



HAL
open science

**L'adaptation de l'environnement de la personne atteinte
de la maladie d'Alzheimer en EHPAD par
l'ergothérapeute**
Camille Guérin

► **To cite this version:**

Camille Guérin. L'adaptation de l'environnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en EHPAD par l'ergothérapeute. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279325

HAL Id: dumas-03279325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279325>

Submitted on 26 Aug 2021

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



Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Camille GUERIN

UE 5.6 : Initiation à la
méthodologie de recherche

19/05/2021

L'adaptation de l'environnement de
la personne Alzheimer en EHPAD
par l'ergothérapeute

Sous la direction de PAVE Julien et
LOUIT Vincent

Sommaire :

	Remerciements	
1.	Introduction	1
1.1	Émergence du thème.....	1
1.1.1	Contexte et point de rupture.....	1
1.2	Définition du thème	2
1.2.1	Champs disciplinaires :.....	2
1.2.2	Définition des termes :.....	2
1.3	Résonance du thème :	4
1.3.1	Question socialement vive.....	4
1.3.2	Enjeux de santé publique, socio-économique et professionnel	5
1.3.3	Utilité.....	5
2	Revue de la littérature	7
2.1	Méthodologie de la revue de littérature	7
2.1.1	Choix des bases de données.....	7
2.1.2	Choix des mots clés :.....	7
2.1.3	Critères d'exclusion, d'inclusion et les filtres :	8
2.2	Analyse critique de la revue de littérature :	8
2.2.1	Les espaces communs et leur conception architecturale en institution pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer	9
2.2.2	Les espaces personnels de l'institution et leur conception architecturale pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer	11
2.2.3	L'utilisation de la technologie comme une aide compensatoire.....	12
2.2.4	L'environnement utilisé comme thérapie non médicamenteuse (TNM).....	13
2.3	Résonance du thème	14
2.4	Problématisation pratique	14
3	Enquête exploratoire.....	16
3.1	Population cible	16
3.2	Biais amenés par l'utilisation de l'outil de recherche.....	17
3.3	La construction de l'outil.....	18
3.4	Déroulement de l'enquête	19

3.5	Le choix des outils d'analyse des données	19
3.6	Les résultats de l'enquête exploratoire	20
3.6.1	Analyse des résultats	20
3.6.2	Critique de l'enquête exploratoire	21
4	Le cadre de référence.....	23
4.1	Le concept d'habitat.....	23
4.1.1	Champs disciplinaires choisis.....	23
4.1.2	La dimension active de l'habitat.....	23
4.1.3	La place des activités quotidiennes dans l'habitat.....	24
4.1.4	Notion de ménagement dans l'habitat	24
4.1.5	Contraintes architecturales de l'habitat	25
4.2	Concept de bien-être	25
4.2.1	Champs disciplinaires.....	25
4.2.2	Aspect incontrôlable du bien-être.....	26
4.2.3	Séparation entre l'aspect subjectif et objectif du bien-être.....	26
4.2.4	Critères de l'aspect subjectif du bien-être	27
4.2.5	Bien-être et éthique.....	27
4.3	L'occupation et l'éthique font le lien entre l'habitat et le bien-être	28
4.3.1	L'occupation un lien entre l'habitat et le bien- être.....	28
4.3.2	Les approches concernant la relation individu - environnement	29
4.3.3	L'aspect éthique de l'habitat.....	31
4.3.4	Modèle de résolution des problématiques éthiques concernant la vision du bien-être applicable aux actions d'adaptation de l'habitat.....	32
4.4	La matrice théorique	34
4.5	Problématisation théorique	34
4.6	Objet de recherche	35
5	Matériel et méthode.....	36
5.1	Le Choix de la méthode de recherche.....	36
5.2	La population cible	36
5.3	Les sites d'exploration.....	37
5.4	Le choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données	37
5.5	L'anticipation des biais et les stratégies pour les contrôler ou les atténuer	38

5.6	La construction de l’outil théorisé de recueil des données	38
5.7	Test de faisabilité et de validité du dispositif auprès d’une cohorte d’entraînement.....	39
5.8	Le déroulement de l’enquête.....	39
5.9	Le choix des outils de traitement et d’analyse des données	40
6	Les résultats.....	42
6.1	Analyse descriptive.....	42
6.2	Analyse verticale.....	43
6.2.1	Pratique de l’ergothérapeute autour de l’adaptation de l’environnement.....	43
6.2.2	Bilan et outils utilisés par l’ergothérapeute	44
6.2.3	Processus de conceptualisation de l’adaptation de l’habitat.....	45
6.2.4	Formulation de demande d’adaptation	45
6.2.5	Les problématiques éthiques rencontrées	45
6.2.6	Les valeurs personnelles des ergothérapeutes	46
6.2.7	Les valeurs professionnelles des ergothérapeutes	47
6.2.8	Définition du bien-être et les éléments qui l’influence.....	47
6.2.9	Description architecturale des EHPAD	48
6.3	Analyse horizontale	48
6.3.1	Entretien de Mr D	48
6.3.2	Entretien de Mme A	49
6.3.3	Entretien de Mr B	50
6.3.4	Présentation du cas clinique	51
7.	Discussion des données.....	52
7.1	Confrontation des résultats de l’étude avec la revue de littérature	52
7.1.1	La conception architecturale des différents espaces de l’EHPAD	52
7.1.2	La personnalisation du lieu de vie	52
7.1.3	L’utilisation de la technologie comme aide compensatoire	52
7.2	Eléments de réponse à la problématisation pratique.....	52
7.3	Confrontation des résultats de l’étude avec le cadre conceptuel	53
7.4	Eléments de réponse à la problématisation théorique.....	54
7.5	Critique du dispositif de recherche	55
7.6	Transférabilité pour la pratique professionnelle	56
7.7	Perspectives de recherche	56

7.8 Perspectives personnelles	57
Bibliographie	58
Annexe 1 : Tableau de résultats des bases de données	64
Annexe 2 : Tableau de synthèse des documents.....	65
Annexe 3 : Matrice de questionnement	78
Annexe 4 : Résultat enquête exploratoire.....	82
Annexe 5 : Matrice conceptuelle	92
Annexe 6 : Outil théorisé de recueil de données	94
Annexe 7 : Entretien MR D.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 8 : Entretien Mme A.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 9 : Entretien Mr B	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 10 : Thèmes émergents des entretiens.....	95
Annexe 11 : Grille analyse des entretiens	96

Remerciements

Je tiens à remercier Mr LOUIT Vincent pour son accompagnement tout au long de cette année, pour son professionnalisme et sa bienveillance.

Je souhaite également remercier Mr PAVE Julien pour ses conseils, sa rigueur et sa volonté pour que j'aie en profondeur dans mon travail.

Je remercie toute l'équipe pédagogique pour leur accompagnement au cours de ces trois années. Je remercie plus particulièrement Mme ALBUQUERQUE Sophie pour son soutien, ses encouragements et sa présence tout au long de ma formation.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'écriture de ce mémoire notamment celles et ceux qui ont participé au questionnaire et aux entretiens.

Je remercie mes parents pour leur soutien, leurs conseils et leurs multiples relectures tout au long de ma scolarité.

Je tiens à remercier Pauline pour m'avoir montré l'exemple et d'être une source intarissable de rire.

Je souhaite remercier mes colocataires Marion et Nolwenn qui ont rendu cette année beaucoup plus légère. Merci pour tout votre soutien dans les moments de doute et pour m'avoir montré la voie.

Je tiens à remercier Herald pour m'avoir permis de m'évader tout au long de ce travail afin d'y revenir toujours plus motivée.

Je souhaite remercier mes deux bureaux de l'UNAEE qui m'ont permis de vivre des expériences associatives extraordinaires et de très belles rencontres.

Je tiens à remercier les petits poids qui ont été un repère et un soutien tout au long de ses trois années d'études.

Enfin, je tiens à dire merci à Tiphaine et Lyne qui ont toujours été présentes dans les moments de doutes et de grande joie.

1. Introduction

1.1 Émergence du thème

Avec une sœur qui est en étude d'architecture, j'ai toujours été très sensible à l'habitat et à notre environnement de vie de manière générale. La phrase « dis-moi où tu vis, je te dirais qui tu es » (1) a pris un nouveau sens lors de mon arrivée en étude d'ergothérapie. En tant que pilier du modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (2), je me suis aperçue de l'importance qu'avait notre environnement dans la vie d'un être humain.

1.1.1 Contexte et point de rupture

Une étudiante en ergothérapie et des étudiantes en architecture ont collaboré pour participer au concours d'idées de la CNSA¹ « pour inventer les lieux de vie collectifs de demain sur la base d'un cahier des charges ». L'étudiante en ergothérapie apportait un témoignage de réalité de terrain et sur l'approche théorique des sciences médicales. Le thème du concours 2020 était la création d'une institution adaptée aux besoins de la personne atteinte d'Alzheimer. Lors des recherches bibliographiques, de nombreuses propositions d'adaptation ont été trouvées dans le domaine de l'architecture. Mais il y a un manque de données probantes sur le rôle de l'ergothérapeute dans la démarche d'adaptation de l'environnement. Pourtant l'adaptation de l'environnement appartient au référentiel de compétence de l'ergothérapeute « conduire et concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » (3).

Les recherches bibliographiques ont fait ressortir que : « les ergothérapeutes sont confrontés aux difficultés particulières [...] qui peuvent nécessiter des modifications techniques et architecturales importantes pour permettre l'autonomie alors que de façon contradictoire la maladie d'Alzheimer implique le maintien maximum des repères » (4). Il y a donc un questionnement éthique à mener concernant les actions menées par l'ergothérapeute.

Ce questionnement a aussi été rencontré lors d'un stage dans une maison de retraite. La maîtresse de maison (aide-soignante qui est responsable de l'unité) a demandé à l'ergothérapeute d'aménager la chambre d'un résident souffrant de la maladie d'Alzheimer pour la sécuriser et favoriser son orientation. Pourtant les espaces (chambres, salles communes, extérieures, etc.) de l'institution sont considérés comme adaptés selon la loi de 2005 sur l'accessibilité (5). De plus, il est problématique d'adapter les espaces communs puisqu'ils sont partagés par différents résidents qui ont chacun des besoins spécifiques.

¹ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Ces éléments amènent des interrogations, pour un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer, est-ce que l'EHPAD est un lieu de vie « adapté » à ses besoins ? Si ce n'est pas le cas, comment proposer un environnement sécurisé favorisant l'orientation pour une personne dont les fonctions cognitives sont affectées ? Afin de pouvoir proposer un lieu de vie adapté, il est important de s'interroger sur quels sont les besoins d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Cette initiation à la recherche est aussi l'occasion de se questionner sur : l'environnement a-t-il un effet sur la maladie et par conséquent sur la qualité de vie et le bien-être du résident ? Si c'est le cas, en tant que professionnel habilité à adapter l'environnement comment l'ergothérapeute peut-il agir ? Après avoir observé les recommandations, vient la question : que mettent en place les ergothérapeutes qui sont sur le terrain ? Et comment un ergothérapeute résout-il un questionnement éthique ?

La **problématique professionnelle** qui ressort de ce questionnement est : comment l'ergothérapeute peut-il agir sur l'environnement en respectant les contraintes imposées par l'institution pour promouvoir la qualité de vie et le bien-être d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

1.2 Définition du thème

Le thème qui ressort est l'aménagement de l'environnement de la personne Alzheimer en institution par l'ergothérapeute.

1.2.1 Champs disciplinaires :

Ce thème s'inscrit dans différents champs disciplinaires. Le champ disciplinaire des sciences médicales apportera les données scientifiques sur la maladie d'Alzheimer. Les sciences occupationnelles amèneront un apport théorique concernant l'ergothérapie. Les sciences humaines et sociales étudient l'influence de l'environnement sur les actions et les comportements humains (6).

1.2.2 Définition des termes :

Les termes du thème de la recherche vont être définis selon ces disciplines pour mieux comprendre le thème.

• Environnement :

Dans le champ des sciences occupationnelles, l'ergothérapeute Marie-Chantal Morel-Bracq déclare que :

« Les facteurs environnementaux sont une dimension sociale (comme le système éducatif) ou physique (comme l'aménagement du territoire) qui détermine l'organisation et le contexte complet. [Il peut être un facilitateur ce qui correspond à] un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels [. Il peut aussi être] un obstacle [ce qui] correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels » (2).

• Ergothérapeute :

Dans le champ disciplinaire des sciences de l'occupation, sur lequel est basé la pratique des ergothérapeutes. Cette profession est définie par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) dans ces termes :

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. [...] L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Ce professionnel prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (7).

• Maladie d'Alzheimer :

Pour définir cette pathologie, les sciences médicales sont appelées à travers la parole du ministère des Solidarités et de la santé qui stipule que :

« La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative (Atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives) conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne. Les symptômes évoluent dans le temps. Cette évolution est variable d'un individu à l'autre. Les troubles de la mémoire forment le symptôme le plus fréquent. Ils doivent être associés à un autre trouble des fonctions cognitives pour que le diagnostic de maladie d'Alzheimer puisse être évoqué. Il peut s'agir : de troubles du langage (aphasie) ; de difficultés à effectuer certains gestes (apraxie); de la perte de la reconnaissance des objets ou des personnes (agnosie); ou

encore de la perte des fonctions exécutives, c'est-à-dire de la capacité à adapter son comportement à un contexte donné » (8).

1.3 Résonance du thème :

La partie commencera en montrant que le sujet de la recherche est une question socialement vive. Puis, elle exposera les enjeux de ce travail. Enfin, elle statuera sur l'utilité de la recherche.

1.3.1 Question socialement vive

La maladie d'Alzheimer est une problématique dont le gouvernement français a mesuré l'ampleur. Pour répondre aux problèmes qu'elle entraîne, les gouvernements successifs ont mis en place différents plans Alzheimer depuis 2001. Le premier plan national a eu lieu entre 2001 et 2005, il a été pourvu d'un budget de 105 millions d'euros et « poursuivait plusieurs objectifs : améliorer le diagnostic, créer des « consultations mémoire » et des centres mémoire de ressources et de recherches pluridisciplinaires pour des soins et une prise en charge globale ; soutenir et mieux informer les malades et leurs familles » (9). Ce fut une première avancée pour les patients et leur entourage. Pour aller plus loin entre 2004 et 2008 l'Etat a doté un deuxième plan de 200 millions d'euros. La mesure phare de ce plan est la « prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie avec la reconnaissance d'Alzheimer en affection de longue durée, par un décret du 4 octobre 2004. » (9). Enfin, entre 2008 et 2013, « le troisième plan Alzheimer, affichait [...] un budget sans précédent de 1,6 milliard d'euros sur 5 ans » (9). Plus qu'un apport financier, le gouvernement a eu une implication particulière avec ce plan puisqu'il « était suivi par un comité de pilotage directement rattaché au président de la République, avec des points d'étape tous les six mois » (9). Ce qui montre la vivacité et l'intérêt de la société française pour la maladie d'Alzheimer.

De nombreuses recherches ont été menées en France et à l'international pour trouver des solutions et permettre une amélioration de la qualité de soin. En témoigne le rapport annuel de Alzheimer Disease International (10) qui traite chaque année une thématique différente. Ainsi que les nombreuses recommandations de la HAS² qui traitent des thèmes du diagnostic, de la prise en charge médicale, médico-sociale et sociale, de l'accompagnement des aidants, du parcours de soins et des médicaments (11). Ces recommandations récentes montrent la vivacité du thème.

² Haute Autorité de Santé

Concernant l'adaptation de l'environnement, la CNSA³ qui est étroitement liée au gouvernement français, a lancé un concours d'idées sur la conception de lieux de vie collectifs et l'autonomie dont le thème de l'année 2020 était de proposer une organisation innovante pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentées. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur lieu de vie sont donc une question socialement vive.

1.3.2 Enjeux de santé publique, socio-économique et professionnel

La maladie d'Alzheimer est la démence la plus fréquente chez le sujet âgé selon Santé Publique France. Elle pourrait toucher 1 200 000 personnes en France et plus de 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde en 2019 selon Alzheimer's Disease International ADI (10). Ce chiffre devrait passer à 152 millions d'ici 2050 (10). Cette affection touche donc de nombreuses personnes à travers le monde avec des effets tragiques impactant les différentes sphères de la vie : les soins personnels, les activités productives et les loisirs. À ce jour incurable, la maladie d'Alzheimer a été déclarée enjeu de santé publique.

Toutes les trois secondes une personne développe une démence. Le coût annuel actuel de la démence est estimé à 1 milliard de dollars américains, chiffre qui devrait doubler d'ici 2030 (10). La démence, notamment la maladie d'Alzheimer, est donc un enjeu socio-économique important.

Avec 594 684 lits (12) les EHPAD⁴ sont le type d'hébergement qui accueille le plus grand nombre de personnes dépendantes en 2018. Selon la DREES⁵, 7 % des ergothérapeutes travaillent dans les établissements pour personnes âgées (13). Ce qui représente un peu moins de 900 ergothérapeutes en France (14). Le milieu institutionnel semble donc un environnement intéressant pour mener des recherches sur l'action des ergothérapeutes auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. La prise en soin en EHPAD est donc un enjeu professionnel.

1.3.3 Utilité

Cet écrit est l'occasion de chercher des possibilités d'adaptation pour que les facteurs environnementaux de la personne atteinte d'Alzheimer deviennent des éléments facilitateurs de sa vie. Il est possible que ce recueil de données puisse être utilisé par 900 ergothérapeutes dans

³ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

⁴ Etablissement d'Hébergement pour Personne âgée dépendante

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

le cadre de leur travail en EHPAD. Cette initiation à la recherche pourrait aussi être utilisée par les ergothérapeutes qui se rendent aux domiciles des personnes âgées pour adapter ceux-ci.

C'est une opportunité pour améliorer la qualité de vie des patients en leur proposant un environnement adapté spécifiquement à leur pathologie pour qu'ils puissent s'épanouir dans leur lieu de vie, réaliser leurs occupations et mener une vie satisfaisante.

2 Revue de la littérature

La revue de littérature a pour but de faire un état des lieux de la recherche et des savoirs sur le thème de l'aménagement de l'environnement d'une personne Alzheimer. Dans une première partie sera explicitée la méthodologie de recherche des documents. Ensuite, une analyse critique de la littérature sera effectuée permettant l'émergence de sous-thématiques qui relient les différentes données trouvées.

2.1 Méthodologie de la revue de littérature

2.1.1 Choix des bases de données

Pour réaliser la revue de littérature, différentes bases de données adaptées au sujet sont utilisées. Elles ont été choisies pour couvrir les champs disciplinaires :

- Sciences médicales, des sciences humaines et sociales
 - Cairn regroupe des publications des sciences humaines et sociales francophones.
 - Cochrane est une base de données dédiée aux recherches en santé.
 - PubMed est un moteur de recherche de données bibliographiques internationales relatives à la biologie et la médecine ce qui donne accès aux recherches mondiales sur ce sujet.
 - Science direct est une base de données en science de la santé, en sciences sociales et humaines en anglais.
- Sciences occupationnelles.
 - OTDBASE qui est une base de données en science occupationnelle.

2.1.2 Choix des mots clés :

Mots-clés	MeSH ⁶ terms	Équation de recherche
Environnement	Environment	« Environnement » ET « Maladie Alzheimer» « Environment » AND « Alzheimer disease»
Maladie Alzheimer	Alzheimer's disease	

L'outil HeTOP a été utilisé pour trouver les MeSH terms anglais dans le MeSH qui est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical.

⁶ Medical Subject Headings

2.1.3 Critères d'exclusion, d'inclusion et les filtres :

Le critère d'exclusion utilisé est : le titre du document contient le mot « gène * », pour éviter les documents traitant de l'aspect génétique de la maladie et se concentrer sur l'environnement physique, technologique et social de la personne atteint de la maladie d'Alzheimer.

Les critères d'inclusions utilisés sont : l'inclusion des articles rédigés en anglais ou en français pour faciliter la compréhension. Les données peuvent concerner les différents stades de la maladie.

Le filtre utilisé : les articles doivent avoir été publiés après l'année 2000 afin que la revue soit basée sur des données actuelles, mais qu'elle soit assez large pour ne pas passer à côté d'articles importants.

Le tableau contenant les résultats de l'équation de recherche est visible en annexe (cf. annexe 1). Des documents rencontrés lors de lectures opportunes viennent compléter les écrits réunis grâce aux bases de données.

2.2 Analyse critique de la revue de littérature :

La revue de littérature est composée de 17 documents, dont 13 études scientifiques, 3 articles en lien avec le sujet traité et 1 document de recommandations qui appartient à la littérature grise. Parmi ces écrits, 11 d'entre eux viennent de source internationale (en anglais) et 6 d'entre eux viennent de source française. Un tableau synthétisant les informations recueillies lors de la lecture est disponible en annexe (cf. annexe 2).

Lors de la lecture des documents, des éléments de convergence, de complémentarité et de contradiction ont fait ressortir des grands thèmes. Ces thèmes permettent de réunir les écrits à travers des grands axes. Un axe relatif à la conception architecturale des espaces communs de l'institution pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer. Un second axe concerne les espaces personnels et leur conception architecturale en EHPAD pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer. Puis, un axe qui attire à l'utilisation de la technologie comme aide compensatoire. Enfin, un axe portant sur l'environnement utilisé comme thérapie non médicamenteuse.

2.2.1 Les espaces communs et leur conception architecturale en institution pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer

À partir de 1974, a été développée la notion « d'environnement prothétique » c'est « un lieu conçu en fonction des lacunes des personnes pour optimiser leurs performances » (15). C'est-à-dire, un espace pensé pour pallier certaines déficiences notamment celle de la mémoire qui fait défaut chez les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Ce type d'environnement se retrouve dans les « USS ⁷ sur les symptômes comportementaux dans la démence » (16). Malheureusement, le docteur Lai a montré qu' « aucun essai contrôlé randomisé n'a été identifié et aucune preuve solide de leur bénéfice n'a été obtenue » (16). Nous n'avons donc pas de données ayant une fiabilité scientifique élevée. Mais l'auteur ajoute « la meilleure modalité pour évaluer formellement les bénéfices ou autres des USS, serait de recueillir fréquemment des données sur le comportement et sur l'utilisation de contraintes et de psychotropes dans divers cadres de maisons de soins » (16).

Aucune étude de ce type n'a été trouvée dans les bases de données interrogées. Mais elles ont fait ressortir des documents donnant des conseils sur l'aménagement des institutions accueillant les personnes malades d'Alzheimer comme les USS. Pour améliorer la qualité de vie des résidents, M. Danièle propose de prévenir et/ou d'atténuer les troubles du comportement en offrant aux résidents un véritable parcours de déambulation avec une décoration et l'utilisation de la lumière (éclairage naturel et artificiel) réfléchi (15). Cela passe aussi par une maîtrise des problèmes d'acoustique et une utilisation « prothétique » de la couleur qui fait appel aux souvenirs anciens (interdiction, autorisation...) (15). Elle recommande aussi d'encourager la vie sociale en proposant un cadre de vie stimulant et en favorisant la participation grâce aux occupations notamment la cuisine (15). Enfin, une autre étude complémentaire celle de M. Danièle en proposant de concilier sécurité et liberté en améliorant la prévention des fugues et des chutes notamment avec la mise en place de sorties camouflées qui réduisent les tentatives de fuite (17).

Les documents qui sont ressortis montrent que l'ergothérapeute a un rôle dans la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il peut agir sur de nombreux facteurs. Nous nous intéresserons à celui qui concerne l'adaptation de l'environnement. Il a été montré que pour réduire efficacement le taux et le risque de chute les interventions visant à évaluer et à améliorer la sécurité domestique les plus efficaces sont celles réalisées par les ergothérapeutes

⁷ Unités de soins spéciaux

(18). Hyde corrobore l'étude de Danièle et ajoute que c'est « une sécurité accrue conduite à une plus grande indépendance, qui à son tour est associée à moins de chutes » (17). Concernant l'aménagement de cet espace « prothétique », il avance : « les espaces communs au caractère non institutionnel unique sont associés à un retrait social réduit [...] Le caractère résidentiel est associé à un retrait social réduit, à une plus grande indépendance, à un meilleur sommeil et à davantage de visites familiales » (17). Il semble donc important d'aménager les EHPAD comme un lieu de vie qui ressemble à une habitation classique. Une autre étude complète celle-ci en ajoutant l'idée que la présence du jardin « a un effet positif sur l'état cognitif de la personne en institution » (19). Les études sont complémentaires, elles abordent l'adaptation de l'environnement avec des points de vue différents et sont la source d'idées d'adaptations bénéfiques pour la personne âgée particulièrement si elle souffre de démence de type Alzheimer. Il paraît intéressant de mettre en place ce type d'aménagement.

La HAS⁸ déclare « il ne paraît pas possible à ce jour de déterminer s'il existe un environnement idéal pour tous les patients. Le meilleur environnement pour un patient donné est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant à un stade donné de sa maladie » (20). Ainsi il faut prendre en compte la spécificité et la subjectivité des personnes. Il ne faut pas généraliser les solutions trouvées bien que certaines puissent être transférables. Toujours concernant le meilleur environnement, l'HAS préconise un environnement « dans lequel il trouve les aides et les soins que son état requiert, où les facteurs de stress sont limités et où il peut recevoir un soutien affectif » (20). Elle considère que « la salle à manger ou une salle de bain » (20) sont des endroits particulièrement à risque qui nécessitent une vigilance particulière (20). Elle préconise par la suite des critères qui font « appel au bon sens » (20). Les actions de l'ergothérapeute peuvent être appliquées de façon préventive et curative. Dans son rapport l'HAS déclare que l'ergothérapeute peut notamment « agir sur les paramètres d'environnement afin d'éviter les facteurs pouvant favoriser les troubles » (20). Cette instance appuie ici sur l'aspect préventif de l'action de l'ergothérapeute. La déclaration de l'HAS est en accord avec les études citées plus haut en montrant que l'ergothérapeute a toute sa place dans l'adaptation de l'environnement des espaces collectifs dans un EHPAD. Ce qui amène la question : sur quels éléments les ergothérapeutes travaillant en EHPAD se basent-ils pour réaliser leurs actions ?

Il peut être compliqué de personnaliser les espaces communs aux besoins d'un résident. Pour cela, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux espaces individuels.

⁸

Haute Autorité de santé

2.2.2 Les espaces personnels de l'institution et leur conception architecturale pour répondre aux besoins spécifiques de la personne malade d'Alzheimer

Toujours dans un souci d'amélioration de la qualité de vie de la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, l'espace personnel va maintenant être évoqué. Une étude nous apprend que « la personnalisation de la vie privée et la compréhension sensorielle sont susceptibles d'être des caractéristiques de conception environnementale particulièrement importantes contribuant à l'amélioration des résultats de santé comportementale » (15). Une autre étude complémentaire l'information, les personnes atteintes de démence « peuvent développer des besoins de soins aux premiers stades de la maladie et devenir de plus en plus tributaire des soignants tout au long de la maladie. La progression des besoins de soins au fil du temps est liée à la détérioration de la cognition, de la fonction et du comportement » (20). Pour les ergothérapeutes Marousé et Charras proposent des solutions pour compenser les besoins des personnes et éviter la détérioration de l'état de la personne. Selon elles, l'adaptation de l'environnement de vie « doit être fondée sur une analyse des déficiences de la personne puis se créer un espace qui a du sens pour la personne en ciblant les activités significatives et significatives » (21).

