



HAL
open science

Quel impact lors d'un accompagnement global en ergothérapie dans l'équilibre occupationnel de la personne âgée en EHPAD ?

Emeline Brossard

► To cite this version:

Emeline Brossard. Quel impact lors d'un accompagnement global en ergothérapie dans l'équilibre occupationnel de la personne âgée en EHPAD ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03544126

HAL Id: dumas-03544126

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544126v1>

Submitted on 26 Jan 2022

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

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

Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

**Emeline
BROSSARD**

UE 6.5
Initiation à la démarche de
recherche

24 mai 2021

Quel impact lors d'un accompagnement global en
ergothérapie dans l'équilibre occupationnel de la personne
âgée en EHPAD ?

« Il ne suffit pas d'être, il faut aussi exister »

Ergothérapeute interrogée durant l'étude

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Delphine BANCEL ma directrice de mémoire, sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour m'avoir fait découvrir ce métier pendant mon premier stage et de m'avoir fait tant aimer le domaine de la gériatrie. Merci pour ton soutien tout au long de ses trois années et d'avoir accepté de me suivre pendant cette initiation à la recherche.

Je souhaite remercier toute l'équipe pédagogique de l'Institution de Formation en Ergothérapie de Clermont-Ferrand, et tout particulièrement Céline Dauzat et Léa Patoux, pour leur confiance et leur soutien inestimable au cours de mes études mais aussi pour la réalisation de ce travail de recherche.

Je souhaite également remercier l'ensemble des camarades de ma promotion mais particulièrement à Caroline, Gwenola et Louise Marie qui m'ont apporté grand nombre de soutiens et d'échanges passionnants durant ces trois années. Merci Katia MAZIERES pour ton soutien sans faille, tes encouragements, ton écoute et tes conseils, ce mémoire n'aurait pas été le même sans toi, je suis fière de te compter aujourd'hui parmi mes amies.

Merci Romain d'avoir été là, tous les jours, d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragé à me lancer dans ce projet fou de reprise d'étude. Merci Mélissa, ma petite chérie, d'avoir été d'une patience et d'une compréhension incomparable et d'avoir laissé maman travailler quand tu aurais préféré qu'on passe du temps ensemble.

Merci Thomas pour tous tes temps de relectures et de corrections durant ces trois années et de tes conseils avisés.

Et pour terminer, merci à tous mes amis et ma famille, spécialement mes parents et beaux-parents qui m'ont soutenu dans cette reconversion professionnelle.

Sommaire

Introduction	3
1. Contexte et justification de l'étude	5
1.1. Problématique pratique.....	5
1.1.1. Le contexte général du vieillissement.....	5
1.1.2. La législation française concernant le vieillissement	5
1.1.3. Le vieillissement vu par la société	6
1.1.4. Entre le domicile et l'EHPAD	7
1.1.5. Le coût de la dépendance en EHPAD	9
1.2. Problématique Théorique.....	10
1.2.1. Définition de l'activité.....	10
1.2.2. Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) 11	
1.2.3. Le concept d'équilibre occupationnel	12
1.2.4. Les habitudes de vie	13
1.2.5. La qualité de vie : La théorie de Maslow	14
1.3. L'ergothérapie en gériatrie	15
1.3.1. Définition de la profession : ergothérapeute.....	15
1.3.2. L'ergothérapie en EHPAD	16
1.4. Enquête exploratoire	18
1.5. Cadre éthique	21
2. Méthodologie	22
2.1. But de l'étude	22
2.2. Choix de la méthode.....	22
2.3. Population	23
2.4. Elaboration de l'outil	23
2.5. Déroulement des entretiens	24
2.6. Mode d'analyse des données.....	25
3. Analyses des données et résultats	26

3.1.	Présentation des professionnels interrogés.....	26
3.2.	Analyse longitudinale.....	27
3.3.	Analyse transversale	27
3.3.1.	Participation et engagement occupationnelle	28
3.3.2.	L'activité	30
3.3.3.	Ergothérapeute en gériatrie.....	34
4.	Discussion.....	38
5.	Conclusion	48
	Bibliographie :	50
	Sommaire des annexes	54

Introduction

Selon une étude réalisée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2018 (INSEE, 2018), la France comptait 67,187 millions d'individus, la population âgée de plus de 65 ans en représentait 19,6%. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient, elles, un individu sur dix. Selon les estimations, la population grandissante de la France dans les années à venir concernerait tout particulièrement cette tranche d'âge : 65 ans et plus, et en 2040, ils représenteraient un individu sur quatre. Ceci s'explique par la conséquence du babyboom du siècle dernier, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie au quotidien mais également par une amélioration des techniques de santé, permettant un maintien en vie plus long.

Face à ce vieillissement de la population et de la dépendance qui en découle, il existe deux possibilités : celui de rester chez soi et d'être accompagné au quotidien par des aides humaines, techniques, ou encore de partir vivre en institution. Face à cette croissance du nombre de personnes âgées et aux besoins grandissants qui y sont indubitablement corrélés, le gouvernement français tente de répondre par des plans nationaux. Des hébergements ont été créés, des emplois ont vu le jour, mais il reste encore beaucoup à faire pour répondre aux demandes et améliorer la prise en charge. Des équipes pluridisciplinaires œuvrent au quotidien pour offrir leur maximum à une population trop souvent oubliée.

J'ai été confrontée, durant mes stages et mes expériences personnelles à l'isolement social et occupationnel des personnes vivant en institution. J'ai eu l'opportunité d'observer la méthode Montessori appliquée aux personnes âgées démentes et j'ai été stupéfaite de voir les troubles du comportement diminuer largement, des sourires qui apparaissaient et des résidents qui retrouvaient un rôle social le temps d'une activité : préparer et partager un café. Je me suis alors questionnée sur l'amoindrissement de participation aux activités du quotidien pour tous les autres. Je me suis demandée, également, si ce lieu de vie en était réellement un. Ces résidents qui attendent des journées entières sans rien faire, sans trouver leur rôle avec comme seule occupation, les activités proposées par l'animateur quand il y en a un. « *On ne fait plus rien ici. On attend toute la journée, les repas, les soins* » Homme, 89 ans, EHPAD. Je me suis donc demandée, si c'était ce que l'on avait de mieux à offrir à nos anciens.

Être ergothérapeute, c'est considérer l'humain sous trois grandes sphères : personne – activité – environnement, et chacune d'entre elles est tout aussi importante que les autres. Je me suis alors questionnée sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des résidents en EHPAD et **sur le lien entre leur engagement occupationnel et leur qualité de vie.**

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Problématique pratique

1.1.1. Le contexte général du vieillissement

L'espérance de vie à la naissance progresse chaque année mais l'espérance de vie en bonne santé, sans limitation dans ses activités de vie quotidienne, est quant à elle estimée, en 2018, à 6 années de moins, mais progresse malgré tout de manière similaire (INSEE). L'espérance de vie sans incapacité est une priorité française et européenne, le Dr Hiroshi Nakajima, directeur général de l'OMS en 1997 déclarait : *« sans qualité de la vie, une longévité accrue ne présente guère d'intérêt (...), l'espérance de vie en bonne santé est plus importante que l'espérance de vie »*.

La société évolue, et les personnes âgées sont aujourd'hui plus isolées qu'avant, parfois les enfants et petits-enfants ne vivent plus à proximité, quand autrefois ces derniers vivaient directement au sein du même foyer (INSEE, 2015). Les modèles familiaux ont également évolué, avec de plus en plus de recompositions familiales qui complexifient les relations (INSEE, 2015). On peut noter aussi qu'aujourd'hui les couples ont moins d'enfants, ce qui laisse moins d'aidant de proximité auprès des personnes âgées dépendantes. De plus le vieillissement global de la population, entraîne un vieillissement des aidants par la même occasion. Même s'il existe une volonté de maintien à domicile de la part des politiques, l'entrée en institution reste l'unique solution pour beaucoup.

1.1.2. La législation française concernant le vieillissement

C'est dans ce constat, que le gouvernement français a pu lancer son programme « vieillesse ». Dans les débuts des années 2000, on a vu émerger des lois dont des volets sont consacrés à la question du vieillissement et de la personne âgée dépendante. La loi du 02/01/2002 offre une définition de l'action sociale qui tend *« à promouvoir, dans le cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, [...] et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces*

ou en nature. » Cette loi permet de faire un bilan des besoins actuels mais également futurs des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. A la suite de cette loi, émerge le terme Etablissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes ou encore EHPAD, maison de retraite médicalisée, il accueille toujours un établissement médico-social mais également une unité de soins longue durée.

Le 30 juin 2004, la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, prévoit la mise en place d'une journée de solidarité des actifs français. Cette journée permet ainsi l'aide au financement d'un programme « vieillesse » et aux français d'être plus engagés et sensibilisés à la question du vieillissement des personnes âgées dépendantes.

C'est avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 29/12/2015 que le gouvernement français déploie une nouvelle stratégie de la gestion problématique de cette population, avec comme ambition de répondre aux conséquences du vieillissement. Cette nouvelle loi a pour objectif : d'anticiper la perte d'autonomie, d'adapter notre société au vieillissement et d'accompagner la perte d'autonomie. Une nouvelle loi, Ma santé 2022, pourrait permettre une refonte de l'accompagnement du vieillissement en France, elle prévoit de garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ainsi que d'innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers.

1.1.3. Le vieillissement vu par la société

Aujourd'hui, la personne âgée dépendante est, souvent, dévalorisée par l'opinion publique, selon Gucher (2012), l'approche médicale qui est faite du vieillissement, par les spécialistes gérontologiques, a pour effet d'accentuer la confusion qu'il peut y avoir entre la vieillesse et les pathologies qui lui sont associées. Vieillir serait alors forcément synonyme de maladies et de dépendance.

La société moderne met en avant, par sa communication publicitaire ou son contenu médiatique, un vieillissement optimal, avec des personnes âgées actives, autonomes sans réel problème de santé. Il devient alors difficile d'accepter une toute-autre réalité. Il y a 50 ans, en France il était courant que le/la grand père/mère ou les deux, alors trop déficitaires pour vivre seul(e) à son domicile, vivait alors chez un de ses enfants. L'ensemble de la famille était engagé dans un quotidien multigénérationnel.

Aujourd'hui, il est rare qu'une personne âgée parte vivre jusqu'à la fin chez ses enfants. Le maintien à domicile est souvent favorisé en accompagnant le parent avec des solutions d'aides humaines externes, voir en lui portant assistance quotidiennement pour le portage des repas, le ménage, etc. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, car il y a un risque trop important pour la santé de la personne, ou si un isolement social devient trop important et est mal vécu, on envisage alors le placement en EHPAD. Aujourd'hui, dans un couple, l'homme et la femme travaillent, les enfants ont des activités extra scolaires, et le temps de présence à domicile est d'autant plus réduit. Ensuite, les nouveaux retraités veulent pouvoir profiter, ils voyagent plus, sont actifs dans de nombreux clubs de loisirs et n'ont plus le temps mais également l'envie de recevoir leurs parents au domicile.

1.1.4. Entre le domicile et l'EHPAD

Les établissements d'accueil pour personnes âgées restent encore dans l'idée du plus grand nombre, un lieu d'abandon (PIEILLE, F. 2020). Un endroit où l'individu serait privé de liberté, d'autonomie. Un lieu où l'espoir de pouvoir un jour retourner dans sa maison reste permanent dans l'esprit de certains.

Selon une étude IFOP réalisée en 2010, 81% des Français souhaiteraient finir leurs jours chez eux, à leurs domiciles et pourtant ils seront plus nombreux à être accompagnés pour leurs derniers jours, mois ou années en EHPAD. L'Observatoire Nationale de la Fin de Vie, lors d'un rapport de 2013 posait une question pertinente qui m'a alertée : « les français veulent-ils passer leurs derniers instants « chez eux » (c'est-à-dire dans le lieu où ils vivent habituellement), ou « à domicile » (que ce soit chez eux ou chez l'un de leurs proches) ? Autrement dit, l'essentiel se situe-t-il dans le fait de pouvoir vivre cette période de la vie là où l'on a vécu, ou dans le fait de pouvoir décéder dans un lieu confortable (par opposition notamment à l'univers peu chaleureux de l'hôpital) ? »

Le Larousse définit le domicile comme le lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle et pourtant les personnes âgées ne voient pas l'EHPAD comme un lieu qui pourrait être leurs domiciles. Leurs lieux de vie sont construits de leurs souvenirs, de leur mémoire, ils y ont leurs habitudes de vie, ce sont des endroits qu'ils connaissent et où ils se reconnaissent.

Il existe une littérature vaste et riche concernant les populations âgées vivant à domicile. Elle décrit largement les incidences d'une perte d'indépendance dans un environnement connu, son impact et l'implication des différentes professions médicales, paramédicales et sociales. On trouve également de nombreux ouvrages et articles concernant la population démentes en institution, les méthodes d'accompagnement qui leur sont proposées, la souffrance des individus mais également de leurs aidants. Mais, il existe très peu de littérature concernant la majorité encore présente en institution. Ceux qui ne peuvent plus rester à domicile mais qui sont encore autonomes et peu dépendants et qui y vivent leurs quotidiens. Ceux-là même, qui deviendront dans un certain temps à fortiori dépendants et/ou déments. Quelle place leur laisse la sphère médicale et paramédicale ? Lors de leurs arrivés en EHPAD, c'est tout un univers, un environnement à découvrir, une identité à reconstruire, un rôle à apprendre.

Dans son rapport sur la Concertation : Grand âge et Autonomie, réalisé en 2019, Dominique Libault, ancien directeur de la sécurité sociale (2002-2012) souligne *que malgré les initiatives, les innovations et l'engagement marqué par les équipes, l'image des EHPAD s'est dégradé. Les résidents disent pour beaucoup souffrir de leur vie au quotidien en établissement, sans réussir à y trouver leurs marques. Ils expriment un profond regret de leur « vie d'avant » où ils avaient une certaine autonomie qu'ils estiment avoir perdue.* Ils nous donnent trois explications à cela, la première est *la perception d'un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service proposé ainsi que la dégradation du service en raison d'enjeux économiques, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.* Ensuite ils décrivent *la perception d'une forte inégalité en matière de qualité de prise en charge entre les établissements.* Et enfin, *la perception d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin, pour des personnes âgées traitées comme des « malades ».* *La personne âgée ne serait pas considérée dans sa globalité, comme ayant une personnalité, des besoins, mais aussi des désirs. Les activités et les services, notamment la restauration, sont perçus comme étant négligés.*

Dans ce rapport, on peut lire que *selon les données du Credoc, 40 % des Français qui ont un proche potentiellement concerné pensent que le processus d'entrée en maison de retraite va se faire contre l'accord de celui-ci et 80 % des Français considèrent qu'entrer en institution signifie perdre son autonomie de choix.*

Ne plus être celui qui décide, vivre en subissant les choix des autres, les règles imposées par la collectivité sans jamais laisser un pouvoir de décision. Cela ne permet pas de se « sentir chez soi ». Pour se sentir chez soi, il existe trois éléments indissociables : le logement doit être un lieu de sécurité où l'on peut exercer les activités primaires telle que manger, se laver, dormir (MEMBRADO, M. ROUYER, A. 2013). On doit également se sentir suffisamment à l'aise pour jouir d'une intimité, décidé de son temps de vie, d'avoir ses moments à soi. Et enfin, se sentir pleinement habitant du lieu où l'on se trouve, faire partie d'un environnement social proche (voisinage, commerce, etc..). *Cette perception d' « être chez soi » est souvent ressentie comme négligée, et ce sont logiquement les structures proposant les repères fondamentaux du sentiment d'« être chez soi » qui recueillent aujourd'hui la satisfaction des personnes et de leurs proches.* (LIBAULT, D. 2019)

1.1.5. Le coût de la dépendance en EHPAD

En France, le niveau de dépendance est régi par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie groupes iso-ressources) et ouvre la prise en charge administrative de cette dernière pour les personnes âgées. Il existe 6 niveaux de dépendance, ce niveau est calculé sur la base de 10 variables discriminantes et de 7 variables illustratives. Selon les incapacités de la personne et des restrictions dont peut souffrir la personne, elle est alors classée sur une échelle de dépendance de GIR 6 (La personne est indépendante) au GIR 1 (La personne est confinée au lit ou au fauteuil et a perdu ses activités mentale, corporelle, locomotrice et sociale et nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.)

Le coût de la dépendance en France est une problématique qui refait régulièrement surface dans les débats politiques. Avec une population vieillissante, accompagnée d'un nombre de personnes en situation de dépendance croissant, l'enjeu de la prochaine décennie est bien évidemment la gestion des coûts qui y est liée tout en proposant un maximum d'aide et d'accompagnement à la population.

Selon le DREES, en 2014, les dépenses liées à la dépendance et plus largement à la perte d'autonomie des personnes âgées représentaient 1,4% du PIB du pays soit 30 milliards d'euros. On peut imaginer aujourd'hui que ses dépenses sont encore plus importantes et qu'elles ne vont avoir de cesse d'augmenter au vu de l'augmentation de la population dépendante.

