est obligés de jongler un peu avec. Ben ça va être basiquement l'architecture de l'établissement où l'on n'a pas forcément une salle dédiée. Où il va falloir se l'aménager. » (l. 105 à 108)
	Facteurs temporels « Enfin c'est un des gros avantages de l'EHPAD, c'est qu'on a du temps. Donc on peut prendre plusieurs jours voire semaines pour arriver à créer cette dynamique et heu… Après c'est de l'essai-erreur, hein, de toute façon donc… » (l. 160 à 163) « Chose extrêmement rare en EHPAD, je suis à temps plein. (…) Donc euh… Donc voilà quand je vous disais que… Effectivement c'est… Par rapport aux objectifs en fait qu'on se fixe, c'est extrêmement important parce que… Comme on n'a pas non plus que cette mission-là, on a aussi une énorme part de matériovigilance… » (l. 176 à 180) « Donc nous on fait que des ateliers de groupes parce que le temps ne permet pas de faire de l'individuel en fait au sien des PASA. » (l. 36 à 38)

Annexe 11 : Entretien téléphonique avec Mr R

R : Allô.

S : *Oui bonjour C'est Sarah, l'étudiante en troisième année d'ergothérapie, on avait convenu de ce rendez-vous pour effectuer un entretien dans le cadre de mon mémoire.*

R : Oui bonjour.

S : *Bonjour… Alors tout d'abord merci de m'accorder du temps pour le réaliser.*

R : De rien, de rien.

S : *Je vous rappelle donc que cet entretien porte sur l'utilisation des médiations thérapeutiques par l'ergothérapeute en EHPAD, auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles dépressifs…*

R : Ok.

S : *Est-ce que vous êtes d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*

R : Oui oui bien sûr.

S : *Alors avant de commencer, je vous rappelle aussi que cet entretien restera anonyme et qu'il n'y aura aucun jugement de ma part sur ce que vous pourrez partager avec moi. C'est bon pour vous ?*

R : Oui c'est bon, aller on peut y aller.

S : *Alors, dans l'utilisation des médiations thérapeutiques auprès des… De ce public… Heu… Donc les personnes âgées au stade précoce de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles dépressifs… Que devez-vous prendre en compte en tant qu'ergothérapeute ?*

R : Euh… La première chose qu'on doit prendre en compte dans l'accompagnement de ces personnes c'est avant tout heu… Les angoisses que peuvent générer les oublies, les pertes de repères et désorientations temporo-spatiale, et surtout le rythme du résident. Accepter que la personne que l'on a en face de soi n'ai pas forcément envie de travailler au moment où nous on est disponible. Donc en fait c'est avant tout une approche où on se met complètement à disposition de la personne.

S : *D'accord. Et du coup comment vous prenez en compte sa disponibilité ? Enfin, comment vous prenez en compte cet aspect là ?*

R : En fait moi dans l'établissement où je travaille, donc on a… On a un planning qui est fait, qui est mis en place tous les jours hein, mais on est dans la proposition auprès de la personne. On la… On vient la stimuler mais en aucun cas on ne l'oblige à tenir compte du planning. Nous notre objectif c'est vraiment être là le plus possible pour qu'elle soit… Pour qu'elle soit entourée. Maintenant même si elle est dans le refus de l'accompagnement, c'est quelque chose que l'on respecte.

S : *D'accord, et du coup vous disiez que la personne…Heu… Donc Elle pouvait avoir des angoisses, enfin des choses d'ordre…Heu… J'ai l'impression psychique.*

R : Hm hm.

S : *Et… Du coup qu'est-ce que vous prenez en compte rapport à ça quand vous utilisez euh… Quand vous mettez en place des médiations thérapeutiques ?*

R : Heu… Alors c'est une excellente question heu… Quand… Quand la… Heu… vous pouvez la reformuler ?

S : *Alors, qu'est-ce qui vous semble important à prendre en compte quand vous utilisez les médiations thérapeutiques auprès de ce public, quand… pour heu… peut-être favoriser justement son engagement, le fait qu'elle puisse être stressée… Quels sont les facteurs que vous allez prendre en compte, chez la personne du coup vu que vous me parlez d'elle ?*

R : Ok. Donc la première chose qui moi va m'intéresser c'est vraiment le contexte… L'environnement. Proposer un cadre qui soit le plus contenant possible en fait, pour la personne au moment où heu… On souhaite… Heu… Où elle exprime le besoin de… Donc ça va être soit de discuter, soit de… Comment ça s'appelle heu… De suivre l'activité proposée. Ça va… Ça… en fait concrètement c'est s'assurer qu'on est dans un endroit calme, qu'il n'y a pas de passage, pas de stimulations externes qui peuvent venir interférer avec la relation thérapeutique… Heu… Après c'est aussi un ensemble de postures en fait, où on va adapter le mode de communication aux capacité de la personne donc… Ben concrètement comme on est sur des personnes âgées c'est souvent de parler plus fort avec elle parce qu'elle n'entend pas très bien qu'elle va peut-être être aussi heu… Dans une phase où elle est demandeuse. Nous en EHPAD, on a beaucoup de résidents dont la principale volonté c'est de rentrer à domicile quand ils sont angoissés hein. Donc…Heu… Voilà c'est avant tout une intervention sur le contexte en fait.

S : *D'accord… Du coup… heu… est-ce que, hormis le cadre d'intervention dans les médiations thérapeutiques, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vont jouer au sein de celle-ci ? qui vont faire que vous allez peut-être choisir certaines médiations auprès de ces personnes ?*

R : Alors oui il y a le… Il y a les habitudes antérieures de vie qui sont un excellent indicateur. pour moi, pour heu… Quand je propose une médiation, parce que toutes les médiations n'auront pas la même pertinence auprès des résidents, en fonction de ce qu'ils… De leur appétence en fait. Si on a des… Comment ça s'appelle… Des résidents… Par exemple je prends le cas d'une ancienne qui est…Heu d'une patiente qui est une ancienne couturière, qui aimait énormément, énormément marcher, sortir etc. Euh… Je ne vais pas m'amuser à lui proposer une activité cuisine qui n'a pas de signification pour elle. On va plus être sur de la reconnaissance de tissu, sur l'évocation de son passé par le biais de son métier… Heu… Ou alors dans le cadre d'une

sortie en fait, où ça va être… Heu… Où l'objectif va être de l'amener à verbaliser sur les éléments de son histoire de vie et pour en fait renforcer à la fois la relation thérapeutique et la sensation de bien-être à l'instant T.

S : *D'accord. Et vous parliez de votre posture au sein de ces médiations. Par quoi votre posture va-t-elle être influencée et du coup en quoi… Heu… Ces facteurs qui sont relatifs à votre posture vont-ils eux-mêmes influencer au sein des médiations thérapeutiques, peut-être auprès des personnes… Ou par rapport à l'activité ?*

R : Alors en fait c'est… Enfin moi en tout cas je fais ça vraiment en direct… C'est que je n'ai pas de grille préétablie, de… J'ai pas un objectif particulier au moment où je mets en place l'animation thérapeutique ou le… Ou l'exercice. C'est vraiment en fonction de la réaction de la personne à l'instant où je vais amener un outil comme par exemple les tissus etc. Si… Heu… En fait l'idée c'est vraiment de… De la laisser naviguer à la fois dans ses souvenirs et à la fois dans ce qu'elle a envie de partager. Et moi mon rôle ça va juste être un rôle de contenance en fait. Je préfère laisser les résidents assez libres dans la réalisation de l'activité. Je ne suis pas du tout dans une optique de guidance. C'est vraiment dans une logique d'accompagnement.

S : *D'accord. Donc, quand vous proposez des médiations thérapeutiques, d'après ce que je comprends, vous êtes centrés sur les… Les besoins et les envies de la personne… Pour choisir l'activité…*

R : Hm hm.

