
Institut de Formation en Ergothérapie

2014 - 2017

Le traumatisme de l'entrée en EHPAD : la famille comme support de résilience

Sous la direction de : Madame Stéphanie PERRETO

Amélie BARRETEAU

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL**

Le traumatisme de l'entrée en EHPAD : la famille comme support de résilience

UE 6.05 S6

Mémoire présenté par Amélie BARRETEAU en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

**INSTITUT DE FORMATION
EN ERGOTHERAPIE DE LAVAL**

Je, soussignée BARRETEAU Amélie déclare sur l'honneur que ce mémoire, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute est le résultat d'un travail original et personnel.

Je sais que le plagiat de documents représente une violation des droits d'auteurs et que cela est passible de sanction.

Je n'ai ni copié, ni utilisé des parties de documents sous tous types de formats sans en préciser l'auteur. Toutes les sources d'informations ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Amélie BARRETEAU

Fait à Laval

Le 19/05/2017

Signature

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Madame Stéphanie PERRETO, pour avoir su me guider, me conseiller et s'être rendue disponible durant ces plusieurs mois de travail.

Je voudrais aussi adresser mes remerciements aux professionnels et aux personnes âgées qui m'ont permis d'établir ma recherche sur le terrain.

Enfin, je remercie mes proches de m'avoir soutenu durant ces mois de travail, ainsi que toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de cette dernière année d'études en ergothérapie.

« Il ne suffit pas de donner des années à la vie,
mais de la vie aux années. »

[Sénèque]

Liste des sigles utilisés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDH-PPH : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Sommaire

Introduction.....	1
1. D'un constat vers une question.....	2
1.1. Une population vieillissante.....	2
1.2. Etat des lieux de la santé des personnes âgées.....	2
1.3. Des solutions qui questionnent.....	2
1.4. Et l'ergothérapie	4
1.5. Une histoire de vie qui fait réfléchir.....	4
2. Les concepts illustrés.....	5
2.1. Généralités sur la résilience.....	5
2.1.1. Historiquement : d'où vient ce terme ?.....	5
2.1.2. Une multitude de définitions.....	6
2.2. Sur les voies de la compréhension de la résilience.....	8
2.2.1. Une approche neurobiologique.....	8
2.2.2. La résilience : explication psychologique.....	9
2.2.3. La théorie d'un point de vue sociologique.....	10
2.3. Les facteurs de résilience.....	12
2.3.1. Une force intérieure.....	12
2.3.2. Un soutien extérieur.....	13
2.4. La résilience de la personne âgée.....	15
2.4.1. Le vieillissement, une période de pertes et un traumatisme pour l'identité.....	15
2.4.2. Capacité de résilience et vieillissement.....	17
2.5. L'institution : un lieu de résilience ?.....	17
2.5.1. Des représentations sociales : entre mythe et réalité.....	18
2.5.2. L'entrée en EHPAD : un bouleversement.....	18
2.6. Quelle place pour la famille ?.....	19
2.6.1. Le fonctionnement systémique de la famille.....	19
2.6.2. L'impact de l'entrée en EHPAD sur la dynamique familiale.....	20
2.6.3. La famille : un facteur de résilience primordial.....	21
2.7. L'ergothérapie de l'activité à la résilience.....	21
2.7.1. Les fondements d'une pratique.....	21
2.7.2. La notion d'habitude en ergothérapie.....	23
2.7.3. Les modèles de pratiques au service de la résilience.....	24
2.8. Entre concept et réalité.....	25
3. En quête de réponse.....	25

3.1.	Modalité d'exploration	26
3.2.	La population cible	26
3.3.	Déroulé de l'entretien.....	28
4.	Les résultats de l'enquête de terrain	29
4.1.	Les conséquences de l'entrée en EHPAD.....	30
4.1.1.	Une période de changement inéluctable pour la personne âgée	30
4.1.2.	Un bouleversement pour la famille	34
4.2.	Des adaptations aux changements possibles	35
4.3.	Quelle place pour les proches ?.....	37
4.4.	Pertinence de l'ergothérapie pour la question des habitudes de vie.....	39
4.5.	Une réflexion en amont : la préparation de l'entrée en EHPAD	40
5.	Discussion.....	41
5.1.	Un peu de hauteur.....	42
5.2.	Un avenir possible	42
5.2.1.	Une nouvelle organisation du travail d'équipe	43
5.2.2.	Des outils à envisager	44
	Conclusion	47
	Bibliographie.....	
	Liste des annexes	

Introduction

La formation en ergothérapie enseigne l'importance de l'occupation pour le genre humain. En tant qu'être occupationnel, l'homme peu importe son âge, son sexe, ou encore son milieu de vie, a des occupations. Cependant, celles-ci lui permettent plus ou moins de s'épanouir et d'avoir un rendement occupationnel optimal, c'est-à-dire de pouvoir choisir et réaliser les occupations qui lui sont importantes ou significatives et cela de façon satisfaisante pour lui.

Au cours de différentes expériences professionnelles auprès des personnes âgées, il ressort que ce rendement occupationnel était mis à mal surtout lors de l'entrée en établissement. Néanmoins, pour certains résidents, l'arrivée en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) se passait bien, ils avaient bien souvent choisi d'entrer en structure et étaient soutenus par leur famille. Cela questionne les déterminants d'une bonne adaptation à un nouvel environnement. L'étude du film *Sa dernière course*, en deuxième année, a confirmée que l'intégration d'un établissement d'hébergement est souvent une étape de la vie difficile à vivre. Cette période de changement global est source de bouleversements des habitudes de vie pour le résident. L'institutionnalisation est un changement d'environnement physique et social, elle induit fréquemment une perte d'activité. A cela s'ajoute une modification de la dynamique familiale qui accroît la difficulté à s'adapter à ce nouvel environnement. Arrive alors une phase de reconstruction, qui doit permettre de rétablir un rendement occupationnel acceptable, cette phase c'est la résilience. Une interrogation est survenue sur le rôle de l'ergothérapeute pour favoriser cette résilience. Ce travail d'initiation à la recherche est une réflexion autour de la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. Son but est de démontrer que l'ergothérapeute peut favoriser la résilience de la personne âgée en préparant en amont l'entrée en EHPAD en s'appuyant sur les habitudes de vie et la famille. En vue d'une future pratique professionnelle en EHPAD, qui est un secteur de développement pour l'ergothérapie actuellement, la spécificité de cette recherche est justement dans l'approche systémique de la résilience. Il est plus habituel de s'intéresser aux habitudes de vie d'une personne. Ici nous allons voir comment les habitudes de vie familiales peuvent favoriser ou non la résilience d'une personne âgée lors de son entrée en EHPAD. Après avoir précisé le sujet de recherche et dégager une problématique, ainsi que des hypothèses de réponse, il sera nécessaire d'élaborer un cadre conceptuel. Celui-ci permettra d'effectuer un encrage théorique à la recherche avant de vérifier la pertinence des hypothèses de réponse à cette problématique sur le terrain.

1. D'un constat vers une question

1.1. Une population vieillissante

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial inéluctable qui est imputable à l'allongement de l'espérance de vie et à la baisse de la fécondité. Une étude démographique de la population française issue du tableau de l'économie française publié en 2016 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, montre au 1^{er} janvier 2016 une augmentation de 3,2 points des plus de 65 ans et de 2,8 points pour les plus 75 ans sur une période de 20 ans, contre une diminution de 1,7 point des moins de 20 ans sur ce même intervalle. Ce phénomène, en lien avec l'avancée en âge des générations du *baby-boom*, est loin d'être terminé. En effet, à l'heure actuelle, l'âge moyen est de 41,2 ans, les projections de l'INSEE pour 2060 donnent un âge moyen de 45 ans, ce qui nous laisse penser que le phénomène de vieillissement de la population n'est pas terminé et va même s'accroître.

1.2. Etat des lieux de la santé des personnes âgées

Ayant pour objectif de devenir un professionnel de santé, se pose une question quant à l'état de santé de cette population âgée. Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé, publié par l'Organisation Mondiale de la Santé, développe que « *le vieillissement, à un niveau biologique, est caractérisé par une accumulation graduelle et continue de lésions moléculaires et cellulaires, qui se traduisent par une altération généralisée et progressive de nombreuses fonctions de l'organisme, et d'une vulnérabilité accrue aux défis de l'environnement, ainsi qu'un risque croissant de morbidité et de mortalité* »¹. Cela peut aussi s'accompagner de polyopathie, comme l'expliquent Marc BERTHEL et Marie-Christine PETER-BOSQUILLON dans l'article : Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. Dans cet écrit, ils décrivent : « *La polyopathie, les pathologies chroniques et leurs répercussions fonctionnelles sont les caractéristiques des besoins de santé du grand âge* »², autant d'effets négatifs de l'avancée en âge qui peuvent impacter l'autonomie de la personne et son indépendance.

1.3. Des solutions qui questionnent

De nombreux plans nationaux, proposent des solutions face à cette dépendance grandissante, l'une d'elles est l'entrée en EHPAD. Le questionnement se tourne alors sur : qu'est-ce qu'implique l'institutionnalisation ?

¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé*. Page 59.

² BERTHEL Marc, PETER-BOSQUILLON Marie-Christine. Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires : acteurs et métiers du soin. Pages 15.

Au cours d'un parcours scolaire antérieur et de professionnel en tant qu'agent social, une évolution dans ces établissements a été possible. Ces expériences ont permis d'observer la difficulté des personnes âgées à faire face aux nombreux changements qu'elles subissent sur cette période, tant au niveau de leur environnement physique et social que dans leurs activités quotidiennes, de nombreux repères et habitudes de vie sont mises à mal. Ces chamboulements peuvent aller jusqu'à la dépression. Comme le montre une enquête de l'Observatoire National de la Fin de Vie : « *La dépression concerne 15 à 20% des plus de 65 ans et 40% des personnes âgées en institution [...] Ainsi, 36% des familles interrogées ont déclaré chez leur proche un état de mal-être, une perte du moral: 24% ont signalé un comportement plutôt déprimé chez le résident, et 12% ont rapporté une « perte totale du goût de vivre » de leur proche âgé.* »³. D'autre part, cette situation peut aussi être difficile à vivre pour les familles parfois désemparées d'avoir perdu leur rôle d'aidant ou culpabilisant pour l'institutionnalisation de leur proche. L'entrée en institution engendre aussi des changements de la dynamique familiale, comme le décrit Claudine BADEY-RODRIGUEZ dans son article, l'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familiale. De par son expérience, elle affirme : « *Plus je constate combien le placement en institution a des répercussions sur la dynamique familiale, et plus je constate combien le travail auprès des familles est primordial pour améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents.* »⁴.

Cette façon de penser n'est pas nouvelle, ni isolée. En 1987, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante reconnaissait déjà l'importance de la vie familiale en institution dans son article IV : présence et rôle des proches. Cette charte a été révisée en 1997, puis en 2007, et porte désormais le nom de Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. L'article IV mentionne « *Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers. Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités.* »⁵. Nous allons nous intéresser tout particulièrement à ce bouleversement de la dynamique familiale dans ce travail d'initiation à la recherche.

³ Disponible sur : <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV-2014-Analyse-La-Soci%C3%A9t%C3%A9-Face-au-Vieillessement.pdf> Page 20.

⁴ BADEY-RODRIGUEZ, Claudine. *L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale*. Page 107.

⁵ FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Page 5.

1.4. Et l'ergothérapie ...

Une expérience en EHPAD corrélée aux cours reçus à l'Institut de formation amène à penser que l'ergothérapeute a une place dans cet accompagnement de la résilience lors de l'entrée en institution. Certes, à l'heure actuelle les ergothérapeutes travaillant en EHPAD sont bien souvent cantonnés à l'installation des résidents, à apporter des aides techniques et quelque fois à la réhabilitation cognitive. Cependant, il semble que la profession d'ergothérapeute se développe et s'étend bien au-delà de ces fonctions. Si l'ergothérapie prend pour fondement, les sciences de l'occupation définie, par TOWNSEND Elizabeth et POLATAJKO Helene, comme étant « *l'étude de la nature occupationnelle des personnes et de la façon dont elles s'adaptent aux défis et aux expériences de leur environnement par leur occupation.* »⁶. L'ergothérapie se doit alors de s'intéresser au changement occupationnel, voire à la privation occupationnelle : « *Si la restriction d'accès à l'occupation signifiante s'avère grave ou prolongée, celle-ci peut entraîner la privation occupationnelle. Le terme privation occupationnelle fait référence aux restrictions récurrentes provenant plutôt d'influences environnementales que personnelles. [...] eu égard à l'individu, la privation occupationnelle peut s'exprimer par une croissance ralentie et par une mauvaise santé* »⁷. Dans le cas d'une entrée en institution, le bouleversement de la dynamique familiale est souvent en lien avec des changements occupationnels importants pouvant être traumatisants. L'ergothérapeute a donc une place légitime à prendre autour de cette période.

1.5. Une histoire de vie qui fait réfléchir

Lors d'une expérience professionnelle, un constat est apparu : certaines de ces habitudes peuvent être conservées assez simplement lorsque l'équipe soignante les prend en compte. Par exemple, une famille avait l'habitude de se réunir tous les lundis soirs chez leur père après le travail. Lors de l'entrée en EHPAD, les repas étant à 18h30, la famille ne pouvait pas conserver cette habitude puisque les enfants débauchaient trop tard pour venir avant le repas. L'équipe et la famille ont trouvé une solution en portant un plateau en chambre à ce monsieur tous les lundis soirs, ce qui permet à la famille de conserver cette habitude. Dans ce cas, la prise en compte des habitudes de vie antérieures permet de limiter les perturbations liées à l'entrée en EHPAD et favorise l'adaptation à ce nouvel environnement.

⁶ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Helene. *Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation.* Page 76.

⁷ *Ibid.* Page 94.

Cela amène à la question suivante : **En quoi, l'ergothérapeute peut-il favoriser la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, en impliquant la famille dans l'accompagnement?**

Pour répondre à cette question, les hypothèses de recherche sont :

- a. **La résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des habitudes familiales par les professionnels de santé.**
- b. **L'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour évaluer, adapter et intégrer les habitudes familiales au sein de la structure et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée à ce nouvel environnement qu'est l'institution.**
- c. **L'ergothérapeute peut occuper une place pertinente lors de la préparation de l'entrée en EHPAD.**

Afin d'élaborer un modèle d'analyse pour pouvoir répondre à la problématique et de vérifier les hypothèses, définissons les concepts qui y sont mis en jeu et les liens qui les unissent.

2. Les concepts illustrés

Pour commencer, il semble que la résilience est la base de ce questionnement. Explicitons les rouages et les enjeux qu'elle implique pour la personne. Puis mettons la résilience en lien avec les autres notions qui entrent dans cette problématique : le vieillissement, l'institution, la famille, et pour finir l'ergothérapie. L'illustration de l'ensemble de ces concepts va permettre, dans un deuxième temps, d'élaborer une démarche d'investigation.

2.1. Généralités sur la résilience

2.1.1. Historiquement : d'où vient ce terme ?

Pour commencer, intéressons-nous à l'origine étymologique du mot « résilience », qui vient du latin « resilir » ce qui signifie : ressaut, résilier. Les anglo-saxons, lui donne le sens de rebondir, se ressaisir ou se redresser.

Ce mot est utilisé dans plusieurs domaines, entre autres en physique, où il est apparu dans les années 1820. Selon le dictionnaire, il s'agit d'une : « *Caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau* »⁸. Il n'entrera dans le vocabulaire rattaché à la psychologie que bien plus tard dans les années 1950. Il apparaît dans un premier temps aux Etats-Unis, suite à une étude d'Emmy WERNER sur des enfants ayant subi un stress durant la période prénatale ou périnatale. Cette psychologue américaine a pu remarquer qu'un tiers des enfants qu'elle a observé, s'étaient développés sans difficultés d'apprentissage ou d'adaptation, grâce à la présence d'une personne bienveillante.

2.1.2. Une multitude de définitions

Dans le cadre de l'entrée en EHPAD, nous nous intéressons plutôt à la dimension psychologique du terme. De nombreux auteurs ont écrit sur ce versant de la résilience, en apportant tous leurs visions. Pour certains, il s'agit d'un trait de personnalité, pour d'autres, c'est un processus et plus récemment des auteurs parlent de la résilience en tant qu'aptitude.

Dans le livre la résilience : l'art de rebondir, POLETTI et DOBBS cite le sociologue VANISTENDAEL qui définit la résilience comme étant « *La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* »⁹. CYRULNIK, sociologue lui aussi, définit la résilience comme : « *un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique.* »¹⁰. Enfin, IONESCU parle de résilience en tant que « *processus résultant des interactions entre l'individu et son environnement, processus lui permettant de faire face à des situations à caractère traumatique.* »¹¹. Ces trois définitions, n'ont rien d'exhaustives. Néanmoins, nous pouvons en faire ressortir les principes qu'il semble important d'associer au terme de résilience.

⁸ Disponible sur :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9silience/68616?q=r%C3%A9silience#67865>

⁹ POLETTI, DOBBS. La résilience : l'art de rebondir. Page 9.

¹⁰ CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience : connaissance de base*. Page 8.

¹¹ *Ibid*. Page 31.

Tout d'abord, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit de faire face à un choc comme dans la définition en lien avec la physique. Cependant, la résilience psychologique ne décrit pas seulement la capacité à résister à un environnement défavorable, mais celle de se construire sur ce terrain hostile. L'humain contrairement au matériau ne reprendra pas sa « forme » initiale, ou plutôt son équilibre antérieur. Il va pouvoir retrouver un équilibre différent, mais pas pour autant moins bon. Dans ce sens, Serge TISSERON nous dit : « Avec la résilience, l'idée est qu'on peut aller beaucoup mieux après qu'avant. »¹². Il s'agit donc d'une reconstruction avec une dynamique positive comme nous le fait entendre VANISTENDAEL dans son ouvrage *Le Bonheur est toujours possible*.

Dans la définition du traumatisme, nous trouvons deux courants de pensée. Ceux qui parlent de résilience après un traumatisme, vision plutôt ancienne ou européenne, et ceux qui en parlent après une épreuve, vision récente provenant d'Amérique. Par exemple, VANISTENDAEL semble être basé sur un traumatisme important où le risque d'une issue dramatique semble conséquent. Alors que, IONESCU émet plus de nuance dans l'épreuve subie qui peut avoir « un caractère traumatique ». CYRULNIK adopte lui aussi une approche où le traumatisme ne fait pas nécessairement référence à une situation avec danger vital immédiat. Selon Sylvie ROUSSEAU, « Le concept de résilience touche maintenant, selon la vision américaine, une gamme plus large de stressés et se rapporte à des événements en apparence moins dramatiques [...], qui peuvent toutefois avoir le même impact destructeur même s'ils ne sont habituellement pas considérés comme des événements traumatiques. »¹³. Nous pouvons en ressortir que le traumatisme est un vécu personnel. Chacun réagit différemment devant les épreuves qu'il rencontre. Chaque situation peut alors donner lieu à de la résilience dès lors que la personne l'a vécue comme étant traumatisante. Pour la suite de ce travail d'initiation à la recherche, nous prendrons comme base cette deuxième vision du traumatisme.