Le gouvernement investit largement dans la prévention à la perte d'autonomie en vue de l'horizon 2030. *La prévention de la perte d'autonomie vise à repérer les personnes âgées non ou faiblement atteintes de perte d'autonomie (GIR 5 et 6) et de leur faire bénéficier de prestations adaptées et destinées à repousser, voire empêcher leur entrée en dépendance. Moins coûteuse que l'accompagnement, la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées bénéficie, depuis la promulgation de la loi ASV, d'une exposition politique accrue, mais son contenu, ses acteurs et ses moyens ne sont toujours pas clairement coordonnés et compromettent son efficacité.* (LIBAULT D., 2019)

1.2. Problématique Théorique

1.2.1. Définition de l'activité

Lorsqu'on parle d'activité de vie quotidienne, il est important en préambule de définir ce qu'est une activité. Le Larousse propose plusieurs définitions pour le définir tel que : « *Ensemble des déplacements et mouvements d'un organisme.* » ou encore « *Ensemble de phénomènes par lesquels se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement* ». Ces deux définitions sous entendent l'idée de plusieurs actions dans le but d'accomplir quelque chose.

De nombreux philosophes ont porté leurs recherches sur l'activité et l'importance de cette dernière chez l'Homme. Rubinstein disait « *Le travail est normalement le besoin le plus essentiel de l'homme. Travailler c'est se révéler à soi-même dans une activité, [...]. Travailler, c'est enrichir et épanouir son être en s'objectivant dans les produits de son travail, c'est être créateur, c'est donc connaître le plus grand bonheur de principe accessible à l'homme.* » On comprend ici le besoin essentiel de l'Homme d'être en action et d'en donner sens. C'est par l'action que l'Homme dès sa naissance construit sa conscience, son identité et devient un individu unique.

L'activité se définit dans un temps, un lieu et un cadre. C'est de façon innée ou par l'apprentissage que l'on apprend à exercer nos compétences et se mettre en activité. L'activité représente l'ensemble des actions réalisées au quotidien. Lorsque le nourrisson tout juste né tête sa mère, il est lui-même dans une activité complexe régie par des automatismes pré inscrit dans son être mais également par

l'apprentissage des compétences sociales, l'établissement d'une relation profonde mère-enfant.

1.2.2. Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Pour Marie-Chantal Morel-Bracq en 2013, « *un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ».

Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) (Canadian Model of Occupational Performance en anglais) a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes et se fonde sur le travail de Mary Reilly. Il met en avant les liens entre l'individu, son environnement et ses activités et aborde le concept de rendement et d'engagement occupationnels. « *Les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation. [...] La promotion de l'activité permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction* » (CLAIRE JM., 2017) (Annexe I)

La base même de ce modèle est de mettre en avant l'hypothèse que l'humain a besoin d'occupation pour pouvoir vivre et être en relation. Les occupations et leurs réalisations ou non, ont une incidence sur la santé et le bien-être des personnes. Celles-ci donnent un cadre temporel et structurant. Les occupations sont différentes en fonction de chacun et du contexte dans lequel elles sont effectuées. Elles donnent un sens à la vie.

Le MCREO est un modèle qui est déterminé par plusieurs hypothèses fondamentales, d'abord les occupations sont singulières en fonction de la personne et du contexte dans lequel elles sont réalisées. Ensuite, promouvoir l'activité permet de maintenir la santé, donne un sentiment de contrôle de sa vie et apporte de la satisfaction. Une autre hypothèse fondamentale est que tout individu a un potentiel de changement. Enfin, que l'occupation a un potentiel thérapeutique.

Les occupations sont définies en trois grandes catégories : les soins personnels, la productivité et les loisirs, et depuis la réédition de 2013 le repos, qui auparavant été incluse dans les soins personnels.

La personne est définie sous quatre dimensions, affective (Humeur et réactions émotionnelles ; contrôle des émotions et du comportement), cognitive (Fonctions cérébrales cognitives et intellectuelle), physique (Fonctions sensitives, motrices et sensorielles), spirituelle « noyau » de la personne (quête de sens, valeurs fondamentales)

Ainsi que quatre types d'environnements particuliers, physique (Ce qui est présent dans la nature ou construit par l'Homme), institutionnel (Les règles et politiques de vie en communauté, système légal, politique), culturel (Façon dont les choses doivent être accomplies selon un groupe), social (Liens formels et informels entre les individus)

Le MCREO est basé sur un premier modèle, le MCRP-P. On retrouve dans ce nouveau modèle deux nouvelles notions depuis 2013 :

L'engagement occupationnel, c'est-à-dire la participation physique et psychologique que l'individu met dans son activité. L'engagement de l'individu dans l'occupation est expliqué à la fois par sa motivation, ses habiletés existantes, ses exigences et son environnement.

L'habilitation, c'est-à-dire le fait de créer un environnement favorable qui permet de promouvoir et de favoriser le potentiel restant de la personne, en relation étroite avec son environnement.

1.2.3. Le concept d'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel (occupational balance en anglais) définit le juste milieu entre les aspects qualitatif et quantitatif des activités. L'équilibre occupationnel est un facteur de santé, de bien-être et de satisfaction personnelle (LAW et al. 1998) Il pourrait être défini comme la perception subjective d'une bonne proportion, quantité et variation d'occupations (WAGMAN et al., 2012). L'équilibre occupationnel est un concept que l'individu tend à obtenir. C'est une conception mentale qui ne peut être définie qu'individuellement, l'équilibre occupationnel est dépendant de l'individu.

Le comité ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) définit l'équilibre occupationnel entre quatre sphères d'activités :

- Les soins personnels (alimentation, hygiène, mobilité, vie en communauté)

- Les loisirs (divertissement : loisirs sédentaires, actifs et vie sociale)
- La productivité (Contribution à l'épanouissement social et économique : travail rémunéré ou non ; gestion domestique)
- Le repos (qui peut être également joint avec les soins personnels)

La profession d'ergothérapeute est fondée sur la conviction que la santé et la satisfaction de la vie sont favorisées et maintenues par les occupations quotidiennes et leur équilibre. (WILCOCK, 2015) Annexe I

1.2.4. Les habitudes de vie

Une journée est remplie d'activités qui s'enchaînent les unes après les autres. Lorsqu'elles définissent une action précise, ce regroupement d'activités peut être nommé occupation. On peut regrouper les occupations par thèmes, la vie courante, le travail ou la scolarité, les loisirs, etc

Les activités de vie courante ou quotidienne évoquent donc toutes ces tâches que l'on effectue au quotidien, tel que se lever de son lit, faire sa toilette, se préparer à manger, manger, faire le ménage, les courses, etc.... Leur réalisation ou non est différente d'une personne à l'autre, c'est ce qu'on appelle les habitudes de vie. Fougeyrollas définit, en 1998, l'habitude de vie comme une « *activité courante où le rôle social est valorisé par la personne ou son contexte socio culturel selon ses caractéristiques. Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* » Il souligne l'importance des habitudes de vie même en fin de vie. Lors de la survenue d'un handicap ou d'un changement complet d'environnement, qu'il soit social ou physique, les habitudes de vie sont à recréer pour se sentir à nouveau épanoui dans sa vie.

La majorité des individus vivent dans une répétition inlassable d'activités qui rythment leurs journées. Ces tâches réalisées dans un ordre précis, organisées, reproduites inlassablement durant de nombreuses années. Un quotidien, rassurant et singulier à chaque individu, qui peut vite être perturbé lors d'un changement d'environnement physique ou social. Comment cette individualité peut-elle se transcrire dans une vie en collectivité ? Arlette DURUAL et Patrick PERRARD se posaient la question en 2012 : *Ces collectifs ne tendent-ils pas à produire au contraire de l'indifférenciation ?* Et soulevaient l'importance de *ne pas perdre l'humain dans les*

méandres des labels qualité, recommandations ou autres normes à appliquer qui, alors même qu'ils doivent certifier la personnalisation des accompagnements proposés risquent bien de produire le contraire de ce qui est annoncé. Il est cependant à noter, que toutes les institutions ne répondent pas à cette image, et que de nombreux foyers de vie ou autre lieu de vie collectif cherchent à mobiliser les aspects de l'engagement occupationnel de leurs résidents : organisation de la vie quotidienne, implication des résidents dans les décisions telle que : choix des menus, des activités, sorties, etc..., possibilité pour les résidents de se rendre dans toutes les parties des établissements et de discuter avec les différents personnels et de les accompagner dans leurs travail : lingerie, cuisine, ménage, etc.... Les relations deviennent alors différentes entre les résidents et le personnel, ils s'impliquent les uns avec les autres dans ce « vivre ensemble », et forment alors une communauté qui redonne un rôle social aux résidents.

1.2.5. La qualité de vie : La théorie de Maslow

En 1996, l'OMS définit la qualité de la vie comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. » (OMS, 1999)

C'est en 1943 que Abraham Maslow, un psychologue humaniste du XXème siècle, publie pour la première fois sa théorie selon laquelle les besoins fondamentaux d'un individu pourraient être représentés hiérarchiquement. (ANNEXE II). Il les représente sous forme d'une pyramide allant du besoin le plus essentiel et nécessaire au besoin le plus complexe à atteindre. Il distingue cinq grandes catégories de besoins. Il considère que l'individu passe à un besoin supérieur quand le précédent est atteint et satisfait.

- Les **besoins physiologiques** : Liés à la survie de l'individu ou de l'espèce.
- Les **besoins de sécurité** : Protection contre les différents dangers.
- Les **besoins d'appartenance** : Dimension plus sociale de l'individu.

- Les **besoins d'estime** : Être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient
- Les **besoins de s'accomplir** : Atteindre l'épanouissement, c'est le plus haut degré de satisfaction de l'individu.

1.3. L'ergothérapie en gériatrie

1.3.1. Définition de la profession : ergothérapeute

D'après l'Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE) l'ergothérapeute est un « *professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». Il permet d'accompagner le patient dans la récupération et/ou le maintien de ces capacités afin de réaliser des activités humaines en sécurité, de manière autonome et efficace. Il a une approche holistique, c'est-à-dire qu'il prend en considération l'individu dans son ensemble, en tenant compte de ses habitudes de vie et de son environnement.

L'ergothérapeute planifie ses objectifs et son plan d'interventions à la suite d'évaluations et recueils de données. Ces derniers sont individualisés et prennent en considération chaque situation, chaque individu et son environnement propre. Il peut être amené à préconiser des aides techniques, humaines, accompagner dans le réapprentissage moteur ou cognitif, ou encore par exemple repenser un positionnement. C'est également un acteur de promotion de la santé auprès des populations à risques, en perte d'autonomie ou d'indépendance. *C'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages, que l'ergothérapeute intervient.*

C'est une profession qui travaille dans de nombreux secteurs : lieux de vie, rééducation et réadaptation ainsi qu'en psychiatrie. C'est une profession qui exerce souvent en pluridisciplinarité dans les prises en charges.

Le diplôme d'état d'ergothérapeute en France est acté sur la validation de dix compétences : (ministère de la Santé et des sports, 2010) :

- Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ;

- Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ;
- Mettre en œuvre et conduire des activités de soin, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ;
- Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ;
- Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ;
- Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
- Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ;
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;
- Former et informer.

1.3.2. L'ergothérapie en EHPAD

Le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie et plus spécifiquement en EHPAD répond à des missions spécifiques, il est là pour améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents en considérant l'environnement institutionnel.

L'ergothérapeute peut intervenir directement au sein des établissements tel que l'EHPAD, ou/et plus spécifiquement dans des unités de soins spécifiques telles que les Unités de Soins Longue Durée (USLD), les Unités d'Hébergements renforcés (UHR) ou les Pôles d'Activités et de soins Adaptés (PASA).

Dans le but de permettre l'indépendance et l'autonomie des résidents l'ergothérapeute travaille en application à son paradigme : Individu – Environnement – Activité. Il renforce et stimule la participation dans les activités de vie quotidienne et accompagne les équipes soignantes dans cette optique (activité). Il est force de

conseil, préconisation, réglage et adaptation du positionnement et de l'installation des troubles posturaux assis et allongé, il participe à la prévention et au traitement des risques de chutes par des aménagements d'environnementaux, de la rééducation, de la mise en place de stratégies sécuritaires par exemple (environnement). Il peut également intervenir pour renforcer et stimuler les capacités cognitives restantes. L'ergothérapeute intervient dans une démarche multi professionnelle et a un rôle également de conseil et de formation auprès des équipes soignantes.

Comme le disait Eric TROUVE en 2008 : « *L'ergothérapie, en tant que pratique basée sur le développement de la performance dans les activités, est une réponse essentielle aux problèmes de la personne âgée et de son entourage.* ».

Par ce mémoire, je souhaite montrer que l'ergothérapeute, malgré une présence ponctuelle, peut malgré tout permettre de favoriser l'équilibre occupationnel de la personne âgée en EHPAD. Mais également, montrer qu'en considérant l'individu dans une approche holistique, en n'omettant pas son histoire ainsi que ses habitudes de vie d'avant, celui-ci peut améliorer sa qualité de vie.

De plus, je souhaite mettre en avant la spécificité du métier d'ergothérapeute quant à cette faculté à considérer l'humain dans les trois sphères : individu – environnement – activité, pour permettre une amélioration de la santé physique et psychique. Je souhaite également démontrer que l'ergothérapeute a toute sa place au sein du fonctionnement pluridisciplinaire d'une EHPAD.

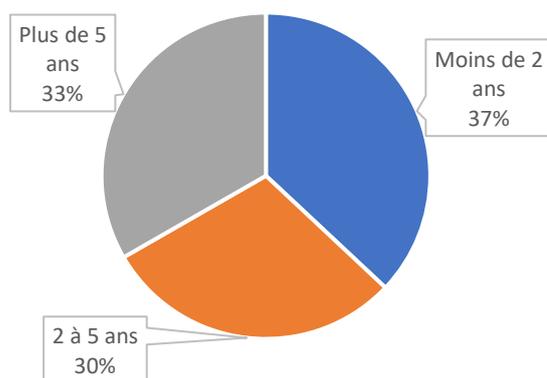
C'est dans le cadre de cette réflexion que je me suis questionnée sur la place de l'ergothérapie au sein des EHPAD. Les différentes politiques sociétales ont permis, grâce à des lois comme la loi d'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cela a provoqué une arrivée plus tardive en institutions médicalisées avec une moyenne à 84 ans et 8 mois. Mais en considérant qu'avec une entrée tardive, l'état de dépendance n'était pas systématique, j'ai voulu élargir mon questionnement sur la réalité des professionnels de terrain et voir si mon sujet était en adéquation avec une problématique réelle.

1.4. Enquête exploratoire

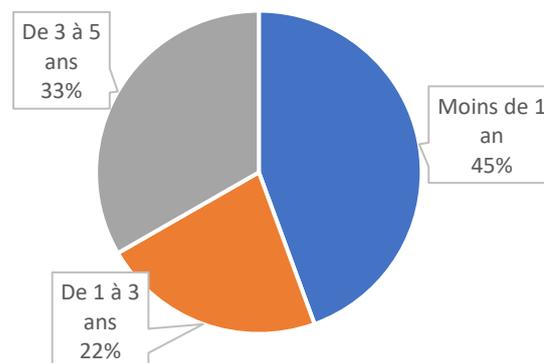
1.4.1. Construction et déroulement de l'enquête exploratoire

Pour approfondir ma problématique centrale et voir si celle-ci était présente sur le terrain, j'ai réalisé une enquête exploratoire via un questionnaire Google Form®. J'ai pu le diffuser sur plusieurs sites de réseaux sociaux de professionnels ergothérapeute travaillant en EHPAD et j'ai eu la chance d'avoir 27 participants. La trame du questionnaire se trouve en Annexe III.

Ci-dessous la répartition des professionnels ayant répondu à l'enquête en fonction de leurs années depuis le diplômes (Graph. 1) ou de leurs temps d'exercice dans un EHPAD (Graph. 2).



Graphique 1 : Répartition des ergothérapeutes répondants en fonction de l'obtention du diplôme.



Graphique 2 : Répartition des ergothérapeutes répondants en fonction du temps de pratique en EHPAD

Il est intéressant de voir que les problématiques rencontrées et les solutions proposées restent assez similaires en fonction du nombre d'années de pratique du métier et/ou en EHPAD. J'ai laissé la possibilité aux professionnels de s'exprimer sur plusieurs axes dans chacune de leurs réponses, ils ont alors pu lister leurs rôles, problématiques et solutions dans tous les domaines où ils trouvaient nécessaire de s'exprimer. Les pourcentages donnés représentent donc l'ensemble des réponses

données par les professionnels, il est à noter que certains professionnels se sont exprimés beaucoup plus largement que d'autres.

1.4.2. Traitement des données et résultats

Lorsque l'on questionne les professionnels sur leurs rôles et la spécificité du métier d'ergothérapeute en EHPAD, 69% de leurs réponses se focalisent sur les liens avec le patient, en citant le positionnement, le travail autour de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne et des ateliers thérapeutiques de stimulation et du maintien moteur et cognitif. Ensuite, pour eux, la plus grosse part, 17% des réponses, concerne le lien avec les autres professionnels et plus particulièrement la gestion et l'entretien de matériel.

Concernant les problématiques que les professionnels rencontrent quotidiennement en travaillant en EHPAD, ces derniers évoquent, à 42%, des problématiques physiques et/ou mentales du résident ou liées au résident, telles que le positionnement au lit ou au fauteuil, la dépression des résidents, leurs états de santé fluctuants (avec ou sans douleurs), les chutes. Ceci est une liste non exhaustive. Les plus grosses problématiques rencontrées par les ergothérapeutes en EHPAD concernent les difficultés avec les autres professionnels de santé ou directement l'établissement, 56,5% des réponses. Trois points sont soulevés, du moins important au plus important pour eux : le manque de reconnaissance et la méconnaissance de leurs métiers qui ne leur permet pas d'exercer pleinement, puis le manque de temps. Il y a souvent des temps partiels, qui ne leur laissent pas le temps d'approfondir leurs accompagnements auprès des résidents, et un manque de financement au sein des établissements.