Elles ajoutent que les clés de cet aménagement sont « la simplification pour limiter les risques de chutes et les accidents domestiques ; la recherche analytique des troubles avec mises en situation ; le recours au design universel » (21). C'est-à-dire un mobilier qui peut être utilisé par tous, quelles que soient ses capacités. « On pourra par exemple : colorer l'eau de la cuvette des W.C., mettre une robinetterie avec thermostat bloquant à une certaine température, contraster les bords et le fond de la baignoire, laisser une veilleuse allumée ». Ces propositions sont complétées par une autre étude qui ajoute que pour apaiser la personne âgée pendant sa toilette des modifications environnementales de la salle peuvent être réalisées. Tout d'abord « une décoration avec de la peinture murale colorée, des serviettes colorées, des plantes, des images et des rideaux » (22). L'auteur évoque ensuite des solutions « pour simuler un cadre intime ; utilisation d'eau chaude, d'une température ambiante confortable et d'un doux jet de douche ; adoucir l'éclairage et minimiser l'éblouissement ; réduire le bruit ambiant ou jouer de la musique relaxante » (22). L'efficacité spécifique de ces mesures n'a pas été testée de façon suffisamment contrôlée. Mais l'étude souligne l'importance de l'écoute du personnel réalisant les toilettes pour une amélioration significative de la qualité de ce soin.

Un autre facteur important dans le succès des interventions et des approches de soins est un besoin d'engagement à long terme pour trouver la solution pour des résidents spécifiques. Il est intéressant d'enrichir l'environnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

avec des adaptations liées à la mémoire (23). Une autre étude ajoute que la personnalisation de l'espace privé a un effet positif sur le bien-être de la personne démente. Le degré de personnalisation s'est avéré significativement plus élevé dans les chambres privées qui présentent plus de place horizontale. L'ergothérapeute pourrait donc envisager de fournir des étagères fixées aux murs ou laisser de la place pour des meubles pour ajouter une surface horizontale, dans le but de promouvoir la personnalisation de la chambre chez le résident (24). Les études analysées corroborent l'intérêt d'adapter l'espace privé des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'efficacité de la mise en place d'aide compensatoire a été prouvée, quelles sont les aides à mettre en place et quel est le rôle de l'ergothérapeute ?

2.2.3 L'utilisation de la technologie comme une aide compensatoire

Les résultats de la revue de littérature montrent plusieurs éléments concernant l'utilisation de la technologie comme une aide compensatoire. L'UNESCO recommande d'« enrichir l'environnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des adaptations liées à la mémoire » (21). Cette recommandation invite la mise en place d'aides compensatoires. La revue de littérature a montré qu'il existe différents types de stratégies externes qui sont des : « techniques de mémoire environnementale, indices environnementaux personnels, indices environnementaux proximaux, indices environnementaux distaux, les aides à la mémoire externe portable, livres de mémoire » (22).

Un des types d'aide est l'utilisation des technologies d'assistance. Cependant, il y a un manque de preuves de haute qualité permettant de déterminer si les technologies d'assistance sont efficaces pour aider les personnes ayant une démence à gérer leur problème de mémoire (23). Différentes études de moins grande qualité ont montré que différents outils technologiques peuvent aider les personnes âgées. Ces études prennent chacune un outil et montrent son efficacité. Les outils ayant tous une utilité différente, les études sont complémentaires. Gao a montré que l'interaction homme ordinateur peut guider et améliorer la fonction cognitive des patients atteints d'Alzheimer et retarderait efficacement la progression de la démence. (24) L'utilisation d'un agenda électronique par le biais d'un téléphone intelligent adapté aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer a l'air prometteur. Mais ces dispositifs ne sont possibles que grâce à une formation des intervenants (25) tel que l'ergothérapeute notamment.

D'autres solutions semblent pouvoir aider les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par exemple celle concernant un dispositif aidant la personne a retrouvé ses effets personnels qui a montré une bonne efficacité chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs

(26). Le dispositif est « un localisateur d'items qui s'appuie sur des informations sensorielles (son spatialisé) plutôt que sur un raisonnement conceptuel (« l'item est situé à votre gauche à 4 mètres ») semble être une solution intéressante pour résoudre le problème de déficience cognitive » (26). Ces technologies semblent prometteuses pour répondre à des besoins précis, on peut s'interroger : quelle est la transférabilité de ces dispositifs ? Sont-ils accessibles à tous ? A quel stade de la maladie sont-ils recommandés ?

2.2.4 L'environnement utilisé comme thérapie non médicamenteuse (TNM)

La partie qui suit s'intéresse à l'environnement comme un élément pouvant soigner. L'utilisation du jardin comme thérapie a un effet positif sur l'état cognitif de la personne en institution (19). Cette information est corroborée par une autre étude qui avance que « l'accès au jardin thérapeutique réduit les tentatives de fuite et améliore le sommeil » (17).

Il est difficile de tirer des conclusions valides, les études sont peu nombreuses et souvent d'une qualité méthodologique moyenne selon les critères de l'HAS (20). Les recommandations et consensus d'experts indiquent que les types de traitements non pharmacologiques peuvent « être bénéfiques chez certains patients à certaines périodes de leur évolution, particulièrement sur l'adaptation à la vie quotidienne et les troubles du comportement » (20). HAS reconnaît l'intérêt des TNM notamment pour les personnes atteintes de démence. Elle apporte aussi des informations sur la temporalité de leurs utilisations, « les interventions non médicamenteuses sont à ce jour préconisées en première intention, parce qu'elles peuvent être efficaces à visée préventive, mais aussi à visée curative, et qu'elles peuvent souvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux » (20). Concernant, la relation entre les TNM et les traitements médicamenteux, la HAS déclare que les TNM « peuvent être utilisées en synergie avec les traitements pharmacologiques qui devraient être employés quand la sévérité des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage » (20). Il y a donc une notion de danger que le médecin prescripteur doit évaluer pour préserver la sécurité de la personne âgée et de son entourage.

Il existe de nombreuses thérapies non médicamenteuses dont « l'intervention basée sur l'environnement ». Ces thérapies consistent à « adapter l'environnement favorisant l'orientation dans le temps et dans l'espace du patient dans le but d'améliorer sa perception et ses capacités de contrôle du cadre de vie » (20). Ce type de prise en soin « peut comprendre différentes méthodes et repose sur la présentation répétée d'informations concernant le temps,

l'espace et l'identité des personnes entourant le patient» (20). Concernant les modalités, cette thérapie « peut se dérouler de manière continue tout au long de la journée ou prendre la forme de séances intensives de rééducation » (20). Il a été mis en évidence qu'elle avait un impact positif et significatif sur la cognition, mais aucune amélioration sur les troubles du comportement n'a été démontrée (20). D'autres études corroborent cette donnée : Spector a montré qu'avec l'intervention basée sur l'environnement, le groupe d'intervention avait un résultat au Mini-Mental State Examination (27) qui était considérablement amélioré par rapport au groupe témoin suite à la mise en place de ce type de thérapie. Les groupes de thérapie de stimulation cognitive avec adaptation de l'environnement peuvent présenter des avantages intéressants pour de nombreuses personnes atteintes de démence (28). Cette thérapie semble intéressante, mais qui l'utilise ? Est-ce que les ergothérapeutes en institution la mettent en place ?

2.3 Résonance du thème

Cette revue de littérature a permis de mieux comprendre le contexte et les enjeux de santé publique, socio-économique et professionnel ainsi que la problématique de ce travail. Elle a montré qu'il y a des interactions entre les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et leur environnement. Celui-ci pouvait devenir une part entière de leur prise en soin en ergothérapie.

Cette revue de littérature a été une occasion de découvrir la littérature scientifique, grise et professionnelle concernant le lien entre l'environnement et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les écrits qui sont ressortis des bases de données ont montré que ces interactions sont une part entière de la prise en soin en ergothérapie. Dans le cadre de ses compétences, l'ergothérapeute peut aménager l'environnement des personnes en institution. Cette revue de littérature a montré la résonance du thème dans le monde scientifique.

2.4 Problématisation pratique

Les informations apportées par toutes ces lectures sont sources de questionnement. De nombreux documents de la revue de littérature parlent de la pratique Outre-Atlantique, mais qu'en est-il en France ?

Concernant la faisabilité des propositions qui sont ressorties, viennent les questions : Comment aménager les bâtiments déjà construits pour qu'ils répondent aux nouvelles découvertes de l'environnement prothétique ? Quel coût représente l'aménagement d'une institution ? Et qui peut financer ces actions ? Comment cette pratique s'intègre-t-elle à la

politique de santé publique notamment au nouveau plan grand âge annoncé par le gouvernement français ? Où en est-on de la réalisation de ces adaptations ?

La revue de littérature a montré que de nombreux défis sont soulevés par les nouvelles technologies. Ce qui amène le questionnement : sachant que les résidents des EHPAD ne sont pas tous familiers des nouvelles technologies, comment permettre aux plus anciens d'utiliser les nouvelles technologies ? Alors que les technologies sont toujours nombreuses, avancées, complexes, comment faire pour qu'elles soient un soutien à ceux dont la mémoire se trouble ? Et aussi quelle est la place de l'ergothérapeute dans la rencontre entre les nouvelles technologies et la personne âgée ?

L'institution est un environnement plein de ressources, comment l'institution modeler pour qu'il soigne ? Comment l'aménager pour qu'il participe au bien-être de ses habitants ? Comment faire pour que les institutions soient une source d'apaisement des troubles du comportement, de l'anxiété et du stress ? Que pensent les ergothérapeutes de la place de l'institution dans l'adaptation de l'environnement architecturale ? Est-il possible pour ralentir la chute des capacités et la grabatisation ? L'institution est-elle un élément facilitateur ? Quelle est la place de l'ergothérapeute dans les institutions ? Est-ce que les ergothérapeutes français sont impliqués dans la mise en place d'adaptation de l'environnement ? Si c'est le cas, quelles sont les adaptations les plus réalisées ?

Ces questions amènent la question centrale de recherche suivante.

<p>Question centrale : comment l'ergothérapeute peut-il adapter l'environnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pour que celui-ci devienne élément facilitateur de sa vie ?</p>
--

3 Enquête exploratoire

L'initiation à la recherche va maintenant s'intéresser aux pratiques de terrain. L'objectif général de l'enquête exploratoire sera donc de confronter l'état des lieux de la littérature à un état des lieux des pratiques pour recentrer l'objet de recherche. L'enquête a aussi pour objectif d'enrichir le cadre apporté par la revue de littérature et de confirmer l'intérêt socio-professionnel de la recherche. Les objectifs spécifiques de l'enquête sont :

- Faire un état des pratiques de l'adaptation de l'environnement de la personne atteinte de la maladie Alzheimer chez les ergothérapeutes en France.
- Découvrir ce que les ergothérapeutes privilégient lorsqu'ils adaptent l'environnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.
- Recueillir l'avis de l'ergothérapeute sur la dynamique de l'institution concernant l'adaptation de l'environnement architectural.

3.1 Population cible

Critère d'inclusion : les personnes qui répondent au questionnaire doivent être des ergothérapeutes diplômés d'état travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France. Les personnes répondant doivent parler français et être volontaires pour remplir le questionnaire.

Critère d'exclusion : Personne n'ayant pas de diplôme d'état en ergothérapie. Personne n'ayant jamais travaillé auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France. Ergothérapeute ne parlant pas français.

Sites d'exploration définis : Les sites d'exploration choisis sont toutes les structures françaises prenant en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et employant un ergothérapeute. Les structures identifiées en priorité sont : les EHPAD, les équipes spécialisées Alzheimer, les cabinets libéraux, les centres de rééducation et de soin de suite et les structures hospitalières.

Pour diffuser largement, l'enquête a été postée sur des groupes Facebook[®] concernant l'ergothérapeute, la gérontologie et la prise en soin de la maladie d'Alzheimer telle que : l'association française des ergothérapeutes en gériatrie, ergogériatrie, tous ergo, E.S.A., ergothérapie Alzheimer et le réseau étudiant de l'UNAEE.

Choix de l'outil : Questionnaire mixte avec questions ouvertes et fermées en ligne via Google forme®. L'intérêt principal du questionnaire est de « rassembler une grande quantité d'informations, aussi bien factuelles que subjectives, auprès d'un nombre important d'individus » (29). Cet outil a été choisi afin d'avoir un large échantillon dans l'objectif de recueillir un avis représentatif de la pensée des ergothérapeutes français. Les questions fermées sont des questions dont « les réponses sont fixées d'avance, et le répondant doit obligatoirement choisir parmi l'éventail qui lui est présenté [...] on l'utilisera pour obtenir certains renseignements factuels, pour juger l'approbation ou la désapprobation d'une opinion donnée » (29). De plus, elles permettent une analyse statistique plus facile. Elles sont plus faciles à comprendre, garantissent un certain anonymat et peuvent servir de filtre pour vérifier que la personne répond aux critères de l'enquête. Les questions fermées ont l'inconvénient de « dicter la réponse » ne donnant pas la possibilité à la nuance. L'enquêteur a fait attention à formuler ses questions pour proposer différentes nuances et ne pas influencer les personnes qui répondent. Les questions ouvertes sont des questions où « l'interrogé est libre de s'exprimer comme il veut » (29). Ce qui donne la possibilité aux praticiens d'ajouter des éléments qui leur semblent importants auxquels l'étudiant réalisant ce questionnaire n'aurait pas pensé. Il faut être vigilant puisque « leur formulation est très délicate : elles doivent être aisément comprises et ne comporter aucune ambiguïté ou contresens » (29). Malheureusement, les questions ouvertes sont plus difficiles à analyser. Entre les deux, des questions semi-ouvertes seront utilisées, ce sont des questions fermées avec une catégorie « autre » permettant au répondant de formuler sa propre réponse si la personne ne se reconnaît pas dans les éléments proposés.

Les inconvénients de ce type d'enquête sont : l'absence de contrôle sur les participants, l'enquête ne peut pas savoir si la personne réalise le questionnaire seul et si les pratiques rapportées sont véritablement celles du terrain. De plus, l'enquêteur a conscience que les réponses seront moins développées que lors d'un entretien et ne pourront pas être approfondies ou modifiées en fonction des réponses données aux questions précédentes.

3.2 Biais amenés par l'utilisation de l'outil de recherche

- **Biais de confirmation** : correspond au fait d'orienter les réponses pour mettre en avant une des solutions trouvées (30).

Stratégie pour le contrôler et l'atténuer : le fait d'en avoir conscience permet d'être vigilant. De plus, l'enquêteur demandera le ressenti de l'échantillon sur lequel le questionnaire sera testé.

- **Biais de désirabilité sociale** : consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs (30).

Stratégie pour le contrôler et l'atténuer : l'anonymat du questionnaire et le fait que celui-ci soit rappelé au début du questionnaire diminue ce biais.

- **Biais méthodologique** : correspond à la mauvaise formulation des questions ou dans l'ordre des questions (30).

Stratégie pour le contrôler et l'atténuer : Ne pas poser de questions orientées, trop sensibles ou agressives. Ne pas orienter les réponses, ni les influencer. Poser des questions précises, simples, courtes, neutres, sans ambiguïté et soigner les réponses proposées dans le cadre du questionnaire.

- **Biais cognitif** : sont liés à l'utilisation d'un vocabulaire spécifique (30).

Stratégie pour le contrôler et l'atténuer : le questionnaire est adressé à des ergothérapeutes travaillant auprès d'un public atteint de la maladie d'Alzheimer, ils sont donc censés partager le vocabulaire lié à la prise en soin de ces personnes. Le vocabulaire spécifique sera défini à l'aide de notes de bas de page. De plus, le questionnaire aura été relu par des personnes qui ne sont pas de la profession pour vérifier qu'il est compréhensible pour le plus grand nombre avec les explications.

3.3 La construction de l'outil

Le questionnaire est constitué de 15 questions. La première partie du questionnaire permet de vérifier que le répondant rentre dans les critères de sélection avec des questions fermées ou semi-ouvertes pour pouvoir catégoriser les participants. La première question est fermée car elle a pour objectif de récolter l'accord d'utilisation des données du participant. La question deux est fermée et cherche à vérifier que la population qui remplit le questionnaire est celle à qui il est destiné. La question trois a pour but de recueillir des données sur le lieu de d'exercice de l'ergothérapeute pour cela elle est semi-ouverte. La question quatre est semi-ouverte pour recueillir l'avis de l'ergothérapeute sur l'aspect sur lequel il veut focaliser sa pratique.

La partie suivante du questionnaire est en lien avec l'objectif de faire un état des lieux des pratiques de l'adaptation de l'habitat en interrogeant l'ergothérapeute sur ses habitudes de pratique avec une question de chaque type pour permettre de classer puis de laisser l'ergothérapeute s'exprimer.

La partie suivante a pour objectif de confronter les résultats de la revue de littérature avec le retour des ergothérapeutes français et d'évaluer l'impact de l'adaptation de l'environnement selon eux avec des questions semi-ouvertes.

La dernière partie a pour objectif d'évaluer la présence ou l'absence de contrainte institutionnelle avec des indicateurs tels que la fiche de poste, le temps dédié à cette action, le type de problème rencontré et l'avis des ergothérapeutes pour cela les trois types de questions sont utilisés. Ces différents éléments sont présentés dans la matrice de questionnaire (annexe 3).

L'enquête porte sur les pratiques professionnelles et repose sur un questionnaire auprès de professionnels de santé. Dans ce cadre-là, selon la loi de mai 2017 (31), la loi Jardé ne s'applique pas ainsi il n'a pas été nécessaire de soumettre l'enquête à un comité de protection des personnes. Il suffit de récolter l'accord des participants et d'avoir l'accord des responsables de la structure encadrante. Cet accord étant obtenu, l'enquête a pu être menée.

3.4 Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a d'abord été envoyé à des étudiants en ergothérapie de 3^e année, puis au référent méthodologie et au référent professionnel du mémoire. Il a ensuite été testé par 3 personnes issues de professions non médicales afin de vérifier que les questions soient compréhensibles et permettre de s'approprier l'outil de Google form[®]. Le questionnaire a ensuite été envoyé à un échantillon test composé de 3 ergothérapeutes travaillant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Lors de ces phases du questionnaire, les participants ont été invités à formuler des remarques.

Une fois les remarques prises en compte, le questionnaire a été envoyé sur les pages Facebook[®] mentionnées plus haut. L'enquête a été ouverte le 13 octobre 2020 puis renvoyée le 21 octobre 2020 pour augmenter le nombre de réponses. Elle a été fermée le 31 octobre 2020.

3.5 Le choix des outils d'analyse des données

Le questionnaire a apporté deux types de données qu'il a fallu analyser, des données quantitatives et des données qualitatives. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de l'outil Google Forms[®] pour apporter des statistiques et la fréquence d'apparition des indicateurs. Différents types de valeurs ont été utilisés dans cette analyse : le mode, la moyenne et la médiane afin de faire ressortir différentes informations en fonction des besoins et de ce qui s'est avéré significatif.

Afin d'analyser les données qualitatives, l'enquêteur procédera à une analyse textuelle avec une approche lexicale. Cette approche est « fondée sur la statistique fréquentielle (la redondance des traces lexicales) et les proximités entre les mots employés » (32).

3.6 Les résultats de l'enquête exploratoire

(cf annexe 3)

3.6.1 Analyse des résultats

Les 102 personnes qui ont répondu, déclarent participer à l'enquête de façon volontaire et acceptent que les données recueillies soient utilisées dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. De plus, tous les participants sont des ergothérapeutes qui travaillent ou ont travaillé auprès d'un public atteint de la maladie d'Alzheimer. La majorité (55,9%) des ergothérapeutes qui ont répondu à l'enquête travaillent en EHPAD. Trois aspects ressortent du questionnaire, un aspect qui concerne l'institution, un concernant le bien-être et un à propos des actions réalisées par les ergothérapeutes.

Commençons par l'aspect institutionnel de l'adaptation de l'environnement, les résultats de l'enquête exploratoire disent que l'adaptation de l'environnement est une activité citée dans la majorité des fiches de poste (68,6%) ce qui signifie que les institutions ont conscience que l'adaptation de l'environnement appartient au domaine de l'ergothérapeute. La majorité des ergothérapeutes (66,7%) a un temps particulier dédié à l'adaptation de l'environnement dans leur emploi du temps ce qui montre une fois de plus la vivacité du thème de la recherche. Malgré cela, la majorité des ergothérapeutes (63,7%) considèrent que l'institution est une source de contraintes concernant l'aménagement de l'environnement. Grâce à l'analyse de la densité des mots de la question 14, le questionnaire informe que l'obstacle principal à la réalisation d'un aménagement est financier. Ce qui amène la question comment surmonter cet obstacle ? Les EHPAD sont-ils un lieu de vie comme les autres ? Est-ce que les règles de l'adaptation de l'environnement sont aussi valable dans cette institution ?

Le deuxième axe montre que l'aspect le plus important à prendre en compte dans la prise en soin de la personne en institution est le bien-être. 43,1 % des ergothérapeutes le placent en priorité devant l'aspect psycho-affectif (19,6%) et le comportement (13,7%). Sachant que la revue de littérature a montré que l'adaptation des espaces individuels avait un effet positif sur le bien-être de la personne. Ce type d'adaptation semble avoir un intérêt pour les résidents. D'autre part, 7,8% ergothérapeutes ne veulent pas choisir entre composantes de l'être humain (c'est-à-dire l'aspect moteur, cognitif, comportemental, psycho-affectif) et bien-être. Selon eux, ces différents aspects sont tous à prendre en compte dans la prise en soin. Contrairement aux autres, un ergothérapeute déclare que « la prise en soin est centrée sur la personne et donc que l'aspect le plus important va dépendre de la personne ». La question 9 apprend que 79,4 % des

ergothérapeutes pensent que les adaptations ont un impact sur le bien-être des résidents ce qui corrobore avec la revue de littérature. Les réponses du questionnaire peuvent faire penser que l'adaptation de l'environnement a un impact sur l'aspect le plus important de la prise en soin en ergothérapie en EHPAD. Il ressort la question, qu'est-ce que le bien-être ? Peut-on le mesurer ? Comment les ergothérapeutes le prennent-ils en compte dans leur adaptation de l'habitat ?

Le troisième axe s'intéresse aux actions réalisées par les ergothérapeutes. Tous les ergothérapeutes interrogés déclarent réaliser des actions d'adaptation de l'environnement peu importe leur lieu d'exercice. Ce qui montre la vivacité de la question de recherche. La majorité des ergothérapeutes (88%) déclarent réaliser des adaptations des espaces individuels. Ce qui corrobore l'idée développée plus haut concernant l'adaptation des espaces individuels et le bien-être. Lorsque les ergothérapeutes rapportent leur pratique dans la question 7, ils listent des actions sur l'environnement physique et matériel avec une utilisation importante dans l'ordre de récurrence des termes « fauteuils roulants », « chambre », « mise en place » et « espace ». Un des ergothérapeutes évoque la notion d'« habitat ». Ce qui amène la question, qu'est-ce que l'habitat ? Comment les ergothérapeutes conceptualisent-ils l'habitat ?

3.6.2 Critique de l'enquête exploratoire

Cette enquête a donné davantage d'informations sur les pratiques des ergothérapeutes français sur le terrain. Ce recueil de pratique enrichit la revue de littérature en la complétant pour avoir une approche plus globale au sein de cette initiation à la recherche. Les informations qu'elle apporte sont à regarder avec précaution puisque ces informations sont ce que déclarent les ergothérapeutes et n'ont été observées que sur un échantillon restreint.

Les réponses à l'enquête exploratoire rapportent la réalisation d'adaptation de l'environnement de la personne Alzheimer par des ergothérapeutes français ce qui fait ressortir la vivacité du thème de la recherche. Lorsque la revue de littérature est confrontée aux réponses du questionnaire, de nombreuses corroborations et des complémentations apparaissent entre l'aspect théorique et la pratique. Les nouvelles informations apportées par l'enquête exploratoire font ressortir des questionnements : Comment les institutions sont-elles conçues ? D'autre part, comment la spécificité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est-elle prise en compte dans la conception du bâtiment ? Concernant l'appropriation, comment permettre à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de faire de l'institution son habitat ? Au niveau du professionnel, quel est le rôle de l'ergothérapeute vis-à-vis de cette

appropriation ? Lorsqu'il est face à un choix d'adaptation de l'habitat comment l'ergothérapeute fait-il pour prendre une décision ? Par les actions de l'ergothérapeute, comment l'environnement physique et matériel peut-il être modifié pour répondre au besoin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer tout en respectant les contraintes posées par l'institution ? Ainsi, quels sont les paradigmes avancés par les institutions ? D'un autre côté, quelles sont les valeurs sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer dans le cadre de l'adaptation de l'habitat ? Au-delà de ça, comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le bien-être dans ses actions ? Comment les professionnels de santé perçoivent-ils le bien-être ? L'habitat a-t-il un lien avec le bien-être de son habitant ?

Question initiale de recherche : *En quoi l'habitat pourrait-il être en lien avec le bien-être de son occupant ?*

4 Le cadre de référence

Au sein de cette partie, les concepts qui ressortent de la question initiale de recherche vont être explicités grâce à des auteurs qui font référence dans leur champ disciplinaire.

4.1 Le concept d’habitat

4.1.1 Champs disciplinaires choisis

Tout d’abord, les champs disciplinaires vont être définis afin de bien comprendre les courants sur lesquels le cadre de référence va s’appuyer. Piaget déclare que la « philosophie est la science des fondements de toutes les sciences et des lois générales de la connaissance » (33). Il paraît donc intéressant de la choisir comme champ disciplinaire pour développer le concept d’habitat. De plus, ce concept appelle aussi l’architecture qui signifie étymologiquement « l’art de construire ». C’est aussi une « science et technique de la construction, de la restauration, de l’aménagement des édifices » (36) ce qui semble tout à fait correspondre à la question de recherche évoquant l’habitat. Lorsque H. Lefebvre définit les champs disciplinaires, il rapporte que « l’architecture c’est le niveau de la façon d’habiter » (34).

4.1.2 La dimension active de l’habitat

Dans la question initiale apparaît en premier le terme d’habitat qui vient du latin « habitare » qui signifie étymologiquement « avoir / être souvent » (37) et qui donnera en français « habitude » signifiant également « demeurer ». La notion d’habitat va à présent être définie par des auteurs appartenant au champ disciplinaire choisi. Le philosophe et urbaniste T. Paquot déclare que l’on n’apprend pas à « habiter » (38). Selon lui, l’action d’habiter c’est : « être présent au monde et à autrui relève d’une relation intime de soi avec soi et de soi avec le monde (chacun possède « son » monde qu’il modèle sans cesse en mélangeant le réel et l’imaginaire) et les autres. » (38). De plus, « loger n’est pas “habiter” ; l’“habiter”, dimension existentielle de la présence de l’homme sur terre, ne se satisfait pas d’un nombre de mètres carrés de logement ou de la qualité architecturale d’un immeuble. C’est parce que l’homme “habite”, que son “habitat” devient “habitation” » (38). Il y a donc une dimension active à l’habitat, elle dépend de son habitant et des choix de celui-ci. Selon le philosophe H. Lefebvre, il y a une distinction importante à faire entre « habitat » et « habiter » (34). « L’habitat relève d’une description morphologique, c’est un cadre » (34). Quant au verbe « habiter, c’est une activité, une situation » (34). Par la suite, il précise qu’« habiter pour l’individu, [...] c’est s’approprier quelque chose. Non pas en avoir la propriété, mais en faire son œuvre, en faire sa chose, y mettre son empreinte, le modeler, le façonner » (34). L’individu doit donc s’investir dans un

lieu pour en faire son « habitat ». Cette « empreinte » laissée, donne la possibilité de connaître l'identité de son « habitant ».

4.1.3 La place des activités quotidiennes dans l'habitat

Avec le concept d'habitat, vient la notion d'espace intime et d'espace de partage. Ces deux espaces ont des fonctions différentes qui sont complémentaires et nécessaires pour l'équilibre de l'être humain. Pour l'architecte N. Leroux « habiter un lieu, c'est exister et prendre place dans la société » (35). C'est un acte social qui est reconnu et valorisé dans notre société. De plus, « habiter [...] c'est pratiquer les usages communs du quotidien qui sont directement liés à l'habitat : manger et se faire la cuisine, recevoir, se divertir et se détendre, travailler, dormir dignement en étant protégé, prendre soin de soi, avoir une intimité, etc. » (35). L'habitat est fortement lié aux sciences l'occupation par son lien aux activités de la vie quotidienne et à la manière dont l'habitant les réalise au sein de son habitat. Ce qui s'illustre dans la phrase « habiter, c'est vivre sa demeure comme le prolongement de soi, c'est posséder un espace et le maîtriser » (35). Le lien peut être fait avec le modèle « personne occupation environnement » (2) de l'ergothérapeute Morel-Bracq. Chaque terme trouve sa correspondance, la personne est l'« habitant », l'occupation est d'« habiter » et l'environnement est l'« habitat ». L'habitat est devenu habitation grâce à son habitant.