Ensuite, les trois auteurs font référence à l'influence de l'environnement sur la résilience. VANISTENDAEL en parle plutôt en tant que juge d'une bonne résilience, alors que les deux autres en parlent en tant que facteur de la résilience. CYRULNIK et IONESCU dans leur définition, se basent sur un ensemble d'éléments internes et externes à la personne. C'est l'interaction entre ces facteurs qui permet la résilience. Ils feront l'objet d'une partie plus détaillée par la suite.

¹² TISSERON, Serge. *La résilience : un mot aux mille visages*. Page 7.

¹³ ROUSSEAU, Sylvie. *Développer et renforcer sa résilience*. Page 18.

Enfin, il semble important de préciser que la résilience n'est pas quelque chose de figée et d'acquise dans le temps. Comme le souligne Sylvie ROUSSEAU : « *elle peut être présente dans une sphère de notre vie et absente dans d'autres, fluctuer selon les circonstances et les épreuves, se manifester à une certaine période de notre vie et ne pas être là à un autre moment.* »¹⁴. Elle va évoluer avec les facteurs internes et externes à la personne, qui changent régulièrement au fil du temps.

En résumé, la résilience est un concept complexe qui comporte de multiples facettes. Ainsi, sur la dimension psychologique qui nous intéresse ici, nous allons en décrire les mécanismes afin de traiter théoriquement les points que nous retrouverons dans notre recherche. Pour cela, si nous nous basons sur la définition de CYRULNIK, nous pouvons trouver différentes théories : biologique, psychologique et enfin sociologique ou socioculturelle, qui peuvent nous aider à comprendre concrètement ce qu'est la résilience. Ces différentes théories vont faire l'objet de la partie suivante.

2.2. Sur les voies de la compréhension de la résilience

2.2.1. Une approche neurobiologique

D'un point de vue neurobiologique, la résilience est très étroitement liée aux substances chimiques du stress et à la plasticité cérébrale. En réponse aux situations stressantes, le cerveau fait intervenir trois grands systèmes : la motivation, le comportement social et la réaction au danger. Ces mêmes systèmes vont donc être impliqués dans la résilience.

Tout d'abord, parlons de stress et de neurotransmetteurs. Face à un stress physique ou psychologique le cerveau déclenche des réponses cérébrales spécifiques et préprogrammées. Pour ces deux situations, le cerveau met en place 3 niveaux de réponses successifs : l'alerte, la réponse retardée puis la réponse adaptative. Pour chacun d'eux, il y a une libération d'hormones ou de neurotransmetteurs, ces deux substances permettent la communication entre les cellules.

Dans un premier temps, la réponse d'alerte déclenche en quelques secondes la libération de plusieurs substances chimiques dont l'adrénaline. Ces substances font effet quelques minutes et ont pour rôles d'initier une attitude de protection et d'accélérer les fonctions vitales : cérébrale (prise de décision, réflexion, ...), cardiaque, respiratoire.

¹⁴ *Ibid.* Page 20.

Après quelques minutes de stress, la réponse retardée se met en place. Elle provoque la sécrétion d'hormones différentes qui contrôlent notre comportement (sommeil, appétit, ...), nos émotions (anxiété, dédramatisation, ...) et augmente l'apport énergétique. Le cerveau se modifie donc pour s'adapter aux situations stressantes. Lors de cette période, le soutien de l'environnement humain, peut permettre d'éviter la persistance du stress post-traumatique.

A plus long terme, les corticoïdes agissent lors de la réponse adaptative dans l'apprentissage de la crainte liée à cet évènement stressant. Les modifications ayant eu lieu lors de la réponse retardée vont se figer. D'autres neurotransmetteurs vont être libérés afin de modifier les seuils d'activation des mécanismes précédents. Le stress peut alors devenir chronique, si lors de l'étape précédente la personne n'a pas pu sortir de l'état de stress post-traumatique. C'est dans ce contexte que nous pouvons parler de plasticité cérébrale. Selon BUSTANY : « *La résilience consistera à tourner autour du « trou noir » que forment les modifications neuronales du stress pour retrouver, par un néodéveloppement du réseau neuronal altéré, une fonctionnalité satisfaisante, mais évidemment différente.* »¹⁵. Le stress laisse des traces sur notre cerveau, mais la plasticité cérébrale permet de limiter l'impact de ces traces en permettant de les contourner.

2.2.2. La résilience : explication psychologique

Intéressons-nous maintenant à la vision psychologique de la résilience. Dans ce domaine, elle est rattachée aux mécanismes de défense et aux stratégies de coping explicités ci-après. Ce sont ces deux items que nous allons développer maintenant.

Tout d'abord, attachons-nous aux mécanismes de défense qui sont utilisés dans l'approche psychanalytique de la psychologie. Selon CHABROL, « *Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes.* »¹⁶. Dans un premier temps, ils rendent le traumatisme plus supportable : « *Au cours de la phase post-traumatique immédiate, l'atténuation des perturbations initiales (comportementales, somatiques ou mentales) apparaît étroitement liée à la mise en œuvre de mécanismes de défense opérants, c'est-à-dire utilisés de façon souple et variée, permettant d'« encaisser » les agressions et les souffrances en opérant comme un filtre les atténuant.* »¹⁷.

¹⁵ BUSTANY, Pierre. *Neurobiologie de la résilience*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience : connaissance de base*. Page 56.

¹⁶ CHABROL, Henri. *Les mécanismes de défense*. Page 31.

¹⁷ TYCHEY Claude, LIGHEZZOLO-ALNOT Joëlle. *Résilience psychologique*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 91.

En second temps, la résilience peut s'évaluer avec la mentalisation. TYCHEY et LIGHEZZOLO-ALNOT expliquent « *la consolidation de l'engagement dans un processus de résilience restera à apprécier au regard d'un remaniement intrapsychique plus profond, relevant alors de la mentalisation, seule à même de consolider plus durablement l'engagement dans un processus de résilience.* »¹⁸. Les mécanismes de défense sont donc nécessaires à l'initiation de la résilience, mais seule la mentalisation doit persister sur le long terme.

Attardons-nous désormais sur les stratégies de coping, cette fois-ci apparentées à une approche cognitivo-comportementale de la psychologie. Pour définir ce mécanisme, CHABROL nous dit : « *les processus de coping, mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe.* »¹⁹. Le coping peut se baser sur différents principes : le problème et sa source, les émotions, ou encore être proactif. Lorsqu'il est centré sur le problème, l'objectif est d'influencer la source pour diminuer le stress. Quand il s'agit des émotions, la personne s'adapte en modifiant plus ou moins volontairement ses émotions, par exemple en utilisant l'humour qui peut aider à dédramatiser le problème. Enfin, le coping proactif consiste à anticiper les situations stressantes afin de les éviter si possible ou au moins en diminuer l'impact.

Certes, ces deux approches de la psychologie sont issues de théories différentes, cependant, elles ne semblent pas s'opposer dans le cadre de la résilience. Elles peuvent être complémentaires puisque les mécanismes de défense sont mis en place de façon involontaire alors que les stratégies de défense sont volontaires. Il y a alors une cohabitation entre des moyens voulus par la personne et ceux subit.

2.2.3. La théorie d'un point de vue sociologique

La troisième et dernière source de compréhension de la résilience est la sociologie. Selon POLLETI et DOBBS : « *la sociologie met en évidence l'influence du groupe, de la culture, des traditions familiales sur les capacités.* »²⁰. C'est donc une approche de la personne dans un environnement que nous allons traiter ici.

¹⁸ *Ibid.* page 91.

¹⁹ CHABROL, Henri. *Les mécanismes de défense.* Page 32.

²⁰ POLLETI Rossette, DOBBS Barbara. *La résilience : l'art de rebondir.* Page 8.

Dans le livre *résilience : connaissance de base*, Marie ANAUT dit : « *le processus résilient prend appui sur un tripode composé de facteurs d'ordre interne aux sujets (particularités singulières, capacités et aptitudes cognitives, éléments de personnalité, modalités défensives...), de facteurs d'ordre familial et psychoaffectif (soutien et qualité des relations familiales et périfamiliales...) et de facteurs relevant du contexte socio-environnemental (étayage amical et social, soutien communautaire, religieux, idéologique...).* »²¹. Précédemment, nous nous sommes plutôt intéressés aux éléments individuels, nous allons désormais nous attarder sur l'entourage de la personne.

Les liens psychoaffectifs peuvent être rattachés à l'attachement, ce dernier est nécessaire au sentiment de sécurité qui va initier la résilience. Comme nous l'évoque ANAUT, « *les liens affectifs participent pour une grande part à ce terreau sur lequel va se construire la résilience.* »²². Dans la première phase post-traumatique, l'entourage peut contribuer à l'accommodation en permettant un étayage extérieur, en mobilisant les ressources internes ou en les substituant lorsqu'elles sont défaillantes. La famille peut aussi favoriser la mise en place des moyens de protection. En règle générale, les membres de la famille sont les premiers avec qui nous construisons des liens affectifs. De part, cette construction de l'affect, « *les étayages affectifs peuvent provenir prioritairement de l'un des membres de la famille qui assume un rôle de confident et de soutien auprès du sujet blessé, alors que les autres demeurent plus en retrait.* »²³. Cette posture privilégiée d'une des personnes de l'entourage se rapporte à la notion de tuteur de résilience développée par Boris CYRULNIK que nous reprendrons plus en détail par la suite. Cependant, la famille n'est pas la seule source de lien affectif, « *il arrive que l'expérience traumatique vienne accroître les vulnérabilités en révélant des failles dans les attaches familiales et en brisant des liens affectifs fragiles, faisant parfois le vide autour du sujet blessé.* »²⁴. Dans ce cas, des liens affectifs extra-familiaux (ami, voisinage, collègue, professionnel, ...) peuvent compenser des liens familiaux défaillants.

²¹ ANAUT, Marie. *Résilience affective*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 66.

²² *Ibid.* Page 65.

²³ *Ibid.* Page 79.

²⁴ *Loc. cit.*

La culture, dans laquelle la personne traumatisée évolue, a aussi toute son importance dans sa résilience. Elle peut être un levier, si les croyances et valeurs rattachées à cette culture « *nous incitent à faire confiance à l'avenir malgré l'adversité, qui s'appuient sur la possibilité de nous en sortir et qui mettent l'accent sur la bonté de l'être humain favorisent la résilience.* »²⁵, par exemple. Elle peut aussi être un frein si elle fait porter de lourds stigmates au résilient. VANISTENDAEL cite, Boris CYRULNIK qui nous dit « *quand les blessés de l'âme vivent dans une culture pétrifiée qui les juge d'un seul regard et n'en change plus, ils deviennent victimes une deuxième fois.* »²⁶, la personne traumatisée se retrouvant dans un environnement à nouveau hostile et ne peut pas s'engager dans un renouveau, une reconstruction avec une dynamique positive.

Si l'on prend la résilience d'un point de vue sociologique, l'environnement humain et la culture de celui-ci a une grande importance. Il peut favoriser ou limiter la résilience de par l'affection qu'il donne à la personne et l'image d'elle qu'il lui renvoie.

2.3. Les facteurs de résilience

Nous venons de voir les trois approches de la résilience, celles-ci font intervenir un certain nombre de facteurs internes et externes. Nous allons désormais approfondir quelques exemples de ces facteurs qui vont illustrer les propos ci-dessus. Certains auteurs comme Sylvie ROUSSEAU et VANISTENDAEL évoquent la possibilité d'accroître les chances de résilience en influençant sur ces facteurs.

2.3.1. Une force intérieure

Intéressons-nous tout d'abord, aux facteurs d'ordre interne ou individuel, c'est-à-dire qui sont propres à la personne, qui lui appartiennent. Nous en avons déjà évoqué un certain nombre, par exemple les facteurs neurologiques, il est difficile d'agir sur ces facteurs, cela peut se faire par le biais de traitements médicamenteux qui peuvent modifier la libération des neurotransmetteurs. Cependant, il ne faut pas penser que les facteurs génétiques ont les pleins pouvoirs, même sans traitements médicamenteux, il est possible de contrer leur action de par le soutien affectif par exemple. Ensuite, nous avons parlé de mécanismes de défense et de coping, il s'agit là encore de facteurs internes qui peuvent favoriser la résilience.

²⁵ ROUSSEAU, Sylvie. *Développer et renforcer sa résilience*. Page 65.

²⁶ VANISTENDAEL Stefan, LECOMTE Jacques. *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Page 23.

De nombreux auteurs parlent de l'estime de soi comme un facteur important pour la résilience. Il s'agit d'un des besoins fondamentaux décrits par MASLOW et qui pour VANISTENDAEL « *dépend non seulement de son acceptation fondamentale par autrui, mais aussi de ses réalisations personnelles* »²⁷. Ce qui montre que tous les facteurs sont liés, et même que les facteurs internes sont influencés par les facteurs externes. Toujours selon VANISTENDAEL, « *une acceptation lucide de soi-même permettant de conserver une bonne estime de soi, une orientation positive vers l'avenir, permettant l'évolution personnelle.* »²⁸. Ce même auteur cite PORTELANCE qui définit ce terme d'acceptation de soi-même en expliquant que « *franchir l'étape de l'acceptation, c'est se donner le droit d'être soi-même avec ses forces et ses faiblesses. Reconnaître ses faiblesses, c'est se donner la possibilité de reconnaître aussi ses forces et de les utiliser pour créer.* »²⁹. Pour travailler cette acceptation de soi, VANISTENDAEL propose de travailler les compétences qui permettent d'acquérir un sentiment d'efficacité qui peut induire la sensation de contrôle de son existence.

Un autre élément rattaché à l'estime de soi et à la sensation de contrôle de son existence, est essentiel dans la mise en place de la résilience, il s'agit de donner du sens à sa vie. « *la résilience passe souvent par un projet à mettre en œuvre, un objectif à réaliser.* »³⁰ nous dit VANISTENDAEL. Pour favoriser l'atteinte de ses propres buts, la personne peut utiliser : l'initiative, la détermination, la persévérance. Comme nous le dit Sylvie ROUSSEAU « *l'initiative, la persévérance et la détermination ne permettent pas seulement de mener nos projets à bon port, mais elles nous incitent également à ne pas abandonner lorsque nous traversons des épreuves.* »³¹. Donner un sens à sa vie passe aussi par la quête de sens à donner au traumatisme. « *Lorsque la recherche de sens aboutit favorablement, elle constitue un processus adaptatif, permettant à la personne une grande maîtrise de son existence. En revanche, lorsque cette quête se poursuit indéfiniment sans conduire à une réponse, elle ne fait qu'augmenter la douleur* »³². La résilience passe par un processus interne de quête de sens qui se doit d'être abouti pour être favorable à l'adaptation face au traumatisme.

2.3.2. Un soutien extérieur

Attardons-nous maintenant aux facteurs externes, d'ordre environnemental, qui peuvent influencer sur la résilience d'une personne. Nous pouvons trouver différents environnements : humain, physique, culturel par exemple.

²⁷ VANISTENDAEL, Stefan. *Le bonheur est toujours possible*. Page 157.

²⁸ *Ibid.* Page 52.

²⁹ *Loc. cit.*

³⁰ VANISTENDAEL, Stefan. *Le bonheur est toujours possible*. Page 100.

³¹ ROUSSEAU, Sylvie. *Développer et renforcer sa résilience*. Page 106.

³² VANISTENDAEL, Stefan. *Op. Cit.* Page 81.

Commençons par développer les facteurs externes de l'environnement humain avec deux exemples de facteurs : l'acceptation inconditionnelle et le tuteur de résilience. Nous avons vu précédemment, avec l'attachement, que les relations sont importantes dans la mise en place de la résilience. Les personnes en lien avec le sujet traumatisé pour être bénéfiques à sa résilience doivent être dans l'acceptation inconditionnelle de celui-ci. Selon VANISTENDAEL, il s'agit de passer du temps ensemble, de l'écouter afin de reconnaître qu'il existe et de lui donner de l'importance. Ce qui renforcera l'estime de soi de la personne traumatisée. Cependant, l'acceptation inconditionnelle ne veut pas dire tout accepter, car cela aurait pour effet inverse de renvoyer un sentiment d'indifférence.

CYRULNIK quant à lui, nous parle de tuteur de résilience comme figure privilégiée de l'attachement. Cette personne va guider et soutenir la reprise du développement. TISSERON explique le terme utilisé par CYRULNIK : « *il s'agit de personnes, qui ne sont pas des professionnels du soin – ils sont éducateurs, pédagogues ou membres de la famille – mais qui sont susceptibles d'assurer un attachement sécure, de renforcer l'estime de soi d'une personne en situation de fragilité et de l'aider à donner du sens aux évènements nouveaux de sa vie.* »³³. Ce qui nous prouve encore une fois que les facteurs internes et externes sont liés et s'influencent.

L'environnement physique a lui aussi son importance. Si nous prenons la pyramide de Maslow (ANNEXE I), nous avons déjà vu que l'estime de soi est un facteur de résilience. Cependant pour avoir une bonne estime de soi selon MASLOW, il faut avoir acquis les niveaux inférieurs de la pyramide. Parmi ceux-ci se trouvent : les besoins physiologiques, la sécurité, puis les besoins sociaux. L'environnement physique va donc être impliqué dans les besoins physiologiques : pour bien dormir, respirer, manger, etc. il faut être dans un environnement sain. Celui-ci doit aussi être sécurisant d'un point de vue matériel, sanitaire mais aussi financier.

³³ TISSERON, Serge. *Résilience : un mot aux mille visages*. Page 25.

Enfin la culture est un facteur impactant la résilience, comme cela a été expliqué précédemment³⁴. Selon le dictionnaire, plusieurs sens peuvent être donnés au mot « culture ». Parmi eux, deux nous intéressent : « Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation (ex: La culture occidentale) »³⁵ et « dans un groupe social, ensemble de signes caractéristiques du comportement de quelqu'un (langage, gestes, vêtements, etc.) qui le différencient de quelqu'un appartenant à une autre couche sociale que lui (ex: Culture bourgeoise, ouvrière) »³⁶. La culture à ces deux niveaux : national, ou groupe social peut influencer la résilience d'une personne soit de par son soutien ou de par son rejet de la personne traumatisée.