Dans le même constat, lorsqu'on leur demande ce qui permettrait d'améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD, 55% des réponses concernent également l'établissement ou le personnel de santé. Ils évoquent en majorité des moyens supplémentaires permettant l'achat de matériel, l'embauche de soignants ou la formation du personnel de santé. Dans un deuxième temps, 30% des réponses concernent les résidents directement, la majorité des réponses propose une attention plus particulière à l'équilibre occupationnel des résidents, leurs laissant plus d'autonomie. Ils proposent également de laisser les résidents s'impliquer en plus grande partie dans l'organisation de leurs établissements, de les valoriser et de

maintenir au mieux leur humanité. Les 15% des réponses restantes, concernent l'environnement physique ou social du résident, en particulier en proposant plus d'activités de groupe, et/ou avec les proches de ces derniers.

1.4.3. Conclusion de l'enquête exploratoire et question de recherche

Pour conclure, je remarque que lorsque je questionne les professionnels sur leurs activités quotidiennes en EHPAD, la majorité est ciblée sur l'environnement physique du résident. Les ergothérapeutes interviennent principalement pour du positionnement au lit ou au fauteuil, mais également dans la prévention des chutes. Une autre partie du temps est consacré à des ateliers de travail cognitif. Ils soulèvent leur manque de temps effectif et de moyens pour pouvoir s'impliquer plus profondément dans le quotidien des résidents mais certains évoquent qu'une plus grande attention à l'équilibre occupationnel permettrait d'améliorer leur qualité de vie.

Les ergothérapeutes citent à plusieurs reprises le travail pluri et multidisciplinaire dans l'accompagnement des résidents. Chaque professionnel peut apporter les éléments qui permettent de construire un cadre sécurisant et structurant autour du résident afin de l'accompagner dans la recherche de son équilibre occupationnel.

Ce retour des professionnels va dans le sens des lectures que j'ai pu faire. L'équilibre occupationnel reste un levier important pour permettre une amélioration de la qualité de vie, et une préoccupation essentielle en ergothérapie. L'ergothérapeute focalise son accompagnement en considérant l'individu, son environnement et ses activités. Malgré tout, la mission demandée aux ergothérapeutes se restreint souvent à une problématique de gestion immédiate de la dépendance par le positionnement ou l'entraînement cognitif.

Dans une politique de santé qui vise à promouvoir l'autonomie, et accompagner le début de la dépendance, l'ergothérapie prend tout son sens. L'ergothérapeute, même présent que ponctuellement, peut s'appuyer sur des professionnels comme les aides-soignants ou infirmiers qui partagent la vie des résidents. C'est l'ensemble des professionnels qui doit être impliqué dans la démarche d'encouragement à l'autonomie et à la participation.

A la suite de mes différentes lectures et face aux problématiques de terrains qui sont ressorties dans mon enquête exploratoire, j'ai formulé une hypothèse : Si un résident est actif, trouve son rôle au quotidien en EHPAD, il est moins sujet à la dépression, conserve plus longtemps ses capacités physiques, cognitives et sociales. Un résident qui reste indépendant plus longtemps coutera moins cher financièrement et humainement. Le rôle de l'ergothérapeute paraît donc central dans cette démarche, mais de quelle manière intervient-il ?

Cette réflexion m'a donc amené à ma question de recherche : **Quel rôle pour l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel de la personne âgée en EHPAD ?**

1.5. Cadre éthique

Cette initiation à la recherche s'instaure dans le cadre de la validation du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Elle a été soumise au comité d'éthique de l'Université Clermont Auvergne à laquelle l'Institution d'Université de Formation en Ergothérapie est rattachée et a reçu un avis favorable le 25 janvier 2021 (cf Annexe n° IV). De plus, l'ensemble de cette recherche a été supervisée par un professionnel de santé disposant de compétences dans le champ de la gériatrie et témoigne d'une longue pratique professionnelle.

L'ensemble de cet ouvrage respectera l'anonymat des participants en ne divulguant pas leurs noms, ou les structures où elles exercent. Par ailleurs, l'ensemble de cet écrit sera rédigé en essayant au maximum de rester dans le respect et la bienveillance en évitant tout jugement d'autrui. Enfin, les participants de cette étude ont signé un formulaire d'information et de non-opposition (cf Annexe). Ce dernier les informait, que les enregistrements seraient enregistrés et retranscrits en étant pseudo-anonymisés ainsi qu'elles étaient libres de participer mais également d'interrompre l'entretien à tout moment.

2. Méthodologie

Afin de m'aider à répondre à la question de recherche énoncée dans ma première partie, j'ai dû choisir une méthodologie, réfléchir à une population à cibler, choisir un outil pertinent ainsi que réfléchir à la manière dont j'allais analyser mes données recueillies. L'ensemble de ces choix sera précisé dans cette seconde partie.

2.1. But de l'étude

Le but de mon étude est d'identifier les moyens proposés par l'ergothérapeute pour permettre aux résidents vivant en EHPAD de développer leur équilibre occupationnel.

À la suite de mon enquête exploratoire, j'ai pu définir deux types de pratiques en ergothérapie au sein des institutions gériatriques, deux manières d'exercer. La première : l'ergothérapeute intervient pour accompagner les équipes soignantes afin de réaliser des positionnements, des évaluations d'autonomie, apporter des aides techniques lorsque le besoin est identifié et gérer leurs organisations et entretiens. Une deuxième pratique émerge : une approche globale du champ de l'ergothérapie, où le thérapeute intervient également afin de proposer des activités aux résidents. L'identification de la pratique de ces ergothérapeutes me permettra de définir en quoi cet accompagnement supplémentaire induit des effets sur les résidents.

2.2. Choix de la méthode

L'ensemble de ce travail est une analyse de la démarche globale en ergothérapie au sein d'une EHPAD. Cela ne visait donc pas à mettre en avant l'aspect quantitatif de la pratique de l'ergothérapeute en gériatrie mais plutôt à comprendre en quoi son approche globale, permettait de renforcer l'équilibre occupationnel des résidents. Les données recherchées étaient donc d'ordre qualitatif. Afin de recueillir ces données qualitatives, j'ai fait le choix d'entretiens individuels. L'entretien est une méthode d'évaluation clinique qui permet un échange autour d'un thème, ou d'un phénomène choisi en amont par le chercheur (GUILLEZ, TRETAL, 2014). Ceux-ci favorisent la libre expression et m'ont permis d'avoir accès directement aux personnes, à leurs représentations de l'équilibre occupationnel, ainsi qu'à leurs perceptions, mais aussi d'explorer des expériences humaines. Grâce aux entretiens, les professionnels

ont pu détailler leur démarche professionnelle, et explorer leurs quotidiens. Cet échange dynamique et interactif permet une expression libre et plus profonde. L'entretien a permis aux professionnels de témoigner de leur réalité, de leur quotidien professionnel ainsi que de leurs perceptions. Cela permet d'appréhender les différents aspects d'un phénomène qui était, dans le cas présent, l'amélioration ou le maintien des fonctions cognitives et physiques des résidents lors de la mise en activité régulière.

2.3. Population

Mon interrogation portant sur le développement de l'équilibre occupationnel des résidents en EHPAD et du lien qui peut être fait avec l'ergothérapie, ma population cible est : des ergothérapeutes travaillant en EHPAD ou dans des institutions gériatriques et mettant en place différentes choses permettant de favoriser l'équilibre occupationnel des résidents.

Les critères d'inclusion seront :

- Être ergothérapeute diplômé d'état exerçant en gériatrie,
- Avoir une expérience du milieu gériatrique français en tant que professionnel depuis au moins 1 ans,
- Travailler sur un lieu de vie,
- Travailler dans l'institution depuis au moins 4 mois,
- Mettre en place des activités au sein de l'institution.

Les critères d'exclusion seront :

- Méthodes mettant en danger les résidents,
- Méthodes ne respectant pas l'éthique internationale en ergothérapie,
- Ergothérapeute ne travaillant pas en structure gériatrique,
- Ergothérapeute ne travaillant pas avec des personnes âgées.

2.4. Elaboration de l'outil

Mon recueil de données est sous une forme d'entretiens semi-structurés. Ce type d'entretien me permettra d'obtenir des informations argumentées et détaillées tout en guidant la personne avec des questions préalablement choisies mais ouvertes. Cette forme laisse la parole à mon interlocuteur tout en imposant des thèmes. Des questions de relances sont prévues afin d'étayer des thèmes particuliers, de préciser

des questions et d'approfondir certaines méthodes ou démarches. Afin d'avoir des réponses à ma question de recherche, j'ai établi, dans un premier temps, la typologie de l'entretien, construit une grille de questions et déterminé la population ciblée.

Initialement, j'ai réalisé une première grille d'entretien, à la suite de la réalisation de trois entrevues. Elle m'a paru peu pertinente pour m'apporter suffisamment de données utiles à la construction d'une réponse à ma question de recherche. Elle mettait en avant l'organisation des professionnelles et leurs liens avec les autres soignants, et les entretiens portaient plus particulièrement sur les difficultés que ceux-ci rencontrent au quotidien quant à leur pratique professionnelle, plutôt que sur l'engagement occupationnel des résidents. A la suite de ces trois entretiens, j'ai dû me questionner sur l'intérêt de la poursuite ou non de cette grille. Des éléments recueillis ont tout de même paru être pertinents, mais peu suffisants pour m'apporter des données utiles à ma recherche. J'ai donc fait le choix de reconstruire une nouvelle grille d'entretien imposant certains thèmes, interrogeant plus particulièrement les activités et l'engagement et l'équilibre occupationnel (Annexe V). Cette nouvelle démarche aborde différents thèmes dans un ordre logique et cohérent. Elle a été réfléchi avec plus de précision. Elle permettra un recueil de données de meilleure qualité.

Le questionnaire finalement choisi est composé d'une combinaison de questions ouvertes et fermées, des questions de relances permettent, également, d'enrichir et de préciser les réponses apportées. Cela permet plus de spontanéité dans les échanges et permet de rendre l'entretien dynamique. Les entretiens ont pour objectif de m'apporter des réponses concernant ma question de recherche et de mettre en avant les conséquences d'une démarche globale en ergothérapie dans une EHPAD.

2.5. Déroulement des entretiens

Pour mener à bien ma recherche, j'ai contacté différents ergothérapeutes travaillant en gériatrie. J'ai procédé de deux manières pour avoir un panel de participants assez large. J'ai contacté par mail les ergothérapeutes accueillant des stagiaires en ergothérapie et dont j'avais connaissance de la mise en place d'activités. Parallèlement à ça, j'ai contacté via un réseau social et un groupe « Ergo en EHPAD »

des professionnels ayant évoqué dans ce dernier la mise en place de méthode favorisant l'équilibre occupationnel.

En fonction des réponses, nous avons pu convenir d'un rendez-vous pour réaliser les entretiens. Les professionnels exerçant dans une structure éloignée, ou ne souhaitant pas de rencontre physique du fait de la situation sanitaire ont été contactés par téléphone.

2.6. Mode d'analyse des données

Lors de cette étude, neuf professionnels ont été interrogés. Comme précisé plus haut, la grille d'entretien a été revue à la suite du troisième entretien. Les trois premiers entretiens, qui ne permettaient pas d'apporter des éléments de réponse à ma question, n'ont pas été utilisés.

Chaque entretien a été enregistré au format audio puis retranscrit par écrit, permettant ainsi une relecture plus approfondie. Ainsi, chacun des entretiens a été analysé longitudinalement afin d'en retirer les idées principales.

Dans un deuxième temps, les données recueillies ont été analysées transversalement afin de confronter les réponses des différents professionnels, thématique par thématique, et d'en ressortir une synthèse. Cette analyse a permis de mettre en avant les convergences et divergences des professionnels sur des thèmes communs.

3. Analyses des données et résultats

3.1. Présentation des professionnels interrogés

Les deux premières questions m'ont permis d'identifier la population interrogée et de mettre en parallèle les concordances et les choix de pratique en fonction des critères d'expérience, de la structure de travail, du nombre d'ergothérapeutes exerçant sur le site ainsi que le temps de travail dans la structure.

Les données ont été reportées dans le tableau ci-dessous (Tableau I).

N° ergothérapeute		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	Total
Expérience en gériatrie	1-3 ans			x			x			x	2
	3-6 ans		x			x					1
	6-9 ans				x			x			2
	9-20 ans	x							x		1
Structure	EHPAD		x	x	x	x	x	x	x	x	6
	PASA		x			EC					1
	UCC	x									0
Effectif des résidents	<100 lits	x		x	x			x		xx	3
	100 à 200 lits				x		x				2
	> 200 lits		x			x			x		2
Nb d'ergos sur site	1	x	x	x	x		x	x		x	4
	2					x			x		2
Temps sur la structure	30/40%				x					x	2
	50%	x		x	x			x		x	3
	80/90%		x				x				1
	100%					x			x		2

EC= En cours de mise en place

Tableau I : Echantillonnage des participants en fonction de leurs organisations professionnelles

Dans le but de mettre en relief les particularités d'approches des différents professionnels, je leur ai demandé s'ils avaient réalisé des formations complémentaires à leurs formations initiales en lien avec leurs pratiques en gériatrie. Les données sont reportées dans le tableau ci-après (Tableau II).

N° ergothérapeute	Formation réalisées
N° 1	Humanitude™, Toucher-massage, Snoezelen™, communication avec la personne âgée démente
N° 2	Aucune
N° 3	Personne âgée avec Alzheimer, Manutention relationnelle, Humanitude™ animation, Humanitude™ soin,
N° 4	Humanitude™, / Risque suicidaire de la personne âgée
N° 5	Bientraitance / Gestion du deuil / Positionnement au fauteuil roulant / Réadaptation Alzheimer / Médiation animale
N° 6	En projet dans l'année : Humanitude / PRAP 2S
N° 7	Pas dans le domaine de la gériatrie mais en pédiatrie
N° 8	Gérontopsychiatrie / Relation avec les familles / Relaxation / Toucher-Massage / Pour la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer / DTU Gérontologie pour le retour à domicile de la personne âgée dépendante
N° 9	En projet dans l'année : Positionnement et escarres

Tableau II : Echantillonnage des participants en fonction des formations réalisées dans leurs pratiques professionnelles en gériatrie

3.2. Analyse longitudinale

Pour cette première analyse, chaque entretien a été étudié individuellement et les réponses de chacune des ergothérapeutes ont été synthétisées de façon à faire ressortir les idées principales qui en ressortaient. Pour plus de lisibilité la synthèses de ces entretiens sont à retrouver dans les annexes VIII à XII sous forme de tableau.

Les trois premiers entretiens n'ayant pas été conservés, les ergothérapeutes seront tout de même notifiés dans leurs ordres d'entretiens : E4 à E9.

3.3. Analyse transversale

Cette nouvelle analyse va croiser les différentes réponses des ergothérapeutes. Cela va me permettre de mettre en évidence les similitudes mais également de faire ressortir les divergences des différents professionnels. Pour plus de clarté, une synthèse de cette analyse transversale a été ajoutée en Annexe XIII

3.3.1. Participation et engagement occupationnelle

Définition par les ergothérapeutes :

Le terme de participation occupationnelle fait sens pour 4 des ergothérapeutes. Pour trois d'entre elles (E4, E6 et E9), celui-ci renvoie au domaine des activités : soins personnels (l'une d'elles précise que c'est la priorité des résidents en EHPAD) et des loisirs. Elles apportent un troisième élément supplémentaire différent d'une ergothérapeute à l'autre : les activités productives (E4) ou les activités sociales (E6 et E9).

E7 trouve le terme de participation occupationnelle péjoratif. Elle exprime que ce qui est de l'ordre de l'occupationnel est du domaine de l'animation en EHPAD. Elle explique que les résidents s'ennuient dans leurs quotidiens et que tout ce qui peut leur être proposé est de l'occupationnel. Néanmoins, elle ajoute que tous les projets occupationnels qui peuvent être proposés vont « *s'inscrire dans une vie de tous les jours* » et qu'ils peuvent être un outil thérapeutique.

E8 ne connaît pas ce terme, ne l'a jamais lu, ni entendu.

En ce qui concerne la participation occupationnelle en EHPAD, les quatre ergothérapeutes (E4, E5, E6, E9) expriment que pour être dans un engagement occupationnel, il est primordial que les activités réalisées aient un sens pour la personne. Il est important que la personne ait envie de les réaliser et que cela s'inscrive dans une démarche personnelle. E5 précise que les activités proposées par l'ergothérapeute doivent à la fois répondre à ses objectifs thérapeutiques et faire sens pour la personne, ainsi cela permettra au résident de s'investir dans son projet de soins.

Les attentes et besoins des résidents :

Lorsque l'on questionne les ergothérapeutes sur les attentes et les besoins des résidents en EHPAD, trois grandes thématiques ressortent : la mort, l'oisiveté, et l'agir.

Les 6 ergothérapeutes évoquent l'importance de retrouver un rôle et un lien social. E7 précise que dans la vie « *il ne suffit pas d'être, il faut aussi exister* » et qu'en EHPAD c'est le même constat. Elle évoque que les personnes âgées vivant en EHPAD ont souvent été démunies de toute leur identité sociale : plus de travail, pas d'animaux

de compagnie, parfois pas d'enfant. E2 précise qu'ils souhaitent avant tout sortir de leur isolement social.