4.1.4 Notion de ménagement dans l'habitat

Les philosophes ont analysé la composition des habitats, ils en ont déduit que certains éléments étaient communs à toutes les cultures. Ainsi « l'habitation, [...] peu importe la norme de référence, elle est délimitée par des murs, possède une porte d'entrée et ses usages sont d'ordre privé » (36). La notion d'intimité revient ici désignée comme l'aspect « privé » (36) de l'habitation, cet espace considéré comme « personnel » (36). Klein déclare que « pour être « chez soi » (40), il faut donc être dans « ses meubles » (40), dans « ses objets » (40). Il est donc important que la personne puisse rassembler ses possessions au sein de son habitation afin d'avoir un sentiment de propriété nécessaire pour habiter. Pour Heidegger, « le trait fondamental de l'habitation est ce ménagement » (37) qu'il définit comme le moment où « nous ramenons quelque chose à son être et l'y mettons en sûreté, quand nous l'entourons d'une protection » (37). L'habitat a donc une vocation de protection pour son habitant. Cette sensation de sécurité est nécessaire pour que l'être humain puisse habiter.

4.1.5 Contraintes architecturales de l'habitat

Lefebvre déclare qu'« Habiter, [...] c'est aussi être en proie à des contraintes, c'est-à-dire être le lieu d'un conflit, souvent aigu entre les puissances contraignantes et les forces d'appropriation » (34). Le philosophe met ici la lumière sur les tensions intérieures qui peuvent avoir lieu chez un habitant. Il a besoin de faire de son habitat sa propriété en le marquant mais il est face à des contraintes extérieures qui l'oblige à s'adapter dans ses démarches. A travers les lectures ressort que les « utilisateurs d'établissements [...] ont parfois des besoins [...] en ce qui concerne le contrôle, le soutien social et les distractions positives » (38). Ces critères semblent être intéressants à intégrer à la matrice théorique.

L'architecte Anne Debarre met en avant la nécessité que le projet réponde à la réglementation des bâtiments qui encadre les constructions créant une norme dans les bâtiments (39). Dans ses recherches, elle exprime que l'« habitat est extensible au gré de mes humeurs, de mes relations de voisinage, [...] il peut se rétrécir, si moi-même je me replie sur moi, ne veux rencontrer personne.[...] D'où l'importance de la qualité du logement et de son isolation phonique » (39). Ainsi la représentation que l'être humain se fait de son habitat dépend de critère subjectif ce qui amène au second concept de bien-être. Ces éléments amènent des interrogations : comment satisfaire les besoins de personne singulière avec des bâtiments qui rentrent dans la « norme » ? Plus en lien avec le thème de cette initiation à la recherche, quelle est la place d'un thérapeute dans cette appropriation de l'espace ? Pour aller plus loin dans la réflexion, peut-il faciliter la transformation d'un lieu en un habitat ?

En somme, l'habitat est un lieu que l'homme choisit de s'approprier pour en faire son habitation en le modelant à son image. L'habitant y réalise ses activités de la vie quotidienne ce qui lie l'habitat et les sciences de l'occupation. La représentation de l'habitat dépend de critères subjectifs. Un être humain a besoin du sentiment de propriété et de sécurité pour habiter un lieu. La réglementation contraint l'aménagement des habitats pour uniformiser cette sécurité.

4.2 Concept de bien-être

Dans la deuxième partie de la question initiale de recherche, apparaît le concept de bien-être qui va à présent être éclairci.

4.2.1 Champs disciplinaires

Cette initiation à la recherche étudie l'existence d'un lien entre le bien-être et l'habitat ainsi les sciences humaines avec sa branche de la psychologie scientifique « consistant à étudier par

l'observation et par l'expérience les réactions d'organismes complets aux diverses conditions du milieu qui les entoure » (40) semble tout indiqué. Pour compléter la réflexion, l'éthique que Mercier définit comme « la réflexion qui intervient en amont de l'action et qui a pour ambition de distinguer la bonne et la mauvaise façon d'agir » (41) sera convoqué afin de réfléchir au choix des professionnels de santé concernant le sujet de cet écrit. Étant donné que le thème de l'initiation à la recherche nomme une maladie, il paraît important d'appeler le champ disciplinaire de la santé.

4.2.2 Aspect incontrôlable du bien-être

Selon la chercheuse à la haute école de santé publique Z. Perron « le bien-être est une notion multidimensionnelle qui fait l'objet de nombreux débats et de tensions quant à sa définition » (39). Il s'agit d'éclaircir les dimensions de cette « notion » dans cette partie. Le chercheur en sciences sociales R. Pawin déclare que « le bien-être est considéré comme la tonalité émotionnelle du sujet, tel qu'il la vit immédiatement, en dehors de tout processus réflexif et cognitif » (40). Cette tonalité est propre au sujet ne peut pas être contrôlée. Cette notion se corrobore dans le discours de A. Klein qui déclare que « le bien-être se dévoile comme la limite même du rapport de la sensation au monde conscient, car s'il est ressenti de manière consciente, il résulte pourtant d'un ensemble de décisions préconscientes opérées par le sujet corporel dans l'acte constitutif de sentir » (42). Par la suite, il ajoute que le bien-être à une part visible d'un ensemble plus grand qui correspond à la « sensation de santé » (42). Cette sensation s'apparente à la force vitale qui amène les êtres humains à maintenir et à poursuivre leurs existences (42).

4.2.3 Séparation entre l'aspect subjectif et objectif du bien-être

Il y aurait donc un aspect conscient au bien-être et celui-ci relèverait d'un instinct de survie. L'allusion de Klein s'appuie sur la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (43). Cette définition est un changement de paradigme. La prise en compte du « bien-être » dans les soins prodigués par le corps médical à un impact sur la vision de celui-ci lors des soins. Le docteur Lai complète en déclarant que le bien-être a plusieurs dimensions et doit toutes les prendre en compte aussi bien la dimension « physique » que celle « mentale » et « sociale » (44). Le bien-être relève de différents aspects, l'OMS le scinde en deux éléments : « le bien-être subjectif » (43) et le « bien-être objectif » (43). « Le bien-être subjectif peut comprendre la sensation affective [ce serait] une combinaison d'un sentiment de bonheur et de satisfaction à l'égard de sa vie » (43).

Concernant le « bien-être objectif » qui est relié « aux conditions de vie » dans le rapport, l'OMS déclare qu'il est déterminé « par la santé, l'éducation, l'emploi, les relations sociales, l'environnement (naturel et bâti), la sécurité, l'engagement civique, la gouvernance, le logement et les loisirs » (45).

4.2.4 Critères de l'aspect subjectif du bien-être

Z. Perron et son équipe ont défini les critères du bien-être subjectif comme le « bien-être hédonique (auto-perception d'autonomie, compétence, but dans la vie, dimension et événement sur lesquels on pense avoir le contrôle)[...] les états positifs et négatifs (expériences de joie, de bonheur, de fierté et d'anxiété, de tristesse, de douleurs) [...] l'évaluation de la vie (sentiment de sécurité) » (45). Le bien-être subjectif est donc une recherche du plaisir par les différents critères cités par l'auteur. Selon le professeur en psychologie Shankland R. « la mesure subjective du bien-être traduit ainsi le constat selon lequel la personne la mieux placée pour juger de la qualité d'une vie est l'intéressé lui-même » (46). La part subjective du concept de bien-être mène à une introspection pour définir sa « qualité ».

La part subjective du bien-être est donc définissable. Carole Ryff a développé le modèle de bien-être psychologique qui regroupe six dimensions. La première dimension est la présence de « relations positives avec autrui » (47) qui correspond à la présence d'« empathie réciproque » (47), d'une « intimité » (47) et d'une « affection » (47) dans les relations de la personne à son entourage social proche. La seconde est la « maîtrise de l'environnement » (47) qui reflète le fait de profiter des opportunités rencontrées par la personne et d'avoir un certain contrôle sur celle-ci. Il y a aussi « l'autonomie » (47) présentée comme l'indépendance dans le jugement de la personne vis-à-vis des « pressions sociales » (47). Une autre dimension est la présence d'« un sentiment de but » (47) défini comme l'attitude positive que la personne a d'elle-même et passe par l'acceptation de soi. Le « sens à sa vie » (47) représente le fait d'avoir des objectifs pour l'avenir. Pour finir, le « développement personnel » (47) s'apparente à faire évoluer favorablement à vision de la vie (47). Ses indicateurs s'appliquent aux adultes et ont vocation à être universel.

4.2.5 Bien-être et éthique

Dans le cadre de sa réflexion entre le bien-être et l'éthique Klein rapporte que l'éthique en tant que réflexion autour des « normes » est une clé pour parvenir au bien-être. Cette réflexion tente de parvenir à un « sentiment de la normativité », le résultat de l'adéquation vécue entre le sujet vivant et les normes qui le qualifient comme tel » (42). Klein introduit la notion de tiers

dans sa réflexion en déclarant que « les pratiques du bien-être nécessitent l'existence d'un autre, d'un guide qui en transmet les normes dessinant la possibilité d'un gouvernement de soi permit par le gouvernement de l'autre » (42). Cet « autre » est à l'origine des normes qui est utilisé comme référence en éthique et permet au sujet de faire des choix concernant son bien-être.

L'auteur pousse sa réflexion concernant l'impact de la relation sur le bien-être en indiquant que « le sujet humain social vivant au contact des autres, le rayonnement de ses propres normes induit que le gouvernement de soi est aussi un appel au gouvernement des autres par soi » (42). Ainsi les relations humaines influencent de manière réciproque la vision subjective qu'a le sujet du bonheur. L'« autre » est donc élément qui donne à la personne l'opportunité de subjectiver le bien-être. Ainsi la relation a toute sa place dans la construction du bien-être. Ce qui amène un questionnement sur : comment la relation entre être humain peut-elle être à l'origine du bien-être ? Dans le cadre des relations, il est parfois intéressant de mettre un tiers tel qu'une médiation. Quelle est la place de l'occupation par rapport au bien-être ? Le bien-être est influencé par l'environnement, quel est sa relation avec l'habitat ?

Le bien-être est un concept multidimensionnel, qui résulte d'un ensemble de décision préconsciente. Il ne peut donc pas être contrôlé mais est ressenti de manière consciente. La santé correspond à un état complet de bien-être physique, moral et social. Il ressort différents types de bien-être. Le bien-être subjectif est un sentiment de bonheur et de satisfaction à l'égard de la vie, c'est une recherche de plaisir. Chaque personne définit sa qualité de vie pour lui-même mais les chercheurs ont mis en avant six indicateurs. L'autre type de bien-être est objectif. Il dépend des conditions de vie de la personne. En éthique, le bien-être nécessite l'existence d'un tiers qui transmet la norme. Dans cette vision, la présence de l'« autre » permet la construction du bien-être.

4.3 L'occupation et l'éthique font le lien entre l'habitat et le bien-être

Après cette explicitation des concepts, le lien entre l'« habitat » et le « bien-être » va être exploré grâce à l'apport d'auteurs.

4.3.1 L'occupation un lien entre l'habitat et le bien-être

Selon l'ergothérapeute Royeen, le bien-être et l'environnement de la personne notamment son habitat, sont en lien par le biais de l'occupation. En effet, « l'environnement a un grand effet sur la participation d'une personne à une occupation valorisée » (48). Elle déclare que la participation aux occupations valorisées par la société a un impact positif sur le bien-être de la personne. A travers son étude, elle montre que les lieux de vie tels que les EHPAD peuvent

aider les résidents à lutter contre le stress et promouvoir leur bien-être. Pour cela, la conception du bâtiment doit favoriser quatre éléments : « le sens du contrôle » (48) du résident sur son environnement, « l'accès au soutien social » (48) par le biais de rencontres avec les autres résidents de l'établissement et les liens avec les soignants grâce à la présence d'espaces les invitant à se réunir, « l'accès à des distractions positives » (48) qui passe par un lieu de vie agréable avec la présence d'espaces verts et « le manque d'exposition aux distractions négatives » (48) .

L'enseignant en psychologie L. Ploton corrobore cette vision en appuyant sur l'importance des gestes de la vie quotidienne telle que laver des verres. Ces gestes et ces occupations quotidiennes sont un moyen de maîtrise de l'espace pour l'habitant. Ces gestes simples font de l'objet sa possession. Pour cela, il faut qu'ils aient un sens pour la personne afin que cette appropriation soit totale et non superficielle. Ainsi explorer « l'espace peut aussi être une façon de le maîtriser, à condition d'en avoir la possibilité matérielle » (49). Cette maîtrise étant un élément favorisant le bien-être de l'habitant.

4.3.2 Les approches concernant la relation individu - environnement

Dans sa définition du bien-être, Klein déclare que celui-ci « nous emporte au cœur du rapport intime du sujet vivant à son milieu » (39). La notion de « milieu » renvoie à la définition de l'habitat avec la dimension d'appropriation qui est propre à l'habitat. L'architecte A. Debarre quant à elle, ajoute que l'« environnement proche déteint sur notre état d'esprits et sur nos émotions » (50). Elle déclare que l'état d'esprit et les émotions influencent à leur tour le bien-être. L'habitat faisant partie de l'environnement proche, ce lien dont parlent les autres auteurs ressort à travers cette influence. Debarre considère que cette influence peut être positive ou négative. En fonction du bien-être, la perception de l'environnement proche est modifiable et l'habitant va pouvoir modifier son environnement en fonction de ses humeurs. Un environnement agréable va influencer positivement le bien-être de la personne. Ce qui amène la notion de subjectivité de la personne dans l'environnement, si le bien-être est subjectif, l'impact qu'il a sur l'habitat l'est aussi.

Le psychologue G. Moser complète ces influences en explicitant la relation entre l'individu et l'environnement grâce à trois approches (déterministe, interactionnelle et systémique). Celles-ci concernent l'ensemble des niveaux d'échelle de référence spatiale que ce soient les espaces privés, partagés, ou bien les espaces publics et l'environnement global (51). L'approche déterministe considère que « l'environnement façonne les comportements de

l'individu » (51). Dans cette approche, il y a un effet de causalité des changements entre nos deux concepts de bien-être et d'habitat. L'approche interactionnelle ou transactionnelle conceptualise le fait que l'« individu et l'environnement s'influencent mutuellement à travers la mise en relation des représentations de l'environnement par l'individu et des caractéristiques de l'environnement en question » (51). Les changements auraient une influence réciproque l'un sur l'autre. L'approche systémique modèle l'organisation de la société en se basant sur « l'homme et l'environnement en tant que système, considérant l'homme et l'environnement comme interdépendants » (51). Le point de vue est plus large, il place l'humain et l'environnement à égalité et les associe en tant qu'élément d'un système plus grand.

Au vu de ces différentes influences, l'auteur déclare que « le degré de contrôle que l'individu peut avoir sur l'environnement, le sentiment d'appartenance et l'appropriation environnementale sont directs dans l'espace privé » (51). Il est donc possible de mettre des choses en place dans les espaces personnels. Pour lui, des adaptations sont « envisageables au niveau des environnements partagés de proximité » (51). Elles doivent être « médiatisées par des représentants institutionnalisés au niveau des environnements collectifs publics » (51) et sont « difficilement envisageables au niveau global » (51). Les adaptations et leurs impacts sur le bien-être des individus dépendent du type de lieu à adapter.

Lorsqu'un tiers vient agir en modifiant l'habitat, il a plusieurs visions possibles de la « bonne façon » de mener ces modifications. Il peut appliquer sa vision du bien-être à l'habitat d'une autre personne ou essayer de se mettre à la place de cette autre personne en se renseignant sur sa vision du bien-être au sein de l'habitat. La personne extérieure va donc devoir réfléchir et mener une délibération afin de guider ses actions. Pour cela, elle peut s'appuyer sur les principes de l'éthique. Il y a plusieurs visions de l'éthique. Pour une partie des auteurs, c'est « une démarche prescriptive » (52) qui amène « des repères, [...] les valeurs et les principes fondamentaux » (52) afin de « dénoncer les mauvaises pratiques, et produire des recommandations ou des lignes directrices » (52). D'autres auteurs pensent que l'éthique est « une démarche réflexive » (52) qui interroge « les valeurs qui devraient gouverner l'action ». Ils l'assimilent à « un questionnement sur les principes qui commandent nos choix individuels et nos décisions collectives » (52). Ces deux démarches se retrouvent dans la dimension d'adaptation de l'habitat d'une personne par une autre personne et la façon dont la vision du bien-être peut influencer ces actions. L'éthique peut offrir des repères nécessaires à la réalisation de ces actions mais peut aussi être le lieu du questionnement de la personne qui conceptualise les actions d'adaptation de l'habitat.

4.3.3 L'aspect éthique de l'habitat

Le terme d'éthique vient du grec « éthos » signifiant « le séjour habituel, les lieux familiers, la demeure » (52) et du latin « ethicus » qui désigne « la morale ainsi que la discipline philosophique, dans ses dimensions pratiques et normatives, dans son milieu écologique et humain » (52). A travers cette étymologie, la discipline de l'éthique présente un lien avec l'environnement social et physique de l'être humain (52).

Le professeur d'éthique médicale Hirsh et le philosophe F. Gzil déclare que des réflexions éthiques autour des « lieux de résidence [...] font appel » :

- « à la dignité de l'individu » (52) que l'on retrouve aussi dans le code de la santé publique comme une obligation du personnel soignant (53). Pour l'OMS, la dignité représente « la valeur et l'estime de chaque individu ». Pour l'honorer, il faut respecter les droits fondamentaux de la personne qui sont le fait : d'« être à l'abri de la violence et des maltraitances, des discriminations, d'être autonome et de s'autodéterminer, d'être inclus dans la vie de la communauté et de participer à la prise de décisions politiques » (54).

- « respect envers ses semblables » (52), le terme de respect correspond au « sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît et à se conduire envers lui avec réserve et retenue » (55). Cet aspect amène donc l'être humain à reconnaître la valeur de ses semblables et d'adapter son action en conséquence.

- « libre choix quant à l'organisation de sa demeure » (52), cet élément apporte une vision d'autodétermination de la part de l'habitant. Il est important que la personne qui réalise les adaptations prenne en compte cet aspect lors de ses choix concernant l'habitat.

- « autonomie dans son espace de vie » (52), ce potentiel d'action qu'est l'autonomie est défini par le professeur en sciences de l'occupation Foray comme la « capacité d'agir sans avoir besoin des autres » (56). Ainsi une fois l'habitat adapté la personne doit pouvoir réaliser ses occupations sans aide humaine au sein de son habitat. « L'environnement physique et/ou architectural peut également contribuer à augmenter la dépendance de ses usagers comme à promouvoir leur autonomie » (52). Il paraît donc important d'y porter une attention particulière pour promouvoir le bien-être de l'habitant.

4.3.4 Modèle de résolution des problématiques éthiques concernant la vision du bien-être applicable aux actions d'adaptation de l'habitat

A travers les précédents paragraphes, il est ressorti l'intérêt de l'éthique dans les actions concernant l'adaptation de l'habitat. Cette partie va présenter un modèle qui permet aux professionnels de santé de faciliter leurs réflexions en la structurant par des étapes précises qui peuvent se retrouver dans différentes situations. L'enseignante canadienne en éthique M-J Drolet déclare que son modèle profite à être utilisé en équipe puisque la vision personnelle de chaque professionnel vient enrichir la réflexion et favorise un approfondissement de l'analyse.

Etape 1 « Décrire la situation afin de dégager la problématique éthique » (57) de manière « factuelle, précise et concise » (57). L'auteur conseille de se limiter à une phrase qui doit répondre à la question : « quels sont les principaux éléments de la situation qui résument la problématique éthique ? » (57). La personne est amenée à identifier les éléments qui résument la problématique.

Etape 2 « Reconnaître et critiquer ses réactions morales spontanées » (57). D'abord, en répondant à la question « quelles sont mes réactions morales spontanées par rapport à la situation ? » (57). Le professionnel identifie la résonance de cette situation pour lui. Puis, s'interroge : « ses premières réactions morales sont-elles légitimes et désirables ? » (57). Cette étape permet de prendre de la distance avec la décision et d'éviter d'influencer la décision de manière arbitraire (57).

Etape 3 « Enumérer et vérifier les principales hypothèses explicatives » (57). Répondre à « qu'est ce qui contribue à expliquer la situation ? » (57). Enumération des principaux phénomènes susceptibles d'expliquer la situation c'est-à-dire les principales hypothèses explicatives plausibles de la situation. Ils peuvent être liés aux personnes, aux structures et aux institutions gouvernementales. Dans un deuxième temps, les professionnels sont invités à vérifier le fondement de ces hypothèses en explicitant la situation.

Etape 4 « Reconnaître et analyser les principaux dilemmes éthiques » (57). Ces dilemmes éthiques obligent les professionnels à trancher entre plusieurs possibilités recevables mais non compatibles. Il s'agit de répondre aux questions : « quels sont les principaux dilemmes éthiques que soulève la situation ? » et « comment les théories éthiques peuvent-elles éclairer ces dilemmes ? » Pour cette étape, le groupe est une vraie ressource permettant de confronter les valeurs et les normes de chacun à la situation qui pose problème.

Etape 5 « Définir les principales alternatives et leurs conséquences » (57). Il est conseillé de décrire les principales alternatives puis leurs conséquences qu'elles soient positives ou négatives. Les différentes personnes impactées par cette décision avec un point de vue le plus large possible sont identifiées. Dans une décision éthique, il est nécessaire d'augmenter les conséquences positives et de diminuer les conséquences négatives. Il est important d'appliquer la bienfaisance qui représente la justesse et l'exemplarité des actions et la bienveillance qui traduit par la volonté de bien agir.

Etape 6 « Dégager les termes, phénomènes, procédures, normes ou valeurs à clarifier » (57). Lors de cette étape, les participants vont nommer l'ensemble des éléments de la situation à clarifier. Ils identifient les procédures qui sont basés sur les politiques institutionnelles. Ils font ressortir les règles morales, les principes éthiques, les valeurs idéales ou agissantes (57).

Etape 7 « Clarifier les termes, phénomènes, procédures, normes ou valeurs à hiérarchiser » (57). Cette étape répond à la question : « quels sont les éléments d'information pouvant et devant éclairer la situation ? » (57). Pour y répondre, les professionnels vont réaliser des recherches documentaires afin de clarifier les éléments choisis dans l'étape précédente.

Etape 8 « Hiérarchiser les termes, phénomènes, procédures, normes ou valeurs » (57). Cette étape détermine quels éléments identifiés et définis vont orienter la décision et les actions concernant la problématique éthique. Les professionnels classent les éléments par ordre d'importance. Différents points de vue sont possibles. L'auteur recommande de s'orienter vers les solutions les « mieux documentés et les mieux justifiés » (57).

Etape 9 « Prendre une décision et la justifier par des arguments convaincants » (57). Cette étape est cruciale, les professionnels font un choix et décident ensemble d'assumer les conséquences de celui-ci et des actions qui en découlent. Cette prise de décision est l'une des responsabilités éthiques. Pour aider à la prise de décision, l'auteur recommande de tester cette décision en la présentant à des personnes qu'il estime avoir une « sagesse décisionnelle » (57). L'auteur conseille de passer cette décision au test du temps. Une décision éthique sera plus aboutie si elle s'appuie sur des arguments et se fait en dehors de l'emprise des émotions. Pour cela, il faut du temps pour mettre à distance le questionnement. Il est important de présenter au moins 3 arguments convaincants. L'auteur recommande d'utiliser des arguments en 4 temps : « Enoncer la raison, expliquer la raison, justifier la raison, illustrer la raison (57).

Etape 10 « Evaluer la décision et les actions réalisées » (57). Cette étape est un moment pour s'interroger : « Est-ce que la décision prise et les actions réalisées ont été adéquates ? »

(57). Ce temps d'évaluation est une occasion d'améliorer la résolution de problématique dans l'avenir. Cette démarche doit rentrer dans un processus d'évaluation et d'amélioration des pratiques régulières effectuées par l'équipe afin d'améliorer les soins proposés.

Il serait intéressant d'observer si les professionnels réalisent ce type d'étape lors de la réalisation de leur problématique éthique.

Les concepts d'habitat et de bien-être sont liés par plusieurs éléments notamment la participation à une occupation valorisée qui augmente le bien-être et permet à la personne de maîtriser son habitat. Les lieux de vie favorisent le bien-être s'ils apportent 4 éléments. L'environnement déteint sur l'état d'esprit et les émotions qui influencent le bien-être. Les adaptations de l'habitat pour favoriser le bien-être sont conseillées dans les espaces privés mais difficilement transférables dans les espaces communs. Les personnes modifiant l'habitat peuvent se mettre à la place de l'habitant ou appliquer leur vision à la situation. Pour choisir, elles peuvent se référer aux principes éthiques. Il y a différentes démarches, la descriptive qui consiste à appliquer les principes et la réflexive qui est une réflexion sur les valeurs qui guident l'action. L'éthique est l'application de la norme à un cas particulier. Il existe des modèles de résolution des problèmes éthiques pour les professionnels de santé.

4.4 La matrice théorique

A travers l'explicitation des concepts, des éléments principaux sont ressortis notamment ceux d'espace personnel et d'espace commun pour le concept d'habitat. Et les notions de bien-être subjectif et objectif pour le concept de bien-être. Des indicateurs de ses attributs principaux sont ressortis (cf annexe 5).

4.5 Problématisation théorique

Après l'éclairage des concepts dans le cadre des champs disciplinaires choisis, des questions théoriques ressortent : comment faire coïncider l'aspect intime de l'habitat avec la vie en communauté ? Pour aller plus loin dans cette réflexion, comment modeler l'habitat qui est un lieu d'expression de la personnalité humaine dans un lieu qui est partagé ? Concernant l'aspect subjectif du bien-être, quelle place prend l'aspect subjectif du bien-être du résident dans l'adaptation de l'habitat ? et d'un autre angle, quelle place prend l'aspect subjectif du bien-être du thérapeute dans l'adaptation de l'habitat ?

Dans le cadre de l'appel de l'éthique concernant la question initiale de recherche, se retrouve la question de la problématisation pratique : quelles sont les valeurs personnelles et professionnelles sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer lors de l'adaptation de l'habitat ? Au niveau de sa pratique, sur quelles valeurs éthiques le thérapeute se base-t-il pour prendre des décisions concernant l'adaptation de l'habitat ? Et concernant la prise de décision, comment les professionnels réalisent-ils leur décision concernant l'adaptation de l'habitat ? Plus précisément, quels est leur mode de prise de décision ? Sur quel termes, phénomènes, procédures, normes et valeurs s'appuie-t-il ? Pour voir plus large, quel est la place de l'institution dans ces décisions ? L'habitant est au centre de ce processus mais finalement, quelle est la place ses préférences ? Avec un public qui a des difficultés à exprimer ses désirs, comment les choix sont-ils effectués ? Comment se sent l'habitant quand c'est une autre personne qui conçoit et adapte le lieu dans lequel il vit ? Au-delà de ça, comment l'ergothérapeute prend-t-il en compte le bien-être dans ses actions ?

Question de recherche

Lors de son intervention auprès du résident en EHPAD, comment les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute sur le bien-être peuvent-elles orienter la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat ?

4.6 Objet de recherche

Cette initiation à la recherche aura pour objet : l'étude des valeur personnelles et professionnelles sur le bien-être qui oriente la conceptualisation de l'ergothérapeute lors de l'adaptation de l'habitat du résident en EHPAD.

5 Matériel et méthode

Dans cette partie va être présentée la réflexion autour de la construction de l'outil de recherche, son test et sa réalisation.