Après avoir défini l'ensemble des facteurs internes et externes pouvant influencer la résilience, nous pouvons voir qu'ils s'influencent tous les uns les autres. Il semble aussi difficile de cloisonner les différentes théories expliquant la résilience, puisque chacune d'elle donne lieu à un certain nombre de facteurs. Et l'ensemble de ces éléments aux origines multiples cohabitent et sont interdépendants.

2.4. La résilience de la personne âgée

Maintenant que nous avons défini ce qu'était la résilience, intéressons-nous à l'impact de l'âge sur la résilience. Commençons par nous interroger à propos de la résilience et de l'avancée en âge : est-elle source de résilience ? Enfin, si l'avancée en âge donne lieu à la résilience : est-elle toujours possible ?

2.4.1. Le vieillissement, une période de pertes et un traumatisme pour l'identité

Revenons tout d'abord sur ce qu'est l'identité. Selon MUCCHIELLI « *l'identité est un ensemble de critères de définition d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identification est composé de différents sentiments : sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence.* »³⁷. Elle est donc amenée à évoluer tout au long de la vie en symbiose avec l'adaptation continue dont le sujet peut faire preuve dans les différentes étapes de la vie. Le vieillissement est l'une de ces étapes qui peut donner lieu à une crise identitaire, qui correspond à l'atteinte d'un ou plusieurs des sentiments d'identification cités plus haut.

³⁴ Partie : 1.1. La théorie d'un point de vue sociologique

³⁵ Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072#Hp2RYkQkQVwX1jo3.99>

³⁶ *Loc. cit.*

³⁷ MUCCHIELLI, Alex. *L'identité*. Page 39.

L'avancée en âge donne lieu à de nombreuses pertes : occupationnelle dans un premier temps, accompagnée d'une perte des rôles et statuts sociaux, une perte de revenus, puis une perte de l'autonomie liée à la dégradation du corps et de ses fonctions. Dans l'article, *résilience et vieillissement*, l'auteur nous dit : « *L'âge est le temps de l'adaptation nécessaire. Adaptation à un corps qui devient de plus en plus présent par les changements où la question du normal et du pathologique est omniprésente. L'évolution des sens, des capacités cognitives et conatives rend parfois de plus en plus complexe l'adaptation à un environnement tant social que familial qui peut apparaître de plus en plus confus et dénué de sens. L'adaptation à un lieu, face à une incapacité physique ou psychique à se gérer de manière autonome, devient aussi l'un des marqueurs d'une dernière étape de l'existence. L'ensemble de ces mécanismes adaptatifs est générateur de stress.* »³⁸. Autant d'éléments qui touchent à l'estime de soi, la confiance en soi, l'autonomie et bien d'autres sentiments d'identification. C'est pourquoi nous pouvons parler de crise identitaire lors du vieillissement. « *La crise identitaire sous-jacente au vieillissement implique un travail de deuil de soi-même, de ce que la personne âgée a pu être* »³⁹ selon Marie MARCHAND. Elle ajoute, « *Bien vieillir reviendrait à intégrer la perte de la jeunesse ainsi que les angoisses liées à la finitude, tout en conservant une certaine intégrité psychique. Il s'agit en cela de concevoir l'abandon d'une activité et d'un passé révolu, tout en investissant pleinement ce nouveau passage de l'existence.* »⁴⁰. Le vieillissement peut être vécu comme un véritable traumatisme par certaines personnes, qui ont des difficultés à faire face à ces nombreuses pertes.

D'un point de vue culturel, en occident, les personnes après la retraite sont très peu prises en compte. Cela peut s'expliquer par les valeurs d'avenir, d'efficacité, d'autonomie mise en avant par cette culture. Selon Catherine SIMARD, « *Ce trou culturel et social, cette vacance de la société face aux personnes âgées, laisse l'individu avec un potentiel psychologique (dont l'identité personnelle est le fondement) à vie, flottant : la société n'attend rien des vieux, et c'est là que se situe la crise d'identité : pas d'actualisation possible valorisante, signifiante pour soi et pour les autres, puisque ces autres n'attendent rien.* »⁴¹. Cela montre que la culture joue un rôle important dans le vécu du vieillissement. Ici, le « vieux » est laissé de côté et inutile pour la société, la société favorise donc un vécu de l'avancée en âge qui peut être traumatisant.

³⁸ RIBES, Gérard. *Résilience et vieillissement*. Page 15.

³⁹ MARCHAND, Marie. *Regards sur la vieillesse*. Page 24.

⁴⁰ *Ibid.* Page 25.

⁴¹ SIMARD, Catherine. *Identité, vieillesse et société*. Page 26.

La crise identitaire en lien avec le vieillissement, comme nous venons de le voir, peut nécessiter de la résilience. Cependant, au vu des nombreuses modifications du corps et de la psyché engendrée par le vieillissement la résilience est-elle toujours possible ?

2.4.2. Capacité de résilience et vieillissement

Le vieillissement et tous les désagréments qui lui sont liés peuvent être vécus comme un traumatisme par la personne âgée comme nous venons de le voir. Or, les facteurs de résilience utilisés antérieurement : l'activité, la prise de responsabilité, d'initiative, la projection vers un avenir meilleur, les relations sociales n'ont plus forcément la même efficacité. Cependant, d'autres ressources peuvent être efficaces. Par exemple : « *Grâce à une longue expérience, les aînés apprennent à discerner les stratégies les plus appropriées à la spécificité des situations, gaspillant moins d'énergie en utilisant des stratégies moins nombreuses mais plus efficaces.* »⁴². D'un point de vue de l'attachement, les relations sociales n'étant plus optimales, la personne âgée peut compenser cette perte avec une relation symbiotique avec un objet. Cet objet lui rappelle la vie passée, et une dépendance affective se met en place autour de celui-ci. Cela peut même engendrer des comportements dits « *caractériels* » par Catherine SIMARS, qui montrent la peur, l'angoisse, l'indécision de la personne. De plus, d'un point de vue biologique, la plasticité cérébrale évoquée auparavant, est toujours possible. Comme nous le dit BUSTANY : « *La plasticité neuronale dont le cerveau humain est capable à tout âge permet cette rééducation cérébrale, cette résilience, si les conditions externes voulues [...] sont rassemblées.* »⁴³.

La résilience est donc toujours possible chez la personne âgée, même si les moyens utilisés pour la mettre en place peuvent différer quelque peu au cours de la vie en fonction de l'avancée en âge.

2.5. L'institution : un lieu de résilience ?

La dépendance en lien avec le vieillissement peut engendrer une entrée en institution spécialisée du type EHPAD. Intéressons-nous premièrement aux représentations sociales rattachées à ce lieu, puis nous verrons en quoi l'EHPAD peut-être un lieu de résilience.

⁴² RIBES, Gérard. *Résilience et vieillissement*. Page 15.

⁴³ BUSTANY, Pierre. *Neurobiologie de la résilience*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 56.

2.5.1. Des représentations sociales : entre mythe et réalité

De nombreux ouvrages mettent en relation le terme d'EHPAD avec mouroir, prison, dernière étape de la vie, absence de liberté, mort imminente... En interrogeant la population française, la Fédération hospitalière de France répertorie pour 2007 que la moitié des français ont une mauvaise image des maisons de retraite. Cette enquête associe cette mauvaise image à un coût élevé, au manque de places disponibles et à une entrée des personnes dans ce type de structure à contrecœur.

Pour Michel BILLE, cette image négative des institutions serait liée à leur histoire : « *Il faut dire qu'elles portent un héritage très lourd : une image repoussante, une réputation peu flatteuse qu'elles ont reçue de l'hospice et de l'hôpital dont elles sont les descendantes.* »⁴⁴. Autant de lieux qui sont susceptibles d'évoquer la mort imminente et donc qui font peur. A ce sujet ce même auteur, nous dit : « *bien sûr que nous avons peur de la mort, mais nous aurions peut-être moins peur d'entrer dans les institutions si nous étions persuadés que ce sont des lieux où l'on peut vivre.* »⁴⁵.

De plus, comme nous avons pu le voir précédemment la culture occidentale renvoie une image plutôt négative de la vieillesse, comme l'explique Catherine Simard dans son article identité, vieillesse et société. Les politiques fondées sur les mêmes valeurs vont donc sûrement être minimalistes quant aux moyens alloués aux personnes âgées. Les budgets seront donc prioritairement mobilisés pour la prise en charge de soin de base et non pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant en institution. En conclusion reprenons les termes de Christiane DELBES : « *Pour que l'entrée en institution fasse moins peur, il faudrait d'une part que nous portions un autre regard sur l'extrême vieillesse et que d'autre part, solidaires de ceux qui vont nous quitter, nous donnions aux institutions les moyens de remplir leur mission : être un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soin où l'on vit.* »⁴⁶.

2.5.2. L'entrée en EHPAD : un bouleversement

Ce lieu va alors remplacer l'habitation familiale qui contient bien souvent les souvenirs d'une vie. TREICH et RAJALU nous disent que « *l'entrée en institution constitue un chamboulement dans l'équilibre de vie de la personne.* »⁴⁷. Il s'agit là d'un changement majeur de l'environnement de la personne et donc une fois encore d'une remise en cause identitaire.

⁴⁴ BILLE, Michel. *L'entrée en institution dernière mise en demeure ?* Page 67.

⁴⁵ *Ibid.* Page 64.

⁴⁶ DELBES, Christiane. *Edito.* Page 11.

⁴⁷ TREICH Laura, RAJALU Stéphanie. *Petit guide d'avancée en âge : à l'intention des personnes âgées et de leurs proches.* Page 135.

Bien souvent « *L'entrée dans cette dernière demeure a, en effet, pour conséquence de modifier profondément l'image que la personne a d'elle-même. Il lui faut d'abord se reconnaître dépendante. La définition de l'établissement l'implique : « hébergement pour personnes âgées dépendantes.»* »⁴⁸. De plus, « *Les institutions structurées selon des normes, des règles et une certaine organisation, contribuent fortement à limiter les capacités de contrôle et de décision des résidents* »⁴⁹, ce qui accroît la perte d'autonomie et de rôles sociaux de la personne. Il s'agit donc d'un élément supplémentaire pouvant majorer la crise identitaire évoquée auparavant.

Enfin, dans le sens où « *Toute perturbation de notre environnement extérieur est liée à des régions d'alerte spécifique de notre cerveau et sera ressentie comme stress au sens large.* »⁵⁰, l'entrée en institution peut être traumatisante. En cela, ce passage peut nécessiter la mise en place d'une résilience.

2.6. Quelle place pour la famille ?

2.6.1. Le fonctionnement systémique de la famille

Dans une approche systémique, la famille est considérée comme un système. Selon AUSLOO, il s'agit : d' « *un ensemble d'éléments en interaction, organisé en fonction de l'environnement et de ses finalités et évoluant dans le temps.* »⁵¹. La systémie est une discipline qui consiste en l'étude d'un système et de son organisation : rôle de chacun, lien d'attachement, habitudes... La famille va devoir évoluer pour s'adapter à son environnement, les rôles de chacun peuvent être modifiés.

Il existe des liens entre chaque membre de la famille qui permettent l'échange, le partage et une certaine prédictibilité de l'autre. Hélène LEBRIS dit à ce propos : « *les membres d'une famille mettent en place un équilibre relationnel, une homéostasie. Celle-ci est nécessaire pour que la famille soit fonctionnelle, au sens relationnel du terme.* »⁵². Cet équilibre relationnel passe par la régulation des émotions, c'est-à-dire que « *de cette manière se développent et s'entretiennent dans une famille l'intérêt pour l'autre (empathie), la sécurité dans la relation (attachement), la connaissance de soi dans la rencontre avec l'autre (intersubjectivité).* »⁵³.

⁴⁸ BILLE, Michel. *L'entrée en institution dernière mise en demeure ?* Page 68.

⁴⁹ MARCHAND, Marie. *Regard sur le vieillissement.* Page 25.

⁵⁰ *Ibid.* page 46.

⁵¹ Disponible sur : www.systemique.be/spip/IMG/doc_Travail_systemique.doc

⁵² LE BRIS, Hélène. *Ergothérapie et systémie : une expérience d'application.* Pages 28.

⁵³ DELAGE, Michel. *Résilience et famille.* In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base.* Page 103.

Les rôles et les liens entre les membres de la famille conditionnent l'organisation d'un certain nombre d'activités réalisées par chacun au sein de ce système. Comme l'affirme l'anthropologue Ralph LINTON, « *par l'instruction et par l'imitation, l'individu contracte des habitudes qui le déterminent à jouer son rôle social, d'une façon non seulement efficace, mais encore largement inconsciente* »⁵⁴. En fonction de la culture, des besoins, attentes et envies de chacun la famille va pouvoir mettre en place un certain nombre d'activités en commun. Ces habitudes de vie familiales peuvent être une visite, une aide apportée régulièrement pour faire des courses, faire un shampoing ou bien d'autres activités comme un repas de famille.

2.6.2. L'impact de l'entrée en EHPAD sur la dynamique familiale

L'entrée en EHPAD n'est pas seulement traumatisante pour la personne âgée, mais aussi pour son entourage. Comme nous le signifie Claudine BADEY-RODRIGUEZ « *l'entrée en institution a également des répercussions sur l'ensemble de la dynamique familiale. L'avancée en âge des parents qui perdent, peu à peu, leur rôle gratifiant de protecteurs, peut (ré)activer chez les uns et les autres angoisses, aspirations insatisfaites ou refoulées, projection des charges négatives et dépressives : de vieux «dossiers» se rouvrent et des émotions intenses sont alors en jeu.* »⁵⁵. C'est une période de remaniement complet des habitudes mises en place au sein de la famille. Les enfants peuvent perdre leur rôle d'aidants et se sentir démunis face à l'impression d'abandon de leurs parents. De plus, ils peuvent avoir un sentiment d'échec lorsque la personne âgée entre en institution d'où ils sont souvent exclus de l'accompagnement. Cela représente un changement considérable des habitudes familiales pour la personne institutionnalisée qui ne verra sûrement plus ses proches aussi régulièrement, par exemple, ainsi que pour l'aidant, qui voit ses missions d'aide, de soutien auprès de la personne, être effectuées par les soignants. Certes, ils pouvaient être épuisés au domicile, mais ses missions lui donnent aussi une importance au sein de la relation.

L'entrée en EHPAD peut donc engendrer un déséquilibre relationnel au sein de la famille. Les liens entre les membres de la famille sont modifiés, les rôles sont eux aussi troublés, ce qui entraîne selon Michel DELAGE, une perte de lisibilité et de prédictibilité des uns envers les autres, au sein du système famille. Il y a alors deux types de réaction possible, soit la famille n'arrive plus à se comprendre et à retrouver un équilibre, soit elle s'adapte et renforce sa cohésion.

⁵⁴ LINTON, Ralph. *Le fondement culturel de la personnalité*. Page 55.

⁵⁵ BADEY-RODRIGUEZ, Claudine. *L'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familiale*. Page 105.

2.6.3. La famille : un facteur de résilience primordial

Nous avons vu précédemment que la résilience pouvait être influencée par des facteurs externes, tel que l'environnement humain, car, « *la présence d'une personne de confiance est souvent une aide précieuse pour la personne âgée qui peut reprendre goût à la vie, avec un style d'attachement devenu sécurisé* »⁵⁶. C'est cette personne que Boris CYRULNIK nomme tuteur de résilience. Un membre de la famille peut être cette personne de confiance.

La famille peut être soutien de la résilience, pour cela, il peut être bénéfique qu'elle communique afin de retisser des liens, une compréhension mutuelle et de se réorganiser malgré un bouleversement. De plus, les habitudes familiales offrent un repère aux membres de cette famille. Elles apportent un sentiment de sécurité et permettent à chacun de manifester leurs rôles au sein de la famille. Ces habitudes peuvent donc être un moyen pour favoriser la résilience comme nous le confirme Michel DELAGE : « *il est important qu'une famille durement éprouvée par un drame puisse se réorganiser un espace de règles, d'habitudes, de limites, de rituels, de points de repère, une stabilité, une cohérence, des rythmes de vie.* »⁵⁷. L'entourage familial peut donc être un point d'accroche pour les thérapeutes et les soignants afin de favoriser cette résilience.

2.7. L'ergothérapie de l'activité à la résilience

2.7.1. Les fondements d'une pratique

L'ergothérapie est une discipline basée sur les sciences de l'occupation. TOWNSEND Elizabeth et POLATAJKO Helene, les définissent comme étant « *l'étude de la nature occupationnelle des personnes et de la façon dont elles s'adaptent aux défis et aux expériences de leur environnement par leur occupation.* »⁵⁸. Le référentiel d'activités du métier d'ergothérapie définit le terme d'occupation comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société.* »⁵⁹. L'occupation est au centre des préoccupations de l'ergothérapeute, elle comprend notamment les habitudes de vie propres à la personne et les habitudes de vie familiales.

⁵⁶ LEJEUNE Antoine, PLOTON Antoine. *Résilience et vieillissement*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 120.

⁵⁷ DELAGE, Michel. *Résilience et famille*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 111.

⁵⁸ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Helene. *Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Page 76.

⁵⁹ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Journal officiel, 8 juillet 2010. Page 170.

L'occupation est intimement liée à l'état de santé, puisque, « *l'ergothérapie soutient, entre autres, l'idée que les activités sont le reflet de l'être humain et qu'elles donnent du sens à sa vie. Elle défend le principe selon lequel une personne se trouvant incapable d'accomplir les choses qu'elle souhaite verra sa santé affectée.* »⁶⁰. En effet la santé étant définie entre autres choses par une pleine participation, toute restriction de cette participation induit une atteinte à l'état de santé. TOWNSEND Elizabeth et POLATAJKO Helene, décrivent que « *si la restriction d'accès à l'occupation signifiante s'avère grave ou prolongée, celle-ci peut entraîner la privation occupationnelle. [...] La privation occupationnelle peut s'exprimer par une croissance ralentie et par une mauvaise santé* »⁶¹. L'entrée en EHPAD met en jeu ce principe puisque l'activité de la personne âgée peut être restreinte, nous l'avons vu précédemment.

De par son approche, l'ergothérapeute va donc essayer de favoriser le maintien des activités signifiantes et significatives de la personne. Selon les travaux de LEONTIEV, les activités se découpent en deux catégories : les activités signifiantes qui ont une résonance spécifique pour la personne en fonction de son histoire et de son projet personnel. Les activités significatives qui correspondent aux activités ayant un sens socialement reconnu. L'activité, si elle est signifiante, apporte donc, estime de soi, sentiment de compétence à la personne et favorise donc sa résilience. « *Le rôle indirect de l'ergothérapeute, et peut-être le rôle essentiel, est souvent d'améliorer l'estime de soi de l'enfant, adolescent ou adulte.*»⁶², pour cela, il s'appuie sur les activités signifiantes et significatives. Les habitudes familiales sont des activités signifiantes et significatives à la fois, elles peuvent donc être source de résilience.