Cinq ergothérapeutes (E2, E4, E5, E6 et E9) parlent du besoin de continuer à faire, être dans l'agir, et par ricochet de continuer à exister. Elles expliquent qu'une fois arrivés en établissement, les résidents n'ont plus rien à faire et sont parfois submergés par l'ennui. Ils souhaitent alors être engagés dans une action, une activité, être acteur de leurs projets de vie. E5 et E9 parlent même de retrouver des activités anciennes : « *faire des choses, comme s'ils étaient chez eux* » (E9), retrouver des activités de loisirs et de productivité telles que la cuisine, jouer aux boules dans le jardin, aller à la messe. Selon E2, les résidents souhaitent être le maximum autonomes et pouvoir continuer à faire les choses seules le plus possible et qu'on les aide lorsque cela devient vraiment nécessaire.

E4 et E9 sont les deux seules ergothérapeutes à évoquer l'attente de la mort par les résidents. E4 l'explique en disant que les résidents sont conscients d'être dans leur dernier lieu de vie. Elle explique que les personnes âgées s'expriment librement à ce sujet dans les moments d'activités avec l'ergothérapeute. Elle ajoute qu'ils attendent : « *la mort digne* » et souligne qu'en attendant la mort, ils souhaitent « *continuer à être, à préserver leur identité, et au-delà de leur identité, les liens et les activités qui leur font sens jusqu'à la fin.* ». Il y a cette attente de la mort, mais elle est mise en parallèle avec l'envie de retrouver un rôle social et de continuer à être et agir. E9 parle, elle, de deux profils, ceux qui attendent la mort et ne veulent plus rien faire jusqu'à ce qu'elle soit là, et ceux qui veulent continuer à être et ne voient pas l'EHPAD comme la fin de leur vie. Sans parler de l'attente de la mort, E6 parle également de personnes âgées qui ne souhaitent plus rien faire et veulent juste rester seules.

La place de l'ergothérapeute dans la l'équilibre occupationnel :

Selon E4 et E6, l'ergothérapeute a un rôle dans l'accompagnement à la réalisation du Projet Personnel d'Accompagnement. C'est un projet qui reprend les objectifs du résident d'un point de vue systémique. Avec l'ergothérapeute, le résident peut évoquer ses projets en lien avec les activités de vie quotidienne, de loisirs et sociales. C'est un projet qui se crée en collaboration avec d'autres professionnels. L'ergothérapeute peut aider le résident à trouver ses objectifs.

Trois ergothérapeutes (E4, E5 et E9) évoquent leurs rôles pour permettre aux patients de trouver des activités signifiantes et/ou significatives dans leurs quotidiens en institution. « *L'ergothérapeute a un réel sens auprès de la personne âgée, au-delà de l'adaptation vraiment des activités, mais aussi dans l'accompagnement aux activités et de leurs sens.* » (E4)

Selon E5, E7 et E9, l'ergothérapeute est aussi là pour accompagner les résidents à réaliser leurs envies, que ce soit par de l'adaptation en proposant des aides techniques par exemple ou en leur permettant de mettre en place des activités quotidiennes. E7 évoque deux anecdotes de patients, l'un avec des comportements parfois inadaptés avec les autres qui a été chargé de distribuer le courrier et est devenu le postier de l'EHPAD, et d'une autre patiente devenue responsable du groupe de lecture. C'est en accompagnant ces patients dans leurs projets et la réalisation de ce qu'ils voulaient qu'ils ont pu retrouver un rôle et un équilibre occupationnel.

Concernant les résidents qui ne souhaitent plus s'investir dans un projet, mais qui attendent la mort ou tout du moins ne souhaitent plus rien faire, E6 et E8 expliquent que leur rôle d'ergothérapeute est d'apporter du soin relationnel et du soutien. « *C'est notre rôle, en tant qu'ergothérapeute, de leur apporter du confort* » (E8)

E6 et E7 expliquent également que la méconnaissance du métier d'ergothérapeute sur le terrain est un frein à leurs accompagnements dans la participation occupationnelle. E7 raconte que lorsqu'elle mettait en place des activités qui se rapprochent du quotidien (jardinage, danse, etc.) dans son ancien poste cela était parfois perçu comme de l'animation par la direction.

3.3.2. L'activité

Types d'ateliers proposés par l'ergothérapeute

Il y a deux types de pratiques qui ressortent dans la mise en place d'ateliers. Quatre ergothérapeutes mettent en place des ateliers d'entretien physique et cognitif (E5, E6, E8 et E9). Ils ont pour objectif le maintien des capacités physiques et cognitives. Trois d'entre elles (E5, E6 et E9) mettent également en place des ateliers autour du maintien de l'équilibre. Les objectifs sont également de permettre d'être plus autonome dans le quotidien (E9), mais surtout de prévenir les chutes. E9 a également comme objectif le maintien du lien social dans ses ateliers.

L'autre pratique mise en avant par des ateliers différents est celle d'E4 et d'E7, mais également partagée par E6. Elle consiste dans la mise en place d'ateliers plus proche des activités de la vie quotidienne : jardinage, travail du bois, médiation animale, repas thérapeutique, café thérapeutique, ateliers créatifs... L'objectif est ciblé sur la réintégration sociale des résidents. Elle travaille toujours dans l'objectif d'exploiter les capacités cognitives et physiques restantes et de les maintenir, mais avec une dimension sociale plus importante : redonner une estime de soi, recréer une place dans la société. E7 précise que les ateliers permettent de « *redonner tout un sens, redonner des possibilités d'existences aux personnes qui sont là dans l'EHPAD* », de « *les remettre dans une vie de tous les jours et leur permettre de s'épanouir à nouveau.* » E4 appuie également cette idée en parlant de l'atelier qu'elle a mis en place : le café thérapeutique, qui permet de travailler sur le sentiment d'utilité, elle précise également que l'atelier va permettre « *l'acceptation de l'institutionnalisation en premier lieu et puis en second lieu redéfinir le rôle de la personne, les choses qui vont lui donner sens pour être pleinement actrice de son projet de vie dans l'institution* ». E6 organise un repas thérapeutique avec les résidents qui comprend les courses jusqu'au repas, mais à l'opposé des deux autres professionnelles, elle explique qu'elle cherche avant tout le côté fonctionnel, elle n'évoque pas de dimension sociale dans ses objectifs.

E8 et E9 utilisent également des ateliers 2.0 avec un atelier vidéoludique via des jeux Wii, Wii Sport et Wii mémoire pour E8 et un atelier numérique pour E9. Pour E8, il s'agit d'utiliser le jeu pour le maintien des capacités physiques et cognitives (et particulièrement la mémoire). Pour E9, il s'agit là de familiariser les résidents aux nouvelles technologies et de dépasser la fracture générationnelle face aux technologies, mais aussi de travailler les habiletés cognitives.

E6 précise également qu'elle souhaiterait mettre en place plus d'ateliers, mais qu'elle est limitée par son temps d'intervention dans l'établissement.

Le choix des résidents :

Pour E8, le choix des résidents est fait par le médecin puisque les personnes qui participent aux ateliers répondent à une prescription médicale.

Trois des ergothérapeutes (E5, E6 et E9) choisissent leurs résidents à la suite d'évaluations qu'elles réalisent soit à l'arrivée ou dans les premières semaines d'arrivée du résident, soit pour répondre à la demande de l'équipe soignante.

Pour E7, le choix des résidents est décidé en équipe pluridisciplinaire lors des réunions pour les ateliers des activités de vie (jardinage, travail du bois, repas thérapeutique). E7 a également un atelier dédié aux grands dépendants, des résidents mis à l'écart des autres à cause de troubles de la communication importants et des capacités motrices et cognitives diminuées.

E4 cible les résidents qui ont fait le choix de rentrer en EHPAD, mais qui vivent mal leur institutionnalisation avec des capacités cognitives plutôt préservées.

L'impact des ateliers sur les résidents :

L'ensemble des ergothérapeutes explique que les ateliers permettent un maintien des capacités cognitives des résidents. La période de confinement dû à la COVID 19 a stoppé bon nombre d'ateliers, E8 explique qu'ils ont constaté un déclin cognitif, elle dit : « *nous on le constate et eux s'en plaignent.* » Les résidents évoquent avoir des difficultés à mobiliser leurs compétences cognitives.

E4 et E5 expliquent également que les ateliers permettent un maintien des capacités physiques et de l'équilibre.

L'impact social est un élément important qui ressort chez quatre des ergothérapeutes (E4, E7, E8 et E9).

Selon trois des ergothérapeutes (E7, E8 et E9), les ateliers permettent également une amélioration de l'humeur des résidents. E7 explique que les résidents engagés dans ses ateliers retrouvaient un rôle social, qu'ils devenaient plus extravertis, et qu'ils ont pu voir une amélioration de l'humeur : « *On en a beaucoup qui étaient sous médicaments, pour l'humeur, antécédent grave de dépression, et bien on a vu leurs dosages diminuer au fur et à mesure.* » Elle précise que c'est un travail pluridisciplinaire avec la psychologue, les médecins et la psychiatre. E8 met en avant cet impact sur l'humeur en évoquant la crise sanitaire due à la COVID-19 et l'arrêt des ateliers : « *ça a plongé au niveau du moral* ». E9 explique, en parlant des ateliers, que « *ça leur fait du bien* » et met en avant également le constat à la suite de l'arrêt des activités avec la crise sanitaire.

E4 explique que l'impact sur les activités va se voir assez rapidement, les résidents vont se retrouver « *restaurer dans leurs individualités* » et des liens peuvent se créer entre les résidents. L'atelier de groupe est un vecteur de lien social. Ensuite, les réalisations vont leur permettre de gagner en estime de soi. Elle explique également que les ateliers vont permettre aux résidents de s'intégrer plus facilement dans l'institution. L'activité « *vient nourrir un besoin vital* », le résident est ensuite plus investi dans l'ensemble des autres activités de la vie de l'institution.

E6 précise que les ateliers permettent d'améliorer les capacités de communication avec les autres, et que ses compétences peuvent être utilisées dans d'autres contextes. L'atelier est également aidant pour l'intégration dans l'institution, il leur crée une vie sociale. Elle rajoute également la capacité à créer de l'empathie les uns avec les autres.

Les activités de vie quotidienne :

En ce qui concerne les interventions dans la sphère des activités de vie quotidienne, les ergothérapeutes E5, E7, E8 et E9 expliquent qu'elles réalisent des évaluations d'entrée qui leur permettent d'évaluer les problématiques quotidiennes.

L'ensemble des ergothérapeutes interviennent quotidiennement pour l'amélioration ou le maintien de l'autonomie. Elles peuvent intervenir à la suite d'une demande de l'équipe soignante qui constate une difficulté, mais aussi après une sollicitation des résidents eux-mêmes. Les domaines privilégiés sont les repas, elles les évaluent en situation puis une fois les problématiques soulevées, proposent des positionnements différents ou des aides techniques adaptées. Quatre ergothérapeutes (E4, E6, E7 et E8) précisent qu'elles accompagnent également les résidents à la toilette et pour l'habillement.

Plusieurs des ergothérapeutes (E5, E6, E8, E9) expliquent que les demandes émergent le plus souvent des équipes soignantes. Elles mettent en avant l'importance d'une collaboration interdisciplinaire. Les équipes soignantes observent et questionnent l'ergothérapeute, mettant en avant son expertise du quotidien. E5 explique également qu'avec un grand nombre de résidents, il est parfois impossible de suivre tout le monde. Elle explique alors qu'elle intervient pour évaluer, proposer des solutions et les mettre en place, mais qu'ensuite le relais est pris par l'équipe soignante, qui accompagne le résident dans le quotidien.

Selon E5, l'accompagnement dans les activités de vie quotidienne et dans le quotidien se fait aussi par l'accompagnement à l'institutionnalisation. Elle explique qu'il est parfois difficile pour le résident d'accepter ses difficultés et de les reconnaître, qu'une certaine gêne peut apparaître. « *Nous quand on est amené à rentrer dans leur vie quotidienne et dans leur quotidien, qu'on est face à leurs difficultés et bien, ils peuvent aussi resurgir ce refus d'acceptation, la difficulté à vivre en communauté, l'acceptation et la difficulté à vivre au sein d'un établissement, de ne pas être chez soi* ». Elle met en avant l'importance des échanges entre les différents professionnels, tels que la psychologue qui peut aider à cet accompagnement. Selon elle, la vie en collectivité a également une incidence sur les activités de vie quotidienne puisque les résidents doivent se plier à ces règles et modifier leurs habitudes de vie.

Pour E4, accompagner les résidents dans les activités de vie quotidienne se fait également par le conseil et la formation des équipes soignantes qui sont directement dans les services. Elle explique que son rôle est aussi de mettre en avant le respect de l'autonomie des résidents et de les laisser faire au maximum par eux même. Pour elle, le conseil et la formation permettent de « *respecter cette autonomie et les capacités existantes* » des résidents. E9 reprend cette idée en expliquant que ses interventions régulières ont permis d'avoir des équipes plus attentives à ce qui peut être travaillé en ergothérapie, mais également qui sont plus stimulantes dans les activités de vie quotidienne.

3.3.3. Ergothérapeute en gériatrie

L'impact sur l'équilibre occupationnel

Les ergothérapeutes interviennent à la fois dans des accompagnements individuels, mais également en mettant en place des ateliers. Lorsqu'on les questionne quant à l'impact sur l'équilibre occupationnel des résidents, leurs réponses se déclinent sous plusieurs formes selon chaque professionnel.

Quatre des ergothérapeutes (E5, E6, E7, E9) expliquent que leurs interventions régulières au sein de l'EHPAD permettent aux résidents d'être plus participatifs dans leurs activités de vie quotidienne. Ils semblent plus autonomes et sont plus en désir de vouloir faire les choses. « *On redonne une indépendance, on redonne une autonomie même si elle est minime, on est vraiment dedans.* » (E7).

Selon E4, l'intervention en ergothérapie permet aux résidents d'améliorer l'acceptation dans leurs nouveaux lieux de vie et va ensuite permettre de renforcer l'équilibre occupationnel en s'impliquant dans l'institution. *« Il y a de très belles réussites à accompagner ces personnes vers l'acceptation de leurs nouveaux lieux de vie et de leurs nouvelles activités, et de tout ce que cela peut impliquer. »* Elle précise également que l'accompagnement en ergothérapie via la proposition d'atelier en groupe a permis aux résidents de favoriser leur entraide mutuelle, même au-delà des ateliers.

Pour trois des ergothérapeutes (E5, E7, E9) l'accompagnement en ergothérapie a également permis de redonner goût à la vie aux résidents en leur permettant de se remettre en activité et en réalisant qu'ils en étaient encore capables. E7 précise même : *« On est comme un levier, un moyen pour justement redonner tout ça et les aider à voir qu'il y a autre chose que la dépendance. »*

Deux ergothérapeutes (E5 et E8) expliquent que par leurs interventions, elles apportent un soutien aux professionnels de santé dans le quotidien par les formations sur le positionnement ou les astuces dans les gestes du quotidien. E5 explique qu'elle regrette de n'avoir pas plus de temps pour former les soignants justement sur l'accompagnement des résidents, mais aussi pour apprendre aux soignants à ménager leur santé.

Leviers et freins de la profession en gériatrie :

Pour E4, E7 et E9 la méconnaissance du métier d'ergothérapeute par la direction, l'encadrement ou encore les autres soignants sont un frein à l'exercice du métier. Elles expliquent que cela ne leur permet pas de pouvoir exercer de la manière dont elles le souhaiteraient et qu'elles se retrouvent parfois restreintes dans leur panel de compétences. E9 précise que dans le cas où une ergothérapeute était présente sur le poste avant, il est souvent demandé au nouveau professionnel d'exercer son talent avec le même type d'approche. E7 précise qu'il peut y avoir confusion pour les autres professionnels et la direction entre deux types de métier comme celui d'ergothérapeute et psychomotricienne, deux professions qui peuvent avoir le même type de médiation, mais n'ont pas les mêmes objectifs thérapeutiques. E4 souligne toutefois, que lorsque les équipes soignantes et l'encadrement ont compris qu'elles étaient les compétences et les champs d'activité de l'ergothérapeute, cela devient un levier important à la

pratique. Le professionnel se sent alors soutenu dans sa pratique et il lui est plus facile d'exercer.

Un autre frein qui ressort chez quatre des ergothérapeutes (E4, E6, E7, E9) est le temps d'activité sur le poste qui est souvent perçu comme insuffisant. Elles jugent que ce temps insuffisant ne leur permet pas de mettre en place tous les accompagnements qu'elles souhaiteraient. Elles expliquent qu'elles exercent dans l'urgence de la situation et que leurs activités sont ciblées en grande partie sur des activités de vie quotidienne restreintes, bien qu'essentielles : repas, toilette, habillage, transfert, déplacement et moins sur les loisirs ou les activités plus productives.

E8 qui est sur son poste depuis maintenant 15 ans explique que cette longévité lui a permis de faire de son poste un format qui l'a satisfait. Elle a trouvé un fonctionnement qui lui convient, celui-ci lui permet de mettre en place tout ce qu'elle souhaite et d'être soutenu par des médecins qui ont bien compris son métier. Lorsqu'elle veut mettre en place un nouveau projet, elle se sent libre d'en parler aux médecins qui peuvent alors juger de sa pertinence ou non.

Perspectives d'évolution du métier :

Lorsqu'on demande aux différents professionnels les domaines qu'ils souhaiteraient explorer dans leur quotidien professionnel les réponses sont très différentes.

E4 explique que lors de son ancien emploi, elle voulait approfondir le domaine du positionnement et de l'installation qu'elle trouvait insuffisant, et dans son nouvel emploi c'est plutôt celui du domaine des activités occupationnelles. Elle recherche une démarche plus globale et complète de son approche. E6 reprend cette idée en voulant approfondir le domaine du loisir, en restant dans une approche d'ergothérapie, et non pas dans l'animation. *« Je pense que la chose à travailler en EHPAD c'est que les résidents ne s'ennuient pas, d'où l'intérêt d'avoir un pôle de soins adaptés pour les personnes qui ont des troubles cognitifs. »*

E7 souhaiterait développer les activités productives des résidents en les impliquant dans la gestion de l'institution : mettre la table, plier le linge, etc...