5.1 Le Choix de la méthode de recherche

Il s'est posé la question du choix du type d'étude entre un recueil de données quantitatives ou qualitatives. Etant donné que l'objet de la recherche interroge un phénomène subjectif, celui des valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute concernant le bien-être. La méthode **de recherche qualitative** a été choisie puisqu'elle s'intéresse à « un phénomène social en milieu naturel. [Son] but est de connaître les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité » (58). Cette méthode semble adaptée car elle permet d'interroger les « facteurs qui conditionnent » (58) l'action. Les facteurs conditionnent la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat seront interrogés. Cette méthode présente l'inconvénient d'être sujet à de nombreuses variables que l'enquêteur ne peut pas contrôler et de se baser sur la subjectivité des ergothérapeutes interrogés, ce qui peut être à l'origine de biais. Il faudra être vigilant à ses biais, les solutions proposées pour diminuer ses biais sont présentées plus bas.

La **méthode clinique** « s'intéresse à la clinique du sujet en tant qu'être humain ayant conscience d'être au monde » (59). Elle est fondée sur l'écoute et l'interprétation des signes recueillis auprès d'un sujet. Dans le cadre d'une méthode clinique, le chercheur s'intéresse à « l'individu en tant que sujet singulier, son récit, son histoire, sur le phénomène mis à l'étude par le chercheur. Le narrateur doit pouvoir se raconter, s'écouter et réfléchir à ce qu'il dit ou a dit » (59). Ce type de méthode semble donc adaptée à une recherche qui s'intéresse aux valeurs.

5.2 La population cible

Pour répondre à l'objet de recherche, un recueil de témoignages d'ergothérapeutes travaillant dans un EHPAD sera réalisé.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Être ergothérapeute diplômé d'état ;
- Ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé il y a moins de 10 ans en EHPAD ;
- Ergothérapeutes travaillant en France, parlant français et volontaires pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- Ne pas être diplômé d'état en France ;
- Les ergothérapeutes ne parlant pas français pour éviter les biais dû à la traduction ;
- Ergothérapeute n'ayant pas travaillé ou ne travaillant plus en EHPAD depuis plus de 10 ans.

Le choix d'ouvrir le critère de sélection aux personnes ayant travaillé il y a moins de 10 ans en EHPAD permet de laisser la place à des ergothérapeutes qui ont une expérience en EHPAD et qui ont pu réfléchir autour de celle-ci. La limite des 10 ans permet que cette pratique ne soit pas trop ancienne et le témoignage de ces ergothérapeutes ne soit pas trop déformé par le temps entre leur pratique et la réalisation de l'entretien.

5.3 Les sites d'exploration

Les participants sont recrutés par le biais d'annonces sur des pages Facebook® spécialisées en ergothérapie. Les personnes ayant répondu au questionnaire de l'enquête exploratoire ont aussi été sollicitées pour leur proposer un entretien. Ils sont choisis en fonction de leur volonté personnelle à participer et du respect des critères de sélection.

5.4 Le choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données

Il existe différents outils pour récolter des données quantitatives notamment l'observation ou l'entretien. L'outil de recueil de données choisi est **l'entretien** puisque c'est le « plus adapté pour récolter des informations qualitatives et propre au sujet échange oral entre l'interviewer et l'interviewé » (60). Ce type d'outil donne la possibilité de « rentrer dans les détails d'avoir des données qualitatives grâce à un cadre qui permettra la mise en confiance de l'interviewé afin de permettre le dépôt de l'intimité. Afin de se plonger dans le vécu et la vision de l'autre » (60). Ce rapprochement de la vision de l'autre est au cœur de notre étude des valeurs. Bien que cet outil semble tout à fait adapté, il faudra être vigilant puisque les informations récoltées sont « empreintes de la subjectivité de l'interviewé et de celle de l'enquêteur » (60). Cet inconvénient devra être pris en compte lors de l'analyse des données afin que le chercheur prenne de la distance concernant les informations récoltées.

Il existe différents types d'entretiens : l'entretien directif, semi-directif et non-directif. **L'entretien non directif** a été choisi car c'est celui où « la liberté d'expression de l'enquêté est la plus grande » (60). C'est un avantage pour la recherche qui cherche à favoriser cette libre expression. De plus, le chercheur souhaite partir sans a priori afin de ne pas influencer la recherche, ce qui est un avantage de l'outil. Pour réaliser ce type d'entretien « l'enquêteur pose une question inaugurale, qui lance le thème » (60). L'aspect non directif de l'entretien peut avoir l'inconvénient que l'ergothérapeute dévie ou ne sache pas quoi répondre. Pour éviter cela, la question doit être soigneusement choisie, elle doit être « suffisamment ouverte » (60) afin de favoriser l'« expression libre et spontanée du sujet » (60) autour d'un thème. La question inaugurale doit aussi être « suffisamment précise » pour donner la « direction de l'enquête » (60) sans pour autant « influencer le type de réponse de l'interviewé » (60).

5.5 L'anticipation des biais et les stratégies pour les contrôler ou les atténuer

Afin de diminuer les biais qui peuvent influencer la recherche, ceux-ci vont être identifiés en amont et des stratégies pour les contrôler ou les atténuer vont être mise en place.

Biais méthodologique se traduit « par une mauvaise formulation des questions » (30). Pour éviter ce biais, le chercheur a été vigilant à poser une question inaugurale neutre et sans ambiguïté. Tout au long des entretiens, le chercheur sera vigilant à la formulation de ses relances pour que les questions soient précises, simples et courtes.

Biais affectif est une « déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation » (30). Le jugement moral peut donc être influencé par les émotions du chercheur. Pour atténuer ce biais, la théorie conseil de « prendre conscience que nos états d'âme du moment peuvent interférer sur la qualité du recueil de l'information » (30). Le chercheur essaiera de prendre de la distance avec ses émotions au moment des entretiens. De plus, l'entretien sera enregistré pour permettre au chercheur de prendre de la distance sur ses émotions lors de l'écoute à froid.

Biais de désirabilité sociale désigne un « comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé » (30). Pour diminuer ce biais, le chercheur rappellera l'aspect anonyme de l'entretien et la position de non-jugement.

Le **biais lié à l'effet de primauté** consiste à « donner une importance exagérée à ce qui se passe au début du recueil d'information » (30) et le même mécanisme avec l'**effet de récence** qui « donne une importance exagérée à ce qui se passe à la fin du recueil d'information » (30). Le fait d'avoir conscience de l'existence d'un tel biais permet de ne pas sous-estimer les informations données au milieu de l'entretien. Cette conscience sera complétée par le fait de pouvoir revenir sur l'entretien a posteriori grâce à l'enregistrement des données.

Le **biais cognitif** est lié à l'utilisation d'un vocabulaire spécifique (30). Ce biais est atténué par le fait que les entretiens sont réalisés avec des ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Ils sont donc censés partager le vocabulaire lié à la prise en soin de ces personnes.

5.6 La construction de l'outil théorisé de recueil des données

L'outil de recherche est basé sur la question de recherche. Les principes d'anonymat et de non-jugement sont rappelés pour favoriser le climat de confiance et atténuer le biais de désirabilité sociale. Les entretiens ont été réalisés par visio-conférence via l'outil Zoom® afin de donner accès à l'aspect non verbal de la communication ce qui facilite l'échange. Ce choix

a été effectué pour respecter les consignes ministérielles dues à la crise sanitaire. Cela d'élargi l'échantillon d'ergothérapeutes pouvant participer à la recherche. L'outil a été réfléchi par le chercheur puis retravaillé avec un groupe de chercheurs pour diminuer les biais et préciser la formulation de la question initiale de recherche. Les détails de l'entretien sont présentés dans le tableau présentant l'outil théorisé de recueil de données (annexe 6)

L'enquête porte sur les pratiques professionnelles et repose sur des entretiens auprès de professionnels de santé. Dans ce cadre-là, selon la loi de mai 2017, la loi Jardé ne s'applique pas ainsi il n'a pas été nécessaire de soumettre l'enquête à un comité de protection des personnes. Il suffit de récolter l'accord des participants et d'avoir l'accord des responsables de la structure encadrante. Cet accord étant obtenu, l'enquête a pu être menée. (31)

5.7 Test de faisabilité et de validité du dispositif auprès d'une cohorte d'entraînement

La faisabilité et la validité du dispositif de recherche ont été testées avec une ergothérapeute travaillant en EHPAD. Cet entretien a été l'occasion de vérifier la pertinence de la question inaugurale et du début de la présentation. Ce test fut aussi l'occasion pour le chercheur de s'approprier la passation d'un entretien non-directif, le cadre d'écoute et les différents types de relances. Cet entretien a aussi permis de tester le dispositif d'enregistrement.

Ce test fut l'occasion de se rendre compte qu'il manquait des précisions au début de la recherche, notamment le fait de préciser l'objet de recherche et définir le terme Valeur. En effet, l'ergothérapeute interviewé a demandé de rappeler le thème de la recherche et une définition de ce terme lorsque la question initiale a été posée.

5.8 Le déroulement de l'enquête

Le chercheur a réalisé un entretien avec trois ergothérapeutes différents qui rentraient dans les critères de sélection. Le nombre de participants permet de recueillir plusieurs avis afin d'avoir une image large de la vision des ergothérapeutes sur l'objet de recherche. Il a été limité à trois par mesure de faisabilité de l'enquête dans le temps imparti. Ces trois ergothérapeutes seront présentés dans la partie présentant les résultats. Les trois entretiens se sont déroulés par visio-conférence et ont été enregistrés sur le téléphone et via l'option enregistrement de la plateforme pour éviter toute perte de données. Pour respecter l'anonymat des participants, les ergothérapeutes sont nommés A, B, D.

L'entretien a débuté avec les informations prévues lors de la conception de l'outil de recherche. Pour aider l'ergothérapeute à développer son propos, différentes techniques de relance ont été utilisées telles que la « reformulation » (62), la technique de l'« écho-miroir qui consiste à répéter un mot, un groupe de mot ou une phrase » (62) et le « recentrage cela consiste à reprendre la question de départ ou à relancer sur un développement intéressant pour limiter les digressions » (62). Le chercheur a aussi réalisé des « demandes d'informations complémentaires : cela consiste à inviter l'interlocuteur à donner des précisions pour décrire une situation » (62) et des « demandes d'éclaircissement : cela consiste à jouer le naïf, l'incompréhension volontaire » (62). De plus, tout au long de l'échange, le chercheur a montré des « marques d'écoute : cela consiste à manifester (verbalement ou pas) sa compréhension et son intérêt afin d'inviter la personne interrogée à poursuivre son discours » (62). Ces différentes techniques ont permis d'aller plus en profondeur dans les informations tout en restant dans le cadre de la recherche.

Ainsi le premier entretien réalisé est celui de Monsieur D qui a duré 34 min, suivi respectivement d'un entretien de 44 min avec Madame A et 43 min avec Monsieur B.

5.9 Le choix des outils de traitement et d'analyse des données

Après avoir été réalisés et enregistrés, les entretiens ont été entièrement retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word[®] en utilisant leur enregistrement (annexe 7,8,9). Les éléments pouvant trahir l'identité des ergothérapeutes ont été modifiés entre crochet pour respecter l'anonymat.

L'analyse des données commencera par la présentation des différents ergothérapeutes et de leur parcours pour mieux comprendre qui sont les auteurs des discours. Par la suite, une analyse de contenu manuel sera réalisée, c'est « une tentative pour sortir l'analyse des données textuelles, [...] et pour lui donner un statut scientifique » (63). L'analyse a pour but de montrer comment les propositions sont liées entre elles.

Ce type d'analyse sera effectué en deux parties, premièrement l'analyse verticale. Les entretiens seront lus individuellement, faisant émerger des thèmes retrouvés dans plusieurs entretiens. Ces thèmes sont regroupés dans la grille d'analyse des entretiens (cf annexe 10). Les entretiens sont repris en surlignant les différents éléments de chaque thème d'une couleur différente. Les citations surlignées ont ensuite été réunies dans un tableau (cf annexe 11). Le discours concernant ces thèmes a ensuite été analysé, discours de chaque ergothérapeute venant enrichir celui des autres.

Puis l'analyse horizontale qui met en avant les différents éléments concernant les valeurs et leurs origines au sien du discours d'un seul ergothérapeute afin de « reconstituer la cohérence du discours » (63). Enfin, une partie présentera une vision générale qu'un ergothérapeute peut avoir concernant les valeurs sur le bien-être qui oriente sa conceptualisation de l'adaptation de l'habitat en EHPAD.

6 Les résultats

Cette partie présente les résultats obtenus grâce aux entretiens.

6.1 Analyse descriptive

Cette partie décrit les ergothérapeutes avec qui les entretiens ont été réalisés pour donner le contexte de leurs discours.

Monsieur D est un ergothérapeute de 26 ans qui a obtenu son diplôme en juin 2018. Il a d'abord travaillé pendant un mois et demi en SSR. Il travaille depuis trois ans dans un EHPAD qui a une capacité d'accueil de 88 résidents avec une équipe composée d'aides-soignantes, d'infirmière, d'un médecin et d'une infirmière coordinatrice, d'une psychologue, d'une responsable hébergement, d'ASH, du personnel administratif, des kinésithérapeutes libéraux, des orthophonistes et ponctuellement d'une psychomotricienne. Etant hors du cadre hiérarchique, il entretient des relations transversales avec ces différents acteurs. Il habite dans un appartement en location de 17 mètres carrés. Son bien-être est favorisé par une bonne connexion internet et ses passions extérieures lui permettent de s'évader ainsi que le projet d'un futur changement de logement.

Madame A est une ergothérapeute de 27 ans diplômée en 2018. Avant son diplôme, elle a eu une expérience de travail en EHPAD en tant qu'ASH faisant fonction d'aide-soignante. L'ergothérapeute A a travaillé 10 mois, purement en EHPAD et en service de médecine convalescence. Puis elle s'est spécialisée dans la filière Alzheimer. Aujourd'hui, elle travaille en unités d'hospitalisation renforcée et dans un PASA dépendant tous les deux d'un EHPAD. Ainsi elle garde un lien avec les services d'EHPAD en collaborant avec les équipes lorsqu'elle va chercher les résidents. Pour favoriser son bien-être, elle a besoin d'un environnement organisé, épuré et lumineux afin organisé ses pensées. Elle habite dans un appartement avec un accès rapide à l'extérieur. Pour se sentir bien, elle a besoin d'avoir un endroit de verdure et en même temps être proche des commerces de la ville.

Monsieur est un ergothérapeute de 43 ans. Il exerce depuis 21 ans, il a d'abord travaillé en centre de rééducation puis en EHPAD avant de créer son réseau de proximité de professionnels paramédicaux sur toute la France. Depuis 10 ans, il travaille en lien avec des EHPAD en se rendant auprès des équipes pour des problématiques particulières et pour réaliser des séances de formation pour les équipes. Il travaille en collaboration avec des architectes pour construire des EHPAD. Il est impliqué dans un projet de recherche sur la prévention des chutes avec un nouvel appareil e-tect pour diminuer le risque de chutes. A côté de cela, l'ergothérapeute est

investi dans des associations professionnelles à différents niveaux et participe régulièrement à l'écriture de recommandation pour la pratique en ergothérapie. Il habite dans une maison type 6 dans un village et déclare que son bien-être y est favorisé par l'espace, le calme et la luminosité.

6.2 Analyse verticale

Cette partie présente les éléments concernant les différents thèmes au sein des trois entretiens.

6.2.1 Pratique de l'ergothérapeute autour de l'adaptation de l'environnement

Cette première partie traite des pratiques des ergothérapeutes au sein de leur EHPAD pour mieux comprendre les éléments influençant la conceptualisation. Lors de l'admission, d'un nouveau résident, il y a différentes organisations possibles. Soit réaliser une « visite de pré-admission » évoqué Mr D L221 avant l'arrivée d'un nouveau résident pour prendre contact avec lui et sa famille et d'anticiper le matériel pour l'entrée. L'ergothérapeute peut aussi déjà connaître une partie des entrées grâce à son poste hospitalier Mme A L88 ou bien consulter le « dossier médical papier » Mme A L95 pour les résidents arrivants du domicile. Une fois la personne arrivée « le médecin fait toujours une prescription pour une évaluation ergo » Mme A L97 100. À la suite de la prescription, l'ergothérapeute réalise l'évaluation dans « l'idéal [...] le 2e jour mais parfois ça arrivait la deuxième semaine [à cause d'autres priorités] » Mme A L 163 165 et l'évaluation peut avoir lieu à la suite à d'une demande de la personne. Ensuite, elle « met en place l'idée [...] on fait un essai sur 24 à 48 heures pour voir si ça fonctionne » Mme A L 291 294. L'ergothérapie « c'est faire en sorte de répondre de façon unique à chaque cas, chaque résident » Mr B L 249 ce qui passe par chercher ce qui peut « rendre service à la personne » Mr B L251 en se souciant « du besoin de la personne » Mr B L292. Pour cela, il va « adapter [sa] prise en charge » Mr B L303 en fonction des priorités qu'il va fixer « pour elle et avec elle » Mr B L305. Ainsi « l'ergothérapie ça dépend » Mr D L63, l'ergothérapeute adapte donc ses choix et ses actions à la personne qu'il prend en soin.

Pour que les adaptations réalisées par l'ergothérapeute soient bénéfiques au résident et utilisées par l'équipe, l'ergothérapeute doit « trouver à chaque fois des compromis entre les besoins de la personne et puis les contraintes aussi de l'équipe » L123 Mr B. Il est nécessaire de prendre du temps pour expliquer l'importance de ces actions d'adaptation de l'environnement aux équipes L158 Mr B. L'ergothérapeute à un rôle « l'information [des équipes] et l'évaluation » Mr D L256 des résidents, il peut réaliser des formations auprès des

équipes Mr B L503. Ces temps d'échanges Mr D L137 ont lieu lors des réunions d'analyse de pratiques et des staffs des services Mr D L 106 et Mme A L 191. Pour la communication avec l'équipe les ergothérapeutes passent soit par « l'oral » Mme A L271 soit en mettant en place des outils de communication Mr B L173 tels que des « transmissions écrites » Mr B L 176 et des « pictogrammes » Mr B L 176.

L'ergothérapeute peut aussi préparer les visites des familles notamment le positionnement du résident L70 Mme A et l'adaptation des environnements de vie commun Mme A L 69. A côté de leur pratique, les ergothérapeutes peuvent collaborer « avec des architectes pour construire des EHPAD » L504 Mr B et mettre en place des projets de recherche L465 Mr B. Ainsi les actions qu'un ergothérapeute peut mener au sein d'un EHPAD sont diversifiées.

6.2.2 Bilan et outils utilisés par l'ergothérapeute

Afin d'objectiver leurs pratiques, tous les ergothérapeutes interrogés ont recours à des bilans afin de proposer des adaptations correspondant aux capacités et aux besoins du résident. Ils utilisent tous les trois des entretiens. Un ergothérapeute explique que c'est pour « connaître un peu son parcours de vie, pour savoir d'où il part à peu près, ses capacités et ses attentes » Mr D L 38. Lors de ses entretiens, une ergothérapeute déclare avoir appris à laisser « à la personne le temps de s'exprimer, elle va nous donner des informations qu'on n'a pas forcément questionné » Mme A L 243 245. Cet échange est complété par d'autres bilans. L'utilisation d'un « bilan maison » L107 Mme A qui est un bilan fonctionnel avec une partie sur l'environnement Mme A L107 permet de recueillir des informations sur les « habitudes de vie à la maison, la configuration de son espace de vie surtout de son espace nuit » Mme A L 107-110. Une autre grille d'« évaluation propre à son lieu de travail » Mr D peut être utilisée pour faire l'état des lieux des « capacités préservées » Mr D L41. Ses bilans sont complétés par des bilans validés tels que « la MMS et le GIR » Mr D L96 98 ou bien « l'ADL avec le Tinetti pour objectiver les problématiques de mobilité [et] la SEGA qui est une grille sur la fragilité » Mr B L72. Il est important d'objectiver les actions avec des bilans pour « connaître les besoins de la personne » Mr B L62. Il est ressorti deux éléments à évaluer avant l'adaptation de l'environnement : « la personne et le logement » Mr B L65. Pour évaluer l'environnement, selon lui, il n'existe pas d'outils propres au métier d'ergothérapeute aujourd'hui Mr B L73. Il est possible de comparer l'environnement aux standards donnés dans les textes de loi Mr B L74. Puis de s'intéresser à l'« usage » Mr B L76 que la personne fait de son habitat. L'usage est parfois différent de la norme législative et des recommandations de la Haute Autorité de

Santé Mr B L382 382. Les informations récoltées par les bilans aident à par la suite les ergothérapeutes à conceptualiser ces actions d'adaptation de l'environnement.

6.2.3 Processus de conceptualisation de l'adaptation de l'habitat.

La conceptualisation est une réflexion qui va permettre de lever les « obstacles environnementaux avec des préconisations d'aides techniques ou d'adaptation de l'habitat avec des travaux ou de domotique » Mr B L79 80. Il y a différentes manières de faire conceptualiser l'adaptation de l'EHPAD par les ergothérapeutes. Une ergothérapeute a l'habitude de « réfléchir en amont avec l'équipe et avec la personne comment organiser l'environnement » Mme A L77 78. Ainsi elle a son idée naît puis elle va tester sur le terrain. Un autre a « besoin de connaître la personne dont on parle, [...] de la connaître personnellement. [...] à travers mes bilans. [...] à travers les yeux de mes collègues [...] essayer de définir un peu les contours de la personnalité du patient » Mr D L56 60. Il se faire une idée globale de la situation pour proposer les adaptations les plus adaptées. Après avoir étudié les bilans, un ergothérapeute fait le lien entre « les usages, les besoins de la personne et les obstacles environnementaux » Mr B L78. Pour décider quel projet est le meilleur, l'ergothérapeute voit avec la personne ce qu'elle souhaite puis compare avec ce qu'il estime le mieux en tant que professionnel et prend en compte les décalages entre les croyances de la personne et les constats effectués sur le plan médical ou technique Mr B L 46 50.

6.2.4 Formulation de demande d'adaptation

Les demandes d'adaptation de l'habitat peuvent venir de la personne, l'ergothérapeute attend de « voir si elle a des requêtes » Mme A L 101 puisque « c'est avant tout [la personne] qui dicte le projet » Mr B L44. La famille ou plus généralement « l'aidant le plus proche » Mr B L109 formule aussi souvent des demandes comme le rapportent les trois ergothérapeutes : Mr D L 224, Mme A L 44 et Mr B 109. L'adaptation de l'environnement commun peut être réalisé pour des occasions particulières comme les visites de famille pour qu'il soit à la fois « intimiste », « convivial » et « être bien installé » Mme A L 43 à 48. Une autre source de demandes d'adaptation est l'équipe Mme A L270 et Mr B 117. En effet, l'ergothérapeute doit « aménager la chambre en fonction des besoins de la personne, mais aussi en fonction des activités des aides-soignantes » Mr B L 118.

6.2.5 Les problématiques éthiques rencontrées

Une des problématiques éthiques rencontrées lors de la conceptualisation de l'adaptation de l'EHPAD concerne la « balance bénéfice risque » des actions pour le patient Mr

D L50 et pour l'équipe Mr B L151. Il y a aussi un questionnement sur comment définir la priorité dans les prises en soin L165 Mme A. Pour le moment, l'ergothérapeute privilégie la qualité du soin quitte à faire attendre un peu le résident L166 Mme A. Les prises en soin qu'elle considère comme urgente sont celles qui concernent « quelqu'un qui a eu des troubles du comportement ou des troubles cognitifs » Mme A L170 ainsi que celle ayant un fort « risque de chute [...] les troubles de la déglutition pour une installation au repas. Les troubles du sommeil [...] liés à un problème d'environnement » Mme A L174 175. Un ergothérapeute déclare qu'il est important de « toujours se poser la question pourquoi je le fais ? » Mr B L334. Il raconte se questionner sur le sens de sa pratique et de ses actions L 340 344 Mr B. Les ergothérapeutes peuvent aussi s'interroger sur l'écriture de réglementation et « les bonnes volontés pour travailler sur ces sujets-là » Mr B L429.

6.2.6 Les valeurs personnelles des ergothérapeutes

Cette partie traite des valeurs personnelles des ergothérapeutes interviewés, on retrouve des ergothérapeutes qui priorise le « bien-être » Mr D L32 puis l' « autonomie » L33 Mr D dans un second temps. Ou bien d'abord « l'autonomie » Mme A L114 et Mr B L 148 qui représente pour elle « la prise de décision sur ce qu'ils ont envie de faire » Mme A L115. Ainsi que l'indépendance est définir comme le fait d'« être capable de réaliser avec ou sous aides techniques » Mme A L136 ses activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute peut mettre en avant sa référence à « l'usage » Mr B L 84 que la personne fait de son habitation et « trouver [...] du sens, à ce que l'on fait » Mr B L350. Pour l'ergothérapeute, il est important « que les soignants puissent intervenir de la façon la plus confortable possible » Mr B L149 et de travailler en « pluridisciplinarité » Mr D L 34. L'ergothérapeute identifie comme valeur personnelle de rechercher l'adhésion des soignants à ses actions Mr D L 35. Un ergothérapeute estime ne pas avoir à se « soucier du prix de la chambre » Mr D L 34. La sécurité est une valeur très importante dans la pratique en EHPAD Mme A L 138. Certaines valeurs personnelles viennent de l'« expérience professionnelle antérieure [...] qui m'a fait comprendre l'importance de l'autonomie et l'indépendance chez les personnes âgées » Mme A L234 237. Ou bien « les valeurs dépendent aussi beaucoup de l'institut de formation » Mme A L 396 397 et « des ergothérapeutes qui font la formation » Mme A L403. Une ergothérapeute pense que « notre attitude professionnelle souvent, elle se traduit dans notre vie personnelle » Mme A L 238 qui se traduit par une volonté « accompagner les personnes sans les aider » Mme A L239.

6.2.7 Les valeurs professionnelles des ergothérapeutes

L'une des valeurs professionnelles de l'ergothérapeute est « d'adapter notre pratique à chaque situation » Mr B L336 ce qui correspond pour un des ergothérapeutes interrogés au « professionnalisme » Mr B L333. En effet, « l'ergothérapie ça dépend » Mr D L 63 « il n'y a pas de position type en fait en tant qu'ergo » Mr D L56. L'autonomie et l'indépendance Mme A L217 se retrouvent aussi bien dans les valeurs personnelles que professionnelles. Une ergothérapeute considère qu'en ergothérapie, elle a les « concepts » Mme A L217 mais que ce le sens qui est derrière est aussi prôné dans d'autres formations comme celle des aides-soignants Mme A L 217 -219. De plus, elle déclare avoir des valeurs mais la réalité du terrain notamment la taille de l'établissement fait qu'elle « ne peut pas tout mettre en place » Mme A L156. Un ergothérapeute dit « professionnellement, je n'ai pas de valeurs » Mr B L34, il travaille « selon des compétences, selon une déontologie » Mr B L31-32. Il déclare que les ergothérapeutes doivent « s'appuyer un peu plus aussi sur les bonnes pratiques en ergothérapie » Mr B L364 bien qu'il déplore le « manque de texte » Mr B L365 identifiant cela comme « un problème de la profession » Mr B L366. Les ergothérapeutes doivent « se professionnaliser » Mr B L 475 ce qui correspond au fait d'« objectiver les choses » Mr B L 476. Ils doivent aussi « revenir à des besoins de terrain » Mr B L477.