⁶⁰ TROUVE, Éric. *L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées ?* Page 39.

⁶¹ *Ibid.* Page 94.

⁶² LE BRIS, Hélène. *Ergothérapie et systémie : une expérience d'application.* Pages 29.

2.7.2. La notion d'habitude en ergothérapie

L'ergothérapeute basant sa pratique sur l'occupation humaine doit alors s'intéresser aux habitudes de vie. Si nous prenons pour référence de base la définition du cadre conceptuel du groupe terminologie en lien avec le réseau ENOTHE, les habitudes sont « *une manière d'agir dans la vie quotidienne, acquise par de fréquentes répétitions, qui demande peu d'attention et qui permet un fonctionnement efficace.* »⁶³. Selon Sylvie MEYER, « *la vie de tous les jours est composée de beaucoup d'activités qui concourent à de nombreuses occupations. Celles-ci sont organisées entre elles, structurées dans le temps et dans l'espace. Cette organisation courante permet à chacun d'exister dans son environnement, de participer à la société, de remplir ses rôles, d'éprouver de la stabilité.* »⁶⁴. Autant d'atouts qu'ont les habitudes pour favoriser la résilience.

Plusieurs modèles conceptuels utilisés en ergothérapie, prennent en compte les habitudes de vie. Entre autres, Patrick FOUGEYROLLAS avec le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap, pour qui « *une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence* »⁶⁵. Et Gary KEILHOFNER dans le Modèle de l'Occupation Humaine évoque l'habitation, qui est « *un comportement structurant semi-autonome ; nous permet de reconnaître et de répondre aux stimuli répétitifs temporels et aux laps de temps* »⁶⁶ constituer des rôles (« *incorporation d'un statut défini socialement ou personnellement et un ensemble d'attitudes et de comportements connexes* »⁶⁷) et des habitudes (« *tendances acquises de répondre et d'agir de façon constante dans des environnements ou des situations connus.* »⁶⁸).

⁶³ MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Page 98.

⁶⁴ *Ibid.* Page 93.

⁶⁵ Disponible sur internet : <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie>

⁶⁶ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Hélène. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Page 35.

⁶⁷ *Loc. cit.*

⁶⁸ *Loc. cit.*

Autant de modèles, qui peuvent sûrement être un support dans la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD, notamment dans la préparation de l'entrée, car comme le dit Sylvie MEYER « dans l'idéal et pour autant qu'il ne s'agisse pas d'habitudes et de routines nuisibles (p. ex. des pratiques d'automutilation), il faudrait tendre à les restaurer ou à les conserver. Si certaines doivent être modifiées faute de pouvoir être accomplies en raison de la condition de santé de l'usager, il s'agit de s'appuyer sur les routines et les habitudes intactes qui sont autant d'atouts de la personne pour en favoriser d'autres ou en remplacer. »⁶⁹. La considération des habitudes semble donc avoir toute son importance dans le cadre de la préparation de l'entrée en EHPAD afin de favoriser une adaptation peut-être meilleure et/ou plus rapide.

2.7.3. Les modèles de pratiques au service de la résilience

Selon VANISTENDAEL, l'approche des professionnels face à la résilience, doit être différente face à toute autre problématique : « il est bien entendu nécessaire de cerner les difficultés, mais plus encore de repérer les ressources de la personne et de son entourage et de faciliter leur mobilisation. »⁷⁰. Pour cela, il faut avoir une vision de la personne dans sa globalité, ce qui est favorisé par l'utilisation de modèle conceptuel tel que le Modèle de l'Occupation Humaine, le MDH-PPH ou encore le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel, qui prennent en compte la personne dans son environnement.

L'environnement étant tant physique qu'humain, la famille ou les proches sont donc pris en considération par ces modèles. L'entourage familial, nous l'avons vu, a une place importante dans la résilience, il est donc de notre rôle de prendre en compte cette ressource. « Nous sommes alors dans un modèle systémique où la personne âgée, l'accompagnant et le soignant font alliance pour un cheminement à trois. On commente ensemble les traumatismes, les émotions, les représentations, les croyances, les soins, les ressources : c'est de la mentalisation. [...] on élabore ensemble un projet de vie qui fait appel à la créativité de chacun. »⁷¹. Il s'agit de la triangulation résident-famille-soignant que nous avons évoqué précédemment.

⁶⁹ MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Page 105.

⁷⁰ VANISTENDAEL Stefan, LECOMTE Jacques. *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Pages 171.

⁷¹ LEJEUNE Antoine, PLOTON Antoine. *Résilience et vieillissement*. In : CYRULNIK Boris, JORLAND Gérard. *Résilience connaissance de base*. Page 122.

2.8. Entre concept et réalité

A l'heure actuelle, nous avons déterminé que la résilience était un concept complexe avec de multiples facettes. Pour ce travail de recherche, nous allons utiliser le regard sociologique de ce dernier, pour lequel la résilience est une adaptation au changement engendré par un traumatisme. Dans le cadre du vieillissement, un traumatisme en soi, l'entrée en EHPAD est un traumatisme supplémentaire. Nous avons constaté, qu'il existait un certain nombre de facteurs internes et externes pouvant faciliter la résilience dont la famille. L'ergothérapeute de par ses champs de compétence autour de la science de l'occupation peut intervenir en EHPAD, par exemple sur la résilience.

Dans ce contexte, nous allons tenter de répondre à la problématique « *En quoi, l'ergothérapeute peut-il favoriser la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, en impliquant la famille dans l'accompagnement ?* », selon différentes hypothèses de recherche.

Mes hypothèses de recherche sont :

- a. **La résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des habitudes familiales par les professionnels de santé.**
- b. **L'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour évaluer, adapter et intégrer les habitudes familiales au sein de la structure et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée, à ce nouvel environnement qu'est l'institution.**
- c. **L'ergothérapeute occupe une place pertinente lors de la préparation de l'entrée en EHPAD.**

3. En quête de réponse

Dans un second temps, l'objectif est d'effectuer une exploration du terrain afin d'évaluer la véracité des hypothèses précédentes pour tenter de répondre à la question de recherche. Dans un premier temps, nous allons aborder la méthodologie utilisée pour ce recueil de données avant de les analyser.

3.1. Modalité d'exploration

Pour confronter les hypothèses à la réalité du terrain, une méthode qualitative semble répondre aux besoins du sujet. Puisqu'il ne s'agit pas de recueillir des données précises et quantifiables, car elles n'existent pas dans la pratique actuelle, mais plutôt des expériences humaines. Il a été décidé d'utiliser l'entretien semi-directif comme outil d'exploration du terrain. La raison de ce choix est que « *la fonction principale de l'entretien de recherche consiste à approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne* »⁷². De plus, « *L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations* »⁷³. Celui-ci permet la libre expression de la personne enquêtée, sans influencer son discours, ce qui permettra de confronter les hypothèses énoncées précédemment à la réalité du terrain. L'entretien semi-directif est propice au recueil de sentiment, de motivation et de représentation par exemple. L'entretien amène, aussi, le face à face entre la personne interviewée et l'enquêteur, « *les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine.* »⁷⁴, ce qui donne accès à la communication non verbal de l'interviewé et permet d'approfondir les données recueillies. Néanmoins, le manque d'expérience de concernant la méthode de passation d'un entretien semi-directif diminue l'efficacité de ce type de recueil de données. Ensuite, l'entretien requiert un certain temps de passation et de retranscription, qui limite le nombre de personnes interrogées. Les données récoltées ne seront donc qu'un échantillon d'opinion et ne pourront être généralisables.

3.2. La population cible

Il semble pertinent d'interroger des ergothérapeutes travaillant en EHPAD, car ce sont les acteurs mis en jeu dans la question de recherche, ainsi que dans les deux dernières hypothèses b et c. De par leur expérience du terrain et leur relation quotidienne avec différentes personnes âgées et leurs familles, ils ont probablement observé des éléments en lien avec ce sujet. Cela permet de confronter les hypothèses à la réalité du terrain.

⁷² TETREAUULT Sylvie, GUILLEZ Pascal. Guide pratique de recherche en réadaptation. Page 216.

⁷³ *Ibid.* Page 215.

⁷⁴ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. Manuel de recherche en sciences sociales. Pages 173.

4 ergothérapeutes ont été interrogés, elles avaient des parcours professionnels différents afin de diversifier les représentations, les impressions. De plus, selon le pays et l'année durant lesquelles ils ont été diplômés ils n'auront pas forcément les mêmes références à apporter, ni la même vision des choses. Le choix des ergothérapeutes participant à l'étude s'est fait sur la motivation des personnes sur le sujet et la volonté d'être interrogés. Cela favorise l'implication de personnes interrogées, dans le recueil de données qualitatif « *l'importance est mise sur le fait d'avoir des informateurs crédibles et participatifs.* »⁷⁵. Les ergothérapeutes d'un secteur géographique proche ont été privilégiés afin de permettre des rencontres et non des entretiens téléphoniques, car ces derniers ne donnent pas accès à l'ensemble de la communication non verbale, alors que, le face à face favorise la mise en confiance et donc enrichit l'échange. Néanmoins, ce choix ne permet pas non plus une généralisation des pratiques, puisque des ergothérapeutes issus d'une seule et même région de France ont été interrogés. La pratique de l'ergothérapie en gériatrie n'est peut-être pas uniforme sur le territoire français.

Tableau 1: présentation des ergothérapeutes interrogés

	Année d'obtention du diplôme (pays)	Nombre d'années d'expérience en EHPAD	Temps d'exercice dans l'EHPAD en Equivalent Temps Plein (ETP) / nombre de résidents de la structure	Parcours professionnel en secteur gériatrique
ERGOTHÉRAPEUTE 1	2013 (France)	3 ans	1 ETP / 92 résidents dont 12 places en Pole d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	A exercé en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique pendant 1 an auparavant
ERGOTHÉRAPEUTE 2 (Entretien retranscrit en ANNEXE IV)	2005 (France)	7 ans	0,3 ETP pour le PASA / 80 résidents dont 14 places en PASA	A exercé 3 ans dans un autre EHPAD pour le PASA et le reste de l'établissement. Exerce en SSR gériatrique pour 0,5 ETP
ERGOTHÉRAPEUTE 3	2008 (Belgique)	6 ans	0,4 ETP dont 0,1 ETP en santé sécurité au travail / 64 résidents + 0,4 ETP / 73 résidents	A exercé pendant 3 ans sur 1 ETP en EHPAD pour 65 résidents.
ERGOTHÉRAPEUTE 4	2009 (Belgique)	7 ans	0,3 ETP / 90 résidents	Exerce en SSR gériatrique pour 0,5 ETP

⁷⁵ TETREAU Sylvie, GUILLEZ Pascal. Guide pratique de recherche en réadaptation. Page 233.

Dans un second temps, deux personnes âgées ont été interrogées, elles étaient entrées dans la même EHPAD depuis moins de 6 mois afin de répondre à la première hypothèse, car le résident semble être la personne la mieux placée pour décrire le changement engendré par l'entrée en EHPAD, ainsi que le processus mis en place pour faire face à ces nombreux changements. L'EHPAD où vivent ces résidentes emploie une ergothérapeute, cela permet d'identifier la pratique de cette ergothérapeute auprès des résidents et de faire du lien avec les autres hypothèses. L'une des limites semble être que les deux résidentes interrogées soient de la même EHPAD, ce qui restreint la portée de l'enquête. Les réponses obtenues ne seront en rien généralisables.

Tableau 2: présentation des résidentes interrogées

	Sexe / âge	Situation familiale	Date d'entrée dans l'EHPAD	Choix	Cause de l'entrée en EHPAD
Résidente 1	Femme / 89 ans	Veuve depuis 23 ans. 6 enfants (retraités), 15 petits-enfants et 8 arrières petits-enfants.	Octobre 2016	Elle n'a pas choisi d'aller en EHPAD, ni cette EHPAD.	Suite à une chute, Mme ne pouvait pas rentrer au domicile à cause d'une aggravation de la dépendance. Arrive directement du service de soin de suite.
Résidente 2	Femme / 88 ans	En couple, son mari à 92 ans (maladie de parkinson). 5 enfants, 5 petits-enfants et 10 arrières petits-enfants.	Novembre 2016	Le couple a choisi de venir en EHPAD, mais pas cette EHPAD spécifique il n'y avait pas de place ailleurs.	Suite à un problème de santé de madame et une aggravation de la dépendance, le maintien au domicile devient trop difficile. Le couple arrive du domicile

3.3. Déroulé de l'entretien

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont été contactés par mail afin de présenter, d'exposer le thème du travail de recherche et de fixer le temps de rencontre. Ces échanges formels étaient aussi l'occasion d'effectuer une demande d'autorisation pour l'enregistrement des entretiens, tout en garantissant l'anonymat afin de favoriser un climat de confiance lors de la rencontre.

Afin de préparer ces rencontres, deux guides d'entretien ont été construits en relation avec la partie de conceptualisation de ce travail d'initiation à la recherche, le premier en direction des ergothérapeutes (ANNEXE II), le second pour la personne âgée (ANNEXE III). Ceux-ci comprennent des questions ouvertes afin de laisser libre cours à la parole de l'enquêté sans le limiter, tout en assurant l'exploration de l'ensemble du sujet par les questions dirigées de l'enquêteur. Un certain nombre de questions de relance sont également anticipées, afin d'inciter l'interviewé à approfondir son discours. Néanmoins, l'ensemble des questions ne seront pas obligatoirement posées, certaines seront reformulées afin de s'adapter à la direction que prend l'entretien, tout en veillant à l'exploration de l'ensemble du sujet.

Chaque entretien débute par un rappel du cadre de la rencontre : le thème, l'enregistrement, l'anonymat, la durée. Par la suite un certain nombre de techniques seront utilisées pour favoriser le développement du discours de la personne interrogée. Il s'agit d'encouragement, d'explicitation (Qu'entendez-vous par ... ?), de reformulation et de reflet en reprenant les attitudes de l'enquêté. Ces techniques seront utilisées avec parcimonie en respectant les moments de silence où l'interlocuteur semble organiser ses idées. Pour conclure l'entretien il semble nécessaire de résumer l'ensemble des éléments clés du contenu et de s'assurer que l'enquêté n'a plus rien à ajouter à propos du sujet.

4. Les résultats de l'enquête de terrain

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche est de tenter d'apporter une ou des réponses à une problématique. Celle traitée ici est : **En quoi, l'ergothérapeute peut-il favoriser la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, en impliquant la famille dans l'accompagnement?** Nous allons désormais reprendre les résultats de l'enquête de terrain. A partir des tableaux d'analyse des professionnels et des résidents (ANNEXE V et VI) les réponses seront analysées afin de déterminer la véracité des hypothèses de recherches suivantes :

- a. **La résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des habitudes familiales par les professionnels de santé.**
- b. **L'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour évaluer, adapter et intégrer les habitudes familiales au sein de la structure et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée à ce nouvel environnement qu'est l'institution.**
- c. **L'ergothérapeute peut occuper une place pertinente lors de la préparation de l'entrée en EHPAD.**

Dans un premier temps, nous vérifierons l'aspect traumatisant de l'entrée en EHPAD, afin de s'assurer que cette période de vie peut bien être source de résilience. Par la suite, nous verrons les éventuels moyens de résilience déjà mis en place par les personnes âgées, au sein des structures. Puis nous nous intéresserons à la place des proches dans l'EHPAD, pour évaluer un potentiel rôle de tuteur de résilience. Enfin nous verrons les compétences de l'ergothérapeute en termes d'habitudes de vie et pour finir sa place dans la préparation de l'entrée en EHPAD.

4.1. Les conséquences de l'entrée en EHPAD

Nous avons vu précédemment, d'un point de vue théorique que l'entrée en EHPAD pouvait entraîner de nombreux bouleversements pour la personne âgée et son entourage. Nous allons voir ici ce qui est vécu et ressenti sur le terrain, du point de vue des résidents et des ergothérapeutes.

4.1.1. Une période de changement inéluctable pour la personne âgée

A) Un impact psychologique

L'impact psychologique de l'entrée en EHPAD est avéré dans la littérature comme nous avons pu le voir en première partie, cela se vérifie sur le terrain, selon les ergothérapeutes et l'une des résidentes. L'ergothérapeute 1 parle de « *bouleversement psychologique* » et l'ergothérapeute 3 compare l'entrée en EHPAD à « *une phase de deuil* ». Les 4 ergothérapeutes justifient cet impact par bons nombres d'émotions qu'elles ont pu observer chez la personne âgée durant la phase d'accueil dans la structure. Par exemple, l'ergothérapeute 1 a été confronté à « *l'inquiétude et la peur* », l'ergothérapeute 2 quant à elle a observé des états dépressifs et de la colère. L'ergothérapeute 3 évoque, elle aussi, la peur et rajoute l'incompréhension et la tristesse, l'ergothérapeute 4 reprend la tristesse et la colère. La résidente 1 confirme les observations des ergothérapeutes ainsi que les représentations sociales de l'EHPAD, en décrivant son arrivée dans l'établissement. Elle a eu l'impression de rentrer dans « *un mouvoir, une prison, un monastère, un asile* ». Lors de son arrivée « *la marmite était sous pression* » ce qui s'est exprimé par de la colère. Elle a eu des moments de cafard et a aussi exprimé de la peur en lien avec la vision de la déficience des autres résidents. Cette peur s'explique par l'appréhension de devenir comme eux et de faire souffrir ses enfants. La résidente 2 quant à elle a exprimé des émotions plus positives, elle était contente d'arriver dans l'EHPAD, « *on est bien là* » a-t-elle dit.

Trois des quatre ergothérapeutes ont pu remarquer des troubles du comportement pour l'ergothérapeute 2, c'est de l'ordre de l'apathie et du mutisme, pour l'ergothérapeute 3, il s'agit d'agressivité et l'ergothérapeute 4 parle d'une « *inversion du cycle nycthéral et d'hallucination* ». Cette dernière évoque aussi la possibilité d'un syndrome de glissement consécutif à l'entrée en EHPAD. Deux des ergothérapeutes décrivent aussi « *l'apparition, ou l'aggravation d'une désorientation liée au changement d'environnement* ». Celle-ci peut être momentanée et diminuer lorsque la personne prend ses repères dans la structure.

Nous avons déjà évoqué selon la littérature, que l'entrée en EHPAD et le vieillissement peuvent porter atteinte à l'identité de la personne. L'ergothérapeute 3 a pu remarquer cela avec un résident qui a perdu selon elle « *une partie de son charisme, de sa dignité et de sa posture en lien avec une modification des rôles familiaux* ». La résidente 1 observe aussi « *le manque d'intimité et du respect de la dignité humaine pour les personnes les plus dépendantes* » vivant en EHPAD, autant d'éléments qui atteignent l'identité d'une personne.