S : *Et est-ce qu'il y a des éléments qui vous concernent, qui vont peut-être quand même influencer ce choix ? ou bien vous êtes vraiment juste focalisé sur la personne ?*

R : Alors, effectivement il y a aussi le facteur personnel, enfin heu… Le prisme que j'ai par rapport à mon expérience, mes propres centres d'intérêts etc… Euh… c'est quelque chose qui, spontanément, peut me faire orienter dans une direction. Maintenant…Heu… Il m'arrive assez fréquemment d'avoir sur les entretiens préalables à la mise en place du projet personnalisé de la personne, que… Il m'arrive de découvrir en fait de nouveaux… Des centres d'intérêt pour la personne que je ne connais absolument pas. Donc on amont, je fais un travail de recherche pour avoir quelques connaissances, même si ce sont des connaissances très basiques sur le sujet… Heu… Où en fait l'idée ça va juste être pour moi des ressources qui vont permettre de relancer le… Donc le dialogue avec la personne ou alors lui proposer une heu… Oui c'est ça. Oui, c'est vraiment lui proposer une relance dans… Dans son évocation.

S : *D'accord. Et … Est-ce que par rapport à tout ça, il y aurait heu… donc… il y a, d'après ce que ce que je comprends donc, il y a une part de…de facteurs un peu liés à vous dans*

l'utilisation, le choix de la médiation thérapeutique. Il y a aussi heu… La part qui concerne la personne.

R : Hm hm.

S : *Est-ce qu'il y aurait d'autres choses qui peuvent influencer l'utilisation de ces médiations ?*

R : Après évidemment il y a le contexte institutionnel qui… Qui est le principal frein en fait à… A la proposition de certaines activités où on est obligés de jongler un peu avec. Ben ça va être basiquement l'architecture de l'établissement où l'on n'a pas forcément une salle dédiée. Où il va falloir se l'aménager. Ça va être aussi sur l'accord avec les autres soignants, que ce soit les infirmiers, les kinés etc. pour qu'on s'accorde au niveau de l'organisation de la journée. Pour éviter en fait qu'on ait des stimulations externes qui viennent perturber la séance.

S : *D'accord. D'accord. Ok.*

R : Je…

S : *Hm ?*

R : Je ne sais pas si c'est super clair parce que bon, c'est vrai quand on a tout le temps le nez dedans c'est quelque chose qui devient assez vite routinier en fait. (Rires)

S : *(Rires) Oui j'imagine. Euh, non, si pour moi c'est assez clair…Heu… D'accord. Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter par rapport à ce qui pourrait…Heu… INFLUENCER l'utilisation de ces médiations ? Qui pourraient INTERVENIR en fait ?*

R : Oui oui oui, par exemple je sais que dans mon établissement j'utilise beaucoup la notion du groupe de personnes. Alors, bon heu… Le groupe est généralement ouvert en fait. On n'a pas de… C'est difficile de créer un groupe qui soit homogène avec des prises de rendez-vous heu… Fixes comme je vous le disais, parce que ça dépend du moment, si la personne a envie de le faire ou pas, si elle est disponible… enfin bref, il y a énormément de facteurs qui font que le groupe va bouger d'une séance à l'autre. Maintenant il y a… En tout cas en EHPAD il est… C'est assez intéressant de voir l'importance que peut avoir la relation entre les personnes. Et souvent c'est ce qui va permettre de potentialiser l'activité. Ce qui fait qu'en fait… Une activité… Ou nous, comme je vous l'avais expliqué…Ben j'ai établis un peu mes points de passage sur lesquels j'aimerais… Vers lesquels j'aimerais aller…Heu… Je pense que c'est quelque chose qui est intéressant mais que si on veut tirer tout le potentiel en fait, il faut créer de l'interaction entre les différentes personnes qui participent à l'activité.

S : *D'accord… D'accord…*

R : Et… C'est souvent l'occasion de belles surprises en fait. Ça permet aussi de… De favoriser la transposition de ce qu'on constate dans… Au moment où on fait l'activité… Dans la vie de tous les jours, que ce soit sur le temps de repas au restaurant, que ce soit dans les temps un peu

plus tranquilles sur l'établissement… Où en fait c'est la création de ces interactions-là… Vont favoriser les interactions au quotidien en fait. Et ce sont vraiment ces interactions au quotidien qui vont permettre de… De voir… De créer, en fait, un certain nombre de repères spatio-temporels, affectifs, aussi, qui vont limiter l'apparition de troubles du comportement liés aux angoisses, à la désorientation, heu… Qui vont limiter l'apathie que l'on peut constater assez fréquemment chez les personnes qui… Qui sont en début de maladie d'Alzheimer et qui du coup ont plutôt tendance à se refermer sur elles-mêmes. Donc c'est une espèce de boucle vertueuse, qu'il n'est parfois pas du tout évident de maintenir parce qu'il y a aussi des personnalités qui sont très fortes, parfois même un petit peu incompatibles mais (Rires) heu… Voilà l'idée en fait quand je… Quand je crée ces activités-là, c'est que… Effectivement dans un premier temps, pour mieux connaître la personne, favoriser l'alliance thérapeutique, je vais plutôt les prendre en cas par cas. Donc en individuel. Mais très vite en fait j'essaie de les intégrer heu… Dans un groupe de deux, trois personnes. Parce que pareil il ne faut pas… Il ne faut pas non plus qu'on ait des groupes qui soient trop gros, pour éviter qu'en fait ça créé des parasites… Qu'on se retrouve à avoir plein de petits sous-groupes qui se créés pendant l'activité et qui du coup viennent nuire aux objectifs que l'on peut se fixer.

S : *Et du coup par rapport à ces interactions et la formation de ces groupes, est-ce qu'il y a quelque chose en particulier chez ces personnes que vous allez heu… qui vont… que vous allez prendre en compte et qui pourraient justement influencer l'homogénéité de ces groupes ?*

R : Heu… non. Non, pour le coup non. C'est vraiment à la base une réflexion pluridisciplinaire où heu… On détermine que ben effectivement c'est… C'est, tel et tel patient ont des besoins qui sont assez… Assez proches heu… Maintenant il m'est arrivé de créer des groupes avec des patients qui ont des besoins complètement différents… Mais… Où en fait les capacités préservées de l'un permet de… Soit de compenser, soit de diminuer les… Entre guillemets les incapacités, parce que j'aime pas trop ce mots-là, d'un autre résident. Donc en fait c'est vraiment une espèce de jeu de puzzle qu'on fait à mesure du temps… Où… Enfin c'est un des gros avantages de l'EHPAD, c'est qu'on a du temps. Donc on peut prendre plusieurs jours voire semaines pour arriver à créer cette dynamique et heu… Après c'est de l'essai-erreur, hein, de toute façon donc…

S : *Hm hm.*

R : Parce qu'on a… On n'a jamais rien d'acquis au moment où on se rend compte que quelque chose marche. Ça peut très bien marcher sur une séance et être une catastrophe sur la séance d'après.

S : *D'accord oui.*

R : Donc bon faut… C'est… Enfin c'est de la remise en question permanente avec ENORMEMENT (Rires) d'analyse et heu… Et de travail de préparation en amont.

S : *D'accord… D'accord. Ben écoutez heu… C'est bon pour moi. Est-ce que je peux vous poser quelques questions supplémentaires ?*

R : Oui oui bien sûr !

S : *Heu… Donc vous disiez que vous aviez beaucoup de temps en EHPAD, vous avez quel temps horaire, vous à votre poste ?*

R : Alors… Heu …Chose extrêmement rare en EHPAD, je suis à temps plein. (Rires)

S : *Ah … (Rires)*

R : Donc euh… Donc voilà quand je vous disais que… Effectivement c'est… Par rapport aux objectifs en fait qu'on se fixe, c'est extrêmement important parce que… Comme on n'a pas non plus que cette mission-là, on a aussi une énorme part de matériovigilance… On a aussi des exercices de stimulations motrices dans mon établissement. Donc euh… Ça me prend un gros mi-temps en fait de préparer toutes ces… Toutes ces activités-là. Euh… Donc après tout le reste en général c'est pour la matériovigilance, de la création de projet au sein de l'établissement etc. Voilà.

S : *D'accord. Et depuis combien de temps vous travaillez dans cet EHPAD ?*

R : Euh dans cet EHPAD ça fait maintenant six mois mais j'avais déjà travaillé dans d'autres EHPAD… J'avais fait environs six-huit mois je crois. Où… Pareil j'avais pu voir donc d'autres fonctionnements d'équipes…Heu… Ce qui m'a permis moi aussi de créer un peu ma place dans cette équipe actuelle.