E5 souhaiterait être consulté dans les projets d'adaptation de l'environnement physique de l'établissement. Elle voudrait mettre en avant ses connaissances et

compétences concernant l'aménagement intérieur du lieu de vie. Elle souhaiterait également pouvoir être plus présente pour former les soignants dans ses domaines de compétence. Cela pourrait être un atout à la fois pour l'établissement, pour le professionnel et pour le résident.

E6 explique qu'elle voudrait également pouvoir accompagner plus de résidents quotidiennement, mais n'en trouve pas le temps suffisant.

E8 est satisfaite de la façon dont elle exerce son métier et ne voit pas de domaine à explorer. Cependant, elle explique avoir des idées d'ateliers à mettre en place, mais que pour le moment rien n'a été proposé à l'établissement.

Enfin, E9 souhaiterait pouvoir développer une ergothérapie sociale, en proposant des projets d'échange intergénérationnel au sein et à l'extérieur de l'EHPAD.

4. Discussion

Cette partie va confronter les données recueillies en entretiens avec les éléments théoriques développés en première partie à savoir : le vieillissement en France, l'occupation et le MCREO, la pratique de l'ergothérapie en gériatrie et enfin ma problématique pratique. Cette confrontation entre théorie et pratique m'aidera alors à répondre à ma question de recherche. Puis, je finirai sur une autocritique du travail fourni et les apports que ce travail a permis.

4.1. Analyse des résultats en lien avec les problématiques théoriques

4.1.1. Lien avec le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Dans le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, l'occupation a un intérêt central pour l'ergothérapeute. Pour pouvoir vivre et être en relation avec les autres, l'humain a besoin d'occupation. Ce modèle met en avant le lien fondamental entre un individu, son environnement et ses occupations.

Pour cela, ce modèle se base sur plusieurs composantes. Il s'intéresse à l'engagement occupationnel, c'est-à-dire le niveau d'investissement que mettra la personne dans son activité, psychologique et physique. La deuxième notion importante est l'habilitation, c'est-à-dire la création d'un environnement favorisant la prise de décision, les choix, et la capacité d'être et d'agir d'une personne selon ses capacités restantes. Dans ce trio, personne, occupation et environnement : il est intéressant d'observer l'impact de l'environnement, ici l'EHPAD, sur l'engagement occupationnel et l'habilitation de la personne dans son quotidien.

Avant de débiter un accompagnement, cinq des professionnels interrogés réalisent des bilans d'évaluations à l'arrivée des résidents dans l'institution. Ces évaluations sont réalisées à base de mise en situation écologique, notamment à la toilette et au repas, et permettent ainsi d'observer le trio : environnement – personne – occupation. Ces moments individuels avec la personne permettent de recueillir aussi ses déterminants intrinsèques et de mieux comprendre sa personne. Cela permet également de mieux identifier l'engagement occupationnel des résidents dans

l'activité. Il y a cependant des obstacles à cet engagement qui peuvent provenir directement de l'individu. L'individu est fait de ressources internes et externes, ses capacités et son fonctionnement biopsychologiques peuvent être à la fois un support comme un obstacle à l'agir. (J.F. Bickel, 2018.)

Ensuite, des facteurs environnementaux peuvent également gêner la mise en place de routines souhaitées, et entraver l'engagement occupationnel. En effet, les règles institutionnelles liées à la collectivité imposent aux personnes un rythme et des horaires qui peuvent ne pas convenir à tout le monde et créer une sensation de perte de contrôle de sa vie, de ne pas être acteur de son projet de vie (Fondation Maison des Sciences de l'Homme, 2018). Néanmoins, l'environnement social peut aussi favoriser l'engagement occupationnel grâce à l'encouragement à la participation aux ateliers, l'entraide mutuelle, et l'appartenance au groupe qui peut être une source de motivation.

Cinq ergothérapeutes expliquent qu'il y a un désinvestissement des activités lors de l'arrivée en établissement, que ce soit par un manque d'opportunité pour les activités du domaine de la productivité ou un désintérêt pour celle du domaine des loisirs, les résidents s'ennuient. C'est une privation occupationnelle qui se définit comme le manque d'engagements occupationnels d'une personne, et qui peut être causée par des facteurs personnels et environnementaux (CHRISTIANSEN C.H., TOWNSEND E.A., 2010). Mathilda Riley (1972), développe l'idée qu'il existe un « décalage structurel » entre les opportunités proposées par les institutions sociales et les souhaits des résidents à poursuivre leur implication dans des rôles sociaux. Les travaux de Robert Bulter et Herbert Gleason (1985) appuient aussi cette idée d'un « vieillissement productif » ou « vieillissement actif » (BOUDINY, 2013 ; MOULAERT et PARIS, 2013 ; FOSTER et WALKER, 2014) permettant de favoriser la santé, la participation et la sécurité, et favorisant ainsi la qualité de vie.

Les six ergothérapeutes s'accordent à dire que la participation aux ateliers organisés influence positivement l'engagement occupationnel, l'institution devient un lieu propice à l'habilitation. Ces ateliers, qu'ils soient à visée d'entretien physique, cognitif, d'équilibre ou du maintien social, dépassent les objectifs fixés initialement. Ces ateliers affectent la santé et le bien-être des résidents, leur donnent un cadre structurant et temporel, et leur redonnent un sens au quotidien. Trois ergothérapeutes mettant en place des ateliers proches des activités productives connus précédemment

(jardinage, travail du bois, etc ...) s'accordent à dire qu'au-delà de la dimension physique et cognitive, c'est également la dimension affective et spirituelle qui est approchée. Les résidents retrouvent alors un rôle social, une place dans la Cité, une estime de soi. Dans la recommandation des bonnes pratiques Professionnelles en EHPAD en 2018, l'HAS appuie sur l'idée que les temps de socialisation ne sont pas seulement sur les moments d'animations mais sur l'ensemble des moments vécus en collectivité, comme le repas ou autre temps de rencontres.

Toutefois, les ergothérapeutes soulèvent les difficultés de la transposition des activités connues antérieurement du domicile à l'institution. En effet, l'entrée en collectivité et le changement d'environnement physique et social provoquent un changement et une réorganisation des occupations (JAUJOU N., MINNAERT E., RIOT L., 2006). Deux ergothérapeutes mentionnent l'abandon des tâches productives, tel que le ménage ou encore l'entretien du jardin, lors de l'arrivée en EHPAD, soulignant que la plupart des tâches sont réalisées par des tiers. Les résidents doivent alors se plier aux règles de leur nouveau lieu de vie et retrouver un équilibre de vie.

L'entrée en institution perturbe les rythmes des occupations préalablement connus et demande une réorganisation. L'humain a besoin d'occupation pour être en santé. Les ergothérapeutes soulignent le désengagement des résidents dans les activités du quotidien lorsqu'on ne les stimule pas à reprendre, mais insistent sur le réinvestissement des activités au sens large lorsqu'ils recouvrent un rôle social.

Dans le MCREO, l'environnement doit être favorisant pour encourager à l'occupation et l'engagement dans une occupation dépendrait en partie de l'environnement. Les ergothérapeutes interrogées s'accordent à dire que lorsque des ateliers thérapeutiques sont proposés aux résidents, ceux-ci s'engagent dans l'activité proposée mais également plus facilement dans la vie de l'institution. L'EHPAD peut alors être un lieu d'habilitation, encourageant les capacités d'être et d'agir.

4.1.2. Lien avec l'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel se définit par la bonne quantité et variété d'occupations, dans les différents domaines de la vie et du temps qui y est consacré. Wilcock expliquait en 2015, que les ergothérapeutes exerçaient pour tendre à cet équilibre des occupations.

Pour obtenir un équilibre occupationnel, il est important de varier les activités, cependant les ergothérapeutes expliquent qu'à l'entrée en EHPAD il y a souvent un arrêt d'activités mal vécu par les résidents. Telles que des activités domestiques, productives. Les résidents souhaiteraient être davantage autonomes dans leurs quotidiens. Elles expliquent que par la création d'un projet personnel d'accompagnement, l'ergothérapeute peut permettre aux résidents de retrouver des activités significatives. Au-delà de l'adaptation des activités, elles accompagnent la personne dans sa recherche d'objectifs occupationnels pour tendre à un équilibre.

L'entrée en EHPAD est souvent la conséquence d'une incapacité de la personne à réaliser ses activités de vie quotidienne. En EHPAD, cette sphère, et particulièrement les soins personnels et le repas sont deux axes majeurs dans l'accompagnement de l'ergothérapeute en gériatrie. Ces aspects de la vie peuvent avoir été abandonnés par les résidents, ou réalisés avec difficultés. L'accompagnement à la reprise de ces activités en autonomie par des compensations matérielles, humaines ou par un apprentissage de techniques, permet aux résidents de mieux intégrer leur lieu de vie et de les rendre acteur.

Lors de la mise en place d'ateliers thérapeutiques, les ergothérapeutes cherchent à stimuler, maintenir ou renforcer les capacités existantes, qu'elles soient cognitives, physiques, sensorielles, mais également sociales. Elles s'accordent à dire qu'au-delà des objectifs fixés dans un domaine, c'est l'ensemble des domaines qui est stimulé. Ces temps d'ateliers sont des temps où la personne est impliquée dans autre chose que du soin personnel ou du temps de repos. Cela tend à favoriser l'équilibre occupationnel et améliorer la santé et le bien-être de la personne.

La question de ces entretiens visait à connaître les attentes occupationnelles des résidents et leurs ressentis quant à leurs recherches d'équilibre. La dimension sociale est ce qui revient au premier plan chez les résidents. Ils cherchent à retrouver un rôle social. Le rôle social, se définit par ce besoin de retrouver une place dans la cité, être reconnu des autres. Le rôle est, selon le dictionnaire, la fonction d'un élément dans un ensemble (Larousse, 2021). Social, toujours selon le dictionnaire, renvoie à la société, à la collectivité humaine (Larousse, 2021). Lors de l'entrée en EHPAD, la personne cherche à retrouver sa place dans cette collectivité humaine pour exister. Être acteur dans la vie de l'établissement, en prenant part, permet de réactiver ce rôle social. Les ergothérapeutes expliquent que les groupes permettent ainsi aux résidents

de créer du lien, d'entrer en communication avec l'autre, de prendre cette place, celui du groupe. Pour avoir un rôle social, il faut devenir acteur dans la communauté. Les ateliers de « moments de vie », comme le repas et le café thérapeutique, permettent de renforcer le sentiment d'utilité et de les restaurer dans leurs individualités, ce qui est nécessaire à un bon équilibre occupationnel.

4.1.3. Lien avec la qualité de vie selon Maslow

D'après la pyramide de Maslow, les besoins des individus sont hiérarchisés par catégorie. On retrouve de bas en haut, les besoins les plus fondamentaux aux besoins d'accomplissement, dans l'ordre : besoins physiologiques, besoin de sécurité, besoin d'appartenance, besoin d'estime, besoin de s'accomplir.

Concernant les besoins physiologiques, l'accompagnement des résidents en EHPAD, qu'il soit humain ou matériel en cas de difficulté, tend à y répondre. Si ce besoin n'est pas rempli, alors les suivants ne pourront être atteints. Les ergothérapeutes interviennent dès l'entrée en EHPAD sur les besoins physiologiques, et durant l'ensemble du parcours du résident. Elles ont un rôle dans le positionnement et sur les activités de vie quotidiennes. Cela permet aux résidents de pouvoir assouvir leurs besoins de survie : boire, manger, dormir.

Pour assouvir le besoin de sécurité, le résident doit se sentir protégé, que ce soit physiquement ou moralement. Les ergothérapeutes interrogées ne font pas mention de ce besoin de sécurité. On peut supposer que l'entrée en collectivité peut engendrer une insécurité psychique, la rencontre de nouvelles personnes et d'un nouveau cadre de vie peut induire de la peur et une instabilité affective. Cependant, même si elles ne parlent pas de sentiment d'insécurité des résidents, elles expliquent que le rôle de l'ergothérapeute est également celui d'écoute et de soutien auprès des résidents. On peut alors supposer que ces moments d'échanges peuvent permettre d'accompagner le résident dans son intégration de l'institution et recouvrir son sentiment de sécurité.

Vient ensuite le besoin d'amour, d'appartenance, et ce sujet concerne une grande partie des données qui ont été récoltées. On parle là du besoin de savoir que l'on compte pour les autres. Pour assouvir ce besoin, l'Humain peut avoir besoin d'un statut social, de se sentir intégré à un groupe, de se sentir capable de s'exprimer et de pouvoir partager avec les autres. Les ergothérapeutes ont régulièrement appuyé le

besoin de sociabilisation qu'ont les résidents, en le mettant en parallèle avec le fait qu'ils évoluent dans une collectivité. Le fait de vivre en groupe ne serait pas forcément vecteur de liens sociaux (CASTELLAN Y, 2009). Les ergothérapeutes disent que les ateliers redonnent un rôle social et permettent aux résidents de s'ouvrir aux autres et de créer des liens. Caradec (2008) souligne toutefois que ces nouvelles relations ne sont souvent que superficielles, courtoises mais peu développées, et que le développement de liens amicaux est plutôt rare.

Le prochain besoin est celui de l'estime de soi, il peut être accompli si on a comblé le sentiment d'utilité, de valeur, qu'on a conservé notre autonomie, qu'on a une identité. Ce qui ressort des entretiens est justement ce sentiment d'inutilité. Quatre des ergothérapeutes expliquent que les résidents veulent retrouver ce sentiment d'utilité, ils voudraient continuer à faire des choses et se sentir exister à travers elles. Elles expliquent également, que lors de la participation aux ateliers, les résidents retrouvent un rôle social. Lors des activités productives, comme la distribution du courrier dans la résidence, l'organisation et la préparation des repas ou du café, c'est le sentiment d'être utile qui apparaît alors. L'HAS en 2006 explique que si on propose à des résidents de participer à une activité, l'engagement dans celle-ci sera vécu différemment si elle n'est qu'occupationnelle ou si elle en ressort comme utile à eux ou aux autres. Les personnes seraient moins enclines à participer à une animation qui reviendrait à leur montrer qu'elles ne sont pas capables de s'occuper seules, mais s'investiraient plus dans une activité qui puisse leur apporter un sentiment d'autonomie et d'utilité.

Enfin, le dernier niveau des besoins de l'Homme est la réalisation de soi. Une fois que les autres besoins sont accomplis, on peut alors développer ses connaissances, ses valeurs. On peut alors s'accomplir soi-même, s'épanouir. Je n'ai pas récolté d'informations dans ce domaine concernant l'accomplissement de ce besoin. Une partie réduite des êtres humains parvient à accomplir ce besoin.

4.2. Réponse à ma question de recherche

L'objectif de cette étude était de déterminer quel est l'impact de la pratique de l'ergothérapie en EHPAD quand celle-ci intervient auprès des résidents dans les trois sphères de la vie : personnes, productivité et loisirs.

Lors de l'entrée en institution, les personnes ont une perte d'autonomie. Une partie des activités qu'ils pouvaient effectuer avant au domicile est alors gérée par la collectivité. L'entretien de l'environnement physique, les repas et même parfois leurs soins personnels sont réalisés par des tiers. Ils doivent réorganiser leurs quotidiens pour retrouver un équilibre occupationnel. L'entrée en EHPAD étant de plus en plus tardive, les personnes peuvent avoir un déclin cognitif et/ou physique quand ils rentrent en institution, le déclin de ses fonctions a un retentissement sur leurs capacités à réaliser les activités de vie quotidienne. Au fur et à mesure du temps, ils se désinvestissent de leurs occupations qu'ils ont pu abandonner en arrivant dans l'institution, et peuvent avoir tendance à s'isoler. Cette rupture d'occupation et d'environnement impact leur personne.

La vision centrée sur le trio personne – environnement – occupation permet à l'ergothérapeute de faire ressortir des difficultés mais aussi les ressources du résident pour lui permettre de tendre à une meilleure autonomie.

À la suite des recherches scientifiques ainsi qu'à la réalisation des entretiens, les ergothérapeutes semblent avoir un rôle central dans l'accompagnement à l'autonomie des résidents en EHPAD. Cette étude permet de montrer une amélioration de la qualité de vie par l'accompagnement de l'ergothérapeute. Ce professionnel présent dans les actes de la vie quotidienne apparaît comme un soutien à l'autonomie, apportant des solutions de compensation ou des astuces du quotidien et donne lieu ainsi à une revalorisation du résident. Ensuite, les ateliers thérapeutiques organisés par les professionnelles interrogées permettent également d'améliorer la qualité de vie, le maintien et l'entretien des fonctions cognitives et physiques mais portent aussi sur l'estime de soi, l'obtention d'un rôle social et le sentiment d'intégration dans l'institution. L'engagement occupationnel dans l'atelier est par ailleurs favorisé par un sentiment d'utilité et une intégration au groupe.

L'ergothérapeute en EHPAD s'implique dans un projet de soins pluriprofessionnels et tend à favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents. Le professionnel propose d'accompagner le résident dans ses activités signifiantes et significatives pour lui permettre de répondre à ses différents besoins. L'ergothérapeute se base sur l'environnement physique et social du résident pour l'engager dans ses occupations.

En stimulant les résidents lors d'ateliers thérapeutiques mais aussi pendant les activités de la vie quotidienne de la structure, l'ergothérapeute aide au maintien des capacités et de la qualité de vie des personnes.