L'entrée en EHPAD implique la vie en collectivité qui semble aussi être un frein à l'adaptation de la personne âgée. L'ergothérapeute 1 a remarqué que la vie en groupe amenait de la peur chez les nouveaux résidents. L'ergothérapeute 2 associe la collectivité à « *une perte d'indépendance et d'autonomie en lien avec la présence de personnel soignant et des services d'hôtellerie dont bénéficient les résidents* ». La résidente 2 remarque aussi des difficultés à s'adapter à la collectivité, de par le bruit que ça génère et par les temps de groupe qui s'imposent comme les repas. Concernant cela, elle déplore « *le changement fréquent des résidents de leur table sans être consultée* ». Les deux résidentes interrogées ont pu évoquer aussi leur difficulté à être confrontées à la dépendance des autres résidents. Cette difficulté est liée à la peur de devenir aussi dépendant que les résidents qui les entourent.

La notion de choix semble avoir un fort impact sur le vécu de l'entrée en EHPAD. Les ergothérapeutes 2 et 3 disent que l'absence de choix complique l'adaptation en structure. L'ergothérapeute 2 associe cette difficulté à la perte d'autonomie qui est souvent à l'origine de l'entrée en EHPAD sans choix. Cela se confirme par les deux résidentes interrogées. La résidente 2 est rentrée par choix, elle a pu dire « *on s'est bien adaptés ici ça nous a pas posé de problème* », contrairement à la résidente 1 qui est rentrée par obligation et pense ne jamais pouvoir surmonter cela.

Les émotions liées à l'arrivée en EHPAD, les troubles du comportement, l'atteinte de l'identité, la collectivité, et la notion de choix montrent bien l'effet traumatisant que peut avoir ce changement d'environnement. Néanmoins, nous pouvons observer que ce traumatisme est personne dépendante et qu'il n'est donc pas à généraliser. En plus de l'impact psychologique que peut engendrer l'entrée en EHPAD, c'est aussi une période où la personne âgée va devoir subir de nombreuses pertes en tous genres (autonomie, identitaire, relationnelle, occupationnelle, ...).

B) De nombreuses pertes

Selon l'enquête de terrain, la notion de perte revient à plusieurs reprises en lien avec l'entrée en EHPAD. Ce qui confirme les recherches du cadre conceptuel élaboré précédemment. Ces pertes sont de l'ordre de l'autonomie, de l'occupation, des rôles et des relations.

La perte d'autonomie, souvent liée au vieillissement, à la dégradation du corps et de ses capacités, a été relevée par les ergothérapeutes 2 et 3, comme étant liée avec l'entrée en EHPAD, soit en tant que cause, ou en tant que conséquence. Cette perte semble être un frein à la résilience pour les résidents, car ils n'ont plus la possibilité de garder leurs habitudes de vie antérieures et sont dépendants de l'équipe soignante. Pour la résidente 1, cette perte d'autonomie s'accompagne d'une perte de liberté, « *c'est vous qui devez vous adapter plus que le personnel* ». Selon elle, la liberté est le « *respect total de l'autre de ses désirs dans la mesure où ils sont raisonnables* ». Concernant la résidente 2, c'est la perte d'indépendance financière qui est le plus difficile à vivre. Les deux résidentes n'ont pas leur carnet de chèques dans l'EHPAD et doivent demander à leurs enfants pour en avoir, ce qui les rend tributaires de leurs proches.

Une autre perte importante semble être la perte occupationnelle, comme l'évoque la littérature, ce qui se confirme sur le terrain. Les ergothérapeutes 2 et 3 évoquent l'arrêt d'activités signifiantes et/ou significatives comme la cuisine, le ménage, le potager, la confection de conserves. L'ergothérapeute 3 dit que « *l'entrée en EHPAD change toutes les activités quotidiennes des personnes* ».

Les résidentes interrogées évoquent cette perte signifiante de l'activité cuisine, c'est d'autant plus important qu'ici la cuisine n'est pas à leur goût. Ensuite, elles évoquent toutes les deux l'arrêt d'une ou plusieurs activités signifiantes de loisirs pour la résidente 1, il s'agit du coloriage de mandalas, et l'écoute de sa musique. Elle n'a pas son imprimante et ses classeurs de mandalas « *par manque de place et mes enfants ne m'ont pas encore rapporté les CD que je veux* ». Pour la résidente 2, c'est sa machine à tricoter qui lui manque, même si elle tricote à la main ici, « *c'est pas pareil qu'avant, là, je fais de l'occupation, il faut ça pour occuper sa tête, avant c'était des tricots beaucoup plus grands* ». Elle tricotait des pulls pour ses petits-enfants avec une motivation associée bien différente. Ici, elle n'a pas la place de mettre la machine. Une autre activité que la résidente 2 a perdue en entrant dans l'EHPAD, c'est le soin du linge, l'équipe s'en occupe, mais pas comme elle le souhaite.

Les rôles de la personne âgée sont modifiés comme nous avons pu le voir d'un point de vue théorique précédemment. L'ergothérapeute 3 fait ressortir cela au travers de l'exemple, d'un monsieur pour qui « *c'est une grande souffrance, une grande douleur de plus être le patriarche à la maison* ». La résidente 1 exprime, elle aussi, cette perte ou plutôt cette modification de rôle, « *maintenant, c'est moi qui obéis au lieu que ce soit eux* ». Elle a dit ça, car ce sont ses enfants qui ont son argent et elle doit leur demander à chaque fois pour payer la moindre chose.

L'environnement humain de la personne âgée est modifié par l'entrée en EHPAD. Les relations avec les voisins peuvent se perdre comme l'évoque l'ergothérapeute 2. La résidente 1 regrette que l'entrée en EHPAD ait aussi modifié les relations avec les amis, « *même s'ils ne m'ont pas lâchée, ils sont loin et âgés ce qui complique les visites, même s'ils téléphonent, c'est pas pareil* », la relation est différente.

Nous pouvons constater que la majorité de la population interrogée même si elle est restreinte relate de nombreuses pertes lors de l'entrée en EHPAD qui contribuent à l'effet traumatisant que peut avoir cette période de vie. L'impact psychologique associé aux différentes pertes que nous venons de voir confirme l'effet traumatisant que peut avoir l'entrée en EHPAD et donc qu'une résilience peut avoir lieu après l'arrivée en structure. Néanmoins, nous ne pouvons pas généraliser le fait que l'entrée en EHPAD est traumatisant et qu'il donne lieu à de la résilience, car c'est un vécu personnel et que chaque résident va le vivre différemment. Et comme nous avons pu le voir, la notion du choix va grandement influencer la présence ou non d'un traumatisme et son importance.

4.1.2. Un bouleversement pour la famille

L'entrée en EHPAD peut être traumatisante pour la personne âgée, mais pas seulement. Les proches, principalement les enfants et le conjoint traversent eux aussi une étape difficile. Tous les ergothérapeutes interviewés parlent de ces difficultés. L'ergothérapeute 1, parle du couple et de la difficulté de séparation lorsqu'un seul des conjoints entre en EHPAD. Pour l'ergothérapeute 2 il s'agit plutôt d'un sentiment d'abandon vécu par les familles, mais « *ça va vraiment dépendre de la relation que la famille a* ». L'ergothérapeute 3 a dit : « *Pour le conjoint enfin le conjoint ou la famille, oui y a un côté de culpabilité énorme* » en lien avec les modifications identitaires entraînées par l'entrée en EHPAD sur la personne âgée. Les proches sont déstabilisés par l'entrée en EHPAD pour l'ergothérapeute 4. Elle parle d'une grande culpabilité liée à l'échec du maintien à domicile. Les proches peuvent aussi être soulagés de savoir le résident en sécurité, cela dépend des relations familiales avant l'entrée en EHPAD. C'est aussi un moment d'incompréhension pour la famille qui ne comprend pas toujours les contraintes techniques et organisationnelles liées à la collectivité. La résidente 1 a, elle aussi, évoqué le vécu de ses enfants lors de l'entrée en institution, « *ils étaient effondrés autant que moi* ».

Ce traumatisme pour les proches peut être lié à une modification des rôles au sein de la dynamique familiale. L'ergothérapeute 1 évoque que le vieillissement a tendance à provoquer une inversion des rôles, l'enfant prend soin du parent et le parent retourne en enfance, ce qui est majoré par la maladie d'Alzheimer. Pour l'ergothérapeute 2, le rôle d'aidant est très important surtout quand il est tenu depuis longtemps, la perte de ce rôle est traumatisante. Quant à l'ergothérapeute 3, elle a pu remarquer les sensations d'être dépossédés et de vide pour les aidants lorsqu'ils n'ont plus besoin de protéger la personne âgée. Tous ces changements, liés à l'entrée en institution, vont donc modifier la dynamique familiale.

La question de la modification des habitudes de vie familiale semble aussi se poser en lien avec l'entrée en EHPAD. Là encore elles sont plus ou moins modifiées en fonction des habitudes antérieures de la famille. Dans l'établissement où exerce l'ergothérapeute 1, la famille agit librement et peut sortir le résident selon leurs souhaits et leurs possibilités. L'ergothérapeute 2 donne l'exemple d'un couple qui va régulièrement manger chez ses enfants. L'ergothérapeute 4 décrit qu'au sein de l'EHPAD où elle travaille, « *on invite vraiment à aller à l'extérieur, à aller déjeuner en famille, à aller au restaurant plutôt que la famille se déplace ici pour le restaurant.* » même si ce n'était pas une habitude de vie familiale.

Les résidentes interrogées trouvent, elles aussi, que leurs habitudes familiales ont été modifiées lors de l'entrée en EHPAD. La résidente 1 voit ses enfants d'avantage, mais sur des temps plus court. Par contre elle voit peu ou plus ses petits-enfants car elle ne veut pas qu'ils voient cet endroit, trop traumatisant pour elle. Avant elle accordait une grande importance à s'occuper de ses petits-enfants, à jouer avec eux. Lorsque ses enfants viennent la voir dans l'EHPAD, ils discutent, ils vont se promener. Avant, « *on passaient beaucoup de temps à regarder les albums photos et à jouer* », elle ne peut plus faire ça par manque d'espace. Sa chambre ne lui permet pas d'avoir tous ses albums photo et ne laisse pas l'espace suffisant pour jouer ensemble. Pour la résidente 2, les habitudes de vie familiales n'ont pas été modifiées depuis l'entrée en EHPAD, les enfants emmènent le couple aux repas de famille. De plus, « *ils viennent toujours aussi régulièrement, le dimanche et parfois en milieu de semaine* ».

L'entrée en EHPAD est une étape de changement pour la personne âgée, mais aussi pour sa famille. La dynamique familiale va être plus ou moins impactée en fonction des rôles de chacun avant l'entrée en structure et du fonctionnement familial antérieur. Nous allons maintenant voir comme les personnes âgées peuvent s'adapter d'elles-mêmes à cette nouvelle étape de la vie et quelle est la place de la famille.

4.2. Des adaptations aux changements possibles

Les résidents mettent en place des moyens de résilience pour favoriser l'adaptation à ce nouveau lieu. Ces moyens peuvent être relationnels, environnementaux, ou occupationnels.

Pour certains résidents, par exemple, il s'agira de se rattacher à une personne ressource lors des premiers jours dans la structure. Les ergothérapeutes 1 et 4 expliquent que « *les nouveaux arrivants peuvent suivre un autre résident ou un professionnel partout au début* ». C'est un repère pour eux. Souvent lorsqu'un soignant va au domicile de la personne avant son entrée, c'est ce professionnel qui sera la personne ressource lors des premiers temps en EHPAD. Si la personne a des connaissances (voisinage, amis, ...) qui vivent déjà dans la structure, ce sera ces résidents qui vont servir de repères.

La place à table semble aussi avoir une importance pour l'intégration des nouveaux arrivants avec les autres résidents. Les ergothérapeutes 2 et 3 ont pu observer que des groupes peuvent se former comme dans toute collectivité et que la place à table influençait la composition de ces groupes. Pour l'ergothérapeute 3 « *la place à table va avoir un impact hyper important pour l'intégration plus ou moins heureuse dans l'intégration dans la structure.* ». L'ergothérapeute 2, fait ressortir que certains résidents arrivés depuis quelques temps « *entraînent les autres vers les animations* ». Les animations semblent être un temps privilégié pour l'intégration. Les ergothérapeutes 1 et 4 ont fait l'expérience d'atelier pour les nouveaux arrivants, ceux-ci ont permis de créer des liens entre les résidents et donc des repères pour la personne.

La relation passe aussi par la parole, il semble que ce soit aussi un moyen de résilience utilisé par certains résidents. L'ergothérapeute 3 évoque que « *certaines résidents vont beaucoup discuter au début pour apprendre à connaître le personnel et les autres résidents* ». La personne va « *beaucoup parler de sa famille, de qui elle était avant comme si justement au niveau de l'identité, elle a besoin de se rassurer et de nous dire, mais j'étais quelqu'un avant* ». Justement, la résidente 1 interrogée s'attendait à pouvoir communiquer beaucoup avec les autres résidents. Mais elle s'est rendue compte que bon nombre sont « *séniles* » et donc que la conversation est difficile, ce qui l'embête.

L'environnement physique peut aussi être source de résilience. La présence des meubles de la personne est rassurante et permet de personnaliser la chambre, selon les ergothérapeutes 1 et 4. Les résidentes affirment, elles aussi, l'importance de « *personnaliser la chambre pour se sentir chez soi* ». Ce qui est difficile dans un petit espace après avoir vécu dans une maison. Pour la résidente 1 une des choses les plus difficiles a été de se séparer de ses affaires personnelles même si elle a pu prendre les plus importantes pour elle.

Seuls ou avec l'aide de l'équipe qui les accompagnent, certains résidents mettent en place de nouvelles habitudes de vie qui favorisent leur adaptation dans la structure, ou autrement dit leur résilience. L'ergothérapeute 3 évoque les coups de téléphone aux proches réguliers, ou d'autres activités comme se lever tôt pour tout faire avant que les soignants arrivent « *pour dire je maîtrise encore* », refuser que le linge parte se faire laver, ou encore faire son ménage seul. L'ergothérapeute 4 parle des résidents qui emploient une personne pour continuer à faire une activité signifiante pour elle comme aller voir un match de foot, aller au salon de thé. L'équipe encourage les résidents à ça dans la mesure du possible en lien avec le projet personnalisé. Ces personnes les aide à garder leurs habitudes de vie ce qui favorise une meilleure adaptation à la structure.

Pleins de moyens de résilience sont possibles, certains résidents les mettent en place d'eux-mêmes, d'autres vont le faire avec un soutien de l'équipe. La famille peut, elle aussi, avoir une place dans la mise en place de ces moyens de résilience. Ce qui confirme en partie l'hypothèse a : **La résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des habitudes familiales par les professionnels de santé.** La prise en compte des habitudes de vie en général par l'équipe soignante favorise la résilience. Par contre les habitudes familiales ne semblent pas avoir une place prédominante au sein des structures. Est-ce parce qu'elles sont plus difficiles à maintenir ? Sont-elles moins prises en compte que les habitudes de vie de la personne âgée ? Quelle est la place des proches dans l'établissement ?

4.3. Quelle place pour les proches ?

Nous allons justement nous intéresser maintenant à la place laissée et prise par les proches au sein de la structure. Comme l'évoque l'ergothérapeute 2 la place qu'occupent les proches est différente pour chaque situation « *tu en as qui vont complètement se décharger, y en a qui prennent voilà des rôles importants* » en fonction du fonctionnement familial antérieur. L'ergothérapeute 4 évoque que certains membres des familles de résidents s'investissent dans des rôles en tant que bénévole au sein de l'établissement par exemple.

L'un des rôles prédominant des proches relevés par les 4 ergothérapeutes semble être de transmettre les habitudes de vie de la personne âgée à l'équipe. Pour les ergothérapeutes 1, 3 et 4 cela se fait en lien avec la construction du projet personnalisé. Plus spécifiquement l'ergothérapeute 1 stipule que « *la famille intervient seulement quand le résident n'a plus les capacités d'exprimer lui-même ses habitudes de vie* ». Pour l'ergothérapeute 3, la famille peut évoquer et expliquer les habitudes de vie en lien avec l'histoire de vie, les événements douloureux et les relations antérieures.

Le second rôle ayant une place prépondérante est l'aménagement de la chambre. Les ergothérapeutes 1, 3 et 4 ainsi que les 2 résidentes interrogées ont pu répondre que la place des proches, lors de l'entrée en EHPAD, était entre autres d'amener les meubles et les effets personnels des résidents, ce qui semble important pour que la personne se sente chez elle, car cela permet de personnaliser l'espace de vie privée.

Les proches peuvent conserver leur rôle d'aidant au sein de certains établissements, s'ils le souhaitent. L'ergothérapeute 1 donne l'exemple d'une fille qui « *aide sa mère à se coucher les soirs où elle revient d'une sortie extérieure* ». L'ergothérapeute 2 dit : « *tu as des aidants qui vont encore venir aider leur conjoint au moment de la toilette, qui ont besoin de continuer à aider leur proche* » ce qui arrive assez fréquemment. Elle donne aussi l'exemple d'une dame qui mange tous les soirs avec son fils dans sa chambre. L'ergothérapeute 4 parle quant à elle de la possibilité pour la famille de « *rester veiller le résident en fin de vie* ». Des expériences professionnelles personnelles, ont permis d'avoir d'autres exemples, entre autres, une fille venait faire un shampoing à sa mère une fois par semaine comme elle avait l'habitude de le faire au domicile. Il semble que ces habitudes familiales favorisent le maintien de la dynamique familiale et donc la résilience.

La collaboration avec l'équipe soignante semble être une des places accordées aux proches. L'ergothérapeute 1 évoque la possibilité d'une rencontre pluridisciplinaire avec la famille qui se fait principalement pour les situations difficiles. Dans tous les cas, l'équipe reste disponible pour répondre aux questions des familles. Dans l'établissement de l'ergothérapeute 2, la collaboration se met en place avant même l'entrée lors d'un entretien avec le résident et la famille pour préparer l'arrivée dans l'EHPAD. Selon l'ergothérapeute 3, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la collaboration avec les familles, elle essaye toujours de « *faire participer les familles par exemple en leur demandant un coussin pour améliorer le confort de leur proche* ». Pour elle, « *ça crée du lien entre l'ergothérapeute, la famille et le résident* » et c'est important que « *les proches se sentent utiles pour ne pas perdre totalement leur rôle d'aidant* ». La participation aux réunions au sein de l'établissement semble être une autre place que les proches peuvent investir pour l'ergothérapeute 4. Il s'agit de temps d'échange avec les familles et cela permet de répondre à leurs questions. La famille de la résidente 2 participe aux réunions, mais elle trouve regrettable qu'ils n'aient pas eu la possibilité de s'exprimer.