S : *D'accord. Et du coup en EHPAD vous utilisez les médiations thérapeutiques depuis combien de temps ?*

R : Alors en fait je suis arrivé en cours de route euh… Je ne suis pas du tout sur une création de poste hein. Avant moi il y avait un ergo qui était là depuis plus de cinq ans euh… Et qui était très ancré dans l'établissement, où il y avait énormément de projets qui étaient conduits notamment sur le déploiement des thérapies non médicamenteuse. Euh… Pour la… Justement axées sur la gestion des troubles du comportement hein…Heu… Donc en fait je… Depuis que j'y suis, quasiment c'est quelque chose où… Où soit c'est en cours de déploiement, soit c'est déjà existant. Donc euh… Je n'avais pas ce travail de mise en place qui m'a permis de… Qui m'a permis de gagner énormément de temps. Faut se l'avouer.

S : *D'accord. Alors euh… Sinon vous avez obtenu votre diplôme d'ergothérapeute à quelle date ?*

R : Euh… La date exacte je ne l'ai pas, mais c'est très récent puisque je suis diplômé de l'année dernière. (Rires)

S : *(Rires)*

R : Donc voilà…C'est… C'est un petit peu le début.

S : *D'accord. Ben écoutez heu… Pour moi nous avons fini l'entretien*

R : Ok.

S : *Donc heu… Vous n'avez rien de plus à rajouter ?*

R : Non, si ce n'est que si vous avez d'autres questions pour la suite de votre travail de recherche je suis à votre disposition, il n'y a pas de souci. (Rires)

S : *(Rires) D'accord. Et bien encore merci de m'avoir accordé de votre temps pour l'entretien et… Ben je vous souhaite une bonne journée.*

R : Merci vous aussi.

S : *Merci.*

R : Au revoir.

S : *Au revoir.*

Annexe 12 : Entretien téléphonique avec Mme E

E : Allo ?

S : *Oui, bonjour, c'est Sarah étudiante en 3ème année d'ergothérapie, on avait convenu de ce rendez-vous pour effectuer un entretien dans le cadre de mon mémoire.*

E : Oui bonjour, oui pas de problème.

S : *Merci de m'accorder du temps pour le réaliser.*

E : Oh ben de rien.

S : *Je vous rappelle que cet entretien donc porte sur l'utilisation des médiations thérapeutiques par l'ergo en EHPAD auprès des PA en stade précoce de la MA présentant des troubles dépressifs. Etes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*

E : Heu oui oui, pas de problème.

S : *D'accord. Avant de commencer je vous rappelle aussi que cet entretien restera anonyme et qu'il n'y aura aucun jugement de ma part sur ce que vous pourrez partager avec moi… Voilà, êtes-vous d'accord pour qu'on puisse commencer ?*

E : Oui pas de problème.

S : *Alors… Dans l'utilisation des médiation thérapeutiques… Auprès des personnes âgées en stade précoce de la MA… Présentant des troubles dépressifs… Que devez-vous prendre en compte en tant qu'ergothérapeute ?*

E : Alors heu… Moi je vais plus m'orienter sur heu… L'activité. Donc là actuellement je travaille heu… Au sein des PASA. Donc là ça ressemble plus à votre étude où on a des personnes qui sont en stade précoce de la maladie d'Alzheimer. Donc avec la psychologue et l'assistante de soin en gérontologie en fait on va établir des objectifs heu… Suite à… Au bilan en fait que va avoir fait la psychologue. Elle fait le NPIES avec l'équipe soignante. Et moi en tant qu'ergo je vais faire une évaluation euh… Donc c'est pas une évaluation validée c'est plutôt un bilan maison où je regarde au niveau moteur… Je pose des questions sur l'environnement de la personne, ses souhaits… Euh… Au niveau des activités pour qu'on puisse lui proposer en fait un… Un programme adapté au sein du PASA et ce à quoi on va être vigilant ben ça va être le groupe déjà… Parce que si la personne heu… Voilà … Une… A une humeur dépressive ou si des choses sont anxiogènes pour elle ben on va voir aussi avec la psychologue, ce qu'elle a relevé lors de son bilan donc euh… Au niveau du groupe je sais pas si… Si des personnes… Si elle a un problème de relation avec une personne on va pas les intégrer dans le même groupe… On va prendre en compte son humeur en fait journalière… Si elle a pas envie de venir ce jour-là ben on essaie individuellement de discuter, d'échanger avec elle pour voir si elle est partenaire. Si ce n'est pas le cas on va pas insister. Et au niveau de l'atelier on la… En fait on utilise beaucoup la valorisation pour les personnes dépressives.

Heu… Puisque l'humeur elle est quand même… Elle est quand même fluctuante et souvent ces personnes-là vont se dévaloriser, vont pas oser faire aussi en groupe. Donc nous on fait que des ateliers de groupes parce que le temps ne permet pas de faire de l'individuel en fait au sien des PASA. Mais puisque c'est en groupe, il faut aussi heu… Ben essayer d'adapter à chaque personne. C'est pour ça qu'en tant qu'ergo on intervient aussi pour former entre guillemets les ASG et heu… Et voilà ce qu'on préconise c'est surtout la valorisation, la stimulation pour ces personnes parce que c'est vrai que devant les autres personnes elles n'osent pas faire donc parfois, si on est deux… Deux intervenants, qu'il y a l'ASG et que j'interviens en tant qu'ergo, on essaie de faire de manière parallèle un l'atelier heu… Par exemple cet après-midi c'était plutôt un atelier motricité… La personne ne voulait pas se lancer parce que c'était un parcours de marche, d'équilibre. Et Du coup elle voulait pas passer devant tout le monde donc à ce moment-là on essaie de trouver des adaptations pour que ben il y ait deux personnes qui passent en même temps vu qu'on est deux intervenants ou… D'essayer de concentrer le groupe sur autre chose pdt que la personne elle passe pour heu… Pour essayer de faire en sorte que la personne elle se sente dans un environnement en fait heu… Sécurisant, contenant, qu'elle soit vraiment à l'aise en fait dans le groupe et qu'elle ait envie de revenir parce qu'au niveau des humeur ben … On note que … Que ça apaise la personne de venir quand même au PASA. Donc je ne sais pas si j'ai répondu à la question. (Rires)

S : *Oui oui.*

E : Je me suis un peu éparpillée.

S : *Non non c'est très bien. Heu… vous me dites donc que… vous me prenez pour exemple l'atelier motricité.*

E : Hm hm

S : *De quelle manière vous allez … orienter les personnes vers heu… ben par exemple l'atelier motricité ou vers une autre activité ? Comment vous choisissez ces personnes pour les activités … pour les médiations ?*

E : Là on parle plus forcément d'une personne qui a une humeur dépressive ? Pour toutes les personnes, comment on les oriente vous voulez dire ?

S : *Alors heu… Là dans le cadre de ce public-là, donc ces personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en stade précoce avec des troubles dépressifs. Comment heu… Vous allez …Les orienter… Sur l'activité… Qu'est-ce qui fait que vous allez heu… orienter cette personne… dans cette médiation thérapeutique ? Qu'elle rentre peut-être dans des critères ou je ne sais pas ?*