6.2.8 Définition du bien-être et les éléments qui l'influence

Cette partie évoque le bien-être en présentant la définition que les ergothérapeutes en font et les éléments qui l'influence. Le bien-être est « unique d'un individu à l'autre » Mr B L251 et ça consiste à « connaître ses habitudes de vie [et] ses plaisirs » Mr B L244. Cette prise en compte du bien-être « fait partie de notre travail » Mr B L 210. Il « est important, c'est aussi de penser au bien-être des aidants, [et] des professionnels » Mr B L211 212. Il est influencé par l'organisation des lieux, le bien-être passe par le fait qu'un lieu « soit organisé, épuré et lumineux » Mme A L326. Cela a des répercussions sur l'état psychologique, permettant d'être « organisée dans mon esprit » Mme A L 326. Une des pratiques d'établissements pour favoriser le bien-être est de proposer des « chambres assez épurées » Mr D L214 pour « inciter fortement les familles à apporter des meubles » Mr D L 216 et aux objets personnels afin « qu'ils personnalisent vraiment la chambre » Mr D L219. Le bien-être « ça ne s'arrête pas à tu mets ta commode et c'est bon tu es chez toi » 245 Mr D. Le bien-être passe par plein d'autres éléments notamment le fait de placer des objets personnels dans la chambre et des objets d'époque dans les espaces communs. Mettre des objets « qui font référence à un élément marquant de leur histoire de vie qui va permettre de faire un repère visuel ou olfactif [...] ça fait appel à la

mémoire sensorielle qui est une des dernières mémoires à flancher dans le cas des démences du type Alzheimer. Ça lui permet de se sentir un peu comme à la maison » Mr D L226 -235. Le bien-être est lié à la réalisation d'activité plaisante notamment « un métier qui me plaît » Mr B L257 et de « trouver son équilibre occupationnel » Mr B L259. Pour favoriser le bien-être, « ce qui est important c'est la vision du patient » Mr B L276 puisque les besoins évoluent avec l'âge Mr B L279.

6.2.9 Description architecturale des EHPAD

Cette dernière partie décrit l'aspect architectural des EHPAD dans lesquels exercent les ergothérapeutes. Les espaces communs des EHPAD sont différents puisqu'ils n'accueillent pas le même nombre de résidents. Les EHPAS sont divisés en différents services, 4 pour Mr D L 149 et 10 pour Mme A L156. Ces deux EHPAD ont un accès à l'extérieur, « un parc » Mme A L68 et « une terrasse extérieure » Mr D L 172. Les espaces communs sont utilisés pour recevoir la famille Mme A L 47. Dans un des EHPAD, il y a une unité de vie protégée avec « un mode de vie indépendant » Mr D L64 avec « son lieu de vie commune, sa cuisine etc. » Mr D L167. Et pour les autres étages, il y a une salle de restaurant, bibliothèque, un salon de coiffure qui sont complétés par des espaces de vie communs soit le « cocooning » Mr D L 178 et « l'espace kiné » Mr D L178.

L'« environnement personnel » Mme A L 43 est défini comme « la chambre du résident » Mme A L 43. Les chambres d'un EHPAD sont de tailles très variables en fonction des « gammes de prix » Mr D L182, il y a des « chambres doubles, des chambres simples qui sont extrêmement petites, on a des chambres un peu plus grandes, on a des chambres qui sont extrêmement grandes avec une terrasse et compagnie. C'est très variable, certaines sont équipées de rail au plafond, d'autres non » L183-185 Mr D.

6.3 Analyse horizontale

Cette partie a pour l'objectif de faire ressortir les valeurs personnelles et professionnelles présentées au sein d'un même entretien.

6.3.1 Entretien de Mr D

Dans son discours, Mr D classe les valeurs personnelles qui l'animent lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation : « la principale chose qui guide mon adaptation de l'environnement, c'est le bien-être du résident » L32. Il déclare s'être adapté à la population accueillie en EHPAD. Elle est aujourd'hui très dépendante, ce qui le pousse à prioriser le bien-être. Après il est vigilant pour éviter une « grabatisation » précoce qui entraîne d'autres

problématiques telles que les « problèmes cardio-respiratoires, des troubles digestifs, des escarres » L47. « En 2^e, reste toujours l'autonomie » L33 du résident pour qu'il continue à faire les choses par lui-même. Mr D met en avant « la pluridisciplinarité » L33 et recherche l'adhésion de « toute l'équipe » L 34 à ses actions. Dans sa relation avec les soignants, il déclare avoir une place particulière dans l'équipe puisqu'il est détaché de l'« espèce de colonne médecin, IDE, AS » L81 avec son poste de « responsable fonctionnel »L80. Il met en avant sa « sensibilité propre » L 130 qui le pousse à amener les soignants « à se questionner sur leurs schémas de pensée et leur référentiel » L 133. Il rapporte que le fait de ne pas « se soucier du prix de la chambre » L199 appartient à ses valeurs personnelles.

Au sujet des valeurs professionnelles qui animent lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation, il déclare qu'« il n'y a pas de position type en fait en tant qu'ergo » L 56. Tous ses choix dépendent des cas qui se présentent, il évalue les différents facteurs et prend la décision avec l'équipe pour qu'elle soit le plus adapté possible pour le résident. Influencé par « une de mes formatrices » L63 il considère qu'en « ergothérapie ça dépend » L63. Il faut être dans l'adaptation au quotidien pour favoriser aussi bien le « bien-être du résident » L32, son « autonomie » L33 et pour cela il met en avant « la pluridisciplinarité » L33.

6.3.2 Entretien de Mme A

Lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation, Mme A identifie « valeurs personnelles » L121, Mme A le fait de « favoriser l'autonomie » L114 qu'elle définit comme « la prise de décision sur ce qu'ils ont envie de faire » L115. Et « l'indépendance » L136 ce qui correspond pour elle au fait « être capable de réaliser donc avec ou sous aides techniques » L136. Pour elle, le « respect des habitudes de vie » L127 et « essayer de se rapprocher des habitudes antérieures » L128 est aussi important. Pour pouvoir être au plus proche de ses « habitudes » l'ergothérapeute réalise une « évaluation ergo » L100 qui est prescrite par le médecin notamment un « entretien » L102 pour faire plus ample connaissance avec la personne et faire « un recueil de données » L102 pour évaluer les besoins de la personne. Pour réaliser cet entretien, elle se base sur la « trame ergo » L106 de son hôpital qui est un « bilan maison » L106 avec une partie « bilan fonctionnel » 108 et une autre sur « l'environnement » L 107. Mme A met aussi en avant la sécurité, qu'elle considère comme « très importante en EHPAD » L138. Selon l'ergothérapeute A, l'attitude professionnelle se traduit dans notre vie personnelle. Cette « déformation professionnelle » L238 l'amène à vouloir accompagner les personnes sans les aider et les laisser faire. Cela a aussi une incidence sur « la communication avec l'entourage ou même dans toutes les relations sociales en général » L240 241. Ses valeurs personnelles sont

influencées par son « expérience professionnelle antérieure » L234 ainsi que par son « institut de formation » L 396 et « les ergothérapeutes qui font la formation » L 402 403. Elles sont peut-être influencées par sa vision du bien-être dans son habitat, elle a besoin « que ce soit organisé, épuré et lumineux » L326 et être proche à la fois d'« un endroit de verdure » L331 et des « commerces de la ville » L 332.

Les valeurs professionnelles qui animent l'ergothérapeute A lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation, sont similaires aux valeurs personnelles soit « l'autonomie » L114 et « l'indépendance » L136. L'ergothérapeute considère que les termes sont plus utilisés par l'ergothérapeute à cause de sa formation L217. Mais que d'autres membres de l'équipe soignante tels que les aides-soignants cherchent à les favoriser aussi sans forcément utiliser ses termes L217-219. Cette pensée vient sûrement de son expérience professionnelle « en tant qu'ASH faisant fonction d'aide-soignante » L221. Mme A est très en lien avec les équipes soignantes considérant que la communication au sein de l'équipe « c'est indispensable » L235 pour bien travailler en tant qu'ergothérapeute. Ses valeurs sont parfois mises à mal par des contraintes, notamment celles posées par l'EHPAD. Mme A cite sa taille avec « dix services d'EHPAD » L156 qui entraîne le fait que les « valeurs » ne peuvent pas toujours s'exprimer de manière optimale « on a des valeurs mais on ne peut pas tout mettre en place » L156.

6.3.3 Entretien de Mr B

Cette première partie analyse le discours de Mr B concernant les valeurs personnelles qui animent l'ergothérapeute lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation et leurs origines. Au début de l'entretien, il dit ne pas avoir de « valeurs » L34. Ce terme ne lui a peut-être pas été présenté lors de sa formation initiale puisqu'elle a évolué depuis 21 ans. Par la suite, l'ergothérapeute déclare avoir « des valeurs dans ma vie personnelle [et] des croyances » L34 35. Il prend en compte la norme ce qui est sûrement en lien avec sa participation à l'écriture de recommandation par le biais de ses postes associatifs au « CNPE » L355 et à « l'Association française des ergothérapeutes en gériatrie » L369. Dans sa pratique, il choisit de se référer « à l'usage » L84 que la personne fait de son environnement L100 102. Il rapport des exemples où la norme ne correspond pas à tous en fonction des besoins de chacun. Il souhaite que l'environnement favorise « indépendance » L148 et « que les soignants puissent intervenir de la façon la plus confortable possible » 149. Mr B est à la recherche du « sens » L350 de ce qu'il fait. Son expérience semble avoir fixé en lui le fait de « se professionnaliser » L 475. Pour ça, il cherche à « objectiver les choses » L 476. Ce qui l'amène à « revenir à des besoins de terrain » L 478.

Les valeurs professionnelles sur le bien-être qui animent l'ergothérapeute B lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation. Pour lui, « professionnellement » L 34, il agit selon « des compétences, j'ai un diplôme d'État. J'ai une déontologie, une éthique » L35. Il va s'appuyer sur ces éléments pour faire des choix. Plus tard, il parle « de professionnalisme » L333 considérant qu'un ergothérapeute doit « adapter [sa] pratique à chaque situation » L336. Pour l'adapter, il prend en compte les besoins de la personne qui évalue grâce à des bilans « l'ADL avec le Tinetti pour objectiver les problématiques de mobilité. J'utilise aussi parfois la SEGA qui est une grille sur la fragilité » L 70-72 pour les « objectifs » L54. Mr B s'appuie « sur les bonnes pratiques en ergothérapie » L364. Il met en avant « un problème de la profession » L 366 étant le « manque de textes [et] recommandations sur l'ergothérapie » L 364.

6.3.4 Présentation du cas clinique

Ces trois entretiens permettent de faire émerger un profil type de façon de penser d'un ergothérapeute aujourd'hui. Ainsi les valeurs personnelles d'un ergothérapeute sur le bien-être lors de la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat sont de favoriser le bien-être et l'indépendance. Le professionnel désire respecter les habitudes de vie du résident. Pour les connaître, il réalise des évaluations, après un entretien, il fait passer un bilan soit validé soit maison en fonction de son lieu d'exercice. Il est vigilant à proposer un environnement sécurisé en se référant à l'usage de la personne pour le conceptualisé. Il prend en compte l'intervention des aidants aussi bien la famille que les professionnels pour faciliter leurs actions. La pluridisciplinarité est un élément important de la prise en soin et passe par la communication au sein de l'équipe. L'ergothérapeute considère que l'aspect financier ne doit pas nuire à la qualité de la prise en soin. L'ergothérapeute trouve du sens à ce qu'il fait et se professionnalise en objectivant ses actions et en s'adaptant aux besoins de terrain. Les valeurs personnelles peuvent être influencées par l'institut de formation et les formateurs ainsi que par les postes antérieurs occupés par l'ergothérapeute. Elles sont aussi influencées par l'environnement physique de l'ergothérapeute et sa vision personnelle du bien-être.

En tant que professionnel, l'ergothérapeute prône l'autonomie et l'indépendance, ainsi que la communication au sein de l'équipe. Il doit faire preuve d'adaptation face aux situations rencontrées pour proposer un accompagnement de la meilleure qualité possible. Il prend en compte les besoins du patient, de famille et l'équipe soignante. L'ergothérapeute n'a pas de position type dans les questionnements éthiques notamment lorsque les décisions concernent le bien-être d'un résident. Il s'appuie sur une déontologie, la législation de son pays et les recommandations de la haute autorité de santé pour le guider dans ses décisions.

7 Discussion des données

Cette partie va faire le lien entre les résultats de la recherche et les données présentées dans la revue de littérature et le cadre conceptuel. Elle amènera des éléments de réponses à la question de recherche et ouvrira sur une nouvelle question de recherche. A la fin les perceptives qui ont été ouvertes grâce à cette initiation à la recherche seront présentées.

7.1 Confrontation des résultats de l'étude avec la revue de littérature

7.1.1 La conception architecturale des différents espaces de l'EHPAD

Au regard des résultats des études antérieures, cette recherche vient compléter celles traitant de la conception architecturale des différents espaces de l'EHPAD en apportant des témoignages sur la réalité de terrain à travers les descriptions par les ergothérapeutes Mr D et Mme A. Il était intéressant d'avoir la vision des ergothérapeutes sur ce sujet afin qu'ils mettent en lumière les avantages et les points faibles de leurs lieux d'exercice. Les entretiens ont fait ressortir la présence d'espace extérieur dans les EHPAD Mme A et Mr D ce qui peut faire penser que les institutions ont conscience de la thérapeutique des espaces extérieurs présentés dans la revue de littérature.

7.1.2 La personnalisation du lieu de vie

Certaines informations de la recherche corroborent la revue de littérature en mettant en avant l'importance de la personnalisation du lieu de vie à travers l'installation d'objet personnel signifiant témoignage Mr D. Avec l'utilisation d'objets évoquant des souvenirs sans être personnel. Des notions liées à l'utilisation de l'environnement comme d'une thérapie non médicamenteuse de la revue de littérature sont trouvable dans le discours de Mr D.

7.1.3 L'utilisation de la technologie comme aide compensatoire

Pour reprendre la partie sur l'utilisation de la technologie comme aide compensatoire, l'ergothérapeute B a évoqué l'utilisation de la technologie lors de l'adaptation l'habitat à travers la mise en place de domotique pour favoriser le bien-être des résidents. Ainsi la pratique des ergothérapeutes interrogés vient illustrer la revue de littérature.

7.2 Eléments de réponse à la problématisation pratique

Une des réponses peut être apportée à la problématique pratique qui est : *comment l'ergothérapeute peut-il adapter l'environnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pour que celui-ci devienne un élément facilitateur de sa vie ?*

Pour que l'environnement devienne un élément facilitateur de la vie l'ergothérapeute va tenter de réaliser un accompagnement le plus complet possible. Pour cela, il se renseigne sur les besoins de la personne avant son arrivée soit par une visite à domicile soit par la lecture de son dossier. Après l'arrivée du résident, l'ergothérapeute réalise des évaluations. Il réalise un entretien pour connaître les habitudes de vie, les envies et les demandes de la personne. Par la suite, il complète avec des bilans, qu'ils soient maison ou validés en fonction de ses habitudes. Il va ensuite évaluer l'usage grâce à l'observation et à la mise en situation de la personne dans son environnement. Après un temps de conceptualisation, il va proposer une solution en incluant la personne, la famille et les soignants dans le processus. Cela lui permet d'avoir une idée précise des besoins et de recueillir les idées de la personne ainsi que l'adhésion de tous tout au long du processus. Les solutions humaines, technologiques ou techniques vont dépendre des besoins, des capacités et du budget. L'ergothérapeute privilégie la sécurité et le bien-être de tous les acteurs concernés. La mise en place d'adaptation doit être effectuée en collaboration avec les aidants pour que les adaptations soient comprises et utilisées par tous. Un suivi doit être réalisé après l'installation adaptation pour vérifier la sécurité et l'efficacité de celle-ci.

7.3 Confrontation des résultats de l'étude avec le cadre conceptuel

Au regard du cadre conceptuel, la définition du concept d'habitat a permis une meilleure compréhension du discours des ergothérapeutes. Ce fut un étayage efficace à l'analyse des entretiens. Différents éléments se retrouvent dans le discours des ergothérapeutes. L'ergothérapeute A met en avant le fait de réaliser les activités de la vie quotidienne pour que la personne se sente habitante de l'EHPAD. Les professionnels cherchent à rendre les personnes autonomes et indépendantes dans leurs activités. L'ergothérapeute D recherche la personnalisation de la chambre pour que la personne fasse de l'EHPAD son habitat en modélisant cette habitation à son image. Le besoin de sentiment de propriété Mr D et de sécurité Mr A identifié dans le cadre conceptuel se retrouve dans le discours des ergothérapeutes. La confrontation à la législation concernant les bâtiments est présente dans le discours de Mr B. Sur le terrain, Mr B rapporte aller plus loin que la législation en se référant à l'usage qui peut être différent de la norme puisque chaque personne est différente. Cette vision vient compléter le cadre conceptuel.

Par rapport au concept de bien-être, les ergothérapeutes favorisent l'état de santé en favorisant un état de bien-être physique, moral et social. Ils considèrent que la prise en compte du bien-être de la personne fait partie de leur travail Mme A et cherche à le favoriser

Mr D. Ce qui en corrobore le cadre conceptuel. L'ergothérapeute le favorise en proposant des bonnes conditions de vie ce qui impact le bien-être objectif comme indiqué dans le cadre conceptuel. Et en aidant à la recherche de plaisir ce qui favorise le bien-être subjectif. Dans leurs pratiques en EHPAD, les professionnels semblent favoriser les éléments liés à l'habitat qui favorisent le bien-être selon le cadre conceptuel soit le degré de contrôle que l'individu peut avoir sur l'environnement, le sentiment d'appartenance ou l'appropriation environnementale. Les professionnels interrogés sont tous face à des choix éthiques dans leurs pratiques mais aucun n'a évoqué l'utilisation de modèle de résolution des problèmes éthiques. Ils ont néanmoins témoigné utiliser l'équipe comme ressource pour enrichir la réflexion Mme A. L'ergothérapeute D utilise notamment les analyses de pratique professionnelle pour avancer sur ses problématiques éthiques en équipes. Il pourrait être intéressant de voir si les ergothérapeutes connaissent l'outil de résolution de problématique éthique présenté dans le cadre conceptuel.

Lorsqu'ils sont interrogés sur les éléments qui favorisent le bien-être, l'ergothérapeute A met en avant l'organisation, le fait que le lieu soit épuré et lumineux Mme A. Cet aspect organisationnel n'est pas traité dans le cadre conceptuel. Il pourrait être intéressant de compléter ce cadre avec des éléments sur l'organisation des espaces et du mobilier pour favoriser le bien-être au sein de l'habitat. L'ergothérapeute B déclare que l'appropriation du lieu est difficile seul, le résident a besoin d'être accompagné d'autant plus que ce sont des personnes en situation de dépendance. Il pourrait être intéressant de compléter le cadre avec des éléments sur l'accompagnement dans l'appropriation d'un espace. Il y a aussi eu de nombreuses allusions à la collaboration Mr D et la pluridisciplinarité M D dans le discours des ergothérapeutes, il semble intéressant d'apporter des éléments théoriques sur ces notions.

7.4 Eléments de réponse à la problématisation théorique

Cette partie va tenter de répondre à la problématisation théorique qui avait mené à la question de recherche : *Lors de son intervention auprès du résident en EHPAD, comment les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute sur le bien-être peuvent-elles orienter la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat ?*

Selon les ergothérapeutes interrogés, la vision subjective du bien-être qui doit être prise en compte lors de l'adaptation de l'environnement est celle du résident de l'EHPAD. L'ergothérapeute peut donner un avis en fonction de ces observations sur le plan médical ou technique mais la personne reste au centre du processus. Les valeurs sur lesquelles l'ergothérapeute va s'appuyer dans le cadre de la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat

sont diverses en fonction de son institut de formation, des formateurs rencontrés et de ces postes antérieurs. Les valeurs sont aussi influencées par l'environnement du thérapeute et de sa vision du bien-être. Lors des entretiens, il est ressorti la volonté de favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents. Ce qui passe par respecter les habitudes de vie en se référant à l'usage de l'environnement. Tout en étant vigilant à la sécurité et à faciliter l'intervention des aidants professionnels. Dans un EHPAD, la communication au sein de l'équipe est très importante. Le regard pluridisciplinaire est un outil qui permet d'apporter une réponse plus adaptée sur une problématique par un thérapeute.

En tant que professionnel, il est important d'objectiver les éléments qui répondent aux questionnements et de revenir aux besoins de terrain. Il est nécessaire de trouver du sens aux actions effectuées pour conserver sa motivation et préserver son propre bien-être en tant que professionnel. Pour cela, il est important que l'ergothérapeute préserve son propre équilibre occupationnel. Dans sa pratique en EHPAD, l'ergothérapeute doit essayer de ne pas laisser l'aspect financier diminuer la qualité des soins. L'ergothérapeute tente de s'adapter à la situation et d'éviter les positionnements type sur les questions éthiques afin de proposer une prise en soin individualisée pour chaque résident. L'ergothérapeute doit appliquer la déontologie de sa profession, la législation française et les recommandations de la HAS lors de ses prises en soin. Ainsi selon les ergothérapeutes interrogés par l'étude, les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute sur le bien-être peuvent avoir un impact sur la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat.

7.5 Critique du dispositif de recherche

En tant qu'initiation à la recherche, ce travail a été l'occasion d'apprendre à se servir d'un dispositif de recherche ce qui a amené des biais. L'apprentissage de la passation d'entretien non directif au cours de la recherche a été délétère pour la qualité de celle-ci. En effet, la posture du chercheur a évolué au cours des entretiens. La chercheuse a mis du temps à s'approprier l'outil et a amené des biais méthodologiques et cognitif lors de la pose des questions de relance. Notamment le fait de plusieurs questions à la fois et parfois en manque de clarté dans leur formulation. Certaines questions étaient peut-être orientées ce qui a pu biaiser les entretiens. Les résultats de cette recherche sont donc à prendre avec de la distance. D'autant plus, qu'ils sont les résultats de trois entretiens ce qui n'est pas représentatif de la population. C'est la pensée de cas particulier qui est présentée. On peut tout de même penser que les valeurs évoquées par les ergothérapeutes sont transférables à la pratique d'autres ergothérapeutes

Lors du test du dispositif, la présentation du thème et la définition du terme valeur semblaient nécessaires. Après ces ajouts à l'outil de recherche, le dispositif n'a pas été retesté ce qui a pu entraîner un biais méthodologique. Il aurait été intéressant de prendre plus de recul concernant la recherche et l'outil. Pour cela, il aurait été avantageux de laisser un laps de temps plus long entre l'essai du dispositif et le début des entretiens afin de faciliter la prise de recul.

Au cours de l'entretien et lors du traitement des données, le chercheur a pu rechercher certaines réponses ce qui s'apparente au biais de confirmation. La posture du chercheur a influencé de manière inconsciente l'analyse des données avec la recherche de thèmes se rapprochant du cadre conceptuel. Pour éviter cela, il aurait été intéressant de faire effectuer à un autre chercheur la catégorisation pour être plus pertinent dans le choix des thèmes et des termes utilisés pour les définir. De plus, la recherche n'est pas arrivée à saturation des données avec trois entretiens, ainsi il serait intéressant de réaliser d'autres entretiens pour augmenter la connaissance sur le sujet de recherche.

7.6 Transférabilité pour la pratique professionnelle

Les informations concernant la pratique de l'adaptation de l'habitat peuvent être transférées dans la pratique professionnelle. La démarche de prise en soin d'une personne en EHPAD des différents ergothérapeutes va venir nourrir ma pratique. Je pense que cette démarche est transférable à d'autres lieux de pratique comme les équipes spécialisées Alzheimer. De plus, le cadre théorique concernant le lien entre le bien-être et l'habitat est enrichissant pour tous les types de pratique en ergothérapie.

7.7 Perspectives de recherche

Cette recherche pourrait être continuée avec une recherche complémentaire qui permettrait la réalisation d'autres entretiens afin de compléter la vision de trois ergothérapeutes interrogés. Cette recherche pourrait être la base d'un autre type de dispositif de recherche qui permettrait de recueillir des données à plus grande échelle. Il pourrait aussi être intéressant d'agrandir le champ de la recherche en s'intéressant à la mise en œuvre des adaptations et plus se limiter à la conceptualisation. Ce qui pourrait aussi être une occasion pour se pencher sur les solutions en pratique que les ergothérapeutes mettent en place pour favoriser le bien être des résidents. Un autre aspect qui semble attirant concernant l'adaptation de l'EHPAD, serait l'aspect qui concerne la collaboration et la pluridisciplinarité de cette action. Comment l'ensemble de l'équipe voit cette adaptation, quelles sont les valeurs des autres professionnels

sur le bien-être ? Comment optimiser la collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire en EHPAD lors de l'adaptation de l'environnement du résident ? Il ressort aussi des questionnements concernant la place de l'institution dans les adaptations, quelles sont les valeurs de l'institution ? Comment est-ce qu'elles orientent les actions d'adaptation de l'environnement ? Une future recherche pourrait aussi s'intéresser à la place des valeurs sur le bien-être lors de la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat en dehors de l'EHPAD notamment dans des structures se rendant à domicile par exemple les équipes mobiles Alzheimer. Ce qui nous amène à une nouvelle question de recherche : *Comment les valeurs personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute peuvent influencer la conceptualisation et la mise en œuvre des adaptations de l'habitat en équipe mobile Alzheimer ?*

7.8 Perspectives personnelles

Personnellement, j'envisage de réaliser un master en santé pour pouvoir acquérir plus de connaissance et d'expérience en recherche afin de pouvoir mener des projets de recherche en parallèle de ma pratique professionnelle. Cette initiation à la recherche a été l'occasion de me renseigner davantage sur les questionnements éthiques en ergothérapie. C'est un domaine où il y a peu d'écrits en France. J'aimerais donc me spécialiser dans la résolution de problématique éthique et faire partie du comité éthique du lieu où j'exercerai. En même temps, j'aimerais pouvoir faire de l'enseignement au sein d'institut de formation notamment dans l'unité d'enseignement qui touche à l'éthique afin de démocratiser l'utilisation de modèle de résolution de problématique éthique dans la pratique en ergothérapie. Cette initiation à la recherche a été une occasion de mettre en pratique les cours sur la méthodologie de recherche. Grâce à ce travail, je me suis appropriée les bases de données professionnelles et je suis devenue plus efficace dans mes recherches documentaires. J'ai aussi utilisé mon mémoire pour intégrer des réseaux d'ergothérapeutes qui pourront m'être utiles une fois professionnel. Ce mémoire a été l'occasion de suivre un projet sur plus d'une année. J'ai dû lâcher prise et a accepté d'améliorer les choses au fur et à mesure. Avec cette position de chercheuse, j'ai dû justifier mes choix avec des sources fiables, cette capacité est très intéressante à transférer dans ma pratique me permettant d'asseoir ma position de professionnelle. Il me semble est important de prendre du recul sur cette recherche pour améliorer ma posture de chercheuse. Maintenant que je me suis familiarisée avec les outils de recherche et la méthodologie, j'ai envie de me lancer dans d'autres projets en équipe qui pourront venir nourrir ma pratique. La connaissance par l'expérience de certains biais me permettra d'être plus vigilante si je me retrouve de nouveau dans la position de chercheuse.

Bibliographie

1. Marpsat M. « Dis-moi où tu habites, je te dirai qui tu es ». *Economie et Statistique*. 1988;211(1):57-63.
2. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. De Boeck Supérieur. 2017. 14 p. (Ergothérapie).
3. DEERGO. Référentiel de compétence [En ligne]. Disponible sur: <https://vae.asppublic.fr/vaeinfo/deergo-referentiel-de-competence>. Consulté le 8 janv 2021.
4. Marousé O, Charras K. Du bloc à l'espace : approche ergothérapique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 févr 2012;(12(67)).15-23.
5. Service public. Obligation d'accessibilité des ERP aux personnes handicapées [En ligne]. <https://www.service-public.fr/professionnelsentreprises/vosdroits/F32873>. Consulté le 12 juin 2020.
6. Encyclopédie Universalis. Sciences humaines. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sciences-humaines/> Consulté le 8 févr 2021
7. ANFE. Définition [En ligne]. <https://www.anfe.fr/definition/>. Consulté le 12 juin 2020.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. La maladie d'Alzheimer 2020 [En ligne]. [.http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladiesneurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer](http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladiesneurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer). Consulté le 2 juin 2020.
9. Le Monde.fr. Quel bilan pour les différents plans Alzheimer ? 2014 [En ligne]. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/11/14/quel-bilan-pour-les-differents-plans-alzheimer_4523889_4355770.html. Consulté le 2 juin 2020.
10. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring: An analysis of long-term care for dementia. 2013. p. 92.
11. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058411/fr/maladie-d-alzheimer. Consulté le 5 juin 2020.
12. Insee. Personnes âgées dépendantes. Tableaux de l'économie française. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>. Consulté le 2 juin 2020

13. Lemaître A. Portrait de quatre métiers de la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial. In p. 20-5.
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé. 2019 [En ligne]. <http://dataviz.drees.solidaritesante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>. Consulté le 12 juin 2020.
15. Danièle DTM. Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'alzheimer : revue de la littérature. p.49.
16. Lai, CKY. Unités de soins spéciaux pour les individus atteints de démence présentant des problèmes comportementaux. 2009. Cochrane Library [En ligne]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006470.pub2/full/fr>. Consulté le 14 juin 2020.
17. Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*. 1 oct 2003;43(5):697-711.
18. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 [En ligne]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/full/fr>. Consulté le 14 juin 2020.
19. Uwajeh PC, Iyendo TO, Polay M. Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review. *EXPLORE*. 1 sept 2019;15(5):352-62.
20. HAS. Maladie d'alzheimer troubles du comportement perturbateur argumentaire. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf. Consulté le 9 juin 2020.
21. UNESCO Bibliothèque Numérique. Revue internationale des sciences sociales. XVI. 4. [En ligne]. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000018652_fre Consulté le 11 juin 2020.