En bref, l'accompagnement des personnes dès l'entrée de l'institution leur permet une meilleure intégration dans l'institution mais aussi d'améliorer la composante sociale. Puis, au moment du déclin cognitif et/ou physique permet alors un maintien autant que possible de ses capacités et ainsi une meilleure qualité de vie. Pour finir, au moment de la fin de vie, l'accompagnement par l'ergothérapeute permet à la personne un meilleur confort et un soutien sur les derniers instants.

4.3. Autocritique et limites de l'étude

Cette étude présente quelques biais.

L'échantillon de 6 ergothérapeutes répondants est peu représentatif de la population des ergothérapeutes travaillant en EHPAD et mettant en place des ateliers. Nous pouvons supposer qu'un tout autre panel de six ergothérapeutes aurait pu donner lieu à des réponses différentes.

D'autre part, la moitié des ergothérapeutes exerce en EHPAD depuis moins de 5 ans. L'évolution de la formation et le manque d'expérience peut induire des réponses différentes en fonction de l'expérience. Le fait d'avoir recruté les participants en partie via les réseaux sociaux peut expliquer cela.

De plus, nous pouvons supposer que l'utilisation de terme comme « participation occupationnelle » appartenant à un modèle conceptuel et utilisé récemment dans la formation initiale peut apporter de la confusion pour certaines ergothérapeutes plus anciennes. Le terme « occupationnel » peut être mal interprété.

Par ailleurs, j'ai construit ma grille d'entretien grâce au modèle conceptuel MCREO, alors que j'ai utilisé le terme « participation occupationnelle » propre au modèle conceptuel du Modèle de l'Occupation Humaine. J'ai réalisé mon erreur lors de mes analyses. Le vocabulaire utilisant deux modèles conceptuels peut être une source de confusion pour les ergothérapeutes interrogées.

L'outil d'entretien semi-directif peut aussi induire un biais lors de l'analyse. Le cadre de l'entretien permettait aux participants une certaine liberté dans leurs

réponses mais les contenait dans des thèmes, des éléments pertinents ont pu ne pas être dits. Par ailleurs, des questions au thème trop large ou des formulations trop imprécises n'ont pas permis d'obtenir les réponses attendues et cibler les axes recherchés, comme le ressenti de l'équilibre occupationnel des résidents.

Ensuite, afin d'observer l'impact de la pratique d'ergothérapie dans toutes les sphères d'occupation des résidents, il aurait été pertinent d'interroger des ergothérapeutes ne mettant pas en place d'atelier afin de les comparer. De plus, les critères de recrutement se basaient sur la mise en place d'atelier, mais il n'était pas précisé que cela concernait des ateliers proches des activités de vie quotidienne. Les ergothérapeutes interrogées organisaient, pour certaines, seulement des ateliers autour des capacités physiques et sensorielles (atelier équilibre, etc...). Ma recherche voulait mettre en avant l'intérêt de recréer des activités du quotidien ou de productivité pour les résidents.

4.4. Apports personnels

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances de la gériatrie mais aussi de m'en procurer des nouvelles sur la spécificité de l'accompagnement de la personne âgée. Il a éveillé ma curiosité aux problématiques de société telle que le vieillissement de la population, et de me sensibiliser aux cas du vieillissements en institution.

J'ai pu m'imprégner de la méthodologie pour me guider dans ma recherche et m'enrichir dans ce travail réflexif qui mélange littérature scientifique et perceptions des professionnels sur le terrain. Cela m'a également appris à rechercher des données scientifiques, ce qui me sera précieux au quotidien dans ma pratique professionnelle. Grâce à ce travail, j'ai pu apprendre à synthétiser mes données mais aussi ma pensée pour en extraire les éléments-clés et pouvoir les comparer avec d'autres. Autant de choses qui me serviront dans ma future pratique professionnelle.

Grâce à l'ensemble de cette recherche et mes rencontres avec les différents professionnels du monde de la gériatrie, j'ai ainsi pu renforcer mon souhait professionnel d'exercer dans ce secteur. J'ai pu un peu mieux comprendre les enjeux mais aussi les freins et leviers qui s'exercent.

4.5. Apports professionnels et perspectives

Le nombre de personnes très âgées augmente considérablement en France et devrait perdurer dans les décennies à venir. Le gouvernement met en place des plans de santé visant à accompagner les personnes âgées dans leurs vieillissements et surtout dans leurs maintiens au domicile le plus longtemps possible. L'entrée en institution se fait de plus en plus tardivement.

L'arrivée en EHPAD est souvent vécue comme une rupture, parfois choisie mais souvent imposée par la famille car le maintien au domicile est impossible, à cause des problématiques physiques, cognitives ou d'un éloignement social. Une fois dans l'institution, les nouveaux arrivants doivent apprendre à vivre en collectivité. Ce nouveau lieu de vie modifie les repères et perturbe l'équilibre occupationnel. Un travail sur le changement de l'équilibre occupationnel au moment de cette transition entre deux lieux de vie pourrait également être intéressant à effectuer.

Cette étude, et l'ensemble des données apportées, pourraient servir à faire reconnaître l'intérêt et l'utilité de la profession d'ergothérapeute dans le domaine de la gériatrie. Ces travaux visent à démontrer l'intérêt de l'embauche d'un ergothérapeute dans une institution, et s'il est déjà présent, de lui donner le temps suffisant pour pouvoir aborder les trois dimensions de l'activité humaine : les soins personnels, les loisirs et la productivité dans l'intérêt des résidents.

J'espère, de plus, pouvoir apporter quelques éléments de réponse aux ergothérapeutes se questionnant sur l'intérêt de mettre en place des ateliers thérapeutiques pour une population qui ne pourra gagner en capacités physiques et cognitives, mais qui tend à se décliner, en soulignant l'amélioration de la sphère sociale.

5. Conclusion

L'Etat français est investi dans une démarche d'accompagnement au vieillissement de sa population face à son accroissement et à l'augmentation de personnes susceptibles de rentrer en établissement médicalisé. Les plans et mesures mises en place par le gouvernement visent à favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible, provoquant une arrivée de plus en plus tardive en institution. La population présente en EHPAD est donc de plus en plus déficitaire physiquement mais aussi cognitivement. Toutefois, les ergothérapeutes travaillant dans ces structures ne sont toujours pas systématiques, et quand ils sont présents ce n'est pas majoritairement en temps plein. Mon étude tente de montrer que l'accompagnement en ergothérapie des résidents tend à améliorer leurs qualités de vie en préservant leurs indépendances et leurs autonomies.

Dans les entretiens, les ergothérapeutes mettent en évidence une privation occupationnelle des résidents parfois due à l'environnement physique et social : la collectivité. Cela est parfois aussi causé par une perte de capacité physique et/ou cognitive. Elles expliquent que les résidents sont désengagés de leurs occupations et qu'il est parfois difficile pour eux d'accepter leur nouveau lieu de vie, et les contraintes imposées. L'ergothérapeute a les compétences professionnelles pour contribuer à l'engagement des résidents dans leurs occupations et les aider à retrouver leur équilibre. Il possède les approches, les outils et les moyens d'intervention pour favoriser les capacités et l'engagement de la personne, travailler sur l'environnement physique et social, accompagner à la reprise ou permettre la réalisation d'activités signifiantes et significatives, remettre en place des rôles et des routines équilibrées. Il serait alors intéressant de favoriser la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD dans l'ensemble des sphères de vie de la personne.

Par ailleurs, les ergothérapeutes expliquent qu'elles ont des difficultés à exploiter l'ensemble de leurs champs d'action sur le terrain, que le manque de temps et le nombre de résidents ne leur permettent pas de tous les aborder. De plus, lors de la formation initiale en ergothérapie, l'accent est mis sur le positionnement et l'aide aux activités de vie quotidienne. L'ergothérapie sociale est abordée à moindre mesure, or ce qui ressort des attentes des résidents est bien la réappropriation d'un rôle social et le besoin d'appartenance au groupe. L'approche sociale en EHPAD est encore trop

peu connue et répandue. Des financements sont indispensables pour pouvoir promouvoir et développer des postes d'ergothérapeutes sur le terrain et ressortent comme le premier frein.

Afin de compléter cette étude, il pourrait être intéressant de réfléchir à la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement à la transition entre le domicile et l'EHPAD, afin d'évaluer l'impact sur la qualité de vie et sur l'acceptation à l'entrée en institution.

Bibliographie :

AFEG, « Ergothérapeute DE en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes »

http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf

Jean-François Bickel, Valérie Hugentobler, Caisse nationale d'assurance vieillesse | « Gérontologie et société » 2018/3 vol. 40 / n°157 (<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-11.htm>)

Caleca, Catherine. « Dépendance : enjeux individuels et collectifs de la fin de vie | Cairn.info ». Consulté le 7 avril 2020. *Gérontologie et société* 2013/2 (vol. 36 / n° 145) <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-155.htm>.

Caradec, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 2ème éd. Paris : Armand Colin, 2008. 127 p., p 83

Castellan Yvonne, « Le sentiment de solitude », *Le Journal des psychologues*, 2009/10 (n° 273), p. 54-57. DOI : 10.3917/jdp.273.0054. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-10-page-54.htm>

C.H. Christiansen, E.A. Townsend, *Introduction to Occupation; The Art and Science of Living: New Multidisciplinary Perspectives for Understanding Human Occupation as a Central Feature of Individual Experience and Social Organization*, Upper Saddle River, N.J., Pearson, 2010.

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 ». *Etudes & Résultats*, (Juil. 2017/n°1015) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>.

Durual, A., Perrard, P., « Vivre le quotidien en institution », *Cliniques*, 2018/2 (N° 16), p. 184-197. DOI : 10.3917/clini.016.0184. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-cliniques-2018-2-page-184.htm>

Fondation Maison des sciences de l'Homme. *L'Ehpad : pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Tome I. Étude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique rattaché au Premier ministre. Paris : Centre d'analyse stratégique, Juin 2006. 255 p

- Fougeyrollas, P. (1998), « La classification québécoise du processus de production du handicap et la révision de la CIDIH », Les cahiers du CTNERHI, 79-80, 85-90.
- France Maxime, « Perte d'autonomie des résidents : du constat à l'action », *Empan*, 2013/3 (n° 91), p. 114-117. DOI : 10.3917/empa.091.0114. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-empan-2013-3-page-114.html>
- GUCHER C. (2012). « Gérontologie sociale : héritages et réflexions contemporaines. » Paris : Editions L'Harmattan.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2002). Handbook of interview research. Context and method. Los Angeles, CA : Sage Publications.
- INSEE, (2000) « Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>.
- INSEE, (2000) Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>.
- INSEE, M. Bodier, G. Buisson, A. Lapinte, I. Robert-Bobée (2015) « Couples et familles, édition 2015 | Insee Références » <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>
- INEE, (2015) « 90 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent encore chez elles | Insee » <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285396#documentation>
- Libault, D. (mars 2019) « Concertation : Grand âge et autonomie – Ministère des solidarités et de la santé » https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- Larousse, Éditions. « Définitions : maison - Dictionnaire de français Larousse ». <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maison/48725>.
- Larousse, Editions. « Définitions : rôle – Dictionnaire de français Larousse ». <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/role /69736>
- Larousse, Editions. « Définitions : social – Dictionnaire de français Larousse ». <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/social/73133>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation, *Psychological Review*, 50 (4), 370-396.

- Membrado Monique, Rouyer Alice, *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*. Érès, « Pratiques du champ social », 2013, 280 pages. ISBN : 9782749236612. DOI : 10.3917/eres.rouye.2013.01. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/habiter-et-vieillir--9782749236612.htm>
- Méchin, O. « Le harcèlement thérapeutique ou les excès du maintien de l'autonomie en EHPAD ». *éthique et santé*. (2016 / n°13)
- Morel-Bracq, M.-C., & Hernandez, H. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille, France: Solal.
- Nosulenko, V. & Rabardel, P. (2007). *Rubinstein aujourd'hui. Nouvelles figures de l'activité humaine. Anthologie de textes choisis*. Toulouse : Octarès Editions ; Paris : Editions Maison des sciences de l'homme. 310 p
- Observatoire National de la fin de vie. « Fin de vie des personnes âgées : Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France ». Rapport 2013. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000058.pdf>.
- OMS, (1994) *Quality of Life Assessment: international perspectives*. Proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2–3,1993. In: Orley J., Kuyken W. (eds.). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest. Springer-Verlag, Berlin, 1994
- Peille Françoise, « Le travail au quotidien dans un EHPAD. Comment apprivoiser nos peurs ? », *Empan*, 2020/4 (n° 120), p. 154-159. DOI : 10.3917/empan.120.0154. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-empan-2020-4-page-154.htm>
- Rautureau, Pascal. « L'urgence, la fin de vie et le domicile : de l'improvisation à la coordination ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie* N° 127, n° 4 (2016) : 99-110.
- Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles - HAS (2018) - programme Qualité de vie en EHPAD – volet 3 : la vie sociale des résidents
- Samama, Guy. « Du vieillir ». *Esprit*, n° 35723 (juillet 2010). <https://esprit.presse.fr/article/guy-samama/du-vieillir-35723>.
- Ramos-Gorand, M. (2019), « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées » <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd51.pdf>

Trépiéd, Valentine. « Solitude en EHPAD L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes » *Gérontologie et Société* (2016 / n°149) <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2016-1-page-91.htm>

Trouvé É. *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal; 2008.

« Vie publique ». Consulté le 7 avril 2020. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000186.pdf>.

Wagman P, Ha° kansson C and Bjorklund A (2012a) Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 19(4): 322–327.

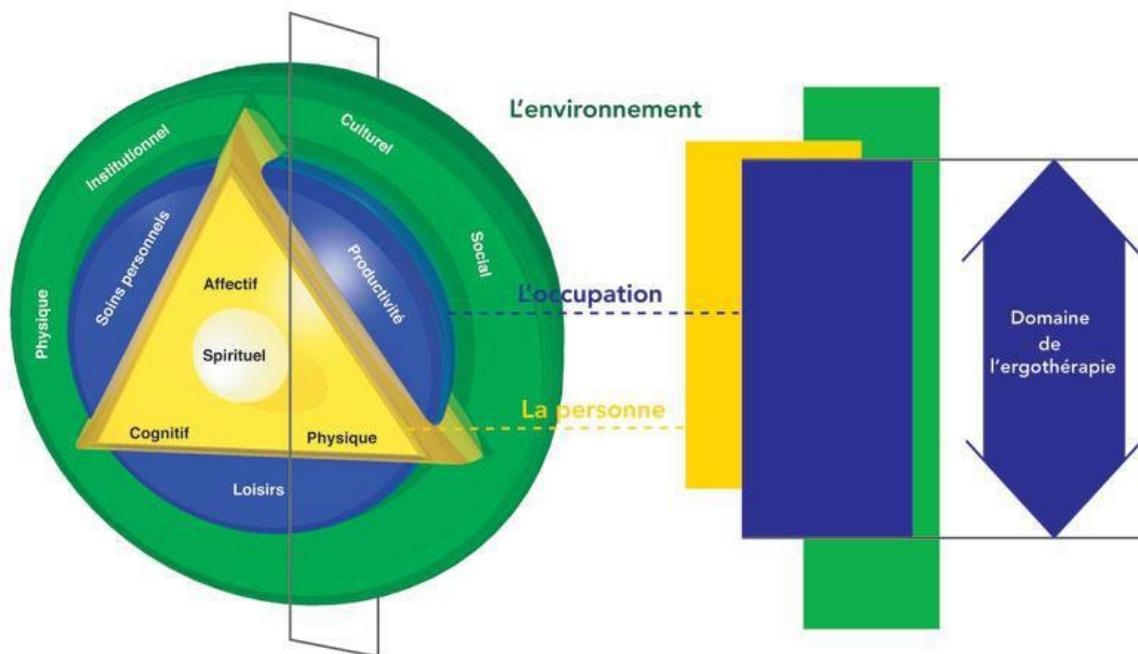
Wilcock AA, Hocking C. *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare, NJ : SLACK Incorporated ; 2015.