La collaboration de la famille avec l'équipe peut aussi passer par la rédaction du projet personnalisé. Dans les établissements des ergothérapeutes 2 et 4 la famille est intégrée à la construction de ce projet. Pour l'ergothérapeute 1, la famille n'est impliquée que lorsque le résident a des troubles cognitifs importants ou qu'il n'est plus en capacité de s'exprimer. Les deux résidentes interrogées n'ont pas encore eu de projet personnalisé.

La famille semble avoir un rôle de porte-parole des habitudes de vie de la personne âgée en collaboration avec l'équipe soignante. C'est aussi un repère lors de l'arrivée dans l'établissement et par la suite, le lien qui reste avec l'extérieur. Si nous reprenons Boris CYRULNIKI, il s'agit d'un tuteur de résilience, car : « *il s'agit de personnes, qui ne sont pas des professionnels du soin – ils sont éducateurs, pédagogues ou membre de la famille – mais qui sont susceptibles d'assurer un attachement sécuritaire, de renforcer l'estime de soi d'une personne en situation de fragilité et de l'aider à donner du sens aux événements nouveaux de sa vie.* »⁷⁶. Ce qui a confirmé d'autant plus l'hypothèse a : **La résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des habitudes familiales par les professionnels de santé.** Mais quelle est la place de l'ergothérapeute dans tout ça, c'est ce que nous allons voir maintenant.

4.4. Pertinence de l'ergothérapie pour la question des habitudes de vie

Le thème 4 abordé dans le questionnaire pour les ergothérapeutes était la pertinence de cette profession autour de la question des habitudes de vie. Dans la littérature, la relation entre l'ergothérapie et les habitudes de vie n'est plus à prouver. Dans la tête des ergothérapeutes de terrain non plus, mais en pratique, ça semble plus difficile à mettre en œuvre. Les 4 ergothérapeutes interrogés s'accordent pour dire qu'en effet, leur profession est légitime dans la prise en compte des habitudes de vie et pour favoriser leur mise en place au sein de l'EHPAD. L'ergothérapeute 3 a pu dire « *forcément habitudes de vie nous en tant qu'ergo ça nous parle, c'est notre cœur de métier* ». La spécificité de l'ergothérapie semble être la capacité à « *adapter l'activité aux capacités de la personne* » et pour la rendre réalisable au sein de l'EHPAD selon les ergothérapeutes 2, 3 et 4. L'ergothérapeute 1 pense que la mesure canadienne du rendement occupationnel « *pourrait être un bon outil* », qu'elle utiliserait sûrement si elle interrogeait les habitudes de vie.

Au sein du PASA, l'ergothérapeute 2 a pu remarquer les bénéfices de la prise en compte des habitudes de vie. Pour une résidente entrée depuis un certain temps dans l'EHPAD, l'intégration du PASA où cette dame pouvait retrouver des habitudes de vie passées, faire une tarte, faire la vaisselle, a pu impulser un changement de comportement et une meilleure adaptation au sein de l'EHPAD. L'ergothérapeute 2 pense que son rôle, « *c'est de proposer des activités où c'est signifiant et du coup forcément les résidents sont actifs et ils prennent des initiatives etc qui peuvent être intéressantes pour eux et valorisantes. Et ça, c'est la spécificité du rôle d'ergo par rapport aux habitudes* ». Ce qui valide l'hypothèse b : **L'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour évaluer, adapter et intégrer les habitudes familiales au sein de la structure et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée à ce nouvel environnement qu'est l'institution.**

⁷⁶ TISSERON, Serge. *Résilience : un mot aux mille visages*. Page 25.

Mais cela semble rester encore qu'utopique puisque concrètement ce ne sont pas les ergothérapeutes, mais principalement les cadres qui interrogent les habitudes de vie lors de l'entrée en EHPAD. Ce qui se confirme pour les 4 structures concernées par l'enquête de terrain. Les 2 résidentes interrogées, ne se souviennent pas d'avoir vu un ergothérapeute. Néanmoins, les habitudes de vie ont été interrogées lors de leur arrivée ici par le cadre, mais elles n'ont pas vu de suite donnée à cela. Selon la résidente 1 « *c'est vous qui devez vous adapter plus que le personnel* ». Pour elle « *c'est quand même une privation de liberté* » par liberté elle entend le « *respect total de l'autre, de ses désirs dans la mesure où ils sont raisonnables* ».

Les freins à la prise en compte des habitudes de vie par les ergothérapeutes semblent être principalement le manque de temps évoqué par les ergothérapeutes 1, 2 et 4. L'ergothérapeute ajoute que c'est un champ de compétence non reconnu pour les ergothérapeutes en EHPAD. Enfin l'ergothérapeute 3 affirme que « *la cadre interroge déjà les habitudes de vie* », que les informations recueillies ne sont pas suffisantes mais qu'elle ne veut pas être « *redondantes* » en les interrogeant une nouvelle fois.

Même si l'ergothérapie a peu de place dans le champ des habitudes de vie, d'autres moyens favorisent quand même leur maintien. Le projet personnalisé évoqué par les ergothérapeutes 1, 2 et 4, ainsi que la collaboration entre la famille et l'équipe soignante semble être source de maintien des habitudes de vie et donc de résilience. Nous pouvons alors nous questionner sur les moyens qui pourraient favoriser la prise en compte des habitudes de vie précocement et ainsi faciliter leur mise en place dès les premiers jours et amoindrir l'effet traumatisant de l'entrée en EHPAD. Nous allons donc maintenant vérifier la dernière hypothèse en nous intéressant à la préparation de l'entrée en EHPAD.

4.5. Une réflexion en amont : la préparation de l'entrée en EHPAD

La dernière partie de l'enquête de terrain est consacrée à la préparation de l'entrée en EHPAD. Actuellement dans les structures où travaillent les ergothérapeutes interrogés, l'entrée est toujours préparée en amont pas le cadre du service. Il va au domicile des personnes âgées et/ou ils viennent visiter l'établissement avant leur arrivée. C'est le moment où le cadre questionne la personne entre autres sur ses habitudes de vie. La résidente 1 n'a pas eu l'occasion de visiter l'EHPAD, car elle est rentrée en urgence, la résidente 2 a pu visiter l'établissement avec sa famille.

Le rôle actuel des ergothérapeutes dans cette préparation d'entrée en établissement se limite pour les ergothérapeutes 1, 3 et 4 à interpellier l'ergothérapeute de l'établissement d'où provient la personne si elle n'arrive pas du domicile, ou la famille pour pouvoir anticiper les besoins de la personne principalement d'un point de vue technique, matériel. L'ergothérapeute 2 aimerait pouvoir faire une évaluation de l'autonomie, puis « *questionner les habitudes de vie avant l'arrivée de la personne pour pouvoir transmettre à l'équipe et anticiper les besoins* ». L'ergothérapeute 3 dans l'idéal aimerait pouvoir « *évaluer les gens au niveau de la toilette systématiquement à leur entrée pour pouvoir réajuster un peu le plan de soin* ». ».

Une visite au domicile de la personne avant l'entrée dans l'établissement pour préparer l'accueil semblerait avoir du sens pour 2 des 4 ergothérapeutes interrogées. L'ergothérapeute 1 pense que « *si on pouvait intervenir, c'est sûr, dès le début en faisant un entretien pour chaque résident ça serait plutôt positif* ». L'ergothérapeute 3 quant à elle a pu expérimenter cette visite au domicile, selon elle cela permet de « *rassurer les proches et un meilleur transfert des compétences du domicile à l'EHPAD* ». Car le fait d'avoir vu la personne âgée évoluer dans son milieu donne une vision globale de ses capacités et permet de les solliciter de nouveau dans l'établissement. Cela évite la perte d'autonomie et favorise la reconnaissance du résident en tant qu'individu. Pour elle « *l'idéal ça serait de pouvoir aller au domicile des gens et de faire une visite à domicile* ». Le fait que cette visite soit réalisée en amont permet d'anticiper les besoins, l'organisation pour favoriser le maintien des habitudes de vie et donc favorise la résilience.

Cela confirme l'hypothèse c : **L'ergothérapeute peut occuper une place pertinente lors de la préparation de l'entrée en EHPAD**. Même si ce n'est pas le cas actuellement, la présence de l'ergothérapeute lors de la préparation de l'entrée en EHPAD aurait tout son sens pour permettre d'anticiper les besoins notamment en lien avec les habitudes de vie de la personne. Cela contribuerait à la résilience de la personne âgée en diminuant l'effet traumatisant de l'entrée en EHPAD.

5. Discussion

L'enquête de terrain a permis de vérifier et de valider l'ensemble des hypothèses de ce travail d'initiation à la recherche. Désormais, nous allons aller un peu plus loin, tout d'abord en prenant du recul sur le travail effectué afin d'en voir les limites, ensuite, en mettant en relation cet écrit avec des pistes d'actions possibles pour appliquer cette recherche au terrain professionnel.

5.1. Un peu de hauteur

Au début de ce travail de recherche, en se basant sur des observations du terrain, les habitudes familiales semblaient avoir une place importante dans la résilience après l'entrée en EHPAD. Or, lors de l'enquête, certes, il ressort qu'elles jouent un rôle, le but est donc atteint. Cependant, les habitudes de vie de la personne semblent avoir plus d'importance. Lors des entretiens, les ergothérapeutes n'avaient pas forcément notion du terme habitude familiale ce qui limitait l'échange, l'explication ou l'illustration pouvaient influencer le discours. Cela est un biais à cette étude, les sciences de l'occupation se développent depuis peu en France, les ergothérapeutes interrogés n'ont pas eu l'ensemble de ses notions lors de leur formation initiale. Il aurait été intéressant d'interroger des jeunes diplômés (-5ans) pour évaluer la différence des discours.

Dès lors que nous parlons d'habitudes de vie, l'ergothérapeute de par son approche liée aux sciences de l'occupation devrait avoir un rôle au sein des EHPAD en lien avec les habitudes de vie, mais ce n'est actuellement pas le cas selon les ergothérapeutes interrogés. Cela est-il dû : au manque de reconnaissance de cette profession dans ce secteur, où elle est arrivée depuis peu ? Au manque de connaissances de ses missions ? Au faible développement de cette profession en France ? Ou encore aux temps restreints de pratique dans ces établissements qui limite les champs d'action ? Le faible nombre d'ergothérapeutes interrogés ne permet pas de déterminer cette cause. Interroger des ergothérapeutes ayant cette pratique, aurait pu éclairer ces interrogations, mais aucun professionnel n'a été trouvé. Ainsi que rechercher la pratique à l'étranger autour de ce sujet aurait pu donner des pistes de solution.

5.2. Un avenir possible

Comme nous avons pu le remarquer, dans tous les EHPAD considérés par l'enquête, c'est le cadre qui réalise la préparation de l'entrée, avec un entretien et/ou une visite de l'établissement. Or nous venons de le valider : l'ergothérapeute a lui aussi une place pertinente dans cette préparation de l'entrée en EHPAD. Dès lors, nous allons nous interroger sur la place qu'il devrait occuper et les moyens qu'il pourrait utiliser.

5.2.1. Une nouvelle organisation du travail d'équipe

Dans l'ensemble des EHPAD côtoyé tant au niveau personnel que professionnel, un constat a été fait : les ergothérapeutes sont assez peu connus. Même si cela tend à changer depuis l'élaboration du plan solidarité grand âge 2007-2012, les rôles de cette profession sont méconnus ou restreints. Les autres professionnels de santé connaissent et nous accordent souvent des compétences en installation-positionnement, en préconisation d'aide technique et en technique de manutention. Plus rarement, le travail de la cognition auprès des personnes âgées démentes, commence à être reconnu sur le terrain. Par ailleurs, les compétences de l'ergothérapeute en terme d'habitudes de vie sont méconnues, ce qui implique que ce ne sont pas des missions pour lesquelles ils vont être sollicités naturellement par l'équipe. Néanmoins, il semble ressortir de l'enquête de terrain que les ergothérapeutes voient un intérêt à investir ces missions, et cela, avant même l'entrée dans l'établissement.

Cela amène à questionner la pertinence d'une collaboration cadre et ergothérapeute lors de la préparation de l'entrée en EHPAD. Le cadre a l'expérience de ce temps de préparation et les connaissances générales des points élémentaires (traitement, soins, besoins en aide humaine, ...) à recueillir avant l'arrivée en établissement. Il représente l'établissement et le personnel ainsi qu'une certaine autorité dans la mesure où il fait signer le contrat de l'établissement à la personne âgée, ce qui n'est pas du rôle propre de l'ergothérapeute. Néanmoins, le cadre n'a pas de connaissance spécifique sur les habitudes de vie donc son exploration sera moins pointue que celle d'un ergothérapeute, c'est-à-dire interroger le sens, la pratique et l'importance de ses habitudes de vie pour les rattacher au rendement occupationnel de la personne âgée. En cela, l'ergothérapeute pourra approfondir davantage la question des habitudes de vie en s'appuyant sur des modèles de pratique en ergothérapie et par la suite accompagner ce temps de transition occupationnel au sein de l'établissement. Dans ce contexte, une collaboration du cadre et de l'ergothérapeute lors de la préparation de l'entrée en EHPAD semble avoir un intérêt. Le cadre pourrait alors anticiper le recueil d'information administrative, technique nécessaire à l'accueil et pour répondre aux besoins de la personne comme il le fait déjà actuellement. L'ergothérapeute quant à lui, interrogerait plus spécifiquement les habitudes de vie du résident, afin de faciliter cette période de transition en réduisant les perturbations du rendement occupationnel et ainsi en diminuant l'effet traumatisant de ce changement de milieu de vie.

Cette pratique n'est encore qu'utopique de part les petits temps de travail en ergothérapie au sein des EHPAD, ce qui ne laisse généralement pas la possibilité d'accomplir des missions en lien avec le maintien des habitudes de vie, ou que très partiellement. Les missions prioritaires de l'ergothérapeute en EHPAD restent celles en lien avec la sécurité des déplacements, la prévention des risques cutanés et le confort de la personne âgée. De plus, cette pratique est inexistante ou peu courante et doit donc être testée sur le terrain afin d'affirmer une réelle plus-value. Pour changer ça, il semble que faire connaître notre profession et nos missions possibles serait une piste de solution. Il apparaît donc pertinent de présenter ce travail aux cadres dans les EHPAD, aux équipes et aux ergothérapeutes du terrain pour accroître leurs connaissances sur l'importance du maintien des habitudes de vie et initier un changement des pratiques.

Par ailleurs, nous ne sommes peut-être pas les seuls professionnels à pouvoir interroger spécifiquement les habitudes de vie. Les psychologues peuvent eux aussi avoir une place dans ce domaine, néanmoins nos approches seront nécessairement différentes de par nos formations. Une fois encore, une collaboration de ces deux professions ne peut être que bénéfique. D'une manière générale, pour que les habitudes de vie soient mieux prises en compte au sein des EHPAD, c'est l'ensemble du personnel qui doit collaborer et être initié à l'importance du respect des habitudes de vie, car ce n'est ni le cadre, ni le psychologue, ni l'ergothérapeute qui sont quotidiennement auprès des résidents mais bien les soignants, ce sont donc eux qui vont devoir s'adapter aux habitudes de vie de la personne afin de faciliter leur maintien.

La famille, comme nous avons pu le voir, a un rôle important dans cette collaboration, car elle est souvent source de connaissance des habitudes de vie. L'équipe doit s'appuyer sur les proches pour mieux appréhender le quotidien de la personne âgée. Elle doit aussi soutenir et favoriser les actions des proches visant à maintenir les habitudes de vie du résident. L'ergothérapeute, s'il intervient au domicile, peut être à l'initiative de cette collaboration et favoriser la création de lien avant même l'entrée dans l'EHPAD.

5.2.2. Des outils à envisager

Plus concrètement, à quoi pourrait ressembler une pratique de l'ergothérapie en EHPAD autour des habitudes de vie de la personne âgée ? C'est ce que nous allons voir maintenant. Après avoir vérifié la pertinence de l'ergothérapie dans ce domaine sur le terrain, il est ressorti plusieurs outils que les ergothérapeutes interrogés trouveraient pertinents d'utiliser dans ce contexte. Il s'agit notamment de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et du projet personnalisé.

La prise en compte des habitudes de vie dans l'EHPAD nécessite une évaluation de celles-ci, dans un premier temps au domicile pour anticiper et faciliter leur maintien dès l'arrivée dans l'EHPAD, puis au sein de l'établissement de façon régulière afin de suivre les changements occupationnels et les besoins liés à ces changements. L'ergothérapeute 1 utiliserait la MCRO si elle avait pour mission au sein de l'EHPAD d'interroger les habitudes de vie des résidents. L'ergothérapeute 2 évoque aussi les bilans validés des modèles conceptuels en ergothérapie. En effet, il semble judicieux d'utiliser des bilans validés et centrés sur l'occupation pour interroger les habitudes de vie. Tout d'abord, « valider » pour faciliter les relations inter-établissements (EHPAD, SSR, Hôpitaux, ...) et utiliser un langage commun. De plus, cela renforce la pratique de l'ergothérapie en fondant l'évaluation et l'intervention sur des modèles scientifiquement reconnus. La MCRO n'est pas le seul outil disponible chaque modèle de pratique en ergothérapie (MCRO, MOH, Kawa, ...) a développé ses propres bilans. Cependant, ces bilans peuvent être coûteux et prendre du temps de passation et de retranscription que les ergothérapeutes n'ont pas actuellement.

Maintenant que les habitudes de vie sont évaluées, que faisons-nous de ces informations ? Le projet personnalisé est une obligation pour les établissements issus de la loi n°2002 – 2. Il est reconnu par les ergothérapeutes interrogés dans l'enquête de terrain comme étant un moyen actuellement utilisé par les établissements pour prendre en compte les habitudes de vie. Il permet de concrétiser la mise en place d'actions visant au maintien de ces habitudes de vie ce qui devrait favoriser une bonne adaptation dans l'EHPAD et possiblement la résilience. Par exemple, l'ergothérapeute 4 explique : *« pour certains résidents quand la famille est loin, je trouve qu'ils adhèrent encore plus à ce projet-là de rémunérer une dame de compagnie un petit peu, elle les promène dans la structure, y en a une, elle l'emmène au salon de thé, y en a une autre tous les 15 jours, on lui livre un bouquet de fleurs. En fait avec le projet personnalisé je trouve que ça a quand même évolué dans la prise en charge du résident parce qu'en fait dès le début on s'intéresse à ce qu'ils aimaient faire et on met des objectifs atteignables, des petits objectifs, pour que il se sente bien ici, qu'on l'intègre à la structure. »*. Dans cette EHPAD, dans le cadre du projet personnalisé, certains résidents emploient du personnel de service à la personne pour les aider à maintenir leurs habitudes de vie. Cela a un coût, mais l'idée pourrait être développée avec des partenaires bénévoles ou en lien avec les proches lorsqu'ils sont présents.