22. Sherman AM, O'Connor M. Memory Problems and Rehabilitation. Smelser NJ, Baltes PB éditeurs. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford : Pergamon; 2001. p. 9606-10.
23. Roest HGV der, Wenborn J, Pastink C, Dröes R-M, Orrell M. Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 : 6.
24. Gao Y. Cognitive guidance and improvement of Alzheimer's disease patients based on human-computer interaction design. *Cogn Syst Res.* 1 août 2019;56:192-202.
25. Cordière A, Gilbert B, Imbeault H, Gagnon L, Cribier-Delalande P, Pigot H, et al. Utilisation d'un agenda électronique dans la maladie d'Alzheimer : étude de cas dans un contexte clinique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 déc 2016;16(96):333-43.
26. Lopes P, Pino M, Carletti G, Hamidi S, Legué S, Kerhervé H, et al. Co-Conception Process of an Innovative Assistive Device to Track and Find Misplaced Everyday Objects for Older Adults with Cognitive Impairment: The trouve Project. *IRBM.* 1 avr 2016;37(2):52-7.
27. Université toulouse 3 paul sabatier. MMS. [En ligne]. http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2010_2011/169/MMS.pdf Consulté le 1 juin 2020.
28. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* sept 2003;183(3):248-54.
29. Parizot I. L'enquête par questionnaire. L'enquête sociologique. Presses Universitaires de France; 2012 [En ligne]. <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm> Consulté le 28 avr 2021
30. Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Fiche 62; 2014.
31. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Loi jardé décret modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine Décret 2017-884. mai 9 2017. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634217?r=V8E946hSZU> Consulté le 28 avr 2021
32. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In Montréal, Canada: AIMS; 2007. p. 1-16.

33. Piaget J. Récit et analyse d'une déconversion. *Quadrige*. 1992;9-56.
34. Lefebvre Henri. L'urbanisme aujourd'hui : mythe et réalités. Du rurale à l'urbain. *Anthropos*. Paris; 1970. p. 217-24.
35. Leroux N. Qu'est-ce qu'habiter? *Vie Soc Trait Rev CEMEA*. 30 sept 2008; n° 97(1):14-25.
36. Paquot Therry. Habitat, habitation, habiter. *Inf Soc*. 2005; n° 123(3):48-54.
37. Heidegger M. Bâtir habiter penser Conférence présenté le 1951 aout Darmstadt. [En ligne]. http://palimpsestes.fr/textes_philo/heidegger/habiter.html Consulté le 23 janv 2021
38. Ulrich RS. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J Health Care Inter Des Proc Symp Health Care Inter Des Symp Health Care Inter Des*. 1991;3:97-109.
39. Debarre A. Quand les architectes exposent des intérieurs habités. Représentations d'un dialogue entre architecture et anthropologie? *J Anthropol Assoc Fr Anthropol*. 15 oct 2013;(134-135):79-108
40. Reuchlin M. Introduction. *Que Sais-Je*. 7 déc 2010;20e éd.:5-8.
41. Mercier S. Introduction : le besoin d'éthique. *Reperes*. 26 sept 2014;3e éd.:3-12.
42. Klein A. Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique? *Harmattan*. 2012;11-44.
43. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé en Europe 2012. [En ligne]. <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-health-report-2012> Consulté le 14 janv 2021
44. Laï M-C. Pourquoi introduire une approche de recherche en sciences humaines et sociales dans les programmes de recherche en santé? *Médecine Palliat*. déc 2020;19(6):329-35.
45. Perron Z, Buzaud J, Diter K, Martin C. Les approches du bien-être. Un champ de recherche multidimensionnel. *Rev Polit Soc Fam*. 2019;131(1):119-26.
46. Shankland R. Bien-être subjectif et comportements altruistes : les individus heureux sont-ils plus généreux? *Cah Int Psychol Soc*. 19 déc 2012;Numéro 93(1):77-88.

47. Ryff CD. Bien-être psychologique dans la vie adulte. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 août 1995;4(4):99-104.
48. Royeen L. *Creating Environments Through the Art of Occupational Therapy.* 2016;7.
49. Ploton. Etat de la question. In: *Maladie d'Alzheimer - A l'écoute d'un langage.* Chronique sociale. 2004.
50. Debarre A. Quand les architectes exposent des intérieurs habités. Représentations d'un dialogue entre architecture et anthropologie? *J Anthropol Assoc Fr Anthropol.* 15 oct 2013;(134-135):79-108.
51. Michel-Guillou, É. Moser Gabriel, 2009, *Psychologie environnementale. Les relations hommeenvironnement*, Bruxelles, De Boeck, Collection : Ouvertures Psychologiques. 7 mai 2010;Vol. 1, n° 1:298 p.
52. Gzil F, Hirsch E. Introduction. Une approche éthique pluraliste. *Alzheimer, éthique et société.* Érès. 2012. [En ligne]. <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/alzheimer-ethique-et-societe--9782749234953-page-17.htm> Consulté le 26 févr 2021
53. Code de la santé publique. Art R4127-2 alinéa 1.
54. OMS. Journée mondiale de la santé mentale 2015: dignité et santé mentale. [En ligne]. http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/fr/ Consulté le 5 mars 2021
55. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community [En ligne]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/full/fr> Consulté le 9 juin 2020
56. Foray P. Autonomie. *Le Telemaque.* 1 juin 2017;N° 51(1):19-28.
57. Drolet M-J. *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique.* Presse de l'université du Québec. 2013.
58. Kakai H. *Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire.* Université de Franche-Comté; 2008.
59. Eymard C. *Approche méthodologique: comprendre et choisir une méthode de recherche.* In: *Initiation à la recherche en soins et santé.* Lamarre; 2003.

60. Ketele j-m, Roegiers x. Approche générale du recueil d'informations. Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 5e édition. De Boeck supérieur; 2015.
61. Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique. Modes de recueil d'information: Un tableau comparatif. La lettre du CEDIP; 2013. [En ligne]. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf Consulté le 5 mars 2021
62. Université Joseph Fourier. Guide pour la conduite d'entretien. [En ligne]. http://helpman.dhenin.fr/wp-content/uploads/Langage_domination/guide_entretien_fourier_1.pdf Consulté le 27 avr 2021
63. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « non-directif ». :37.
64. HAS. Niveaux de preuve et gradation des recommandations Univadis. [En ligne]. <https://www.univadis.fr/viewarticle/niveaux-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-selon-la-has-657137>. Consulté le 14 juin 2020.
65. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2013 - Journey of Caring: An analysis of long-term care for dementia. Alzheimer's Dis Int. 2013;92.
66. Maroué O, Charras K. Du bloc à l'espace : approche ergothérapeutique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2012;12(67):15-23.
67. Chuck AW, Milke DL, Beck CHM. The Degree of Bedroom Personalization in Institutional and Homelike Settings for Persons with Dementia: A Quantitative Investigation. Can J Aging. Winter 2005;24(4):329-37.
68. Cohen-Mansfield J, Pappura-Gill A. Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. Arch Gerontol Geriatr. 1 sept 2007;45(2):121-35.
69. Ricoeur P. Éthique. Encyclopædia Universalis [En ligne]. <http://www.universalis-edu.com.lama.univ-amu.fr/encyclopedie/ethique/> Consulté le 19 janv 2021

Annexe 1 : Tableau de résultats des bases de données

Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Article retenu
Cochrane	121	51		3
PubMed	308	0	0	1
Science direct	8 844	162	59	8
Cairn	598	12	1	0
OTDBASE	672	100	0	1
Lectures opportunes				4
Total	10543	325	60	17

Annexe 2 : Tableau de synthèse des documents

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
1. Journal : Cognitive System Research (science direct)	B	Guidage cognitif et amélioration des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sur la base d'une conception d'interaction homme-ordinateur (24)	Quantitative	52 patients atteints de la maladie d'Alzheimer choisis après un premier échange et un tirage au sort parmi 500 patients	Prévention	Santé publique et numérique	L'interaction homme ordinateur peut guider et d'améliorer la fonction cognitive des patients atteints d'Alzheimer retarderait efficacement la progression de la démence	Est-ce que je veux partir sur l'utilisation de l'ordinateur chez la personne Alzheimer
2. Rapport mondial sur	B	Analyse des soins de longue durée pour la démence (65)	Revue de littérature	69 recherches sur le thème de la dépendance	Préconisation	Santé publique et prévention	Les personnes atteintes de démence peuvent développer des besoins de soins aux premiers stades de la maladie et devenir de plus en plus	Qu'est-ce qui est mis en place réellement en

⁹ « Selon la HAS, les recommandations sont classées en grade A, B ou C :

- **Grade A** : basé sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (Niveau 1 : ex. essais comparatifs randomisés de forte puissance, sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées).
- **Grade B** : s'appuie sur une présomption scientifique basée sur des études de niveau intermédiaire de preuve (Niveau 2 : ex. essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte).
- **Grade C** : fondée sur des études de moindre niveau de preuve (Niveau 3 : ex. études cas-témoins ; Niveau 4 : ex. études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas, études épidémiologiques descriptives – transversales, longitudinales). »(64)

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
la maladie d'Alzheimer 2013:							tributaires des soignants tout au long de la maladie. La progression des besoins de soins au fil du temps est liée à la détérioration de la cognition, de la fonction et du comportement.	EHPAD en France ?
3. Journal Explore (Science direct)	B	Jardins thérapeutiques comme approche de conception pour optimiser l'environnement de guérison des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (19)	Revue de littérature	Elle est partie de 784 articles et a fini par en sélectionner 29	Recherche	Santé publique et soin	La présence et l'utilisation du jardin comme thérapie ont un effet positif sur l'état cognitif de la personne en institution	Est-ce que les EHPAD français ont des jardins thérapeutique ?
4. Journal of communication discordes (Science direct)	C	Comment la justification théorique peut-elle soutenir la réadaptation dans les EHPAD au Canada (21)	Qualitatif	Deux patients atteints de démence	Recherche	Santé publique et Réadaptation	Il est intéressant d'enrichir l'environnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des adaptations liées à la mémoire	Comment l'ergothérapeute peut-il mettre en place ses adaptations liées à la mémoire en EHPAD en France ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
5. Encyclopédie internationale des sciences sociales et du comportement (science direct)		Problèmes de mémoire et réadaptation (22)	Article de discussion en lien avec thème	Personnes atteintes de troubles de la mémoire	Informatio n	Santé publique et Réadaptation	Il existe différents types de stratégies externes : les techniques de mémoire <i>environnementale</i> , les indices environnementaux <i>personnels</i> , les indices environnementaux <i>proximaux</i> , les indices environnementaux <i>distaux</i> , les aides à la mémoire externe <i>et les livres de mémoire</i>	Qui met en place ses stratégies externes ? (Ergothérapeute ou orthophoniste)
6. IRBM (science direct)	C	Mise en place d'un dispositif pour retrouver ses effets personnels chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs (26)	Quantitatif	11 personnes avec un âge moyen de 76 ans déficience cognitive (diagnostic MCI ou AD)	Traitement	Santé publique et Réadaptation	Un localisateur d'items qui s'appuie sur des informations sensorielles (son spatialisé) plutôt que sur un raisonnement conceptuel (« l'item est situé à votre gauche à 4 mètres ») semble être une solution intéressante pour résoudre le problème de déficience cognitive	Qu'est ce genre de dispositif est applicables dans un EHPAD
7. Revu neurologie – psychiatrie - gériatrie	C	Utilisation d'un agenda électronique dans la maladie d'Alzheimer : étude de cas dans un contexte clinique (25)	Quantitatif	10 personnes âgées, dont 4 avec problèmes cognitifs sur	Traitement	Santé publique et Réadaptation	Utilisation téléphone intelligent est transférable aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer a été possible grâce à une formation des intervenants	Qu'est ce genre de dispositif est applicable dans un EHPAD

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
(science direct)				48 mois avec le cas d'une patiente qui est détaillé				
8. Revu neurologie – psychiatrie - gériatrie (science direct)		Approche ergothérapique de la maladie d'Alzheimer pour l'aménagement du bloc sanitaire à domicile (66)	Article de discussion en lien avec thème	Deux types de démarches	Prévention	Santé publique et Réadaptation	L'adaptation du domicile doit être fondée sur une analyse des déficiences de la personne puis se créer un espace qui a du sens pour la personne en ciblant les activités signifiantes et significatives. En tant qu'ergothérapeute il faut être : la recherche d'indépendance face aux déficits moteurs et sensoriels de la personne atteinte de la MA; la recherche d'un plus grand confort d'action pour l'aidant ; la recherche de sécurité pour la personne et pour l'aidant dans la réalisation de l'activité. L'approche en ergothérapie pour l'adaptation de l'environnement : la simplification pour limiter les risques de chutes et les accidents domestiques ; la recherche analytique des troubles avec mises en situation ; le recours au « design universel » qui peut être utilisé par tous. « On pourra par exemple : colorer l'eau de la cuvette des w.c., mettre une robinetterie avec thermostat blocaille, contraster les bords et le fond de la baignoire, laisser une	Comment transférer ses informations dans un EHPAD ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
							veilleuse allumée ». Problématique de la personne âgée avec MA et solutions : troubles fonctionnels : aménagement de la pièce toujours axé vers la sécurité afin d'éviter les chutes ; troubles de l'orientation : recherche d'identification des espaces, de repérage des différents éléments ou de mise en place de pictogrammes ; troubles du comportement : souci de confort dans la pièce ; troubles sensoriels : mise en place de moyens techniques pour y remédier, comme le contraste de couleurs ou l'amélioration de la luminosité. »	
9. Revue canadienne du vieillissement (Science direct)	C	Le degré de personnalisation de la chambre à coucher dans les milieux institutionnels et familiaux pour les personnes atteintes de démence (67)	Quantitative	10 chambres de type chambres privées, 10 chambres du privé du type chambres institutionnelles, et 10 espaces résidents dans les chambres	Observation	Santé publique	Le degré de personnalisation s'est avéré significativement plus élevé dans les chambres privées qui présente plus de place horizontale que dans les chambres privées que dans les institutions privées ou dans les chambres de l'établissement Recommandation : Administrateurs LTC et les gestionnaires pourraient envisager de fournir des étagères fixées aux murs ou laissant de la place pour des meubles pour ajouter une surface horizontale, dans un effort pour promouvoir personnalisation de la chambre.	Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la personnalisation de la mise en place d'espace de personnalisation ? Serait-il possible de collaborer avec des architectes qui conçoivent les EHPAD ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
				institutionnelles. De personnes qui déambulent de manière autonome, avec MMSE inf. à 23 /30, dans la résidence depuis plus de 3 mois, avec un diagnostic de démence				
10. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017	B	Les technologies d'assistance pour le soutien de la mémoire dans la démence (23)	Revue de littérature	18 bases de données en 2017	Critique d'étude	Santé publique	Cette revue met en évidence le manque de preuves de haute qualité permettant de déterminer si les technologies d'assistance sont efficaces pour aider les personnes ayant une démence à gérer leurs problèmes de mémoire.	Y a-t-il des études de moins haute qualité ? Pourquoi ce manque de données ?
11.		RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE	Recommandations en lien avec	Un groupe de travail multidisciplinaire	Recommandation	Santé publique	Les actions peuvent être appliquées de façon préventive, mais aussi curative. Notamment : « agir sur les paramètres d'environnement afin	Ce sont des recommandations, qu'est-ce qui a été

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
Haute Autorité de santé		Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des Troubles du comportement Perturbateurs(20)	thème (littérature grise)	ire et multi professionnel est constitué par la HAS, basée sur 141 articles cités			<p>d'éviter les facteurs pouvant favoriser les troubles. »</p> <p>Il ne paraît pas possible à ce jour de déterminer s'il existe un environnement idéal pour tous les patients. Le meilleur environnement pour un patient donné est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant à un stade donné de sa maladie, dans lequel il trouve les aides et les soins que son état requiert, où les facteurs de stress sont limités et où il peut recevoir un soutien affectif.</p> <p>L'aménagement d'endroits de vie comme une salle à manger ou une salle de bains participe très probablement à la réduction de comportements perturbateurs dans ces endroits qui sont ceux de situations à risque [donne] des critères qui font appel au bon sens, et font partie du savoir-faire des personnes qui sont censées venir en aide à une autre pour des actes de nature intime.</p> <p>TNM : Il est difficile de tirer des conclusions valides, les études étant peu nombreuses et souvent de qualité méthodologique moyenne. Les recommandations et consensus d'experts indiquent que ces types de traitements non pharmacologiques</p>	mis en place sur le terrain? Y a-t-il eu de nouvelles études depuis la publication de ses recommandations qui apporte de nouveaux éléments ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
							<p>peuvent être bénéfiques chez certains patients à certaines périodes de leur évolution, particulièrement sur l'adaptation à la vie quotidienne et les troubles du comportement. Les interventions non médicamenteuses sont à ce jour préconisées en première intention, parce qu'elles peuvent être efficaces à visée préventive, mais aussi à visée curative, et qu'elles peuvent souvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux. Elles peuvent être utilisées en synergie avec les traitements pharmacologiques qui devraient être employés quand la sévérité des SPCD met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage.</p> <p>Il existe de nombreuses TNM dont : Interventions basées sur l'environnement mis en évidence un impact positif significatif sur la cognition, mais aucune amélioration sur les troubles du comportement.</p>	
12. Archives of gerontology	C	Baignade : un cadre d'intervention centré sur les facteurs	Qualitatif	Un cas clinique a été décrit	Observation	Santé publique et bien-être	Des modifications environnementales de l'environnement de baignade ont également été suggérées. Ces caractéristiques comprennent une	Qu'est-ce qui est mis en place dans les EHPAD

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
and geriatrics (Pubmed)		psychosociaux, architecturaux et humains (68)					décoration avec de la peinture murale colorée, des serviettes colorées, des plantes, des images et des rideaux, pour simuler un cadre intime; utilisation d'eau chaude, d'une température ambiante confortable et d'un doux jet de douche; adoucir l'éclairage et minimiser l'éblouissement; réduire le bruit ambiant ou jouer de la musique relaxante; utilisation de grandes serviettes ou couvertures de bain chauffées; et assurer l'intimité pendant le bain pour le résident L'efficacité spécifique de ces mesures n'a pas été testée de façon suffisamment contrôlée. L'étude souligne l'importance de l'écoute du personnel réalisant les toilettes pour une amélioration significative de la qualité de ce soin. Un autre facteur important dans le succès des interventions et des approches de soins et c'est un besoin d'engagement à long terme pour trouver la solution pour des résidents spécifiques.	français ? Comment est sensibilisé et formé le personnel de l'établissement à la toilette ? Y a-t-il de nouvelles études avec un échantillon plus important ?
13. Cochrane Database	A	Interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté (18)	Revue de littérature	Pour le taux de chutes : 6 essais ; 4 208 participants et risque de	Critique d'étude	Santé publique	Les interventions visant à évaluer et à améliorer la sécurité domestique étaient efficaces pour réduire le taux de chutes et le risque de chute. Ces interventions étaient plus efficaces chez les personnes à risque élevé de chute, notamment chez	Qu'en est-il des chutes chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
				chute 7 essaient ; 4051 participants			celles souffrant d'une déficience visuelle grave. Les interventions de sécurité domestique semblent être plus efficaces lorsqu'elles sont réalisées par un ergothérapeute.	
14. Cochrane Database	A	L'efficacité des Unités de soins spéciaux pour les individus atteints de démence présentant des problèmes comportementaux (16)	Revue de littérature	6 bases de données médicales et nombreuses bases de données d'essais en cours et de sources de la littérature grise	Critique d'étude	Santé publique	Aucun essai contrôlé randomisé (ECR) étudiant les effets des unités de soins spéciaux sur les symptômes comportementaux dans la démence n'a été identifié et aucune preuve solide de leur bénéfice n'a été obtenue dans les non ECR. La meilleure modalité pour évaluer formellement les bénéfices ou autres des USS serait de recueillir fréquemment des données sur le comportement et sur l'utilisation de contraintes et de psychotropes dans divers cadres de maisons de soins.	Est-ce que de telles études ont été réalisées ?
15. Mémoire pour le diplôme inter universitaire de médecin	C	Revue de la littérature des caractéristiques architecturales optimales d'un établissement spécialisé dans la prise en charge de patients atteints de la	Revue de littérature	20 études et bâtiments à travers le monde	Critique d'étude	Santé publique	La notion « d'environnement prothétique » a été développée à partir de 1974 à l'institut Weiss du Centre Gériatrique de Philadelphie par l'équipe de M.P. Lawton. L'environnement prothétique est un lieu conçu en fonction des lacunes des personnes pour optimiser leurs performances. Autrement dit, des espaces bien élaborés agissent comme une prothèse limitante ou palliant certaines déficiences.	Comme l'ergothérapeute peut-il utiliser ses solutions dans un établissement déjà construit (comment adapter l'ancien) ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
coordonnateur		maladie d'Alzheimer (15)					<p>Pour améliorer la qualité de vie des résidents l'auteur propose des solutions pour: concilier sécurité et liberté, améliorer prévention des fugues, améliorer la prévention des chutes, prévenir et/ou atténuer les troubles du comportement, offrir un véritable parcours de déambulation, faciliter l'orientation temporo-spatiale, l'utilisation de la couleur, dimension prothétique de la couleur - la couleur participe à la signalétique - caractère du lieu, l'utilisation de la lumière - éclairage naturel - éclairage artificiel, l'utilisation de la signalétique et de la décoration. Diminuer les sources de stress, à travers une décoration réfléchie - à travers une maîtrise des problèmes d'acoustique, stimuler et dynamiser le patient, en encourageant la vie sociale, en proposant un cadre de vie stimulant, en favorisant la participation grâce à la cuisine - les espaces d'animations, d'activités de groupes - le jardin à visée thérapeutique. Respecter la vie privée, l'intimité. Favoriser l'autonomie, encourager le libre choix favoriser l'action des soignants améliorer l'image de soi.</p>	

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
16. The gerontologist	A	L'environnement est lié aux résultats de santé comportementale dans les unités de soins spéciaux d'Alzheimer mesure les associations entre les caractéristiques de conception environnementale des unités de soins spéciaux des maisons de soins infirmiers et l'incidence de l'agression, de l'agitation, du retrait social, de la dépression et des problèmes psychotiques chez les personnes qui y vivent qui ont la maladie	Quantitatif	427 résidents dans 15 unités de soins spéciaux.	Observation	Santé publique	L'agitation, l'agressivité, les symptômes psychotiques, la dépression et le retrait social ont été choisis comme variables dépendantes. L'étude avance : les sorties camouflées réduisent les tentatives de fuite, l'intimité réduit l'agression et l'agitation et améliore le sommeil. Les espaces communs au caractère non institutionnel unique sont associés à un retrait social réduit. Les sentiers pédestres avec des nœuds d'activité multisensoriels diminuent la recherche de sortie, améliorent l'humeur et impliquent les membres de la famille. Le caractère résidentiel est associé à un retrait social réduit, à une plus grande indépendance, à un meilleur sommeil et à davantage de visites familiales. La compréhension sensorielle réduit l'agitation verbale. L'accès au jardin thérapeutique réduit les tentatives de fuite et améliore le sommeil. Une sécurité accrue conduit à une plus grande indépendance, qui à son tour est associée à moins de chutes. La personnalisation de la vie privée et la compréhension sensorielle sont susceptibles d'être des caractéristiques de conception environnementale particulièrement	Est-ce que cela va dans le même sens que les autres études ?

Sources	Fiabilité de l'étude ⁹	Thème	Méthode	Population	Approche théorique privilégiée	Champ disciplinaire	Principaux résultats	Questions, dimensions non abordées
		d'Alzheimer ou un trouble connexe(17)					importantes contribuant à l'amélioration des résultats de santé comportementale.	
17. D The British Journal of Psychiatry	A	Efficacité d'un programme de thérapie de stimulation cognitive avec adaptation de l'environnement fondé sur des preuves pour les personnes atteintes de démence (28)	Quantitatif	201 personnes âgées atteintes de démence 150 personnes ont été randomisées dans les centres pour le groupe d'intervention et 86 pour le groupe témoin.	thérapie de stimulation cognitive avec adaptation de l'environnement	Santé publique	le groupe d'intervention s'était considérablement amélioré par rapport au groupe témoin du Mini-Mental State Examination Les groupes de thérapie de stimulation cognitive avec adaptation de l'environnement peuvent présenter des avantages intéressants pour de nombreuses personnes atteintes de démence.	Est-ce que le même type de recherche a été effectué en France ? Est-ce que les résultats sont similaires ?

Annexe 3 : Matrice de questionnement

Variable étudiée	Indicateur par variable	Sous indicateurs	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Accord	Volontaire et accepte l'utilisation des données		Je suis participe à cette enquête de façon volontaire et j'accepte que les données recueil soit utiliser dans le cadre d'un mémoire de recherche.	<u>Binaire :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	Accord de l'utilisation des données
Données personnelles	Statut	Travaille auprès d'un public atteint de la maladie d'Alzheimer	Je suis un ergothérapeute et je travaille auprès d'un public atteint de la maladie d'Alzheimer.	<u>Binaire :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	Vérifier que la population qui remplit le questionnaire est celle à qui il est destiné.
		Secteur d'exercice	Je travaille en :	<u>1/2 ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> EHPAD <input type="radio"/> Équipe spécialisée Alzheimer <input type="radio"/> Libéral <input type="radio"/> Centre de rééducation et de soin de suite <input type="radio"/> Structure hospitalière <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Préciser : ... 	Recueil des données sur le lieu de travail des ergothérapeutes travaillant en auprès de la personne.

Avis ergothérapeute	Différents aspects de la personne		Selon vous, quel est aspect est le plus important à prendre en compte dans la prise en soin de la personne Alzheimer en institution ?	<u>½ ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Physique ○ Psychologique ○ Morale ○ Bien-être ○ Fatigue ○ Autre Préciser	Recueillir l'avis d'ergothérapeute sur l'aspect sur lequel il faut focaliser sa pratique. Afin de pouvoir comparer avec la question 11 sur l'aspect qui est modifié lors d'adaptation de l'environnement.
Habitue de pratique	Réalisation d'action d'adaptation de l'environnement		Dans le cadre la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, est-ce que vous réalisez des actions d'adaptation de l'environnement ?	<u>Fermée :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Oui toujours ○ Ça dépend des patients ○ Rarement ○ Jamais 	Savoir si les ergothérapeutes interrogés réalisent des adaptations de l'environnement.
		Type d'adaptation réaliser	Si vous avez répondu vrai, quel type d'adaptation de l'environnement réalisez-vous auprès des personnes Alzheimer ?	<u>½ ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptation des espaces communs (salon, cuisine, extérieur, etc.) ○ Adaptation des espaces individuels (chambre, etc.) ○ Adaptation avec mise en place d'aide technologique ○ L'intervention basée sur l'environnement (1) en tant que thérapie non médicamenteuse ○ Autre Préciser : ...	Savoir parmi les types d'adaptation traiter dans la RL lesquels sont réalisés par les ergothérapeutes.