Sommaire des annexes

ANNEXE I : SCHEMA MRCEO	55
ANNEXE II : PYRAMIDE DE MASLOW	56
ANNEXE III : ENQUETE EXPLORATOIRE	57
ANNEXE IV : RETOUR DU COMITE D'ETHIQUE.....	58
ANNEXE V : GRILLE D'ENTRETIEN	59
ANNEXE VI : MATRICE THEORIQUE	62
ANNEXE VII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 4	63
ANNEXE VIII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 5	66
ANNEXE IX : Analyse longitudinale Ergothérapeute 6.....	70
ANNEXE X : Analyse longitudinale Ergothérapeute 7	73
ANNEXE XI : Analyse longitudinale Ergothérapeute 8.....	76
ANNEXE XII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 9	79
ANNEXE XIII Synthèse de l'analyse transversale	81

ANNEXE I : SCHEMA MRCEO

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine

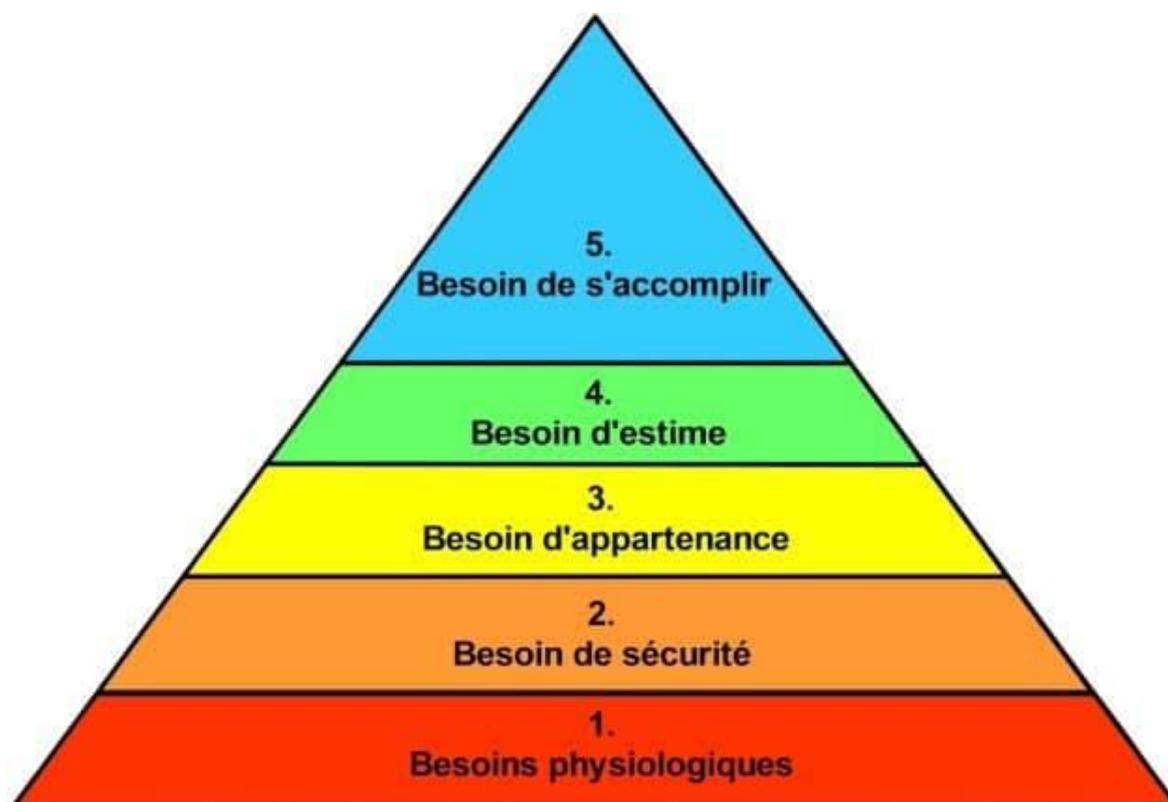


A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

ANNEXE II : PYRAMIDE DE MASLOW



ANNEXE III : ENQUETE EXPLORATOIRE

Enquête exploratoire : Être ergothérapeute en EHPAD

Bonjour,

Je suis étudiante en 2ème année d'ergothérapie à l'IUFE de Clermont Ferrand. Dans le cadre de mon UE d'initiation à la recherche, je me focalise sur l'ergothérapie en EHPAD, j'aurais souhaité votre retour d'expérience afin de réfléchir aux premières questions que je me pose.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourriez m'accorder.

Emeline Brossard

Question 1 : Pouvez-vous rapidement me raconter votre parcours ?

Question 2 : Depuis combien de temps travailler vous en EHPAD ?

Question 3 : Quelles sont les problématiques que vous rencontrez quotidiennement auprès des résidents ?

Question 4 : Quels facteurs, selon vous, pourraient favoriser la qualité de vie en EHPAD ?

Question 5 : Si vous voulez vous exprimer sur quelque chose de particulier concernant votre expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute en EHPAD, je vous y invite.

ANNEXE IV : RETOUR DU COMITE D'ETHIQUE



Clermont-Ferrand, le 25 janvier 2021

Mme Léa Patoux
Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie (IUFE)
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2020-76

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Quel rôle pour l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées en EHPAD ? »

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectif de déterminer les modes d'interventions de l'ergothérapeute pour qu'un résident en EHPAD reste actif et trouve son rôle au quotidien, ce qui lui permettrait de conserver plus longtemps ses capacités physiques, cognitives et sociales.

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

La Présidente du Comité d'Ethique de la
Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

P/0



Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

ANNEXE V : GRILLE D'ENTRETIEN

Thèmes	Questions principales	Questions de relances	Objectifs de la question posé
Préalables	Avez-vous fait des formations complémentaires durant votre parcours professionnel ? Si oui quelles sont-elles ?	<i>Snoezelen, Montessori, Humanitude, par exemple</i>	Savoir si les formations complémentaires ont-ils une répercussion sur la vision professionnelle ?
	Dans quelle type de structure travaillez-vous actuellement et depuis combien de temps ?	<i>EHPAD de petits ou gros effectifs ? Vous êtes seule ou plusieurs ergothérapeutes dans la structure ?</i>	Prendre connaissance des différentes structures représentées par ma recherche et l'influence d'être plusieurs ergothérapeutes
Participation Occupationnelle	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?		Savoir si l'ergothérapeute connaît et intègre dans sa pratique les notions de participation occupationnelle et d'équilibre occupationnel
	Q2 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?	<i>Dans votre établissement ou en général. A quoi s'attendent-ils ? Qu'espèrent-ils ?</i>	Comprendre quels sont les souhaits et demandes évoqués par les résidents en EHPAD, recherchent-ils un équilibre occupationnel ? Sont-ils en demandes de renforcer leurs participations occupationnelles ?

Activités	Q3 : Organisez-vous des ateliers ? Avec quel objectif ? Et quels sont leurs impacts sur les résidents ?	<i>Comment vous choisissez les personnes qui rejoignent ces groupes ?</i> <i>Vous les organisez seul(e) ou avec d'autres professionnels ?</i>	Quel type d'activités et dans quel but, y a-t-il la recherche de se rapprocher d'activité proche de l'ancien quotidien des résidents avec ces activités ? Savoir s'il existe-t-il une coopération avec d'autres professionnels pour permettre un plus gros impact de l'accompagnement ?
	Q4 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leur permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?		Comprendre comment l'ergothérapeute intervient dans les AVQ et cherche-t-elle à promouvoir l'autonomie des résidents ?
Ergothérapeute en gériatrie	Q5 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie ?	<i>Dans la participation occupationnelle par exemple ?</i> <i>Qualité de vie des résidents ?</i> <i>Retour des résidents, des proches ou des autres professionnels ?</i>	Je cherche à savoir si l'ergothérapeute peut permettre aux résidents de retrouver un équilibre occupationnel, et est-ce que cela renforce leur rôle social, leurs humeurs, leurs intégrations dans l'institution
	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?	<i>Moins de chutes ?</i> <i>Plus d'ouverture aux autres ?</i> <i>Meilleures humeurs générales ?</i> <i>Meilleure condition physique ?</i> <i>Entretien cognitif ?</i>	L'intervention de l'ergothérapeute permettait elle de renforcer le climat d'ambiance de l'établissement ? La vision de l'ergothérapeute apporte elle également aux autres professionnels et aux autres patients ?
	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorer dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?		Laisser la possibilité à l'ergothérapeute d'exprimer des souhaits d'évolution de son poste ou de sa pratique.

ANNEXE VI : MATRICE THEORIQUE

Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) :

Approche holistique	Dimension	Indicateurs	Questions
Personne	Affective	Gestions des émotions, acceptation de sa place en institution	Q2;Q5
	Cognitive	Fonctions cérébrales : mémoire, apprentissage, planification	Q2
	Spirituelle	Quête de sens, valeurs fondamentales	Q2;Q5
	Physique	Fonctions motrices, équilibre	Q2
Occupation	Soins personnels	Soins, s'occuper d'elle-même, se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur	Q3
	Productivité	Contribution à l'épanouissement social et à la recherche d'équilibre occupationnel, participation aux ateliers	Q1;Q4;Q7
	Loisirs	Capacités à vouloir se divertir, chercher à s'occuper	Q4;Q7
Environnement	Institutionnel	Lieu de la prise en charge, possibilité de la vie en communauté	Q4;Q6
	Social	Liens formels et informels entre les gens, rôle dans la communauté	Q4
	Physique	Structure facilitante	QP2;Q6

QP = Question préalable

ANNEXE VII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 4

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E4	<p>C'est le domaine d'activité pour la personne âgée concernant la productivité : soins personnels, la productivité et les loisirs. Activités productives et aussi de loisirs (même si les activités de loisirs et plus généralement l'idée de l'occupationnel concerne plus le secteur de l'animation).</p> <p>Lors de l'arrivée en EHPAD, elle est souvent diminuée, l'objectif de l'ergothérapeute : restaurer et maintenir ce qui existe ou existait.</p> <p>Priorité d'abord : soin personnel.</p> <p>Importance : Résident doit être acteur de son projet de vie, un projet qui est du sens pour lui.</p>

	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E4	<p>Café Thérapeutique</p> <p>Objectifs : Rôle social, sentiment d'utilité, restauration et maintien de l'estime de soi et des valeurs identitaires, acceptation de l'institutionnalisation.</p>
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E4	<p>Personnes volontaires à l'entrée en EHPAD, mais qui vivent mal cette institutionnalisation.</p> <p>Avec des capacités cognitives préservées.</p>
	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?
E4	<p>« On vient nourrir un besoin vital ».</p> <p>Meilleure intégration dans l'institution.</p> <p>Tend vers un maintien des capacités motrices et cognitives.</p>

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
E4	<p>Amélioration de l'autonomie du quotidien : Accompagnements au repas avec des adaptations (recherche autonomie repas ++) et toilette/habillage.</p> <p>Conseil et formation des soignants : Respecter l'autonomie des résidents et conserver les capacités existantes et compensation par les aides techniques (AT).</p>

	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E4	<p>Données qualitatives car aucun questionnaire sur le ressenti de la qualité de vie réalisée, ni d'évaluation dans ce sens.</p> <p>Acceptation de leurs nouveaux lieux de vie.</p> <p>Entraide entre résidents.</p> <p>Accompagnement thérapeutique, création d'une relation thérapeutique : meilleur engagement dans les autres activités proposées.</p>

	Q5-1 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
E4	<p>Deux courants :</p> <p>1 / Attente de la mort. Mort digne.</p> <p>2/ Continuer à être. Préservation de leurs identités. « <i>au-delà de leurs identités, les liens et les activités qui leurs font sens jusqu'à la fin.</i> »</p>

	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?
E4	Rôle dans l'accompagnement, la collaboration au Projet Personnel Personnalisé (PPA), et dans la réalisation d'activités de productivités, occupationnelles, autant que dans les activités de vie quotidienne.
	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?
E4	Trop peu de recul pour pouvoir s'exprimer sur cette question.
	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorez dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?
E4	Les domaines dépendent de l'institution et « <i>de ce qu'elle comprend de l'ergothérapie</i> ». Sur précédent poste : approfondir le positionnement et l'installation mais non possible par manque matériel et financier. Poste actuel , approfondissement des activités occupationnelles et d'animation des résidents mais une collaboration avec l'animation difficile
	Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.
E4	Il y a un impact à la fois physique et cognitif dû à l'ennui.

ANNEXE VIII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 5

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E5	<p>Activité signifiante/significative pour le résident, elle répond à des objectifs ergothérapeutiques, elle répond aux problématiques des résidents, elle peut être également ludique.</p> <p>« <i>c'est l'envie aussi du patient, du résident à participer, c'est son inclusion à son programme de rééducation</i> »</p>
	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E5	<p>Gym douce : maintien des capacités physiques, cognitives (capacités temporo-spatiales) et motrices.</p> <p>Atelier équilibre marche : le maintien de la stature debout, l'équilibre, tout ce qui est augmenter le périmètre de marche et contribuer aussi à la prise de confiance dans ces capacités.</p> <p>Médiation animale : parcours de marche, maintien mnésique, préhension fine et globale</p> <p>Atelier mémoire : entretien et maintien des capacités mnésiques</p> <p>Atelier mandala : Préhension</p> <p>Atelier de stimulation cognitive.</p>
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E5	<p>Gym douce : tout le monde, paraplégique, en FRM, marchant.</p> <p>Atelier marche : Personnes marchantes ayant un risque de chute.</p> <p>Atelier mémoire : Assez large.</p> <p>A l'arrivée d'un résident est réalisée une évaluation : elle va permettre d'orienter les résidents vers un ou des ateliers en fonction des problématiques soulevées.</p>
	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?

E5	Maintien des capacités motrices, et cognitives.
----	---

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
E5	<p>Bilan d'entrée puis accompagnement des équipes avec les résidents. (suite aux sollicitations des équipes soignantes si problème.)</p> <p>Amélioration de l'autonomie du quotidien : Evaluation aux repas, choix des aides techniques adaptées ; choix des aides de marches</p> <p>Revu en équipe du PPA chaque mois : soulève certaines problématique : accompagnement individuel.</p> <p>Accompagnement dans la vie quotidienne et dans leurs quotidiens : face à leurs difficultés : difficulté à l'institutionnalisation, à la vie en communauté, l'acceptation et la difficulté à vivre au sein d'un établissement, apprendre et accepter à ne plus être chez soi, respecter la vie en collectivité.</p>

	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E5	<p>Plus de participation dans les AVQ.</p> <p>Psychologique : Reprendre goût à la vie et pouvoir faire des choses pour soi, en autonomie.</p>

	Q5-1 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
--	--

E5	Être le maximum autonome et pouvoir faire les choses seuls le maximum possible, de devoir demander de l'aide dernier recours. Avoir une vie sociale. Sortir de l'isolement sociale.
	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?
E5	Accompagnement des résidents à plus d'autonomie et d'indépendance : moins de travail aussi pour les aides-soignantes au quotidien

	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?
E5	Ergothérapeute repérée comme une référence pour les problématiques concernant les AVQ. Soutien aux autres soignants.

	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorés dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?
E5	Souhaiterait être consultée dans les projets de nouveaux bâtiments pour apporter le regard adaptation d'environnement, conseil d'aménagement. Être plus engagée dans la formations du personnels soignants (manutention, matériel, etc.)

	Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.
E5	Sentiment d'utilité.

	Maintien des capacités cognitives et motrices.
--	--

	Ne plus être passif, mais devenir actif.
--	--

ANNEXE IX : Analyse longitudinale Ergothérapeute 6

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E6	<p>C'est, pour un résident, de pouvoir faire les activités qu'il a envi ou besoin de faire.</p> <p>En EHPAD : définie dans le projet du résident : c'est son engagement occupationnel. En lien avec ses envies et ses capacités : Loisirs et vie sociale dans la résidence.</p>
	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E6	<p>Pas assez de temps pour tout faire, donc atelier ciblé.</p> <p><u>Unité protégé :</u></p> <p>Atelier cognitif : Maintien des fonctions cognitives et limitations des troubles du comportement.</p> <p>Prévention des chutes et équilibre.</p> <p>Gym douce : entretien musculaire et articulaire.</p> <p><u>Unité traditionnelle :</u></p> <p>Gym douce : maintien fonctions cognitive et physique</p> <p>Et une fois par mois :</p> <p>Repas thérapeutique. (hors covid : courses), choix du menu par les résidents, cuisine, mise en place, repas</p>
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E6	<p>Une première évaluation pour orientation vers les ateliers.</p> <p>Gym douce : Personne ayant un besoin de stimulation motrice (Ex : en fauteuil roulant) ou avec un risque chute.</p> <p>Atelier cognitif : A la suite de la passation du MMS.</p> <p>Repas thérapeutique : Personne avec des troubles du comportement de léger à modérer</p>

	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?
E6	Amélioration cognitive mais aussi de l'orientation temporo spatial. En groupe : amélioration de la communication, augmentation de la vie sociale. Meilleure empathie entre eux. Retrouve un rôle social. Meilleure expression des émotions.

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
E6	Amélioration de l'autonomie du quotidien : Accompagnement toilette, habillage, transfert : à la suite d'une demande de la personne, d'un retour des soignants ou d'une mise en situation évaluative. Repas : généralement suite à l'alerte des soignants. Mise en place d'aide techniques, apprentissage de techniques d'utilisation et de mises en place.

	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E6	Permet de faire réaliser aux résidents qu'ils ont encore les capacités à faire des choses, parfois juste différemment.

	Q5-1: Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
E6	Avoir un PPA : Projet Personnel d'Accompagnement. S'engager dans un projet au sein de l'institution. Rentrer chez eux. Certains : être seul.
	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?

E6	Accompagner pour créer le PPA. Trouver ensemble des objectifs. Ceux qui veulent être seul : du soutien, du soin relationnel
----	---

	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?
E6	Activité motrice : stimulation motrice. Mais sinon pas assez de recul sur le poste pour savoir. Ressenti de beaucoup de bénéfice. <u>Apport d'une expertise</u> : formation des soignants, positionnement des résidents, aides techniques.

	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorez dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?
E6	Accompagnement à l'autonomie au repas de plus de résidents (manque de temps) Domaine du loisir : retrouver des loisirs

	Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.
E6	Ennui = majoration des troubles du comportements. Dégradation motrice et cognitive par manque de stimulation.

ANNEXE X : Analyse longitudinale Ergothérapeute 7

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E7	"J'ai un peu de mal avec ce terme : occupationnel". Occupation. En EHPAD les résidents n'ont rien à faire : tout ce qui est proposé est de l'occupationnel.
	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E7	Avec les <u>grands dépendants</u> en collaboration avec psychomotricienne : Atelier créatif, artistique, ... Objectifs : Réintégration sociale. Exploiter les capacités restantes (praxique, gnosiques, moteurs, cognitifs), redonner une estime de soi, leurs redonner une place dans la société. <u>Pour les autres :</u> Jardin thérapeutique. Atelier menuiserie. Repas thérapeutique : Objectifs communs : Rôle social. « <i>redonner tout un sens, redonner des possibilités d'existences aux personnes qui sont là dans l'EHPAD</i> » « <i>se remettre dans une vie de tous les jours et ça leurs permets aussi de s'épanouir de nouveau</i> »
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E7	Les grands dépendants : Résidents mis à l'écart avec des troubles de la communication important, capacités cognitives et motrices diminuées. Les autres : Choisis en équipe pluridisciplinaire
	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?
E7	Grands dépendants : pas d'évolution, car maintien recherché.