E : Heu… Ben déjà c'est en fonction de ce que la personne souhaite faire. En fait on ne fait pas le programme sans lui demander. On a plusieurs ateliers. Donc des ateliers mémoire, cuisine, pâtisserie heu… Il y a des ateliers plus socio-culturels, il y a aussi de l'art thérapie, de la motricité… Heu…Je crois que j'en oublie quelques-uns… Ludique… Ce qu'elles appellent ludique aussi les ASG. En fait à chaque fois on demande à la personne déjà… Heu… Par quel atelier, en lui expliquant heu… Ben en quoi consiste cet atelier, si ça pourrait l'intéresser et qu'est-ce qui l'intéresse dans cet atelier. Par exemple si c'est une personne qui n'était pas du tout sportive ou qui n'aime pas forcément se déplacer… Qui préfère rester … Seule dans sa chambre, on ne va pas forcément utiliser la médiation… Cette médiation-là en tout cas, la motricité, pour la faire participer à un atelier de groupe. Donc c'est plutôt en fonction de ce que la personne veut et heu… Et après si nous on considère que… Ben en équipe donc la psychologue, l'ASG, l'ergo… Si on considère vraiment que la personne elle nécessite un atelier motricité parce que là ben… En l'occurrence cet après-midi c'est une dame qui heu… Qui rentre dans vos critères. Et elle a pris énormément de poids. Elle a pris trente kilos sur les six derniers mois… Elle est isolée, elle reste dans sa chambre. Avant elle se déplaçait, maintenant elle est en fauteuil roulant du fait de sa prise de poids. Ajouté à son humeur dépressive, elle a des troubles du comportement alimentaire. Donc c'est pour ça que l'on a décidé de l'intégrer dans l'atelier en lui expliquant, voilà que… Enfin c'est aussi de la… La manière heu… Par laquelle on va amener l'activité à la personne. Si on lui dit heu… Voilà on va faire gym, vous allez devoir faire ça, ça et ça. Non, à chaque fois on présente l'activité comme… Vous ferez ce que vous pouvez… Vous pouvez venir voir pour essayer… C'est ce qui vous convient, vous convient pas… On fait un bilan à la fin de l'atelier avec les personnes. En tout cas c'est que nous derrière on a des objectifs et heu… Et par exemple parfois ben pour heu… Une personne en plus de l'objectif sur la gestion des émotions, on veut aussi travailler les capacités motrices et le maintien de ces capacités. Et bien souvent ben en stade précoce il n'y a pas forcément que l'humeur dépressive. Donc il y a aussi d'autres troubles ajoutés… Donc c'est pour ça que… En fait, on va orienter en fonction des évaluations qu'on fait et de l'ensemble des troubles et des répercussions sur leurs activités de vie quotidienne en fait. Et surtout voilà, en respectant ce que la personne veut parce que du moment où elle veut pas, où elle vient elle est passive, il n'y a pas du tout d'intérêt à poursuivre les ateliers.

S : *D'accord. Donc vous prenez beaucoup en compte la personne. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourraient justement influencer l'utilisation de la médiation thérapeutique et qui… Que du coup vous devez aussi prendre en compte en dehors de la personne ?*

E : Heu… oui oui oui. Ben on a tout le coté heu… Déjà institutionnel avec des équipes. Donc c'est tout une organisation avec les équipes pour ben… La préparation de la personne. Il faut aussi que les équipes aient le même discours que nous… Enfin qu'on ait un peu les mêmes objectifs de travail. Parce qu'en fait quand on fait nos objectifs, on les fait seulement avec la psychologue et l'ASG mais ensuite c'est le médecin qui les valide. Il les signe. Ensuite nous on met ces objectifs-là dans le dossier de la personne. Donc c'est consulté en fait par tous les professionnels. Et l'ASG elle, vu qu'elle est constamment heu… Dans le service auprès des équipes, ben elle explique comment était la personne ce jour-là… Enfin… On fait un échange souvent au niveau des objectifs pour que justement ça rentre en compte parce que là par exemple heu… Enfin il y a l'équipe soignante qui est au sein de l'hôpital mais il y a aussi les intervenants extérieurs parce que parfois ils ont aussi des… Des personnes de l'extérieur qui viennent leur proposer des activités mais ce sont des sociétés heu… Ce sont des sociétés de soins à domicile en fait, qui peuvent intervenir dans les EHPAD. Donc c'est pareil, il faut aussi se coordonner avec cette personne-là… Faire part de nos objectifs. En fait il y a beaucoup de coordination avec les autres professionnels. Sinon bah… on a du mal à fonctionner correctement. Si, avec l'entourage. Que ce soit les aidants familiaux, les… Toutes les visites que la personne peut avoir. On prend en compte… Son état de santé journalier heu… Ça peut être une contrainte… A chaque fois en fait, l'ASG va consulter les transmissions chaque matin avant d'aller chercher les personnes, comme ça elle voit s'il y a eu une modification, même au niveau du traitement. En fait, si l'infirmière n'appelle pas forcément l'ASG du PASA pour lui dire on a changé de traitement, ça peut avoir une influence sur son… Sur son humeur donc… Il faut à chaque fois aussi vérifier les changements de traitement … Si nous on remarque des choses lors de l'atelier par exemple ben une personne qui était… Qui avait une humeur dépressive, elle avait beaucoup de médicaments, d'anxiolytiques donc elle était très fatiguée et elle s'endormait souvent en séance. Ben après nous on faisait part aux infirmières qui transmettent au médecin voilà… Le comportement qu'elle peut avoir en séance… Qu'elle était assez endormie… Donc il y a eu heu… Une modulation du traitement. Donc en fait c'est un partage aussi avec l'équipe heu… La famille… Parce que la famille bien souvent elle peut venir aussi au sein du PASA. Donc pas pendant l'atelier mais après on peut les accepter le temps du gouter… Quand les personnes elles restent… Heu… Donc la personne, la famille… Ils connaissent bien leur proche donc ils nous font un retour aussi au niveau de l'humeur, au niveau des comportements de… De leur proche. Donc heu… Oui je pense qu'il faut prendre en compte tout ça pour en tout cas proposer quelque chose de vraiment individualisé à la personne… A la personne qu'on reçoit au sein du PASA en tout cas.

S : *D'accord. Et vous en tant qu'ergothérapeute, est-ce qu'il va y avoir une certaine influence sur l'utilisation de la médiation ?*

E : Ben… Oui, je dirais oui puisqu'heu… Malgré tout on a une formation de trois ans, on apprend vraiment comment adapter l'activité heu… A chaque personne en fonction ben de la personne, de son histoire de vie et puis quand même de sa maladie hein. Même s'il ne faut pas qu'on soit centré sur la maladie, il y a quand même des répercussions… Comment adapter l'activité… Et ça en fait les ASG n'ont pas forcément cette formation-là. C'est une formation de quelques mois ou c'est heu… Assez bref. Elles vont voir quelles activités proposées mais elles ne savent pas forcément quelle fonction cognitive elles stimulent, elles ne savent pas forcément comment adapter l'activité, si la personne s'endort, si la personne heu… Est réticente… Si… Enfin elles n'ont pas forcément l'approche… Je dirais individuelle. Même si y'en a elles ont passé la formation, elles ont quand même des notions à force de … De travailler au PASA et de me voir intervenir. Et puis on échange beaucoup sur ce que je fais, pourquoi je le fais, et comment je le fais. Mais je dirais que oui, vu qu'on a pas la même formation, parfois les ateliers ne sont pas forcément adaptés aux personnes et qu'elles ont besoin d'un soutien par la psychologue et par l'ergo je pense pour que les… Les ateliers soient adaptés. Sinon ça ressemble un peu à de l'occupationnel je dirais.

S : *D'accord. Hmm… Ça fait depuis cb de temps que vous travaillez à ce poste… en tant qu'ergothérapeute en EHPAD auprès de ces personnes ?*

E : Heu… alors j'ai commencé en juillet deux-mille-dix-huit. Je travaille dans… Je travaillais seulement sur un service où il y a trois cent cinquante lits. Et de la médecine de convalescence… Et après… Il y a des services d'EHPAD et de long séjour. Et les personnes d'EHPAD allaient au sein du PASA. Certaines qui avaient des troubles du comportement. Et… J'intervenais au sein du PASA deux fois par semaine à l'atelier motricité et l'atelier pâtisserie. Et en plus je faisais les objectifs avec les ASG… L'ASG, la psychologue, plus les bilans d'entrée quand il y avait besoin pour qu'on fixe des objectifs précis. Et maintenant, ça fait un mois que je travaille exclusivement sur les PASA. En fait je travaille dans un hôpital intercommunal donc c'est trois hôpitaux avec environ trois kilomètres d'écart. Et sur chaque hôpital il y a un ergothérapeute. Et maintenant moi je suis la quatrième ergothérapeute qui intervient seulement, sur tous les PASA. Donc maintenant je fais que les… Enfin ce que je vous ai dis pour l'hôpital où j'étais avant, je le fais sur tous les hôpitaux donc ça me fait un temps plein plus une intervention en unité d'hébergement renforcée.

S : *D'accord.*

E : Donc ça fait réellement qu'un mois où je suis exclusivement sur les PASA mais sinon j'y suis depuis juillet heu… J'étais sur un seul PASA maintenant j'en ai trois.

S : *D'accord. Et depuis combien de temps vous utilisez les médiations thérapeutiques ?*

E : Ben … Depuis le début. Depuis juillet en fait j'ai commencé à… Quand je suis arrivée, à voir avec les ASG, ce qu'elles mettaient en place, je suis venue observer un peu la manière dont elles faisaient les ateliers puis après ben… J'ai commencé à… A les faire peut-être heu… Fin juillet ou début août.