La pertinence de l'utilisation de modèle de pratique en ergothérapie, des outils associés ainsi que du projet personnalisé restent à explorer. L'utilisation de ces moyens en collaboration avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et la famille pourraient sûrement contribuer à une meilleure adaptation des personnes âgées dans les EHPAD. Cela reste à prouver, en tant que futur professionnel, il semble que la pratique de l'ergothérapie en EHPAD sur ses missions puisse être une source de réponse, tout comme d'autres recherches plus spécifiques sur ces outils.

Conclusion

L'ergothérapie se développe actuellement dans le secteur gériatrique et principalement en EHPAD, où de nombreuses créations de postes ont lieu. Il semble alors important de déterminer l'ensemble des compétences et missions que nous pouvons développer auprès de ce public. De part une certaine expérience de l'EHPAD, il est apparu que l'entrée en institution pouvait être une étape de transition complexe à gérer et pouvant être traumatisante. Dès lors, une problématique s'est dégagée : **En quoi, l'ergothérapeute peut-il favoriser la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, en impliquant la famille dans l'accompagnement?** Une enquête sur le terrain a permis de vérifier et de valider trois hypothèses de réponse. La prise en compte des habitudes familiales par les professionnels permet le maintien des relations familiales et donc de favoriser la résilience. Pour favoriser cela, l'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour interroger et maintenir les habitudes de vie de la personne mais aussi celles de la famille et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée dans l'institution. Dans cet objectif, les ergothérapeutes pourraient avoir un rôle à jouer lors de la préparation en amont de l'entrée en EHPAD. Néanmoins, ce n'est pas le cas actuellement car ces compétences sont peu accordées à la profession dans le secteur gériatrique.

Se dégage de ce travail, l'importance du travail d'équipe et de la collaboration avec la famille pour favoriser le maintien des habitudes de vie. Cependant, il ressort aussi que du travail reste à accomplir, notamment pour faire connaître notre profession, nos compétences et développer nos missions en EHPAD. Pour cela, des outils de travail fondés sur les modèles de pratique en ergothérapie issus des sciences de l'occupation pourraient être une base de travail pour l'ergothérapeute, il reste cependant à expérimenter. La mise en application de ce travail de recherche devrait permettre d'améliorer le rendement occupationnel des personnes âgées vivant en EHPAD, soit en diminuant le bouleversement des habitudes de vie et les habitudes familiales de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD, ou en favorisant leur maintien.

Ce travail d'initiation à la recherche amène un nouveau questionnement. Chez une personne atteinte de démence, pathologie courante dans le secteur gériatrique, la résilience est-elle encore possible ? Dans ce contexte, l'accompagnement de ces personnes dans le processus de résilience est-il différent (approche, outils, ...) ? La famille a-t-elle la même place que dans le processus de résilience d'une personne âgée non démente ?

Bibliographie

1. Ouvrages consultés :

- CYRULNIK Boris, JORLAN Gérard. *Résilience : connaissances de base*. Paris : Odile Jacob, mai 2012. 222 pages.
- FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Les français et le grand âge*. Montrouge : Tns-sofres, 2007. 21 pages.
- LINTON, Ralph. *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Bordas, 1977. 138 pages.
- MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Paris : DeBoeck, 2013. 274 pages.
- MUCCHIELLI, Ales. *L'identité : image de soi*. 9^{ème} édition. Paris : Presse université de France, 2013. 127 pages.
- POLETTI, DOBBS. *La résilience : l'art de rebondir*. Genève : Jouvence, 2001. 92 pages.
- QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3ème édition. Paris : DUNOD, 2006. 256 pages.
- ROUSSEAU, Sylvie. *Développer et renforcer sa résilience : vivre heureux même si ...* Montréal : Quebecor, 2010. 180 pages.
- TETREAUULT Sylvie, GUILLEZ Pascal. *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck-Solal, 2014. 555 pages.
- TISSERON, Serge. *La résilience : un mot aux mille visages*. 2^{ème} édition. Paris : Que sais-je ?, 2007. 126 pages.
- TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Helene. *Habilité à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation – neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. 2^{ème} édition. Ottawa : CAOT Publication ACE, 2013. 494 pages.
- TREICH Laura, RAJALU Stéphanie. *Petit guide d'avancée en âge : à l'intention des personnes âgées et de leurs proches*. Paris : Ellipses, 2011. 170 pages.
- VANISTENDAEL Stefan, LECOMTE Jacques. *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Paris : Bayards éditions, 2000. 219 pages. (Psychologie)

2. Articles consultés :

- BADEY-RODRIGUEZ, Claudine. L'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, mars 2005, n° 112. Page 105 à 114.
- BERTHEL Marc, PETER-BOSQUILLON Marie-Christine. Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires : acteurs et métiers du soin. *Gérontologie et société*, septembre 2012, n°142. Pages 15 à 30.
- BILLE, Michel. L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société*, janvier 2005, n° 112. Pages 63 à 72.
- CHABROL, Henri. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, n°82. Page 31-42.
- DELBES, Christiane. Edito. *Gérontologie et société*, janvier 2005, n° 112. Pages 10 – 11.
- LE BRIS, Hélène. Ergothérapie et systémie : une expérience d'application. *Ergothérapies*, décembre 2011, n°44. Pages 27 à 37.
- MARCHAND, Marie. Regards sur la vieillesse. *Le journal des psychologues*, avril 2008, n° 256. Pages 22 à 26.
- RIBES, Gérard. Résilience et vieillissement. *Reliance*, 2006, n° 21. Page 12 à 18.
- SIMARD, Catherine. Identité, vieillesse et société. *Santé mentale au Québec*, 1980, vol 5, n°2. Pages 22-32.
- TROUVE, Eric. L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées ? *Ergothérapies*, décembre 2011, n° 44. Page 39 à 52.

3. Textes officiels consultés :

- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Journal officiel, 8 juillet 2010, n°156. 12558 pages.

4. Sites Web consultés :

- AUSLOOS, Guy. *La compétence des familles* [en ligne] [Référence du 30/11/16] Disponible sur Internet : www.systemique.be/spip/IMG/doc_Travail_systemique.doc
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Plan solidarité grand âge* [en ligne] [Référence du 26/04/17]. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-solidarite-grand-age>
- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* [en ligne]. Paris : fng, 2007. 10 pages. [consulter le

19/09/2016]. Disponible sur Internet : http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_compleete_com.pdf

- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. *Tableaux de l'économie française* [En ligne]. Paris : INSEE, 2016. 268 pages (Insee références) [consulter le 18/09/2016]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/tef2016.pdf
- LABO G4. *Pyramide de Maslow*. [En ligne] [Consulter le 13/05/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.labo-g4.fr/v1//node/288>
- LAROUSSE. *Définitions : culture – dictionnaire de français Larousse*. [En ligne] [Référence du 18/11/12]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072#Hp2RYkQkQVwX1jo3.99>
- LAROUSSE. *Définitions : résilience – dictionnaire de français Larousse*. [En ligne] [Référence du 25/10/12]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9silience/68616?q=r%C3%A9silience#67865>
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE. *La société face au vieillissement : le risque d'un « naufrage social »*. [En ligne] [Consulter le 17/01/17]. Paris : ONFV, 2014. 54 Pages Disponible sur Internet : <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV-2014-Analyse-La-Soci%C3%A9t%C3%A9-Face-au-Vieillessement.pdf>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé*. [En ligne] Danemark : OMS, 2016. 286 pages. [Consulter le 18/09/2016]. Disponible sur Internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186469/1/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf
- RESEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. *Les habitudes de vie*. [en ligne] [Consulter le 24/02/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/les-concepts-cles-du-mdh-pph/les-habitudes-vie>

5. Autres documents consultés :

- RIEDHOF, Kilian. *Sa dernière course* [DVD]. Allemagne : Universun film, 2013.

Liste des annexes

ANNEXE I : Pyramide de MASLOW	I
ANNEXE II : Guide d'entretien des ergothérapeutes	II
ANNEXE III : Guide d'entretien des personnes âgées	IV
ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 2	VI
ANNEXE V : Tableau d'analyse des entretiens des ergothérapeutes	XVIII
ANNEXE VI : Tableau d'analyse des entretiens des personnes âgées	XXIV

ANNEXE I : Pyramide de MASLOW



Figure 1 : Pyramide de MASLOW

ANNEXE II : Guide d'entretien des ergothérapeutes

Thème de la question	La question	Les relances	Objectifs / Liens avec le cadre conceptuel
Présentation	Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel ?	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle école êtes-vous diplômé ? • En quelle année avez-vous été diplômé ? • Quelle est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ? • Pouvez-vous me présenter brièvement l'établissement dans lequel vous exercez actuellement ? • Quelles sont vos missions actuellement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance avec l'ergothérapeute enquêté. • Comprendre le cadre de travail de l'ergothérapeute.
Thème 1 : les conséquences de l'entrée en EHPAD	<p>Selon votre expérience quel peut être l'impact de l'entrée en EHPAD sur la personne âgée ?</p> <p>Selon votre expérience quel peut-être l'impact de l'entrée en EHPAD sur l'entourage proche ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure l'entrée en EHPAD impacte le quotidien de la personne ? • Comment l'entrée en EHPAD modifie la personnalité de la personne âgée ? • Quelles sont les émotions et réactions émotionnelles que vous pouvez observer autour de cette situation ? • De quelle façon les relations avec les proches peuvent-elles être modifiées par l'entrée en EHPAD ? • Comment les rôles de chacun sont-ils impactés par l'entrée en EHPAD ? 	Le but est de confirmer que l'entrée en EHPAD de part une modification de l'environnement (physique, humain, matériel ...) et un certain nombre de pertes : perte occupationnelle, perte identitaire, bouleversement de la dynamique familiale ; peut être considérée comme une période stressante et donc amener à la résilience.
Thème 2 : l'adaptation au changement consécutif à l'entrée en EHPAD	Quelles stratégies avez-vous pu observer chez les personnes âgées pour faire face aux changements induits par l'entrée en EHPAD ?	<ul style="list-style-type: none"> • D'un point de vue organisationnel • D'un point de vue émotionnel • D'un point de vue familial 	Je cherche à connaître les moyens de résilience déjà mis en place par les personnes âgées sans aide extérieure. Il me semble que notre rôle est plutôt de soutenir la mise en place de ces moyens, ils seront plus efficaces

			s'ils émanent de la personne. Si ce n'est pas le cas, notre rôle est peut-être alors de pallier aux manques de moyens d'adaptation.
Thème 3 : la place des proches au sein de l'EHPAD	Quelle place devraient avoir les proches lors de l'entrée en EHPAD ?	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de la collaboration de l'établissement avec les proches ? 	L'objectif de ce thème est de savoir si l'entourage a une place pertinente dans le rôle de tuteur de résilience. Ensuite, il s'agit de voir si sur le terrain, les professionnels remarquent une importance dans la communication au sein de la famille lors de l'entrée en EHPAD.
Thème 4 : les routines au sein de l'EHPAD	En quoi l'ergothérapeute est-il légitime ou non dans la prise en compte des habitudes de vie de la personne au sein d'une EHPAD ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle importance donnez-vous aux habitudes de vie ? • Quels sont les freins et les leviers au maintien des habitudes de vie de la famille lors de l'entrée en EHPAD ? 	Ce thème aborde la légitimité de l'ergothérapeute dans l'étude des habitudes de vie et routine en lien avec la base de la profession, la science de l'activité. Je cherche aussi à me confronter avec la réalité du terrain face à cette problématique.
Thème 5 : la préparation de l'entrée en EHPAD	Selon vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation de l'entrée en EHPAD ?	<ul style="list-style-type: none"> • D'après vous quels sont les facteurs qui pourraient favoriser l'adaptation de la personne âgée à ce nouvel environnement qu'est l'EHPAD ? • Quels pourraient être vos champs d'action ? • Quels pourraient être vos moyens ? • Que pensez-vous de la collaboration de l'équipe soignante et de la famille pour le maintien des habitudes de vie de la personne âgée ? 	Le but est ici de concrétiser la perspective que l'ergothérapeute a une place autour de l'entrée en EHPAD, par des pistes d'actions, mais aussi de connaître l'opinion des professionnels sur l'idée que la collaboration famille-soignant peut favoriser la résilience de la personne âgée.

ANNEXE III : Guide d'entretien des personnes âgées

Thème de la question	La question	Les relances	Objectifs / Liens avec le cadre conceptuel
Présentation	Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre âge ? • Avez-vous des enfants ? de la famille proche ? un conjoint ? • Quelles sont vos passions, activités ? 	<p>Faire connaissance avec la personne âgée interrogée.</p> <p>Données sociodémographiques qui aideront à l'analyse des réponses</p>
Thème 1 : l'entrée en EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me raconter votre arrivée ici ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis combien de temps êtes-vous dans l'EHPAD ? • Pourquoi êtes-vous rentré ici ? • Avez-vous choisi cette EHPAD ? • Qu'a fait votre famille pour vous aider à rentrer en EHPAD ? 	<p>L'objectif est de comprendre le contexte de l'entrée en EHPAD afin d'enrichir l'analyse des données recueillies.</p> <p>C'est aussi de connaître la place de la famille dans l'entrée en EHPAD.</p>
Thème 2 : les conséquences de l'entrée en EHPAD sur la PA	Comment l'entrée en EHPAD a changé votre quotidien ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me raconter une journée type avant votre arrivée ici ? • Pouvez-vous me raconter votre journée type aujourd'hui ? • Quelles sont les émotions par lesquelles vous êtes passé depuis votre entrée dans l'EHPAD ? • Comment les relations avec vos proches ont été modifiées ? • Quelles étaient vos fonctions au sein de la famille avant l'entrée en EHPAD ? • Comment ces fonctions ont changé depuis l'entrée en EHPAD ? 	<p>Le but est de confirmer que l'entrée en EHPAD de part une modification de l'environnement (physique, humain, matériel ...) et un certain nombre de pertes : perte occupationnelle, perte identitaire, bouleversement de la dynamique familiale ; peut être considérée comme une période stressante et donc amener à la résilience</p>

Thème 3 : les habitudes de vie		<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que quelqu'un vous a demandé qu'elles étaient vos habitudes de vie avant d'entrer ici ? • Si non, auriez-vous aimé qu'on le fasse ? • Si oui, comment avez-vous vécu ce moment-là ? 	<p>J'interroge la pratique de l'EHPAD à propos de la prise en compte des habitudes de vie de la personne âgée et le ressenti de la personne face à ça, afin de faire ressortir le niveau d'importance des habitudes de vie.</p>
Thème 4 : l'adaptation au changement consécutif à l'entrée en EHPAD	<p>Qu'avez-vous mis en place pour mieux supporter le changement de lieu de vie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous changé vos habitudes ? pourquoi ? que ressentez-vous par rapport à cela ? • Pensez-vous avoir changé de comportement ? si oui quel est-ce changement ? pourquoi avez-vous changé de comportement ? 	<p>Je cherche à connaître les moyens de résilience déjà mis en place par les personnes âgées sans aide extérieure. Il me semble que notre rôle est plutôt de soutenir la mise en place de ces moyens, ils seront plus efficaces s'ils émanent de la personne. Si ce n'est pas le cas, notre rôle est peut-être alors de pallier le manque de moyens d'adaptation.</p>
Thème 5 : la place des proches au sein de l'EHPAD	<p>Quelle place ont vos proches dans l'EHPAD ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quand viennent-ils vous voir ? • Que faites-vous quand ils viennent vous voir ? • Qu'aimeriez-vous faire avec eux en plus ? 	<p>L'objectif de ce thème est de savoir si l'entourage a une place pertinente dans le rôle de tuteur de résilience, mais aussi de comprendre le fonctionnement systémique de la famille de la personne interrogée et de voir si elle aide déjà à la résilience par le maintien des habitudes familiales.</p>
Thème 6 : place de l'ergothérapeute	<p>Avez-vous rencontré l'ergothérapeute depuis votre arrivée ici ? si oui pourquoi ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de son intervention ? • Êtes-vous satisfait de son intervention ? • Qu'auriez-vous préféré qu'il fasse ? 	<p>Le but est ici de concrétiser la perspective que l'ergothérapeute a une place autour de l'entrée en EHPAD, par des pistes d'actions.</p>

ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 2

Moi : « Tout ce qui sera utilisé ça restera anonyme. »

Ergothérapeute 2 : « D'accord. »

Moi : « Donc on est là pour parler autour de l'entrée en EHPAD, des changements que ça entraîne et qu'est-ce que l'ergothérapeute pourrait mettre en place lors de cette période. »

Ergothérapeute 2 : « D'accord. »

Moi : « Je vais commencer par te demander de te présenter au niveau professionnel, pour que je puisse comparer après les ergothérapeutes. »

Ergothérapeute 2 : « Ok. Hum ... tu veux savoir quoi du coup, la date de mon diplôme des choses comme ça ? »

Moi : « Oui. »

Ergothérapeute 2 : « Donc moi je suis diplômé depuis 2005, juin 2005. Euh ... à l'école de Berck sur Mer, j'ai commencé mon activité dans un centre de rééducation en remplacement de congé maternité, un premier centre de rééducation, un deuxième centre de rééducation en remplacement de congé maternité aussi un peu partout en France. Euh ... ensuite j'ai travaillé en ESVAD, à l'époque ça existait encore : équipe spécialisée pour une vie autonome à domicile de l'APF en fait pour les personnes de 20 à 60 ans, dans le cadre justement de la réadaptation à domicile.