	Pour les autres : Réappropriation du rôle social : plus extravertis, plus participants, amélioration de l'humeur, diminution de la médication pour l'humeur.
--	--

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
E7	<p>Bilan d'entrée et amélioration de l'autonomie au quotidien : Toilette, aménagement de l'environnement, repas (compensation, choix et mise en place d'aides techniques).</p> <p>Accompagnement dans la vie quotidienne et dans leurs quotidiens : Refus de la structure de faire participer les résidents dans l'organisation de la structure : mise de la table, pliage du linge, etc... : des résidents demandeurs et motivés. En projet dans la nouvelle structure de travail intégrée depuis peu.</p>

	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E7	<p>« On redonne une indépendance, on redonne une autonomie même si elle est minime on est vraiment dedans » Retrouve un élan de vitalité. Se réinscrire dans un projet de vie personnalisé. Redonne une estime : « ça redonne vraiment tout un sens qui a été perdu au fur et à mesure des années où on leurs enlevait des pans d'autonomie, d'indépendance. » « On est comme un levier, un moyen pour justement redonner tout ça et les aider à voir qu'il y a autre chose que de la dépendance. »</p>

	Q5-1 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
--	--

E7	Retrouver un rôle social, la perte d'un rôle social entraîne d'estime de soi. Pour leurs permettre de retrouver un but dans la vie.
	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?
E7	Les accompagner pour retrouver ce rôle social. Difficultés mises en avant : Méconnaissance et reconnaissance du métier.

	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?
E7	Moins de chutes lorsque l'atelier chute était en place.

	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorez dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?
E7	Permettre aux résidents plus d'activités productives. (postier pour l'EHPAD, triage du linge, mettre la table et la débarrasser ...)

	Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.
E7	Redonner une joie de vivre. Un but pour avancer, pour voir plus loin que le lendemain ou que le soir même.

ANNEXE XI : Analyse longitudinale Ergothérapeute 8

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E8	Ne connaît pas ce terme. En période de covid, les temps occupationnels sont réduits aux soins, toilettes, repas ... Peu d'activités productives ou de loisirs.
	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E8	<p><u>En groupe</u> :</p> <p>Atelier de stimulation cognitives, Atelier mémoire (hors covid : une dizaine de groupe de différents niveaux)</p> <p>Atelier cuisine</p> <p>Gym douce</p> <p>Activité vidéo ludique : Wii, Wii mémoire, Wii Sport</p> <p>Groupe équilibre</p> <p><u>En individuel</u> :</p> <p>Travail du membre supérieur</p> <p>Objectifs communs à tous les groupes :</p> <p>Convivialité, être dans une régularité de prise en charge, rôle social, se mettre en activité, bénéfice psychique, entretien cognitif et physique.</p>
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E8	Sur prescription médicale.
	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?
E8	Meilleure appréciation de ses capacités cognitives, meilleur moral.

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
E8	<p>Bilan d'entrée : Après environ 2 semaines d'arrivée. Evaluation toilette/habillage, enfin autonomie simplifiée (tiré du BME), la toilette, l'habillage, les gestes fonctionnels, les déplacements, les repas. Puis compte rendu.</p> <p>Amélioration de l'autonomie du quotidien : Accompagnement toilette, habillage, transfert, gestes fonctionnels (Aides techniques, astuces) : à la suite des évaluations, ou suite au retour des soignants</p>
	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E8	<p>Des équipes soignantes plus conscientes de l'importance de l'autonomie des résidents. Maintien des capacités physiques et cognitives.</p>
	Q5-1 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
E8	<p>Actuellement Covid : Sortie de la chambre, du service, revoir leurs proches... Hors covid : Qu'on s'occupe d'eux, de confort</p>
	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?
E8	Continuer l'accompagnement.
	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?

E8	<p>Meilleur ressenti de la qualité de vie des résidents : grâce à des meilleurs positionnement entre autres.</p> <p>Pour les chutes : pas de grosses différences constatées sur les dernières années.</p> <p>Apport d'une expertise : formation des soignants, positionnement des résidents, aides techniques.</p>
----	--

	<p>Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorez dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?</p>
E8	<p>Non, création de poste il y a 15 ans.</p> <p>A eu la possibilité de le faire comme elle le voulait.</p> <p>Néanmoins, aujourd'hui a des nouvelles idées d'atelier. (travail sur le graphisme=</p>

	<p>Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.</p>
E8	<p>L'arrêt d'activités tel que les ateliers : baisse du moral.</p> <p>Covid : d'autant plus accentué : rupture du lien social</p> <p>Ceux qui ont un suivi thérapeutique pluridisciplinaire ont un meilleur maintien des capacités générales</p>

ANNEXE XII : Analyse longitudinale Ergothérapeute 9

	Q1 : Qu'est-ce que pour vous la participation occupationnelle et comment se définit elle pour un résident en EHPAD ?
E9	Participation à des activités signifiantes, dans les activités de vie quotidienne, les loisirs, activités sociales. Des activités qui ont du sens pour la personne.

	Q2-1 : Organisez-vous des ateliers ? avec quel objectif ?
E9	<p>Ateliers de stimulation cognitive</p> <p>Atelier équilibre (Prévention des chutes co animé avec Professeur d'Activité Physique Adapté)</p> <p>Atelier du quotidien : Mise en situation d'activité quotidienne (Différentes à chaque fois)</p> <p>Atelier numérique : exercices et jeux sur une tablette</p> <p>Objectifs : Maintien des fonctions cognitives et physiques. Maintien du lien social. Devenir plus autonome dans le quotidien.</p>
	Q2-2 : Comment se fait le choix des participants ?
E9	Le choix des résidents se fait à la suite des évaluations, mais également à la suite de suggestion des soignants.
	Q2-3 : Quels sont leurs impacts sur les résidents ?
E9	Bénéfice psychologique, social, cognitif et physique « <i>ça leur fait du bien, avec le covid les ateliers en groupes sont annulés, ils me le disent, ils voient moins de personnes, ils sont moins stimulés, [...] ça leurs manque.</i> »

	Q3 : De quelle manière accompagnée vous les résidents de l'EHPAD pour leurs permettre d'effectuer des activités de vie quotidienne ?
--	---

E9	Différents en fonctions des EHPADs et des équipes : Priorisation en fonction des personnes : mises en situations, intervention à la suite des retours des soignants.
----	---

	Q4 : Quels sont les effets, d'après vous, de l'accompagnement en ergothérapie dans la participation occupationnelle ?
E9	Meilleure autonomie des résidents. Engagement occupationnelle plus important. <u>Sur l'indépendance</u> : Pas d'amélioration mais du maintien des capacités. Meilleure ressenti de la qualité de vie

	Q5-1 : Quelles sont, selon vous, les attentes et les besoins des résidents vivants en EHPAD ?
E9	Deux profils : Ceux qui n'ont <u>envie de rien</u> faire et attendre la mort. Ceux qui ne voient pas l'EHPAD comme la fin de la vie et qui veulent <u>faire des choses</u> , bouger, sortir, cuisiner ...
	Q5-2 : Quel rôle pour l'ergothérapeute dans ces attentes ?
E9	Les accompagner dans la réalisations de leurs envies occupationnelles, dans des activités qui font sens. Leurs permettre de recréer un lien avec l'extérieur.

	Q6 : Constatez-vous des changements au point de vue de l'ensemble de l'EHPAD depuis que vous intervenez ?
E9	Les résidents sont plus dans l'échange. Les équipes sont plus attentives à ce qui peut être travailler en ergothérapie, mais également plus stimulantes dans les activités de vie quotidienne.

	Q7 : Y a-t-il des domaines que vous trouvez ne pas assez explorez dans votre quotidien professionnel auprès des résidents et qui pourrait être du ressort de l'ergothérapeute ?
E9	L'ergothérapie sociale. Projet intergénérationnel. Ouverture vers l'extérieur.

	Q8 : Quel impact voyez-vous sur les activités de productivité chez les résidents au sein de l'EHPAD (s'il y en a) ? / L'ennui peut-il créer une dégradation physique et/ou cognitive.
E9	L'inactivité entraîne le déclin physique et cognitif. Besoin d'être accompagné et soutenu dans la reprise d'activité. Les activités productives permettent de recréer le lien social.

ANNEXE XIII Synthèse de l'analyse transversale

Thème : Equilibre occupationnel		
Sous-thèmes	Éléments qui ressortent	Verbatims
Définition	Activités AVQ ; loisirs ; vie sociale ; productives (E4, E5, E6, E9)	« être acteur de son projet de vie » (E4) « des projets qui vont s'inscrire dans une vie de tous les jours. » (E5)
	Sens pour la personne ((E4, E5, E6, E9)	
	Acteur de son projet, inclusion au projet de soin (E4 ; E5)	
	Continuer à faire et à exister (E4, E5, E6, E9)	

Attentes des résidents	Rôle et lien social (E4, E5, E6, E7, E8, E9)	<p>« la mort digne, continuer à être, à préserver leurs identités, et au-delà de leurs identités, les liens et les activités qui leurs font sens jusqu'à la fin. » (E4)</p> <p>« Il ne suffit pas d'être, il faut aussi exister » (E7)</p> <p>« Enfin de faire des choses, comme s'ils étaient chez eux » (E9)</p> <p>« Ils n'ont plus l'envie de faire » (E9)</p>
	Ne rien faire (E6, E9)	
	Mort (E4, E9)	
Place de l'ergo	Collaboration au PPA (E4, E6)	<p>« L'ergothérapeute à un réel sens auprès de la personne âgée, au-delà de l'adaptation vraiment des activités, mais dans un accompagnement des activités et du sens. » (E4)</p> <p>« c'est notre rôle, en tant qu'ergothérapeute, de leurs apporter du confort » (E8)</p>
	Activités signifiante et significatives (E4, E5, E9)	
	Accompagner dans leurs envies (E5, E7, E9)	
	Soin relationnel / soutien (E6, E8)	
	Frein : méconnaissance du métier (E6, E7)	
Thème : Activités		
Sous-thèmes	Éléments qui ressortent	Verbatims
Types	Exercices Physique et équilibre (E5, E6, E8, E9)	<p>« redonner tout un sens, redonner des possibilités d'existences aux personnes qui sont là dans l'EHPAD » (E7)</p>
	Exercices Cognitive (E5, E6, E8, E9)	
	Activités de vie (jardin, bois, repas, etc.) (E4, E6, E7)	
Objectifs	Entretien (E5, E6, E8, E9)	<p>« L'acceptation de l'institutionnalisation en premier lieux et puis en second lieux redéfinir le rôle de la personne, les choses qui vont lui donner sens pour être pleinement actrice de son projet de vie dans l'institution » (E4)</p>
	Social, revalorisation (E4, E7, E8, E9)	
	Diminution des risques (E5, E6)	
	Acceptation de l'institutionnalisation (E4)	
Choix des résidents	Besoin de stimulation (E5, E6)	/
	Après évaluations (E5, E6, E9)	

	En équipe pluridisciplinaire (E7)	
	Personnes volontaires (E4)	
	Mise à l'écart, troubles de la communication (E7)	
	Prescription médical (E8)	
Impact	Physique (E4, E5)	« ça leur fait du bien » (E9)
	Maintien cognitif (E4, E5, E6, E7, E8, E9)	
	Humeur (E7, E8, E9)	
	Meilleure intégration dans l'institution (E4)	
Social	Communication (dans l'échange) (E6)	« restaurer dans leurs individualités » (E4) « On vient nourrir un besoin vital » (E4)
	Rôle (E7)	
	Valorisation	
Activité de la vie quotidienne	Amélioration de l'autonomie au quotidien (E4, E5, E6, E7, E8, E9)	« nous quand on est amené à rentrer dans la vie quotidienne et dans leurs quotidiens et face à leurs difficultés et bien peuvent aussi resurgir cette acceptation, la difficulté à vivre en communauté, l'acceptation et la difficulté à vivre au sein d'un établissement, de ne pas être chez soi, » (E5)
	Conseils et formation des soignants (E4, E9)	
	Bilan d'entrée (E5, E7, E8, E9)	
Thème : Ergothérapeute en gériatrie		
Sous-thèmes	Éléments qui ressortent	Verbatims
Lien à l'équilibre occupationnel	Soutien aux autres professionnels de santé (E5, E8)	« On redonne une indépendance, on redonne une autonomie même si elle est minime on est vraiment dedans » (E7) « Ca redonne vraiment tout un sens qui a été perdu au fur et à mesure des années où on leurs enlevait des pans d'autonomie, d'indépendance. » « On est comme un levier, un moyen pour justement redonner tout
	Plus de participation aux AVQ, meilleure autonomie (E5, E6, E9)	
	Acceptation à leurs nouveaux lieux de vie (E4)	

	Reprise du goût à la vie (E5, E7, E9)	<p><i>ça et les aider à voir qu'il y a autre chose que la dépendance. » (E7)</i></p> <p><i>« Il y a de très belles réussites à accompagner ces personnes vers l'acceptation de leurs nouveaux lieux de vie et de leurs nouvelles activités, et de tout ce que cela peut impliquer. (E4)</i></p>
	Entraide entre résident (E4)	
Leviers / freins	Connaissance et reconnaissance du métier (E4, E7, E9)	<p><i>« les établissements ont des besoins de rentabilité, donc les postes d'ergothérapeutes sont souvent des petits temps pour beaucoup de résidents, et finalement les demandes qui sont les plus évidentes pour les directeurs d'établissements sont souvent des réponses matérielles malheureusement » (E4)</i></p>
	Longueur sur le poste (E8)	
	Temps d'activité sur le poste (E4, E6, E7, E9)	
	Prescription médicale (E9)	
Perspectives	Adaptation de l'environnement (E5)	<p><i>« Je pense que la chose à travailler en EHPAD c'est que les résidents ne s'ennuient pas, d'où l'intérêt d'avoir un pôle de soins adaptés pour les personnes qui ont des troubles cognitifs. » (E6)</i></p>
	Formations des soignants (E5)	
	Accompagner plus de résidents (E6)	
	Aller dans le domaine du loisirs (sans faire de l'animation) (E4, E6)	
	Plus d'activité productives (E7)	
	Ergothérapie sociale, ouverture de l'institution sur l'extérieur (E9)	

Introduction: The world's population is ageing, forcing governments to consider new measures to support ageing. The entry into a nursing home is occurring later and later, with a more and more dependent population. The aim of this dissertation was to understand the impact of occupational therapy support on activities of daily living, productive activities, and leisure activities in improving the quality of life of people living in nursing homes. **Method:** A qualitative study, based on semi-structured interviews was conducted. Six occupational therapists working in nursing home and setting up workshops were interviewed. The interviews were analysed according to the theory of the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, the concept of occupational balance and quality of life. **Results:** Comprehensive occupational therapy support in nursing home seems to have an impact on the residents in several domains: physical, cognitive, affective. Participation in therapeutic workshops allows residents to improve their integration within the institution, to give them back a social role and to improve their moods. In the activities of daily living seems to increase their occupational engagement and make them more active in all activities daily. During the support, their abilities are stimulated and can then be maintained, thus improving the perception of quality of life. **Conclusion:** Occupational therapy support seems to improve the occupational balance of the residents in nursing homes. The overall support (activities of daily living, productivity, and leisure) promotes autonomy, independence, and the feeling of occupational balance. An increase in the time and scope of activities of occupational therapists could be considered.

Key words: Nursing Home, occupational therapy, quality of life, occupational balance, autonomy, independence, occupational engagement

Introduction : La population mondiale vieillit, obligeant les gouvernements à réfléchir à de nouvelles mesures d'accompagnement au vieillissement. L'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive, avec une population entrante de plus en plus dépendante. L'objectif de ce mémoire est de comprendre l'impact d'un accompagnement en ergothérapie à la fois sur les activités de la vie quotidienne, les activités productives et sur les loisirs dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant en EHPAD. **Méthode :** Pour cette étude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs. Six ergothérapeutes travaillant en EHPAD et mettant en place des ateliers ont été interrogés. Ces entretiens ont été analysés en fonction de la théorie du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, du concept de l'équilibre occupationnel et de la qualité de vie. **Résultats :** L'accompagnement global en ergothérapie en EHPAD semble avoir un impact sur les résidents dans plusieurs domaines : physique, cognitif, affectif. La participation aux ateliers thérapeutiques permet aux résidents d'améliorer leurs intégrations au sein de l'institution, de leurs redonner un rôle social et d'améliorer leurs humeurs. Dans les activités de vie quotidienne, cela semble augmenter leurs engagements occupationnels et les rendre plus actifs dans l'ensemble des activités du quotidien. Durant l'accompagnement, leurs capacités sont stimulées et peuvent alors être maintenues, améliorant ainsi le ressenti de la qualité de vie. **Conclusion :** L'accompagnement en ergothérapie semble améliorer l'équilibre occupationnel des résidents en EHPAD. L'accompagnement global (activités de vie quotidienne, de productivités et de loisirs) favorisent l'autonomie, l'indépendance et le ressenti de l'équilibre occupationnel. Une augmentation du temps et des champs d'activités des ergothérapeutes pourrait être envisagée.

Mots clés : EHPAD, ergothérapie, qualité de vie, équilibre occupationnel, autonomie, indépendance, engagement occupationnel