S : *D'accord. Hm… A quelle date vous avez obtenu votre diplôme ?*

E : Heu… Ben le 30 juin 2018.

S : *D'accord. (Rires)*

E : (Rires) Ça fait qu'un an en fait, même pas.

S : *Oui oui oui, ben c'est bien. (Rires)*

E : (Rires)

S : *Vous êtes diplômée d'où ?*

E : Heu… De Hyères à côté de Toulon.

S : *D'accord.*

E : Dans le Var.

S : *Ok… Et bien écoutez pour moi nous avons fini l'entretien. Est-ce qu'il y a quelque chose quand même que vous aimeriez rajouter ?*

E : Heu… Ben non je ne pense pas. Je pense que c'est bon.

S : *D'accord. Alors ben… Encore merci de m'avoir accordé de votre temps pour cet entretien.*

E : (Rires) Ben de rien.

S : *Et bien je vous souhaite une bonne soirée.*

E : Et bien merci. Au revoir.

S : *Au revoir.*

Annexe 13 : Entretien téléphonique avec Mme I

I : Oui allo ?

S : *Oui bonjour c'est Sarah l'étudiante en troisième année d'ergothérapie. Comme convenu je vous rappelle pour effectuer l'entretien dans le cadre de mon mémoire.*

I : Oui, il n'y a pas de soucis.

S : *Merci de m'accorder du temps pour le réaliser.*

I : Oui mais c'est normal. Il faut bien que ça se fasse après je ne sais pas si je vais être très… Très pertinente mais on va essayer.

S : *Si, déjà d'intervenir de toute façon ça apportera quelque chose.*

I : Bon…

S : *Alors je vous rappelle que cet entretien porte sur l'utilisation des médiations thérapeutiques par l'ergothérapeute en EHPAD ou PASA, auprès des personnes âgées en stade précoce de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles dépressifs. Est-ce que vous êtes d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?*

I : Oui… Oui ça ne pose pas de soucis.

S : *Alors avant de commencer je vous rappelle aussi que l'entretien restera anonyme et qu'il n'y aura aucun jugement de ma part concernant ce que vous pourrez partager avec moi. Vous êtes d'accord pour qu'on puisse commencer ?*

I : Et bien on est parti, oui.

S : *D'accord. Alors dans l'utilisation des médiations thérapeutiques… Auprès des PA en stade précoce de la maladie d'Alzheimer… Présentant des troubles dépressifs… Que devez-vous prendre en compte en tant qu'ergothérapeute ?*

I : …D'accord… J'aurais peut-être dû avoir les questions avant… Heu… Alors… Ben faut quand même … Heu… Faut bien connaitre l'histoire de vie de la personne.

S : *Oui…*

I : Dans… Dans …Surtout en cas de dépressifs… Après moi je regarde, on a une psychologue… Moi je travaille dans un EHPAD, de 120 résidents avec heu… Pas mal d'unités Alzheimer. Et je regarde heu… Quand même les comptes rendu de la psychologue… Auparavant.

S : *D'accord, alors… Là vous me parlez de… De tout ce qui est on va dire… Tout ce qui peut ressortir des évaluations, c'est ça ?*

I : Oui… Oui je regarde ces évaluations, je regarde les nôtres. Dans un cadre thérapeutique, exemple, si c'est quelqu'un dans son histoire de vie heu… Qui a perdu des enfants, qui a…Voilà j'essaie de savoir si elle a eu des gros chocs affectifs quand même dans sa vie pour pas en… pour pas retomber dedans. Pour pas…Pour pas heu… Lui reparler de ces chocs affectifs quoi.

S : *D'accord…*

I : Notamment les personnes qui ont perdu des enfants et nous en maison de retraite il arrive fréquemment je dirais que des gens de 90 ans perdent des enfants de 70 ans.

S : *Oui…*

I : Vous comprenez ce que je veux dire ?

S : *Tout à fait.*

I : Donc ses proches et… Ça j'essaie après dans ma médiation de ne pas tomber dans cette faille là…

S : *D'accord…*

I : Donc je fais attention à ça. Heu… Dans le cas du dépressif hein vous m'avez dit ?

S : *Oui tout à fait.*

I : C'est quand même ciblé hein. Donc faut déjà savoir pourquoi ils sont dépressifs quand même… Quand même… On essaie de … Voilà qu'il y a plusieurs raisons et ça, ça peut être une raison. Après il y a la maladie qui entraine, ça c'est une autre raison.

S : O*ui…*

I : Alors voilà…

S : *Alors du coup donc vous vous basez sur l'histoire de vie de la personne notamment pour éviter… Voilà de… Peut-être de confronter la personne à des choses qui seraient difficiles pour elle c'est ça ?*

I : Voilà… oui on peut dire ça comme ça.

S : *D'accord. Et est-ce que quand vous revoyez l'histoire de vie avec la personne… Est-ce qu'il y a d'autres choses, d'autres facteurs auxquels vous faites attention et qui pourront influencer les médiations, l'utilisation ou la mise en place ?*

I : … Alors là, moi je suis une jeune… Je suis âgée mais je suis une jeune diplômée quand même aussi donc… Heu… Moi j'interviens surtout au PASA et surtout en médiation de groupe…

S : *... D'accord…*

I : C'est moins isolé. Donc c'est vrai que… Heu… On essaie hein… Il arrive des fois que des personnes très dépressives, ça nous arrive quoi. Heu… Qu'on soit obligé de les sortir du groupe et même par moment de les remmener dans leur service pour heu… Pour qu'elles retournent dans leur chambre et qu'elles… Il y a des gens qui n'acceptent pas le groupe aussi. Qui se sentent étouffées. Donc ça ben c'est au fil des… Des … Des heu… Des séances. Et puis après on a toujours, nous on appelle ça un staff, mais on a toujours des moments de réunion avec la psychologue, le médecin, les infirmières et l'équipe. Et dans ces réunions pluridisciplinaires ben on essaie de… De voir si on est bénéfiques ou pas. Autant que l'on peut voir.

S : *... D'accord. Donc du coup vous me parlez de groupes pour ces médiations thérapeutiques.*

I : Oui.

S : *Comment vous allez constituer ces groupes hormis les réunions pluridisciplinaires ? C'est-à-dire... Sur quoi vous allez heu... l'équipe pluridisciplinaire ou vous-même allez baser votre avis ?*

I : Les groupes… Alors les groupes on les… Nous on est tenu par hein… Un peu par les instances hein, de prendre 14 personnes. C'est énorme 14. Donc on a, nous actuellement, on a deux groupes de quatorze avec deux niveaux différents. Vraiment deux nouveaux différents. Il y a un groupe ou les gens sont plus loin de… C'est en fonction du MMS et du NPAI. Des gens qui sont très loin dans leur maladie. Heu… Et qui sont… Qui forment un groupe heu… Sont vraiment heu… Je dirais avec des MMS autour de dix, douze et puis qui… De gens qui ont vraiment perdu la notion du temps et du lieu. Ces gens-là on les… Ils sont dans un groupe particulier et beaucoup déambulant. Ceux-là ils sont … Si il y a des dépressifs aussi dans ceux-là. Et on a un autre groupe où les gens sont plutôt autour de dix-huit, vingt. Donc on va avoir plus de … D'échanges et puis même entre eux. A ce moment on va vraiment… la médiation va nous amener du lien social. Là on… A partir de cette médiation nous, je vais dire on jardine, on cuisine, on fait plein de choses… Et là on va même faire des habiletés sociales parce que là on va aller faire des courses, on va aller mettre des projets en routes. Là on a un projet de visiter un musée. Donc on va construire une amphore, on va aller acheter la terre. Alors là on ne peut pas le faire avec les deux groupes ça c'est sûr… Il y a un groupe avec qui on eut pas bien faire ça… Voilà… Est-ce que ça répond à peu près … ?

S *: Oui oui ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de mauvaise réponse hein. Pas du tout.*

I : Non mais voilà ça… Ce n'est pas forcément évident.