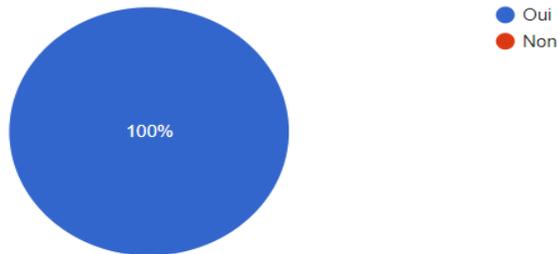
		Type d'adaptation réaliser	Donner des actions d'adaptation de l'environnement que vous avez l'habitude de réaliser.	<u>Question ouverte</u>	Connaître le type d'adaptation réalisée par les ergothérapeutes.
L'impact de l'adaptation de l'environnement	Les différentes solutions trouvées dans la RL		Selon vous, quelles adaptations de l'environnement ont le plus d'impact sur la personne ? Numérotez-les par ordre d'impact (1 = plus fort impact, 4 = impact moindre)	<u>½ ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptation des espaces communs (salon, cuisine, extérieur, etc.) ○ Adaptation des espaces individuels (chambre, etc.) ○ Adaptation avec mise en place d'aide technologique ○ L'intervention basée sur l'environnement (1) en tant que thérapie non médicamenteuse ○ Autre Préciser : ...	Hierarchie les solutions trouver dans la RL en fonction de leur impact
	Aspect de la personne impacté		Sur quels aspects de la personne pensez-vous que l'adaptation de l'environnement a un impact ?	<u>½ ouverte :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas d'impact ○ Physique ○ Psychologique ○ Morale ○ Bien-être ○ Fatigue ○ Autre Préciser	Connaître les aspects de la personne qui sont impacté par l'adaptation de l'environnement en lien avec la question 4.

Contrainte institutionnelle	Présence ou absence de contrainte institutionnelle	Fiche de poste	Est-ce que l'adaptation de l'environnement est citée dans votre fiche de poste ?	<u>1/2 ouverte :</u> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Autre Préciser	Connaître l'implication de l'institution pour l'adaptation de l'environnement.
		Temps dédié	Est-ce que vous avez un temps particulier dédié à l'adaptation de l'environnement dans votre emploi du temps ?	<u>Fermée :</u> <input type="radio"/> Oui toujours <input type="radio"/> Ça dépend des patients <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais	Connaître l'implication de l'institution pour l'adaptation de l'environnement
		Avis de l'ergothérapeute	Est-ce que votre institution met des contraintes dans l'aménagement de l'environnement ?	<u>Fermée :</u> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Non concerné	Savoir si les ergothérapeutes rencontrent des contraintes à la mise en place d'adaptation de l'environnement pour la personne.
		Illustration des problèmes rencontrés	Si oui, quels sont les contraintes institutionnelles que vous rencontrez dans l'adaptation de l'environnement ?	<u>1/2 ouverte :</u> <input type="radio"/> Financière <input type="radio"/> Temporel <input type="radio"/> Bâtiment mal conçu <input type="radio"/> Manque d'espace <input type="radio"/> Cela ne fait pas partie des priorités de l'établissement <input type="radio"/> Autres	Connaître les contraintes institutionnelles rencontrées par les ergothérapeutes.
		Avis ergothérapeute	Quel est selon vous la contrainte institutionnelle la plus importante ?	<u>Question ouverte</u>	Connaître la contrainte institutionnelle la plus importante et celle la plus rencontrée par les ergothérapeutes.

Annexe 4 : Résultat enquête exploratoire

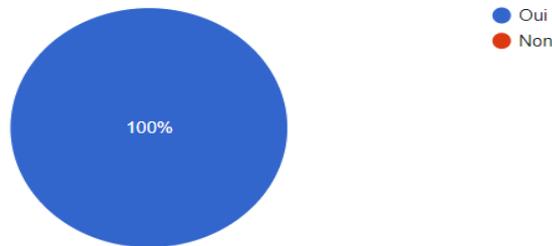
1. Je participe à cette enquête de façon volontaire et j'accepte que les données recueillies soient utilisées dans le cadre d'un mémoire de recherche.

102 réponses



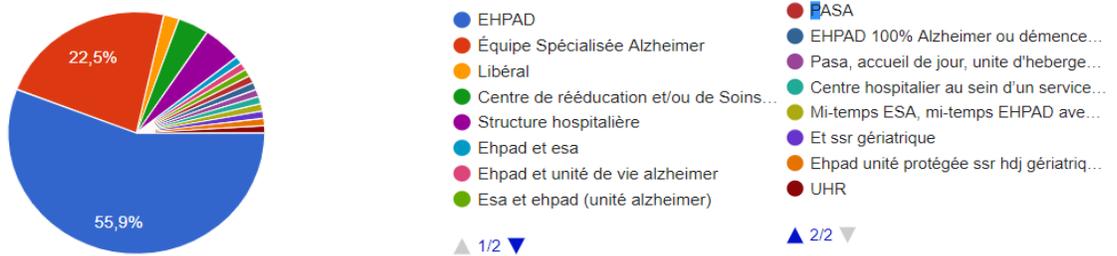
2. Je suis un ergothérapeute et je travaille, ou j'ai déjà travaillé auprès d'un public atteint de la maladie d'Alzheimer.

102 réponses



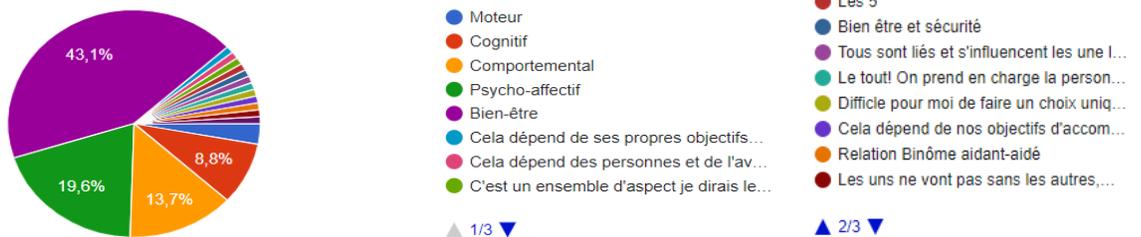
3. Je travaille en :

102 réponses



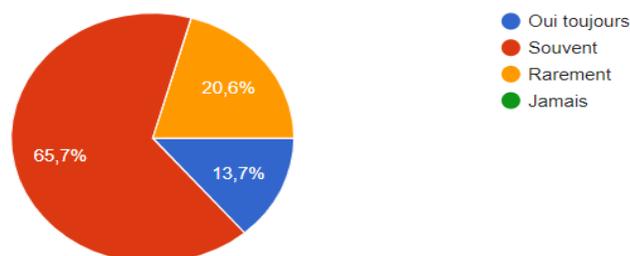
4. Selon vous, quel est l'aspect le plus important à prendre en compte dans la prise en soin de la personne en institution ?

102 réponses



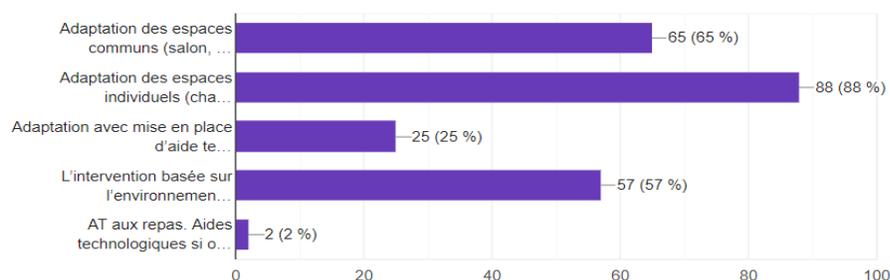
5. Dans le cadre la prise en soin des personnes, est-ce que vous réalisez des actions d'adaptation de l'environnement ?

102 réponses



6. S'il vous ait déjà arriver de réaliser une action d'adaptation d'environnement pour une personne, quel type d'adaptation de l'environnement avez-vous réalisé ?

100 réponses



7 Donnez des actions d'adaptation de l'environnement que vous avez l'habitude de réaliser

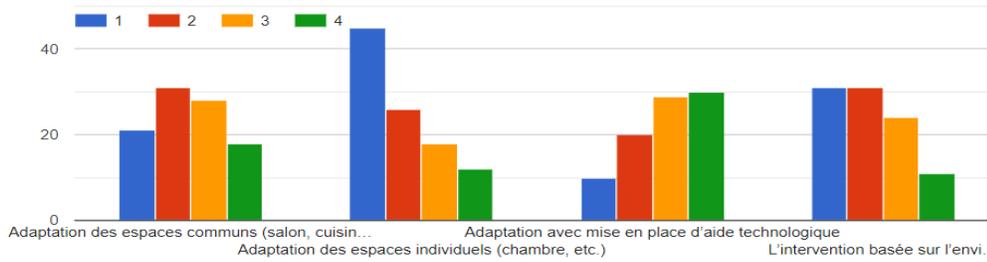
:91 réponses

Mise en place de pictogramme / mot / photo sur les différents lieux : toilette, chambre ... personnalisation de la chambre. Calendrier, rappel oral +++ . Ta au repas (antidérapant, cuillère avec manche, assiette à rebord, verre large)
Lit Alzheimer , mobilier non dangereux
Repérage visuel des différentes pièces à vivre / mise en place d'aides-techniques pour se repérer dans le temps et l'espace / adaptation du petit électroménager etc.
Espace commun détente, petite musique, jeux sensoriels à disposition et surtout adaptation des jeux commun (pièces de domino couleurs etc.) + aménagement des meubles en chambre pour espacer + aides techniques à l'orientation spatiales en espace commun (panneau direction chambres, cuisines, lignes de couleurs en chambres, contrastes) + orientation temporelle (horloge, grosse plus organisation de la journée sur un panneau...)
Horloge calendrier, éphémérides, agenda, photos sur placard de cuisine
Mise en place d'indicateurs visuels pour gestion de l'environnement (lumière, WC, robinet,etc) Mise en place d'horloge numérique avec indication de la date en toutes lettres Mise en place d'AT pour maintien de l'indépendance (chaise de douche, rehausseur de WC, aide à la marche, etc.)
Adaptation dans la salle de bain, préconisation d'aide technique à la toilette, étiquetage au domicile, mise en place de planning

Mise en place de lit de type Alzheimer pour limiter les chutes. Adaptation des aides techniques au déplacement (fauteuil roulant principalement)
Fléchage dans établissement afin que la personne retrouve sa chambre. Personnalisation de sa porte de chambre afin qu'elle l'identifie. Mise en place de calendrier dans l'ensemble des chambres. Mise en place d'un calendrier dans la salle commune, mais à jour par un soignant accompagné d'un ou plusieurs résidents Décoration correspondant à la saison ou à un événement récent (pâques, fête nationale...) Identification des différentes pièces avec une décoration marquée
Agrandissement des espaces de déplacement, limiter les risques de chutes et de blessures, accès à des zones pour des activités significatives...
Horloge numérique, bande antidérapantes, planche de bain...
Sécurisation de la gazinière, mise en place de verrous sur les portes menant à la cave, installation d'une horloge a gros caractères, tenue d'un journal
Identification des espaces personnels, de soin d'hygiène, et communs. Emploi du temps de la journée et semaine, calendrier. Sécurisation et accessibilité de la chambre (mobilier strictement utile, espace de déambulation nécessaire)
Aménagement de la chambre pour faciliter la circulation. Mise en place d'éphéméride adapté dans les services...
Mise en place de la méthode Montessori et d'activité significatives et significatives pour le résident.
Barre d'appui WC/douche- projet de dépose baignoire avec réalisation douche siphon de sol- choix siège de douche- ôter/fixer tapis- horloge type orium- calendrier- tableau Weleda...
Utilisation de pictogrammes ou d'affichages pour permettre l'orientation spatiale et temporelle. Adaptation de la chambre pour orienter les déplacements et limiter les risques de chutes/blessures
Désencombrement, objet dangereux retirés,
Barres d'appui, siège de douche, éclairage automatique...
Repérages visuo-spaciaux, aménagement espace physique, auditif, aménagement de l'environnement humain
Modification de la chambre lors de l'hospitalisation, mise en place de repère (au moins pour les toilettes). Et comme j'interviens au domicile aussi, modification très légère (pour éviter la désorientation) du logement pour assurer une sécurité maximale.
Affiche dans la chambre pour aider la personne à savoir où elle se situe, mise en place d'une horloge donnant des indications de temporalité (matin midi soir en plus de l'heure) avec alarme pour rappeler d'aller à table
Mise en place d'horloge digitale pour favoriser l'orientation temporelle, avec calendrier hebdomadaire pour les différents rendez vous
Réaménagement de la chambre pour éviter les chutes. Mise en place d'un calendrier adapté aux capacités de la personne.
Pictogramme toilettes principalement
Organisation de l'espace dans la chambre + mise en place de repères lumineux au niveau de la salle d'eau
Déplacer le lit, la température de la chambre, la mise en place de veilleuse, mise en place de détecteur de mouvement
Aide technique

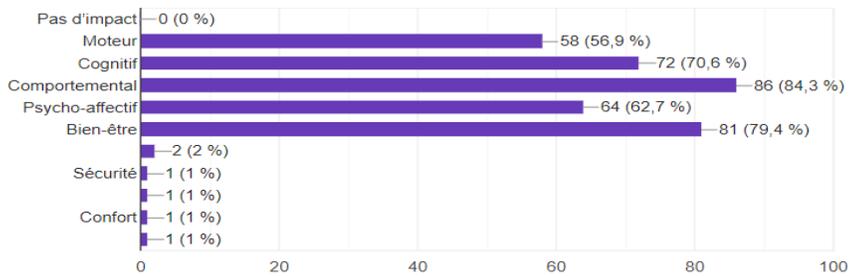
Ephéméride et horloge ; étiquettes indiquant l'emplacement des objets personnels dans l'armoire à vêtement, dans la salle de bain...
Personnalisation des chambres, horloge synopte, calendrier et lieu affichés, ...
Adaptation de l'environnement chambre pour faciliter l'accès et diminuer le risque de chute Adaptation des lieux de vie à tous les résidents en prenant en compte les risques divers et les déambulations pathologiques présentent souvent chez la personne ayant la maladie d'Alzheimer ou apparenté Participation au projet de construction d'un nouvel Ehpad avec une unité de vue Alzheimer Etc.
Aménagement de la disposition de la chambre pour améliorer la perception jour/nuit Aménagement sensoriel. Pictogrammes
Des encombrements de l'espace. Réaménagement de l'environnement. Conseils auprès des habitants de l'Institution.
Signalétique, repères visuels pour s'orienter dans le service (nom et photo sur la porte de la pièce en question, ex pour les WC), une image que la personne choisit à l'entrée de sa chambre, adaptation des couleurs pour apaiser la personne et lui permettre de reconnaître les espaces, musique utilisée également pour dissocier les lieux. En chambre, possibilité de mettre une image sur la porte du placard avec images des vêtements pour savoir ce qui se trouve dans les armoires. Image sur la porte des WC pour que la personne soit indépendante pour aller aux WC. Possibilité de mettre un script visuel pour savoir comment réaliser la toilette, l'habillage, utiliser les ustensiles
Affichage des pièces, personnalisation des chambres, orientation temporelle
Agenda journalier et faire la date du jour, main courante, mise en place de chaise de douche, accessibilité des commandes de télé ou du lit, ...
Table repas
Couverts à contraste élevé, panneaux Montessori, lit Alzheimer, intégration de l'unité protégée
Préconisations d'adaptation pour la salle de bain, WC, préconisations d'aide techniques (barre d'appui, siège de douche etc.), aides compensatoires de type élagage (gommettes pour simplifier info etc.)
Mettre un éphéméride dans la chambre / une horloge adaptée / une signalétique pour les WC / barre d'appui dans la salle de bain/ signalisation par des flèches pour retrouver un endroit
Nom et prénom sur la porte, calendrier adapté pour repérage temporel
Des signalétiques spécifiques et signifiantes pour le résident
Aménagements en lien avec la prévention des chutes et la déambulation en chambre et en salle d'eau, aménagements en lien avec les capacités organisationnelles de la personne, repérage spatio-temporel, aménagements favorisant le bien-être et la stimulation etc.
Retrait de certains éléments de l'environnement l'encombrant ou entraînant troubles du cpt type horloge difficile à lire pour certains résidents
Suppression obstacles Réglage des hauteurs 'assis Aide technique pour la mobilité Lumière Accès aux affaires personnelles : les cacher parfois pour qu'ils ne se rhabillent pas Image d'orientation Gestion des couleurs Camera de détection de chute Poignée de porte sécurisée
Préconisation et essai d'aides techniques (exemple : FRE, couverts adaptés, etc.), aménagement de l'habitat (exemple : modification du rangement dans la cuisine), accompagnement de l'aidant (environnement humain)

8. Dans votre pratique, quelles adaptations de l'environnement ont le plus d'impact sur la personne ? Numérotez-les par ordre d'impact (1 = impact très important, 4 = impact moindre).



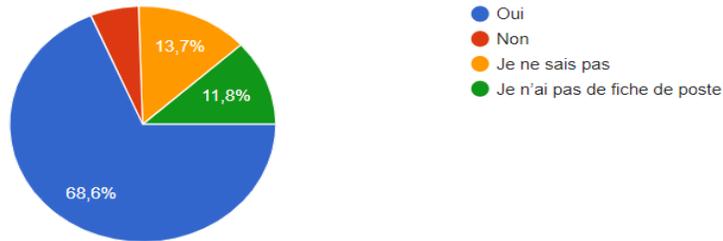
9. En générale, sur quels aspects de la personne pensez-vous que l'adaptation de l'environnement ait un impact ?

102 réponses



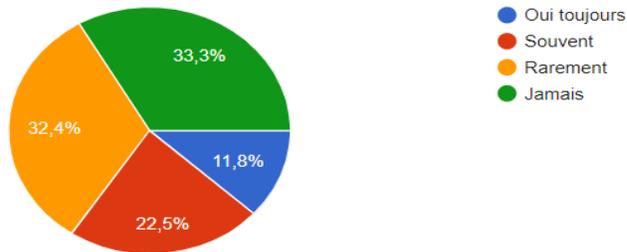
10. Est-ce que l'adaptation de l'environnement est citée dans votre fiche de poste ?

102 réponses



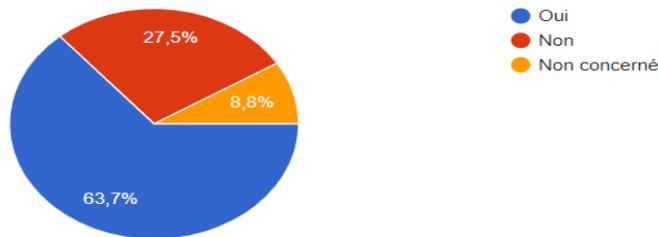
11. Est-ce que vous avez un temps particulier dédié à l'adaptation de l'environnement dans votre emploi du temps ?

102 réponses



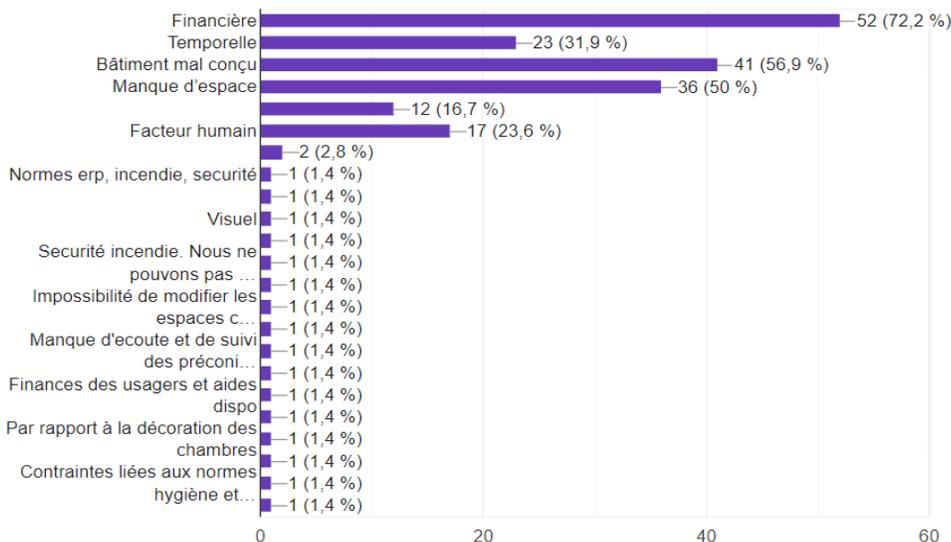
12. Est-ce que votre institution met des contraintes concernant l'aménagement de l'environnement ?

102 réponses



13. Si oui, quelles sont les contraintes institutionnelles que vous rencontrez dans l'adaptation de l'environnement ?

72 réponses



14. Selon vous, quelle est la contrainte institutionnelle la plus importante ? 74 réponses

Financière

Financière

Manque de personnel pour réorienter le/les résidents dans le temps et l'espace et pour de la guidance verbale dans les gestes de la VQ

Bâtiment mal conçu

L'argent

Contrainte architecturale

Non compréhension de l'importance, pour privilégier le rendement

Je travaille en ESA la contrainte institutionnelle la plus importante est le temps.

Temporelle, si je voulais vraiment faire une adaptation complète et individuelle de chaque résident selon ses besoins, il faudrait un 2ème temps plein en ergothérapie avec moi pour répondre à la demande de tous

Bâtiment mal conçu (absence de grande salle hormis la salle à manger, beaucoup d'escaliers ...)

Manque de temps pour une évaluation complète des besoins et de la pertinence des éléments mis en place (mi-temps ergo pour 115 résidents)

L'aspect financière

Manque de personnel formé à la maladie d'Alzheimer

Le facteur humain, il faut faire changer les mentalités pour pouvoir faire le plus efficient.

La méconnaissance des encadrants de notre travail et la non-volonté de la connaître.

Problématiques d'espace et financières quand création d'un nouveau bâtiment.

Compréhension des actions, de notre profession, manque de communication

Normes incendie

Les "vieilles habitudes" de travail et les croyances (à l'hôpital on ne doit pas tomber, tout doit être validé "anti-incendie", il faut que ce soit fonctionnel pour les soignants pas pour les patients, ...) et ça ne doit RIEN coûter (parce que l'hôpital public est peut-être "pauvre" mais il met surtout l'argent ailleurs que dans les soins non médicamenteux)

Direction parfois non sensibiliser au véritable besoin des personnes désorientée

Priorités de l'établissement

Je travaille dans un EHPAD privé à but lucratif et donc je ne peux pas acheter du matériel comme je veux

Le commercial (visuel)

Les budgets Le manque d'espace

Contrainte humaine lorsque les équipes ne s'investissent pas pour faire perdurer nos actions

L'architecture on ne peut pas écarter les murs. Quand c'est mal fait, c'est mal fait

Restrictions financières

Manque matériel

L'architecture de l'établissement

Le fait que l'environnement de la personne ne soit pas écologique (au sens ergo du terme) dans l'institution

L'espace et les règles sanitaires

Les chambres ont été conçues dans un but de commercialisation, elles sont donc toutes sur le même modèle et très esthétiques mais pas forcément fonctionnelles et peu adaptables

Investissement

Financières

Absence d'espace de déambulation

Que la direction refuse la modification des espaces communs.

Finances, anonymat

Manque d'espace

Financier

Un bâtiment ancien avec une architecture mal pensée et des pièces exiguës et mal agencées

Hygiène

L'agencement du bâtiment

Coût

Le suivi des propositions d'adaptations par les différentes équipes soignantes : disparités des pecc

La lenteur de la machine institutionnelle, le manque de formation pour les équipes

Temporelle

Le manque de temps en ESA pour le suivi (3 mois puis obligé de laisser jusqu'à l'année suivante)

Le lien entre les demandes de la direction et les besoins des résidents

Les difficultés budgétaires

Temporelle car je suis sur plusieurs établissements à temps partiel, donc pas toujours évident de trouver le temps.

Espace étroit du fait du bâtiment mal conçu

Financière

-respect des règles de sécurité d'un bâtiment "public" hors nous sommes sur un lieu de vie pour les résidents -Financière

Le temps

Limiter les décorations dans un but de limiter le risque incendie

Officiellement, il n'y a pas de contraintes imposées par l'institution. Mais, je ressens une certaine réticence si je passerai plus de temps à domicile pour proposer une réhabilitation dans son environnement, alors que mon ESA est considérée comme "faire travailler la mémoire"

Le cadre bâti

Manque de place

Facteur humain

Temps

Financier

Manque de temps dans prise en charge globale, de moyens et d'accès aux outils près des partenaires (moins fréquents)

Finances+++

15. Avez-vous des choses à rajouter sur le sujet ? 33 réponses

Non

Non

Tu ne mentionnes pas les aides techniques faites pour conserver l'autonomie malgré les apraxies au niveau des repas notamment

L'environnement est important mais en Ehpad des limites intrinsèques à l'établissement impact la volonté d'agir dessus.

Pour moi, la méthode Montessori est la plus holistique auprès des résidents.

Travaillant en ESA, toutes ces adaptations sont réalisées au sein du domicile de la personne, et non au sein de l'institution

C'est un peu plus simple au domicile mais là aussi on fait face aux croyances et fonctionnement automatisé des soignants (principalement les IDE qui ne supportent pas qu'on puisse modifier leur routine même si ces dernières sont délétères). Il y a aussi un souci avec certains kinés peu ou pas formés qui refusent la prise en compte de l'aménagement (voir demande à la famille de supprimer certaines aides techniques) car "ça sert à rien" (en fait ils ne savent pas comment ça s'utilisent)

Très bon sujet, je rajouterai l'aspect sécuritaire (les aménagements en institution sont souvent faits pour éviter les chutes) concernant l'adaptation 😊

L'aménagement des espaces communs avec des meubles, déco, vaisselle etc. comme à la maison et le fait de "desinstitutionnaliser" l'Ehpad permet aux résidents de se sentir comme chez eux, et participe à la diminution des troubles du comportement et au maintien de l'autonomie

Bon sujet

Me contacter si besoin par mail : Elise.aujean2@gmail.com Je serais ravie de vous lire Bon courage

Bon courage dans le traitement des données!

Bon courage pour le mémoire :)

L'aménagement du domicile n'est qu'un versant de notre intervention, c'est pourquoi il n'y a pas nécessairement de temps alloué en particulier à cela. Le plus important outre la stimulation cognitive est, à mon sens, la réhabilitation de la personne avec pour but de favoriser au maximum l'autonomie

Trompe l'oeil sur les portes extérieures (effet bibliothèques)

Bon courage !

Il est difficile de généraliser, c'est vraiment propre à chaque résident et c'est parfois ce qui rend difficile l'aménagement notamment des salles communes (de trouver une adaptation qui convient au plus grand nombre)

La formation des équipes, première thérapie non médicamenteuse de l'environnement (l'équipe est dans l'environnement et ça peut tout changer)

Tout dépend du stade de la maladie d'Alzheimer qu'on évoque, de l'entourage aidant, de l'histoire de vie, de la dynamique de la personne elle-même Difficile de généraliser

Bon courage (:

Bonne continuation

Bon courage !!

Sujet intéressant mais questionnaire mal conçu

Je ne pense pas faire une "intervention basée sur l'environnement en tant que thérapie non médicamenteuse" comme évoquée dans la description, mais les termes utilisés qui l'a qualifie au début semblent me correspondre davantage.

Contactez Valérie nouvel et sa formation réadaptation sauvetage

Je travaille depuis 1 mois 1/2 donc pas bcp d'expérience sur le sujet ^^ mais good luck pour ton mémoire et voici un livre qui pourrait t'intéresser : "Le bonheur plus fort que l'oubli", comment bien vivre avec Alzheimer de Colette Roumanoff !