S : *Oui, oui je comprends, c'est pas évident quand on a des questions comme ça qui nous sont posées alors qu'on ne les connaissais pas d'avance. Ça peut être compliqué c'est vrai.*

I : Et puis moi je… J'essaie… Ben aujourd'hui par exemple j'aime bien mon…Mon… Moi j'interviens en milieu rural, vraiment rural. Donc on est une population qui était toujours dehors et qui se retrouve fermée. Donc c'est vrai qu'on a un jardin et puis on développe beaucoup notre jardin. On fait les vendanges et puis etc. Bon mais aujourd'hui c'est le jour où je suis à l'atelier. Par exemple aujourd'hui il pleuvait vraiment beaucoup et il faisait froid donc on va pas aller au jardin hein (rires)

S : *(Rires) Et oui.*

I : Bon ben nos semis étaient faits (Rires) ma médiation elle tombe un peu à l'eau.

S : *C'est le cas de le dire. (Rires)*

I : (Rires) C'était le cas de le dire. Et là j'ai essayé aujourd'hui je voulais leur faire faire un tableau pour les resituer dans le temps, sur le printemps quoi. On aurait… Mais je suis pas arrivée à les mettre dedans donc finalement on a fini par faire du cognitif… Un petit bac… Et puis après, pouf, d'un mot on est parti à un autre et ça y'est on était partis. Ils se livrent d'eux-mêmes… Le résultat que je dis toujours aux ASG hein, les assistantes en soins en gérontologie, c'est que… A la différence d'une… De l'animation, moi à la limite je me moque du résultat final de la production. … Ce qui m'intéresse c'est vraiment plus l'échange et ce qu'ils en ont tiré.

S : *Oui… D'accord.*

I : Donc ça ce n'est pas forcément évident parce qu'on… Au début avec heu… Moi je suis la première ergothérapeute en poste hein sur… Et la seule, sur le site. Donc faut… Faut bien faire la différence entre l'ergothérapie et le… Et l'animation. Donc bon ben ça prend quelques années.

S : *Oui… Ben oui… Et du coup…*

I : Moi…voilà.

S : *Pardon, excusez-moi, vous vouliez rajouter quelque chose ?*

I : Dites-moi… Non non non mais voilà… C'est vraiment heu… Bon on a besoin de cette médiation. On en a besoin. Alors dites moi ?

S : *Heu… Oui, non, on poursuit. Vous me parliez donc heu… Vous me donniez l'exemple d'une médiation que vous aviez lancé qui n'a pas fonctionné. Vous êtes partie sur autre chose et ainsi de suite. Sur quoi vous vous basez dans le choix de la médiation ? c'est-à-dire pourquoi vous êtes partie sur telle médiation par la suite ? qu'est-ce qui a influencé votre choix en fait ?*

I : Alors heu… Oui ça c'est vrai…Heu… Bon je vous ai dit hein, sur cette population rurale, le jardin c'est facile. Dès qu'on repart un petit peu aussi …Par exemple, tout ce qui est collage heu… Discussion… Heu… Visite… Photos… Etc, nous dès qu'on repart une petit peu en… En réminiscence hein, dans les années heu… Pas les années de guerre mais les années après-guerre, même dans la musique, bon ben c'est beaucoup plus facile. C'est vrai que là tout de suite on a … On a un retour facile. Hein. Parce que les personne Alzheimer … C'est vraiment le passé ça va, c'est le présent qui nous pose soucis. Donc… Donc dès qu'on a un petit peu de réminiscence, quand je vois que ça bug un petit peu ben il suffit qu'on reparte un peu sur un atelier de réminiscence et puis on… C'est plus facile. Voilà. Nous aussi on a un chien. On a June. On a un chien thérapeutique dans l'EHPAD. Qui est avec les agents, qui ne reste pas le soir hein. Qui rentre. Donc c'est vrai que ça c'est un bon moyen des fois. Ça c'est plus en

136 individuel pour sortir les gens de leur chambre. Ils vont venir, ils vont brosser, peigner le chien,
137 promener le chien, sortir le chien. Ça, ça nous aide.
138 S : *D'accord. Et du coup par rapport à ces médiations, est-ce qu'il a des facteurs liés à la*
139 *personne qui font que vous allez particulièrement les orienter vers ces médiations précisément*
140 *en fait ?*
141 I : Alors pour le chien on demande toujours avant si…Si …Ça c'est dans leur histoire de vie
142 c'est noté. S'ils aiment les chiens ou pas oui… Quelqu'un qui n'aimait pas les chiens on va pas
143 aller avec le chien. Heu… Moi je fais des sorties, des marches par exemple. Ça c'est un bon
144 support de médiation. On part quand… J'ai la météo qui m'ennuie encore (Rires)
145 S : *(Rires)*
146 I : Mais sinon on va marcher. En plus je leur apprends, y'a un digicode, à sortir de
147 l'établissement et à pouvoir après… Parce que c'est une population qui peut sortir seule donc…
148 voilà c'est intéressant qu'ils connaissent des habiletés sociales quoi. Comment faire pour sortir,
149 comment faire pour rentrer.
150 S : *Hm hm.*
151 I : Et puis après souvent on marche une demi-heure et puis après on se pose. Soit on fait un jeu,
152 on boit, j'emmène à boire etc. et là on échange. Et après la marche ça c'est un bon support. Là
153 les… On parle très facilement à l'extérieur de l'établissement.
154 S : *D'accord…*
155 I : Oui… Et ils en reparlent évidemment. On visite, on passe dans le village, on voit les
156 constructions en cours voilà… Ça c'est des bons supports pour oublier un peu, entre guillemets
157 je dirais, cet enfermement qu'ils vivent hein.
158 S : *Hm hm.*
159 I : Au quotidien hein.
160 S : *Oui…*
161 I : … Nous la plupart étaient au plein air et tout d'un coup c'est fini quoi.
162 S : *Oui…*
163 I : C'est très difficile hein. Alors on ne maitrise pas bien mais il y a peut-être des petits moments
164 de lucidité où ils disent mais qu'est-ce que je fais là quoi ?
165 S : ...
166 I : Voilà… Donc ce n'est pas forcément facile. Surtout c'est une population très âgée moi. Qui
167 est autour de quatre-vingt-dix ans.
168 S : *D'accord…*

I : Voilà… Que l'espérance de vie a beaucoup augmentée. Il y en a qui me connaissent. Bon moi je veux dire… J'étais en plus du village… Des gens qui me connaissent, et il y a un monsieur quand il me voit il me dit va me chercher la Mercedes je veux me barrer d'ici.

S : *Ah oui…*

I : Voilà. Donc… Voilà. Faut faire une… Voilà. Faut faire des pirouettes et ce n'est pas forcément facile mais c'est pas toujours. De fois il ne me reconnait pas.

S : *Hm hm.*

I : Voilà… Donc on s'adapte. Enfin pour moi c'est tout le temps et comme je dis toujours, après une fois qu'on est avec eux on n'a pas de pause, on va pas fumer la cigarette, on va pas… C'est un peu non-stop quand on est au PASA. Quand on les prend en soin hein, parce que nous on ne dit pas en charge, on dit en soin… Ben c'est du non-stop. Et c'est ça qui est difficile. Parce qu'il faut s'adapter.

S : *Et justement par rapport à vous, vu qu'on est un peu parti sur vous, qu'est-ce que… Comment vous, vous allez pouvoir influencer l'utilisation de ces médiations thérapeutiques ?*

I : Alors auprès des agents vous voulez dire ? Ou auprès des résidents ?

S : *Par rapport à l'utilisation des médiations thérapeutiques en elles-mêmes, donc leur choix, la façon dont elles se déroulent… En quoi VOUS, vous pouvez influencer ces médiations ?*

I : Alors… Ben… Si nous on les influence parce qu'on met un cadre déjà… De départ et de fin…

S : *Hm hm.*

I : Après heu… On va prendre des supports, si c'est du découpage ou du collage, je dirais on va influencer parce qu'on va prendre des magazines, on va choisir hein. Si on met que des magazines de motos, ce sera comme si on met que des magazines de fleurs. Donc il y a quand même le choix des magazines… Heu… Après… Après j'essaie de les… Souvent par exemple sur un découpage-collage comme ça où c'est vraiment là où ils sortent… C'est un peu individuel tout en étant en groupe. Généralement ils adhèrent bien à ce genre de choses. J'essaie de donner un thème de départ. Donc là je vais influencer. Alors voilà… Soit ça peut être une phrase, soit ça peut être… Heu… Le voyage, les vacances, la peur… Mais j'essaie plutôt d'influencer positif hein. Je ne vais pas dire la maladie. Je devrais peut être mais je ne le fais pas… Voilà. Là, au départ, c'est le choix justement de dire bon ben aujourd'hui on… Ben par exemple… Voilà ce sont les premiers jours du printemps… Et… J'aimerais… Qu'est-ce qu'on va découper qui va nous faire penser au printemps ? Qu'est-ce qui est joyeux pour vous ? Qu'est-ce qui vous fait penser à la famille ? Qu'est-ce qui… Voilà. Je leur donne un thème donc ça influence un peu. C'est plus facile pour eux de démarrer avec un thème.

S : *D'accord… Vous parliez du fait que vous n'évoquiez pas la maladie et vous m'avez dit, je devrais peut-être mais je ne le fais pas…*

I : Hm… Oui parce que c'est… Alors il arrive qu'on le fasse hein… Au cours… Bon d'abord quand il y a un décès dans le… Si vous voulez les… Les résidents… Donc y'a deux groupes de quatorze, treize, douze… Enfin bref. Donc fatalement de temps en temps il y a des décès. Donc fatalement de temps en temps il y a aussi des hospitalisations.

S : *Hm hm…*

I : Donc évidemment là ça nous… Il y a des séances où on en parle hein. Ça par contre on ne le cache jamais. Donc là on en parle longuement. En ce moment on a deux hospitalisations, d'autres qui nous demandent des… Parce qu'ils ne viennent pas tous des mêmes unités. Donc ils ne se voient pas très souvent. Ils se voient qu'au PASA.

S : *Alors du coup, là vous me parlez des moments où vous en discutez mais…*

I : Oui mais… Mais je n'en fais pas un… Par contre c'est vrai qu'on en parle quand… Voilà, quand il faut en parler. Après de dire et ben on… Alors on en a parlé aussi beaucoup… On a beaucoup étudié les couleurs nous, c'est-à-dire on a fait une fresque sur Matisse donc on a étudié les couleurs une par une… Avec… Ça nous a occupé une année… Avec heu… Bon quand on a su d'où venait l'origine de la couleur et la symbolique de la couleur. Donc évidemment quand on a parlé du noir… Evidemment on a parlé du deuil hein. Donc on a parlé de ce qui allait avec le noir. Donc on le sait mais… Et d'ailleurs ils sont très… Les personnes âgées sont… Ben en parlent très facilement de tout ça. Parce qu'ils savent très bien qu'ils sont là dans… C'est la dernière maison. Ils le disent vraiment franchement.

S : *Hm…*

I : Voilà. Par contre heu… C'est vrai que bon ben faut être heu… J'aime mieux quand il y a la psychologue quand on se lance là-dedans, ça dépend de la clientèle. Là y'en a où… Faut… oui (Rires) faut quand même temporiser. Faut pas que ça parte… Faut pas qu'on déprime tout le monde.

S : *Donc ce serait plus par rapport au reste du groupe que vous évitez d'en parler.*

I : Oui c'est ça. C'est plus pour ne pas déstabiliser parce qu'après il faut gérer après. Et on est toujours que deux pour quatorze, deux ou trois pour quatorze.

S : *…Et oui ça fait peu pour un gros groupe.*

I : Voilà donc après si quelqu'un va mal faut s'isoler avec et du coup l'autre il en a treize pour lui tout seul. Oui c'est… Des fois j'aime mieux être en petit groupes de trois, quatre c'est beaucoup plus facile.

S : …

I : Voilà.

S : *Donc du coup si je récapitule, on a vu que donc vous prenez en compte beaucoup de choses en rapport avec la personne, il y a aussi vous, ce que vous apportez. Est-ce qu'il y a d'autres choses peut être que vous devez prendre en compte quand vous utilisez les médiations thérapeutiques ?*

I : Ben la fatigabilité. Il m'est arrivé de… De me faire avoir. Moi des fois j'interviens que l'après-midi. Mais si le matin ils ont fait quelque chose de lourd… Ils ont souvent quarante-cinq minutes le matin d'atelier, puis quarante-cinq minute l'après-midi à peu près. Et le repas thérapeutique et danse aussi. Et des fois l'après… Autant le matin c'est beaucoup plus facile parce qu'ils ne sont pas fatigués, autant l'après-midi il y a quand même la fatigabilité. Et si l'on fait quelque chose de très cognitif le matin, c'est difficile de recommencer du très cognitif l'après-midi. On essaie de faire plutôt cognitif le matin et plutôt praxique l'après-midi.

S : ... *D'accord*...

I : Autant qu'on peut vous voyez ? Parce que sinon après ils décrochent quoi, ils sont fatigués.

S : … *Ça fait combien de temps que vous travaillez dans cette structure ?*

I : Alors dans la structure ça fait longtemps, mais je suis infirmière de base.

S : *D'accord.*

I : Ça change la donne un peu aussi surement. Voilà et depuis… En tant qu'ergo depuis 2016.

S : *Et qu'est-ce que vous pensez que ça puisse changer le fait que vous étiez infirmière auparavant ?*

I : Et ben heu… Ben ça change parce que d'abord ils me connaissaient auparavant… Heu… dans la médiation… C'est très complémentaire ! C'est complémentaire. Donc dans la médiation c'est vraiment ergothérapie. Donc là, les infirmières… Dans le lien thérapeutique peut être ça change. Et… j'ai un peu deux facettes.

S : *D'accord. Par rapport à ce lien thérapeutique, vous avez l'impression du coup que ça peut être différent en tant qu'ergothérapeute et en tant qu'infirmière c'est ça ?*

I : Oh oui.

S : ...

I : Ah oui oui oui… Ah oui c'est deux mondes hein. Heu… Vous vous en rendrez compte le… Lorsque… Là on est plus dans la rééducation que dans la médiation mais… Je ne sais pas mais de remettre les gens debout et de les faire marcher ça nous met sur un grand piédestal. C'est plus valorisant que de venir leur faire une piqûre.

S : *D'accord*...

I : Je vais dire, ils nous voient… Ils attendent beaucoup de nous pour… On est beaucoup plus à l'écoute et beaucoup plus disponibles. On prend le temps, beaucoup plus facilement.

S : *Et vous disiez quand même qu'infirmière et ergothérapeute c'est complémentaire.*

I : Oui c'est complémentaire car je vois toutes les facettes. Parce qu'il faut bien tenir compte de leur… Quelqu'un qui est cardiaque par exemple, on ne va pas lui faire faire la même marche qu'aux autres. Bon sur les traitements, des choses comme ça peut être… Ça m'aide un petit peu. C'est plus dans ce rapport-là. Et puis heu… Ben des fois je… Oui il y a des choses que je vais gérer sans appeler l'infirmière.

S : *Parce que vous avez la connaissance…*

I : Voilà, voilà. Ça me fait un petit plus. Mais j'exerce plus… J'exerce que comme ergothérapeute.

S : *D'accord. Et vous avez quel temps de travail dans cette structure ?*

I : Alors j'ai… J'ai quatre-vingt pourcent ergothérapie… Et il me reste un petit… Parce qu'en plus je suis infirmière hygiéniste donc il me reste vingt pourcent à peu près. Ouais on va dire vingt pourcent hygiène, quatre-vingt pourcent ergo.

S : *D'accord. Et depuis combien de temps vous utilisez les médiations thérapeutiques ?*

I : Ben ça depuis 2016, depuis que je suis diplômée. Le PASA a été créé en 2011, j'étais là, et on ne trouvait pas d'ergo donc j'y suis allée. Et depuis 2016 on utilise… Oui. Que ce soit moi ou… Moi oui.

S : *D'accord…*

I : Oui de toute façon beaucoup de médiations… On est obligés. Là on a un projet sur de la terre, pour moi c'est une médiation aussi. On a travaillé avec des marionnettes à un moment mais c'est un petit peu compliqué. Ouf… (Rires) Oui… Oui… pour le coup la marionnette ça va bien en petit groupe, un pour un.

S : *D'accord, il y a beaucoup d'émotions à gérer c'est ça ?*

I : Oui donc… Ce n'est pas facile les marionnettes…

S : *D'accord…*

I : Mais c'est intéressant. Alors par contre les peluches tout ça, ça sert beaucoup hein. Tout ce qui est peluches, tous ces trucs-là. Nous on a une salle snoezelen en plus. En plus oui c'est vrai. Oui c'est une médiation aussi. Alors ça c'est du un pour un.