Bon courage !

Très bon sujet. Bon courage ^^

Annexe 5 : Matrice conceptuelle

Concepts	Variables / attributs principaux	Indicateurs
Habitat	Espace commun Hec	La présence de distraction positive Hec1
		Le manque d'exposition aux distractions négatives Hec2
		Lieu de soutien et d'interaction social Hec3
		Respect des normes et des réglementations Hec4
	Espaces personnels Hep	Espace où l'on peut s'isoler (isolation phonique) Hep1
		Endroit où l'habitant conserve ses possessions Hep2
		Endroit qui donne un sentiment de sécurité et de contrôle à la personne Hep3
		Possibilité d'expression et de personnalisation Hep4
		Lieu de dépôt de l'intimité Hep5
	Appartenir à un ensemble plus grand Heg	Lien avec le quartier Heg1
		Lien avec la commune Heg2
		Lien avec la région et le pays Heg3
	Bien-être	Objectif Bo
Éducation et emploi Bo2		
Les relations sociales Bo3		
L'environnement (naturel et bâti) et le logement Bo4		
La sécurité Bo5		
L'engagement civique et la gouvernance Bo6		
Loisirs Bo7		
Subjectif Bs		Bien être hédonique (auto-perception d'autonomie, compétence, but dans la vie,

		dimension et événement sur lesquels on pense avoir le contrôle) Bs1
		Etats positifs et négatifs (expériences de joie, de bonheur, de fierté et d'anxiété, de tristesse, de douleurs) Bs2
		L'évaluation de la vie (sentiment de sécurité) Bs3
		Sentiment de bonheur et de satisfaction à l'égard de la vie Bs4
		Influence de l'environnement social Bs5
	Psychologique Bp	Relations positives avec autrui Bp1
		Maîtrise de soi Bp2
		Autonomie Bp3
		Sentiment de but Bp4
		Sens à sa vie Bp5
		Développement personnel Bp6
Problématique éthique	Règles générales Pr	Morale Pr1
		Valeurs professionnelles Pr2
	Décision concrètes Pd	Valeurs du résident Pd1
		Valeurs personnelles du thérapeute Pd2
		Phénomènes du cas Pd3
		Procédures du cas Pd4
		Dignité de l'individu
		Respect envers ses semblables
		Respect du libre choix de la personne quant à l'organisation de sa demeure
		Respect de l'autonomie dans son espace de vie

Annexe 6 : Outil théorisé de recueil de données

Introduction :

- Présentation de l'enquêteur
- Remerciant de l'ergothérapeute pour sa disponibilité à 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

Rappeler le sujet de l'entretien : l'étude des valeurs sur le bien-être qui oriente la conceptualisation de l'ergothérapeute lors de l'adaptation de l'habitat de la personne en EHPAD. Proposition d'une définition du terme de valeurs l'« *idéal* à réaliser » (69) plus précisément les concepts principaux sur lesquels l'ergothérapeute va s'appuyer pour prendre une décision.

Question inaugurale : « Dans votre pratique de l'adaptation de l'habitat pour favoriser le bien-être des résidents, quels sont les valeurs qui orientent la conceptualisation de votre intervention ? »

Fin de l'entretien

- Demander si l'ergothérapeute désire rajouter des éléments
- Demander des informations complémentaires sur l'ergothérapeute (Age, sexe, Date d'obtention du D.E. d'Ergothérapie, nombre d'années d'expérience en EHPAD et ce qui favorise le bien-être de l'ergothérapeute au sein de son logement)
- Remercier l'enquêteur pour sa participation à la recherche

Annexe 10 : Thèmes émergents des entretiens

Thèmes	Sous thèmes
Pratique de l'ergothérapeute	Description du poste et des actions de l'ergothérapeute
	Bilan et outils utilisés par l'ergothérapeute
	Conceptualisation de l'adaptation de l'EHPAD par ergothérapeute
	Formulation de demande pour adaptation
	Problématique éthique rencontré par l'ergothérapeute
Valeurs	Valeurs personnelles qui animent l'ergothérapeute lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation
	Valeurs professionnelles qui animent l'ergothérapeute lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation
Bien-être	Définition du bien-être
	Éléments l'influençant le bien-être
Description de l'EHPAD	Description des espaces communs de l'EHPAD
	Description de l'espace personnel l'EHPAD

Annexe 11 : Grille analyse des entretiens

Thèmes	Sous thèmes	Citations Ergothérapeute D, A, B
Pratique de l'ergothérapeute	Description du poste et des actions de l'ergothérapeute	<p>L80 je suis que le responsable fonctionnel</p> <p>L 127 129 je vais plus avoir pour rôle devenir interrogé le référentiel du soignant ou de l'ASH [...] de leur faire mettre le doigt sur qu'est ce qui réellement fait que la situation dérange.</p> <p>L224 225 Un travail avec [la famille] sur l'identification des objets qui sont très signifiants et significatifs pour le résident</p> <p>219 223 Quand le résident a des troubles cognitifs voir de fort troubles cognitifs avant l'admission [...] on réalise [...] une visite à domicile ou visite de préadmission. Généralement, c'est moi qui les fais parce que ça me permet de prendre de prendre contact et d'anticiper l'entrée en termes de matériel en termes d'accompagnement et voir aussi si la chambre qui envisagé pour ce résident n'est pas une hérésie etc.</p> <p>L251 256 je fais assez peu d'activité thérapeutique parce [...] c'était juste impossible de dire d'envisager très sérieusement de faire un suivi thérapeutique avec des objectifs etc. au vu du nombre de missions annexes que j'avais à côté. [...] donc je me suis placé plus en relais auprès des auprès des soignants et donc j'interviens surtout sur de l'information et de l'évaluation.</p> <p>L69 71 mon travail, en tout cas ça se fait en amont de la rencontre [...] En tant qu'ergo, il faut prévoir une installation confortable</p> <p>L89 90 [si la personne arrive de l'hôpital où je travaille] Je connais déjà ses habitudes de vie, l'environnement, comment il doit être adapté donc je forme les équipes et je mets tout en place pour son arrivée sur notre hôpital.</p> <p>L93 95 Et si c'est une nouvelle personne qui arrive, [...] et c'est à nous après en tant qu'ergo d'aller chercher les informations souvent le dossier il arrive la veille version papier</p> <p>L97 100 Nous on a toujours une première prescription, le médecin nous fait toujours une prescription pour une évaluation ergo et on y va souvent le 2 ou 3e jour pour laisser la personne d'arriver,</p>

		<p>L 163 165 Ce que je vous ai présenté c'était un peu l'idéal c'est-à-dire pouvoir faire les évaluations le 2e jours mais parfois ça arrivait la deuxième semaine [à cause d'autres priorités] et ça venait de la personne.</p> <p>L234 237 Je dirais que c'est mon expérience professionnelle antérieure qui m'a fait apprendre avec la personne âgée, comment me comporter avec la personne âgée. Comment être à l'écoute, l'accompagner dans l'ensemble toutes les activités</p> <p>L 291 294. Je mets en place l'idée que j'ai avec la personne pour s'assurer qu'elle soit d'accord. Et après, on souvent à ce moment-là on fait un essai sur 24 48 heures pour voir si ça fonctionne ou non.</p> <p>L301 302 Donc souvent c'est l'ergo qui voit directement avec la personne [...] quels sont ses besoins.</p> <p>L123 124 On essaie de trouver à chaque fois des compromis entre les besoins de la personne et puis les contraintes aussi de l'équipe.</p> <p>L158 159 Vous devez trouver un compromis et faire comprendre à l'équipe que c'est important pour le résident d'avoir cette barre.</p> <p>L173 174 Tous les ergo qui travaillent en EHPAD essayent de mettre des outils de communication.</p> <p>L 176 178 Les choses basiques déjà transmises écrites dans les logiciels. Il peut y avoir des pictogrammes qu'on va mettre dans les classeurs de soin, on met des pictogrammes maintenant dans les chambres.</p> <p>L 249 250 mon métier, c'est justement faire en sorte de répondre de façon unique à chaque cas, chaque résident</p> <p>L 251 252 Donc à moi, ergothérapeute, de chercher ce qui peut, ce qui peut rendre service à la personne.</p> <p>L292 294 le travail de l'ergo c'est de se soucier effectivement du besoin de la personne</p> <p>L303 305 en fonction de la personne que j'ai en face de moi, en fonction de ce qu'elle peut me dire, [...], je vais adapter forcément ma prise en charge. Et les priorités, c'est à travers ça que je vais réfléchir pour elle et avec elle.</p> <p>L374 on ne fait que s'adapter à nous, notre métier, c'est de s'adapter.</p>
--	--	---

		<p>L 454 Je suis cofondateur et directeur de [réseau d'ergothérapeute français]</p> <p>L 465 468 On est en train de mettre en place un projet sur du suivi au long cours, sur la prévention des chutes. Et là encore, avec un objectif d'objectiver les problématiques de marche et d'équilibre sur neuf mois. Avec des bilans réguliers, avec un nouvel appareil qui a été créé par habilitare® qui est une start up.</p> <p>L 503 504 Parce que je fais de la formation. Je travaille avec des architectes pour construire des EHPAD.</p>
	<p>Bilan et outils utilisés par l'ergothérapeute</p>	<p>L 38 40 si le résident est [en] mesure de s'exprimer ça peut être par l'entretien avec lui pour savoir ce qu'il veut [...] connaître un peu son parcours de vie, pour savoir d'où il part à peu près, ses capacités et ses attentes</p> <p>L 41 42 J'ai mes évaluations des capacités préservées donc propres à l'EHPAD où je travaille</p> <p>L 96 98 Une fois par an, [je fais passer des] bilans valider son GIR, son MMS et sa grille de capacités préservées etc.</p> <p>L 106 111 On a une trame ergo dans notre hôpital, un bilan maison qui avait été créé, [...] un bilan fonctionnel etc... On a une partie justement sur l'environnement si c'est quelqu'un qui vient de de la maison lui pose des questions sur ses habitudes de vie à la maison, la configuration de son espace de vie surtout de son espace nuit.</p> <p>L243 -245 avec l'expérience [on apprend] que quand on laisse le temps à la personne le temps de s'exprimer elle va nous donner des informations qu'on n'a pas forcément questionner</p> <p>L54 – 58 je dois les objectifs [les préconisations]. S'il y a un risque de chute, je dois l'objectiver, s'il y a une problématique de mobilité, je dois l'objectiver. Et on a des outils pour ça [...] ce sont les bilans.</p> <p>L62 je me base sur des bilans pour connaître les besoins de la personne.</p> <p>L64 65 Sur les projets d'adaptation de l'environnement. Il y a deux sujets [à évaluer]. Il y a la personne et le logement.</p>

		<p>L 70 72 Moi, personnellement, j'utilise l'ADL avec le Tinetti pour objectiver les problématiques de mobilité. J'utilise aussi parfois la SEGA qui est une grille sur la fragilité.</p> <p>L72 73 l'étude de l'environnement. Aujourd'hui, on n'a pas d'outils propres au métier de l'ergothérapeute.</p> <p>L74 76 [pour évaluer l'environnement] On va se référer [aux] annexes 7 8 interministériels, [et] on va s'appuyer sur les retours d'usage 309 des entretiens si vous voulez. Oui, c'est plutôt une discussion qu'un entretien</p> <p>L381 383 Je dois faire en sorte de respecter aussi les recommandations en lien avec la profession, avec la Haute Autorité de santé</p> <p>L419 421 Les ergothérapeutes [...] on n'a pas ce type de recommandation. Donc on se base sur les recommandations de l'HAS.</p>
	<p>Conceptualisation de l'adaptation de l'EHPAD par ergothérapeute</p>	<p>L56 60 [pour conceptualiser une adaptation] j'ai besoin de connaître la personne dont on parle, [...] de la connaître personnellement. [...] à travers mes bilans. [...] à travers les yeux de mes collègues [...] essayer de définir un peu les contours de la personnalité du patient.</p> <p>77 78. On doit réfléchir en amont avec l'équipe avec la personne comment organiser l'environnement.</p> <p>L 291 294 On a notre idée [d'adaptation de l'environnement].</p> <p>L 46 50 avec [la personne] on voit quel est le meilleur projet en fonction de ce qu'elle souhaite faire et [...] de ce que moi, professionnel, j'estime être le meilleur aussi pour elle. Parce qu'on peut aussi avoir un décalage entre les croyances de la personne et nous. Les constats que l'on fait sur le plan médical ou technique</p> <p>L77 80 L'usage, on aura étudié lors du bilan de la personne et après, on fait le lien entre les usages, les besoins de la personne et les obstacles environnementaux. Et comment on va pouvoir nous lever les obstacles environnementaux avec des préconisations d'aides techniques ou d'adaptation de l'habitat avec des travaux ou de domotique</p>

<p>Formulation de demande pour adaptation (par toutes les parties qui vient tout au long de la conceptualisation)</p>	<p>L224 225 J'échange avec la famille pour connaître [...] le passé du résident ou de la résidente qui vient qui intégré [et connaître les besoins].</p> <p>L43 48 Donc ce sont souvent aussi des demandes [de la famille] pour aménager un environnement intimiste et à la fois convivial pour respecter aussi leur intimité quand ils ont des choses personnelles dire et qui a un cadre suffisamment franc pour pouvoir quand même échanger et être bien installer etc.</p> <p>101 [Après que] la personne soit d'arriver, [j'attends] de voir si elle a des requêtes, ce qu'elle aimerait.</p> <p>L270 271 Prendre le temps écouter les équipes et leurs difficultés</p> <p>L301 302 : L'idée, souvent, on voit avec la personne quels sont ses besoins</p> <p>L 44 C'est avant tout [la personne] qui dicte le projet.</p> <p>L 109 110[On va discuter avec la personne et] l'aidant le plus proche qui soit là. Ça peut être le conjoint, les enfants, un ami.</p> <p>L 117 118 On va aménager la chambre en fonction des besoins de la personne, mais aussi en fonction des activités des aides-soignantes,</p> <p>L135 137[Les actions sont] parfois, c'est dicté par la problématique de la personne [ou] par d'autres problématiques et notamment les soignants.</p>
<p>Problématique éthique rencontré par l'ergothérapeute</p>	<p>L 50 51 c'est un petit peu un jeu de balance bénéfice-risque [entre le bien-être sur le moment et l'indépendance]</p> <p><i>Réflexion autour de la priorité d'une prise en soin :</i></p> <p>L165 170 Soit on décide de prendre moins de temps pour écouter la personne et donc j'imagine que l'on va passer à côté de ses demandes. Soit tant pis on fait attendre un peu plus longtemps. [...] si c'est quelqu'un qui a eu des troubles du comportement ou des troubles cognitifs là pour moi ça va être urgent</p> <p>L174 175 Le risque de chute aussi. S'il y a des troubles de la déglutition pour une installation au repas. Les troubles du sommeil aussi, bien souvent ça peut être lié à un problème d'environnement.</p>

		<p>L151 153 vous devez mesurer l'équilibre toujours fragile entre les bénéfices pour la personne et les risques pour la personne et les bénéfices pour l'équipe et risques pour l'équipe.</p> <p>L163 cette recherche d'équilibre entre mettre en place un aménagement qui va être bénéfique pour le résident mais doit aussi être compris par l'équipe et acceptée par l'équipe.</p> <p>L 334 344 Toujours se poser la question pourquoi je le fais ? Pourquoi je fais un acte ? Moi, le mot c'est pourquoi ? Quand je ressors de la chambre, c'est pourquoi je fais et est-ce que j'ai répondu à cette question. Est-ce que ça avait du sens ? Est-ce que ça avait du sens pour la personne ? Oui ou non ? Est-ce que ça a du sens ?</p> <p>L429 431 Les bonnes volontés pour travailler sur ces sujets-là [écriture de réglementation], il n'y en a pas non plus énormément. Et on manque. Mais c'est vrai que c'est un vrai dilemme. C'est un vrai problème</p>
Valeurs	Valeurs personnelles qui animent l'ergothérapeute lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation	<p>L32 35 la principale chose qui guide mon adaptation de l'environnement, c'est le bien-être du résident. Après en 2°, reste toujours l'autonomie puis après c'est surtout de la pluridisciplinarité pour que toute l'équipe puisse adhérer à ce processus ce qui est relativement complexe, selon les situations quand on a des points de vue qui sont différents notamment avec les soignants.</p> <p>L199 200 Je pars du principe que je n'ai pas à me soucier du prix du prix de la chambre. J'estime ce n'est pas moi d'intégrer cette variable-là</p> <p>L 33 34 d'abord respecter leur choix à eux. Qu'est ce qui était important pour eux comme activité à faire dans leur environnement.</p> <p>L39 42 Donc en premier je dirais que c'est surtout respecter son choix et son désir de réaliser une activité. C'est par exemple [...] pouvoir se déplacer en sécurité dans son environnement ou pouvoir décrocher son téléphone, aller tout seul aux toilettes.</p> <p>L114 -115 au maximum son autonomie. Donc autonomie c'est le choix la prise de décision sur ce qu'ils ont envie de faire</p>

	<p>L120 -121 après bien sûr l'indépendance pour toutes les activités qui faisaient déjà auparavant à la maison</p> <p>127 128 c'est vraiment respecter ses habitudes de vie et lui proposer de faire un peu comme à la maison les activités que la personne aimait</p> <p>L130 toutes les activités de base, on essaie de les favoriser</p> <p>L135 136 Nous l'autonomie c'est le choix de faire tel activité. L'indépendance, c'est être capable de réaliser donc avec ou sous aides techniques</p> <p>L138 [la sécurité c'est] très important en EHPAD</p> <p>L214 pour ce qui est de l'indépendance... Pour moi ça ferait partie des valeurs personnelles</p> <p>L234 237 Je dirais que c'est mon expérience professionnelle antérieure [...] qui m'a fait comprendre l'importance de l'autonomie et l'indépendance chez les personnes âgées.</p> <p>L238 241 Je dirais que notre attitude professionnelle souvent elle se traduit dans notre vie personnelle. Plutôt l'inverse, on a un peu la déformation professionnelle de vouloir accompagner les personnes sans les aider, les sais faire et aussi dans la communication avec l'entourage ou même dans toutes les relations sociales en général</p> <p>L 396 397 les valeurs elles dépendent aussi beaucoup de mon institut de formation.</p> <p>L 402 403 Je dirais que ça doit vraiment dépendre aussi des écoles, de l'enseignement qu'on a, des ergothérapeutes qui font la formation</p> <p>L34 35 J'ai des valeurs dans ma vie personnelle. J'ai des croyances, peut-être,</p> <p>L84 Je me réfère à... Si ça peut une valeur, je me réfère à l'usage.</p> <p>L100 102 Si une personne est photophobe, c'est bien, la personne qui m'intéresse, ce n'est pas la norme, c'est l'usage.</p> <p>L148 149 Je favorise... Le fait que la personne puisse effectivement être le plus indépendante possible et que les soignants puissent intervenir de la façon la plus confortable possible.</p>
--	--

		<p>L 349 350 C'est peut-être ça la valeur si on veut parler de valeurs [c'est] trouvez [...] du sens, à ce que l'on fait.</p>
	<p>Valeurs professionnelles qui animent l'ergothérapeute lors de la conceptualisation d'adaptation de l'habitation</p>	<p>L 56 Il n'y a pas de position type en fait en tant qu'ergo</p> <p>L63 Je me rappelle une de mes formatrices qui avait l'habitude de nous répéter que l'ergothérapie ça dépend</p> <p>L156 il avait dix services d'EHPAD [...] Donc on a des valeurs mais on ne peut pas tout mettre en place.</p> <p>L217 -219 Après oui c'est plutôt... les concepts comme vous les entendez qui sont plutôt ergo. Mais un aide-soignant, il fait sa formation en prônant, l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées normalement.</p> <p>L 31 -32 On ne travaille pas selon des valeurs. On travaille selon des compétences selon une déontologie.</p> <p>L34 38 professionnellement, je n'ai pas de ... je n'ai pas de valeurs. J'ai des compétences, j'ai un diplôme d'État. J'ai une déontologie, une éthique. Mais je ne travaille pas selon des valeurs sur un champ, un projet d'adaptation de l'environnement.</p> <p>L333 336 On doit faire preuve de professionnalisme [...] c'est d'adapter notre pratique à chaque situation.</p> <p>L364 366 les ergothérapeutes. On doit peut-être s'appuyer un peu plus aussi sur les bonnes pratiques en ergothérapie. Sauf qu'on manque de textes, on manque de recommandations sur l'ergothérapie. C'est aussi peut être un problème de la profession.</p> <p>L 475 478 Il faut se professionnaliser. Faut, il faut objectiver les choses. C'est bien d'avoir des principes, c'est bien d'avoir des modèles, de conceptualisée, sauf qu'à un moment donné, il faut aussi revenir à des besoins de terrain.</p>
Bien-être	<p>Définition du bien-être et éléments l'influençant</p>	<p>L 214 219 [pour favoriser le bien-être] Une démarche qui est très bien sur l'établissement les chambres sont assez épurées dans leur présentation de base. Enfin quand elles sont vendues, elles sont scénarisées pour l'aider à se projeter dedans mais [...] il y a peu de meubles dedans. On incite</p>

		<p>fortement les familles a apporté des meubles [...] cadres photos [...] des tableaux [...] pour qu'ils personnalisent vraiment la chambre.</p> <p>L 240 243 Dans l'unité en fait on a créé plein de trucs qui font appel au souvenir. On a essayé de voir le plus large possible, ce n'est pas le plus adapté à chaque résident [...] ce n'est pas des objets personnels, on est obligé de d'élargir au maximum notre champ</p> <p>L226 235 [mise en place d'objet] qui font référence à un élément marquant de leur histoire de vie qui va permettent de faire un repère visuel ou olfactif [...] ça fait appel à la mémoire sensorielle qui est une des dernières mémoires a flanché dans le cas des démences de type Alzheimer. Ça lui permet de sentir un peu comme à la maison.</p> <p>L 244 246 Dans un premier temps en tout cas ce bien être. Parce que [...] ça ne s'arrête pas à tu mets ta commode et c'est bon t'es chez toi</p> <p>L 326 [Dans mon habitation pour favoriser mon bien-être] j'ai besoin que ce soit organisé, épuré et lumineux. Pour moi, quand c'est organisé dans mon environnement, c'est organisé dans mon esprit</p> <p>L210 ça fait partie de notre travail de prendre en compte le bien-être de la personne</p> <p>L211 212 ce qui est important, c'est aussi de penser au bien être des aidants, des aidants proches et aussi des professionnels</p> <p>L227 234 Votre notion de bien être personnelle n'est pas forcément la même que moi. En fait, on est selon les besoins significatifs de la personne. [...] chacun a ses idéaux.</p> <p>L 244 245 C'est quoi le bien-être de la personne ? C'est connaître ses habitudes de vie, c'est connaître ses plaisirs.</p> <p>L251 le bien être, il est, il est unique d'un individu à l'autre</p> <p>L257 260 Moi mon bien être, c'est juste je fais un métier qui me plaît et c'est déjà pas mal. Après, il faut trouver un équilibre pour trouver son équilibre occupationnel. [...] c'est à l'équipe de vie entre le travail et la vie de famille, les loisirs</p>
--	--	--

		<p>L276 Moi, ma vision, elle m'appartient. Ce qui est important, c'est la vision du patient,</p> <p>L278 279 : On n'a pas [tous] les mêmes besoins. Et on n'a pas les mêmes besoins à mon âge qu'on en a 95 ans.</p> <p>L292 294 se soucier [...] du besoin de la personne telle qu' [...] elle est en capacité de nous le transmettre</p>
<p>Descripti on de l'EHPA D</p>	<p>Description des espaces communs de l'EHPAD</p>	<p>L 138 139 Proximité des espaces de travaux favorisent la collaboration au sein de l'équipe</p> <p>L149 c'est une structure qui est assez ancienne sur 4 étages</p> <p>L164 sachant que le premier étage est une unité fermée</p> <p>L167 178 l'unité protégée, elle a un peu un mode de vie indépendant. Donc c'est un peu un EHPAD dans l'EHPAD. Donc elle a son lieu de vie commune sa cuisine etc... On a une salle de restaurant au rez-de-chaussée [...] on a un espace de vie commun donc soit le cocooning et enfin l'espace kiné qui [...] Le 4e étage qui ne bénéficie pas de d'espace de vie commune, l'architecture de l'établissement fait que ce n'est pas possible. [...] ils ont la salle de restaurant, [...] une terrasse extérieure [...] une bibliothèque avec un salon de coiffure etc. Auquel ils ont accès autant qu'ils veulent</p> <p>Il y avait environnement commun, en fait il recevait souvent leur famille dans cet environnement-là. L43 48</p> <p>L68 parce qu'on a un parc</p> <p>156 il avait dix services d'EHPAD</p>
	<p>Description de l'espace personnel l'EHPAD</p>	<p>L 182 185 c'est très variable en fait parce que y a plusieurs gammes de prix. Je travaille dans un EHPAD privé lucratif donc différentes offres commerciales. On a des chambres doubles, des chambres simples qui sont extrêmement petites, on a des chambres un peu plus grandes, on a des chambres qui sont extrêmement grandes avec un terrasse et compagnie. C'est très variable, certaines sont équipées de rail au plafond, d'autres non.</p> <p>L43 48 l'environnement personnel on va dire c'était de la chambre du résident en EHPAD.</p>

Titre : L'adaptation de l'environnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en EHPAD par l'ergothérapeute

Introduction : Déclaré enjeu de santé publique, la maladie d'Alzheimer touche plus de 1 200 000 personnes en France dont beaucoup sont accueillies en EHPAD. Pour valoriser le bien-être des résidents, l'une des compétences de l'ergothérapeute est l'adaptation de l'environnement des personnes. Cette recherche vise à identifier et à décrire les valeurs personnelles et professionnelles sur le bien-être qui oriente la conceptualisation de l'ergothérapeute lors de l'adaptation de l'habitat de la personne en EHPAD.

Méthode : Suivant une méthode clinique, des entretiens non-directifs ont été réalisés auprès de trois ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Les analyses descriptives, verticales et horizontales ont fait ressortir un profil de pensée des ergothérapeutes.

Résultats : Les valeurs personnelles qui en sont ressorties sont l'envie de favoriser le bien-être et l'indépendance. Elles dépendent des expériences personnelles et professionnelles de l'ergothérapeute. Les valeurs professionnelles prônent l'autonomie, l'indépendance et la communication au sein de l'équipe. Ces valeurs sont fondées sur la déontologie, la législation française et les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Conclusion : Les valeurs personnelles et professionnelles des ergothérapeutes semblent orienter la conceptualisation de l'adaptation de l'habitat de la personne atteinte d'Alzheimer en EHPAD. Les résultats sont à relativiser au vu du nombre limité d'entretiens réalisés.

Mots clés : Ergothérapeute, bien-être, habitat, EHPAD, valeurs.

Title : The occupational therapist's adaptation of the retirement home of the person with Alzheimer's disease

Introduction : Declared a public health issue, Alzheimer's disease affects more than 1,200,000 people in France, many of whom are hosted in assisted living facility. To enhance their well-being, occupational therapists adapt their living environment. Occ. Therapists identify the residents' needs through a value-based clinical process in order to provide modifications suited to the person. Therefore, this research aims to identify and describe the professional and personal value-based clinical process that guides how occupational therapists adapt the new setting to the person's previous living arrangements.

Method : Following a clinical method, non-directional interviews were conducted with three occupational therapists who worked in retirement home. Then a descriptively, vertically, and horizontally analysis was conducted in order to develop a thought profile of occupational therapists.

Findings : Personal values are the wish to promote well-being, independence. They depend on the personal and professional experience of life. Professional values promote autonomy, independence and open communication within the personnel staff. Such values are based on ethics, French legislation and the recommendations of the high health authority.

Conclusion : Occupational therapists's personal and professional values appear geared toward at the conceptualization of the adaptation of the assisted living facility for seniors. The results should be put into perspective in view of the limited number of interviews carried out.

Keywords : Occupational therapist, well-being, environment, retirement home and values.