S : *Oui…*

I : Donc avec toutes les lumières, avec… Oui… Là je dirais plutôt quand quelqu'un n'est justement pas bien, on l'emmène dans la salle snoezelen. Ça ce n'est pas dans le PASA, c'est plus dans les services quand quelqu'un est en période dépressive. On s'en sert beaucoup là.

Mais je vous l'avoue je peux pas tout avaler et c'est souvent la psychologue parce que cette salle s'est montée quand j'étais étudiante et j'ai un peu laissé ça à la psychologue, qui le fait.

S : *... D'accord… Parce que vous sentez que personnellement il y a quelque chose qui se joue aussi ?*

I : Ah ça c'est un… C'est vraiment un bon, bon support hein… C'est du un pour un donc on est confortablement installé dans un fauteuil avec des jeux de lumières sur des personnes désorientées, dépressives… Oui, ça c'est… C'est un moyen d'évacuer beaucoup de choses, de parler, d'échanger… Oui c'est un bon support ça.

S : *D'accord…*

I : … Il y a en plus de l'aromathérapie, il y a tout ce qu'il faut donc là… On… Dans les unités Alzheimer… Là vous avez dit léger hein dans votre chose ?

S : *Stade précoce c'est ça, c'est au début.*

I : Oui stade précoce c'est ça…Nous on a un petit chariot avec plein de lumières, vous voyez ? Des… Comment ça s'appelle… Des… Des fibres optiques, comme des fibres optiques. Et ça vers quatre cinq heures… ça oui ça on sait à quelle heure on l'allume. On l'allume à la tombée de la nuit.

S : …

I : Parce qu'à la tombée de la nuit il y a une dépression qui arrive… Y'a la fatigabilité de la journée, il y a le couché qui arrive, il y a tout ça. Là heu… Il y a pas très longtemps qu'on a mis ça en route mais c'est vrai qu'à ce moment-là on allume ce petit chariot avec des petits… y'a des petites boules colorées qui tournent, il y a des fibres optiques… Dans une unité spéciale avec des gens vraiment déments déambulants… très désorientés. Et là on a … On le voit bien hein. On le voit bien que c'est bénéfique. De même ce qu'on appelle des bruits blancs. Ça vous parle ça un peu peut être ?

S : *Heu… Les bruits blancs non…*

I : Tous les bruits de pluies, de neige…

S : *Ah…*

I : D'eau, de cascade, tous ces bruits qui ne sont pas des chants, qui sont des bruits d'oiseaux… Enfin ce sont des bruits blanc je crois que ça s'appelle… Et ça c'est pareil sur une population comme ça c'est neutre. C'est neutre et ça aide. Donc ça et ça à la fin de journée oui… Mais bon moi je ne travaille pas jour et nuit mais on a mis ça en place. Les lumières on le sait. Des chemins lumineux… Alors je ne sais pas si c'est de la médiation ça par contre… Mais… Oui, il faut avoir des pôles lumineux d'appel. Et avec les… Justement toutes ces fibres optiques, on en avait, on en a fait des… Où les gens se passaient des fibres optiques de l'un à l'autre comme

on peut se passer un ballon, mais là il y a quelque chose en plus avec la lumière. C'est intéressant. C'est un peu de la…Est-ce que c'est de la chromatothérapie ? ou de la lumino… non ce n'est pas de la luminothérapie. Plutôt de la chromato.

S : *D'accord…*

I : Mais il a tell… Je veux dire heu… Faut… Enfin il y a plein de choses à faire.

S : *C'est vrai.*

I : Beaucoup… Ça prend beaucoup, beaucoup d'énergie à tout le monde. Ce n'est pas forcément facile à expliquer tout ça. Voilà.

S : ...

I : Voilà.

S : *Ça vous prend beaucoup d'énergie et pourtant vous le faites.*

I : Ben oui, oui parce que c'est …voilà. Bien sûr. Mais ce n'est pas forcément… des fois quand on revient le soir on est bien fatigué.

S : *Vous êtes donc quand même motivée à les faire.*

I : Ah ben oui.

S : *D'où provient cette motivation ?*

I : Ah la motivation… Ben moi… Ben… Voilà c'est un métier que j'ai choisi parce qu'on apporte… On a l'impression d'apporter quelque chose… On heu… Voilà et nous ben… Les résidents nous en parlent et nous le redemandent hein. Il y a des fois il y a des choses qui reviennent. Et ils viennent avec plaisir. Donc … S'ils refusent… On va les chercher. S'ils refusent heu… On ne les prend pas.

S : *D'accord.*

I : Hein on ne les force pas à venir. Donc rien que le fait qu'ils viennent c'est positif.

S : *Oui vous respectez le refus de la personne.*

I : Ah oui complètement. Ah Complètement. Et si au cours de la journée ils veulent repartir… Parce que nous ce n'est pas comme un hôpital de jour étant donné que… c'est un hôpital de jour mais que pour les résidents de l'hôpital. Pas de l'EHPAD. Donc si dans la journée ils veulent rentrer on va les reconduire.

S : *D'accord.*

I : On ne les garde jamais de force donc on… Des fois, s'ils ont peur d'avoir oublié quelque chose comme ça peut arriver, on peut retourner trois fois dans la chambre la journée voir si la porte est fermée. Et puis on revient. On fait des allers retours. Mais voilà c'est… Pour pas être heu… Voilà ! c'est comme ça. Bon après c'est un métier faut… Faut être un peu passionné oui.

S : ...

I : On essaie toujours de s'améliorer.

S : *... D'accord…Et ben écoutez pour moi nous avons fini l'entretien, mais est-ce que vous voulez quand même rajouter quelque chose ?*

I : Ben non, je vous souhaite bon courage pour tout ça hein. Et puis voilà j'espère que vous aurez assez de… Après je ne sais pas si c'est dans ce genre de… Vous voulez travaillez dans ce genre de choses ou c'est juste…

S : *Si si sic c'est… Le sujet de mémoire m'intéresse fortement et ce serait un domaine dans lequel j'aimerais travailler plus tard.*

I : Bon… Oui c'est ça qui est important.

S : *Oui je pourrai re-transposer dans ma pratique après*.

I : Voilà. C'est ce qui est important. Mais on… Voilà ben bon courage pur tout ça.

S : *Encore merci à vous de m'avoir accordé de votre temps pour l'entretien.*

I : Il n'y a pas de soucis.

S : *Merci beaucoup, je vous…*

I : Bonne fin de journée.

S : *Merci vous aussi.*

I : Au revoir.

S : *Au revoir.*

Résumé :

La moitié des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont touchés par la dépression. Elle serait particulièrement présente au stade précoce de la Maladie d'Alzheimer et majorerait la perte d'autonomie. Les médiations thérapeutiques (MT) semblent être une alternative favorable aux médicaments et permettraient de limiter le déclin cognitif et fonctionnel. Cependant, certains facteurs peuvent influencer leur utilisation. Au travers d'une méthode clinique, des ergothérapeutes ont été interrogés sur les valeurs professionnelles, personnelles et insitutionnelles coexistantes dans l'utilisation de ces MT. L'analyse thématique, lexicale et linguistique, a permis de mettre en avant l'importance et l'influence de ces différentes valeurs dans l'utilisation des MT. Cependant, même si celles-ci sont intimement liées et génératrices de motivation, elles seraient également dépendantes de l'ergothérapeute en tant que personne à part entière et conditionneraient ainsi de manière singulière les MT.

Mots-clés : Ergothérapie, Médiation thérapeutique, Dépression, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Valeurs (Philosophie)

Abstract :

Half of the nursing home residents are affected by depression even more so at the early stage of the Alzheimer disease reducing independence. Therapeutical mediation (TM) seems to be a positive alternative to medication and could limit functional and cognitive decline. However, some causes influence the use of TM. Through a clinical method approach, 3 occupational therapists were interviewed on professional, personal and institutional values coexisting in the use of TM. Thematical, lexical and language analyses were conducted to highlight the importance and influence of these different values in the use of TM. However, even if they are intimately linked and motivating, they would also be dependent on the occupational therapist as a person in their own right and thus condition therapeutic mediations in a singular way.

Keywords : Occupational therapy, Therapeutical mediation, Depression, Nursing home, Values (Philosophy)