Moi : « D'accord. »

Ergothérapeute 2 : « Voilà, et ensuite je suis allée sur l'hôpital de Cholet au centre de rééducation au départ, sur l'hôpital de Cholet y a plusieurs sites, centre de rééducation puis dans le bâtiment central de l'hôpital plutôt en service aigue et puis appareillage. Et depuis ... euh ... 2010 j'interviens en EHPAD, euh ... à l'EHPAD 1 la première fois plutôt pour tout ce qui était positionnement puis rapidement pour le PASA en fait, le pôle d'activité de soins adaptés de EHPAD 1 donc là il a dû ouvrir quand ? Euh ... en 2013 peut-être. Le PASA de l'EHPAD 1 s'est arrêté et donc là j'ai démarré le PASA de l'EHPAD 2 depuis septembre 2015. »

Moi : « D'accord »

Ergothérapeute 2 : « D'accord, et puis donc en complément donc là je suis à 30% sur le PASA donc 3 demi-journées et en complément je suis sur le SSR à orientation gériatrique. Euh ... en rééducation, donc après on a pas mal de personnes qui s'orientent vers les EHPAD, tu vois donc l'accompagnement vers l'entrée en EHPAD, aussi à ce moment-là. »

Moi : « Oui, c'est bien parce que du coup, j'ai beaucoup d'ergothérapeutes pour le après mais pas beaucoup pour le avant l'entrée en EHPAD. »

Ergothérapeute 2 : « Oui j'ai un peu ces deux facettes, quoi »

Moi : « Et après à l'EHPAD 2 tu as vraiment créé ta fiche de poste et tout, tu es partie de rien en fait ? »

Ergothérapeute 2 : « Oui »

Moi : « D'accord »

Ergothérapeute 2 : « Sur l'établissement aussi, sur les lieux aussi. »

Moi : « Au sein du PASA, est ce que tu intervies lors de l'arrivée de la personne dans l'EHPAD ou pas ? »

Ergothérapeute 2 : « Alors c'est vrai que le PASA ce qui est ... le PASA je n'interviens pas forcément au moment de l'arrivée ça serait plus Cécile qui est là à 10% en plus qui accueille les personnes au moment de leur arrivée. Euh... moi ça m'arrive de préparer l'arrivée mais plus quand Cécile n'est pas présente si tu veux. Et donc l'arrivée au PASA ça se fait quand même quelques semaines après l'arrivée vraiment dans l'EHPAD, pour laisser le temps à la personne de s'acclimater déjà surtout quand on a des personnes qui présentent une démence l'arrivée peut créer peut-être une confusion supplémentaire et on attend un petit peu que ça se stabilise et qu'elle prenne une routine aussi dans l'EHPAD. En fait moi j'interviens pas forcément tout de suite dès l'entrée proche mais après pour l'entrée au PASA oui. »

Moi : « D'accord, et pour quand tu étais à EHPAD 1 avant où il y avait pas de PASA, est ce que tu t'intéressais aussi à l'entrée ? »

Ergothérapeute 2 : « Oui »

Moi : « D'accord et c'était quoi ton rôle ? »

Ergothérapeute 2 : « Alors le rôle c'était d'évaluer du coup les besoins surtout tu sais comme un peu aux soins de suite le niveau d'aide technique nécessaire pour les déplacements dans l'EHPAD, évaluer les capacités de transferts, ce genre de chose-là plutôt. Plutôt plus l'aspect technique tu vois plutôt pas vers l'activité pas comme le PASA où c'est tourné vers le choix d'activité signifiante pour la personne que là c'était plutôt faire en sorte que la personne puisse se déplacer, se mobiliser dans l'EHPAD et trouver les meilleures solutions d'installation ou des aides techniques. »

Moi : « D'accord »

Ergothérapeute 2 : « En collaboration avec le kiné parce que du coup à l'EHPAD 1 y a aussi un kiné qui intervient de l'hôpital, qui est présent aussi si tu veux, donc on été en doublon. »

Moi : « Donc ça fonctionne un peu comme au SSR gériatrique ? »

Ergothérapeute 2 : « Voilà c'est un peu pareil. »

Moi : « On va rentrer un plus dans le sujet. Euh... selon ton expérience quel pourrait être l'impact selon toi de l'entrée en EHPAD sur la personne ? »

Ergothérapeute 2 : « Beh après souvent l'entrée en EHPAD c'est pas forcément un choix de la personne c'est quand même assez rare que ce soit une décision que la personne est prise une décision tiens j'ai envie d'aller vivre en EHPAD. Souvent c'est lié quand même à une perte d'autonomie au fait que ben il y ai une impossibilité de retour à domicile. Alors soit il y a eu plusieurs retours à domicile tu vois dans plusieurs hospitalisations en SSR suite à des chutes souvent et euh et donc plusieurs essais de retour à domicile et puis à un moment donné c'est plus possible et c'est quand même en général plutôt euh ... plutôt à ce niveau-là ou alors une personne qui est désorientée et qui est vraiment plus dans la capacité de rester à la maison, le maintien à domicile devient vraiment compliqué et c'est souvent des problèmes de maintien à domicile et pas forcément le choix d'entrée en institution. »

Moi : « D'accord. Euh ... donc sur le quotidien qu'est-ce que ça pourrait changer pour la personne le fait d'entrer en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Sur le quotidien ben déjà c'est vrai que ben en institution c'est vrai que c'est médicalisé donc même pour tu vois pour les repas pour tous enfin ils ont une chambre qui est leur résidence si tu veux, après c'est compliqué ici à l'EHPAD 2 parce qu'ils arrivent forcément en chambre double donc faut s'acclimater, non seulement faut s'acclimater à une maison de retraite mais faut s'acclimater quand même à un voisin de chambre ou une voisine de chambre. Euh ... ils ont plus accès à une cuisine au quotidien pour se préparer un repas par exemple. Euh ... il y a une certaine dépendance quoi. »

Moi : « Les activités du quotidien sont plus réalisées. »

Ergothérapeute 2 : « Non le ménage, tout ça enfin tout est fait par l'établissement si tu veux après ils peuvent garder aussi si ils avaient encore une capacité au moment de la toilette et cetera les collègues enfin elles vont essayer de faire en sorte de pas de laisser faire quand même le résident. Il y a des résidents qui n'ont pas d'aide à la toilette le matin tu vois ça c'est possible. »

Moi : « C'est plus autour de la sphère soin personnel au final que on peut laisser de l'autonomie. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais »

Moi : « Plus que sur les autres domaines »

Ergothérapeute 2 : « Non parce qu'après tu vois dans les autres domaines ça sera dans les animations, mais toujours en collectif pas forcément après tu vois tu as des résidents là je pense à une résidente qui d'elle-même elle s'occupe des fleurs dans l'établissement. »

Moi : « D'accord »

Ergothérapeute 2 : « Tu vois donc à la fin, enfin elle gère elle-même, c'est elle qui, personne va la guider pour lui dire ben tiens nettoyer un petit peu les pots de fleurs, elle le fait par elle-même. Même il y a des choses comme ça qui sont possibles mais c'est vrai qu'ils sont plus en autonomie complète quoi. Malgré tout il y a quand même pas mal de choses faites pour eux-mêmes le repas tu vois, le repas on le sert on ne met pas forcément un plat au milieu et chacun se sert, ça sera les hôtelières qui vont servir dans les assiettes tu vois. Ce que nous on essaye de faire au PASA par contre c'est de laisser faire la personne et en petit comité on est ensemble et on laisse faire la personne, ils se servent, ils font la vaisselle, donc on essaie de recréer une ambiance du domicile tu vois. »

Moi : « C'est moins collectif. »

Ergothérapeute 2 : « Voilà et du coup ça permet plus d'autonomie. »

Moi : « Et sur la personnalité de la personne âgée quels changements tu as pu remarquer lors de l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Après moi c'est vrai que je les vois pas forcément avant, enfin j'ai des situations avant au SSR où du coup ... tu vois là j'ai le cas d'une dame en ce moment elle se rend compte que le retour à domicile pour elle c'est vraiment difficile, cognitivement elle va très bien mais fonctionnellement elle a vraiment besoin d'aide, elle a chuté pas mal de fois à domicile, elle sait que si elle rentre à domicile elle va rechuter et ça c'est une crainte pour elle. Ouais elle se sent plus dans la capacité de rester chez elle donc elle a pris la décision d'une entrée en institution sauf qu'elle était

pas inscrite encore en institution. Tu vois donc compliqué quand même donc nous au SSR on l'accompagne vers ce projet-là mais en même temps euh... on lui demande quand même de travailler peut-être sur l'éventualité d'un retour à domicile en attendant qu'il y ait une place en SSR ou du temporaire du coup elle va pas forcément rentrer dans l'institution, dans la maison de retraite quelle souhaite parce que elle s'est pas inscrite encore tu vois donc ça aussi ça peut être compliqué pour la personne. Elle dans sa tête c'est vraiment clair, elle veut rentrer en maison de retraite donc je pense que elle le veut mais elle le souhaite pas vraiment tu vois quand elle a pu l'exprimer elle souhaite mais en même temps si elle pouvait faire autrement elle ferait autrement. Tu vois, donc après c'est quand même au niveau humeur et cetera tu peux quand même avoir je pense des personnes qui ont des états dépressifs suite à l'entrée en maison de retraite ça me semble complètement ... ouais possible quoi. Après hum ... après tu as pas mal de personnes qui sont, y a pas mal d'appétit aussi ou du coup ils se stimulent plus et puis, tu vois, pas forcément de la dépression après mais vraiment une mise en, qui restent confinés et qui ont plus l'envie en tout cas. »

Moi : « Et euh ... d'un point de vue émotionnel du coup quelles réactions émotionnelles tu aurais pu remarquer ? »

Ergothérapeute 2 : « Tu peux avoir des personnes en colère ça c'est possible, euh du coup tu peux les considérer comme des troubles du comportement alors que c'est juste d'un point de vue émotionnel un passage par rapport à ça après là je suis plus limité pour te répondre. Après y en a qui s'y font tu vois y en a qui, ben c'est comme ça c'est la vie faut que ça passe à autre chose aussi. Tu as une dame depuis, ça fait quelques années qu'elle est là, elle parle toujours, pour elle, elle va pas rester, elle va rechercher un appartement, elle va, une dame qui est hémiplégique si tu veux la vie en autonomie ça serait vraiment pas possible pour elle mais elle reste toujours dans cet espoir en tout cas d'autre chose. Après depuis qu'on là, depuis qu'elle a intégré le PASA aussi elle a pu exprimer le fait aussi que elle se sentait mieux dans l'EHPAD, parce qu'elle avait plus de relations sociales avec d'autres personnes, plus d'activités et elle se sentait plus investie dans l'EHPAD qu'avant. »

Moi : « D'accord. »

Ergothérapeute 2 : « Donc le fait d'être en activité du coup, et en groupe plus restreint. Ouais. »

Moi : « Et euh... sur l'entourage quel impact ça aurait pu avoir enfin ça peut avoir l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Ça peut être vraiment difficile, ne serait-ce que enfin là l'expérience d'en ce moment par exemple au SSR où euh ... la famille avait aussi pris la décision du coup la dame dont je te parlais tout à l'heure a pris la décision donc d'une entrée en institution pour leur maman mais ils osaient pas en parler. Donc il y avait un peu des non-dits entre les parents, les enfants et en gros la dame pour elle c'était clair que c'était plus possible mais les enfants c'est pour eux difficile d'aborder le sujet et c'était un peu, ils avaient un sentiment d'abandon de leur parent. Après tu as des familles qui sont moins proches de leurs parents donc ça va pas du tout être la même façon de réagir si tu veux ça va dépendre vraiment de la relation que la famille a, mais c'est vrai que ça peut être comme un abandon de leur proche quoi. »

Moi : « Et d'un point de vue des rôles de l'aidant ou de la famille est ce que tu aurais pu voir des choses ? Est-ce que ça se modifie ? Est-ce que ça reste les mêmes ? »

Ergothérapeute 2 : « Hum Après les familles qui étaient présentes vont venir régulièrement voir leur famille et y en a qui vont s'écarter venir moins souvent du coup parce qu'ils savent que la personne est en sécurité entre guillemets. Ça va dépendre, tu as des familles qui s'investissent pas mal qu'on voit, qui viennent dans l'association et aider au niveau de l'animation et cetera qui vont

être très présentes, et tu en a qui vont complètement se décharger, y en a qui prennent voilà des rôles importants mais c'est des personnes qui avaient déjà ce statut-là avant tu vois. Faut qui gardent leur..., si c'était des personnes hyper présentes y vont rester hyper présentes, je pense au conjoint, tu vois le conjoint ? j'ai l'exemple d'un monsieur à l'EHPAD 1 sa femme vient tous les après-midi et elle continue tous les jours qu'elle soit pas bien, bien ou pas bien, elle va tout le temps venir, tu as des aidants qui vont encore venir aider leur conjoint au moment de la toilette, qui ont besoin de continuer à aider leur proche ça arrive régulièrement aussi. »

Moi : « Comment c'est vécu ça par l'équipe ? »

Ergothérapeute 2 : « Beh ils essaient, en fait l'équipe, même une autre situation, un couple d'ici qui est arrivé en couple si tu veux et le mari continue à aider sa femme, par contre les soignants ont réussi à aborder les choses et une fois dans la semaine c'est les aides-soignantes qui vont accompagner madame à la toilette. Et ils vont laisser, ils vont essayer de faire un peu, un juste milieu si tu veux, pour que le monsieur sente toujours qu'il a sa place pour aider sa femme parce que c'est aussi un rôle important qu'ils ont tenu tellement longtemps parfois dans le maintien à domicile que tu peux pas tout lâcher d'un coup et après l'EHPAD je pense qui essaye d'accompagner pour dire on est là aussi on peut vous aider si vous avez besoin on est là pour vous quoi. Mais après tu as des familles qui ont vraiment besoin d'être hyper présentes mais ouais surtout les conjoints. Après il y a des enfants aussi qui sont quand même bien présents. »

Moi : « Chez la personne âgée quelles stratégies tu aurais pu remarquer qu'ils mettent en place pour s'adapter à l'EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « (silence) c'est vrai que là du coup j'accompagne pas souvent, souvent, sur l'arrivée en EHPAD tu vois donc ça me fait loin par rapport à EHPAD 1 moi je les vois plutôt en second lieu. Ça serait plutôt Cécile qui pourrait te répondre à pas mal de choses là ... là je vois pas. »

Moi : « Si je te dis d'un point de vue organisationnel ... »

Ergothérapeute 2 : « Ça va vraiment dépendre quoi (silence). »

Moi : « Et au niveau de la famille ... »

Ergothérapeute 2 : « Tu vois je réfléchis à une dame qui est arrivée y a pas très longtemps qui se déplaçait quand même en roll, elle avait un corset au SSR, donc elle est arrivée là maintenant. Donc elle se déplace seulement juste avec une canne, elle a fait pas mal d'hébergements temporaires avant d'arriver ici. Elle va intégrer le PASA là maintenant sauf que c'est une dame qui chute et elle s'est fracturée le bassin là dernièrement, et si tu veux, elle est en chambre double et là c'était difficile pour elle mais euh ... elle était contente d'arriver dans l'EHPAD, d'être enfin dans une structure définitive et après je sais pas si c'était le fait d'être en chambre double et cetera par rapport à tout ce qui arrive mais du coup elle se ferme vraiment aux équipes, et elle se ferme progressivement ... quitte à ne plus vouloir communiquer avec les équipes quand elles font les soins tandis que là depuis qu'elle s'est blessée elle a besoin d'aide au moment de la toilette. C'est une dame qui pouvait quand même ce débrouiller donc là quand mes collègues font les soins elle est mutique si tu veux. Donc après elle met cette stratégie là pour montrer son mécontentement par rapport à certaines choses, par rapport à peut-être l'entrée en EHPAD aussi donc après ça peut dépendre, y a des personnes qui peuvent se fermer complètement au niveau même cognitif quoi tu vois. Et après tu en a d'autres qui vont bien s'acclimater, ça va vraiment être aléatoire.

Moi : « Et entre les résidents est-ce qu'il y a des choses qui se mettent en place ? »

Ergothérapeute 2 : « Entre les résidents entre eux, ... ben oui tu as des relations. Tu as des groupes qui peuvent se former du coup entre chaque résident tu vois, d'affinités donc, ça fait un peu comme à l'école quoi. Tu auras des groupes l'un contre l'autre, des scènes de ménage, y a de tout quoi. Et euh ... et puis tu as comme des groupes qui vont être contre celui-là plutôt que d'être enfin ... y a des affinités qui se font progressivement si tu veux. »

Moi : « C'est pas forcément dès l'entrée en EHPAD que ça se crée ? »

Ergothérapeute 2 : « Euh ... ça dépend où est ce qu'ils mangent aussi parce que il y a plusieurs salles à manger. S'il y'a des groupes d'affinités, enfin ça se fait quand même assez rapidement. Après tu en as qui peuvent entraîner les autres justement vers les animations, ça peut arriver aussi. »

Moi : « Qu'elle place ont les proches lors de l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Nous ici c'est la coordinatrice qui fait des entretiens avec la personne qui va être résidente et la famille qui est présente. Y'a une visite de l'établissement qui a lieu du coup pour la famille et puis pour l'entrée en EHPAD faut que la personne accepte de venir quoi. C'est pas comme une unité d'hospitalisation où au SSR, on vient pas visiter le SSR avant de venir. Y a une place en SSR, ... des fois c'est même dans la journée, vous avez une place on vous emmène là-bas. Là en EHPAD ça se construit, ça se prépare, ... une autre situation là juste dernièrement ici à l'EHPAD 2 y avait besoin, y avait une place et y avait besoin de libérer des lits au CH on lui à proposé une entrée en EHPAD le matin pour arriver l'après-midi, ça pas été possible du tout quoi. Elle avait pas visité, c'est quand même le lieu de vie c'est pas pareil qu'un SSR, donc elle est pas entrée en EHPAD mais elle y est rentrée la semaine d'après une fois qu'elle est venue visiter avec sa famille la chambre où elle est, l'EHPAD comment il est enfin voilà. Faut quand même un accord, ça se fait avec une visite généralement. Après nous en ergo on les rencontre aussi quand on est là et qui sont là si non, parce qu'on est pas là tout le temps non plus. Donc on va pas forcément, on peut rencontrer les familles comme on peut des fois ne jamais les voir. »

Moi : « Et cet entretien de préparation avant l'entrée en EHPAD c'est fait du coup en amont ? Comment c'est fait ? »

Ergothérapeute 2 : « Oui. C'est fait alors soit au domicile si la personne vient du domicile, soit ça peut être fait dans les SSR si la personne vient d'un SSR. Si c'est un changement d'EHPAD ça peut très bien être la cadre qui va. Enfin c'est la cadre du service qui fait ça. Je pense qu'à EHPAD 1 ça se fait comme ça aussi dans l'autre maison de retraite, qui après nous interpellent et puis nous on transmet justement quand c'est une entrée du SSR par exemple, on essaie de transmettre les aides techniques nécessaires, on appelle même si c'est pas l'institution. Ici, je pense que c'est aussi au SSR d'appeler les maisons de retraite pour dire ben voilà cette personne-là elle aura besoin de ce type d'installation là, ce type d'aide technique-là pour que ce soit prêt quand elle va arriver ou alors on fait une fiche de transmission aussi qu'on envoie à l'EHPAD en question, afin d'anticiper les besoins et de permettre à la personne tout de suite de pouvoir se déplacer aussi. Parce que ça peut être rapide. Une personne qui ne marche pas, elles peuvent vite l'installer au fauteuil et perdre la marche rapidement. Tu en a pas mal des fois qui, du coup pour répondre à ta question de tout à l'heure c'est vrai que tu en pas mal qui enfin tu peux en avoir qui décompensent quoi et qui se laissent partir rapidement, ça peut arriver aussi. »

Moi : « Ça pourrait être pour quelles raisons ? »

Ergothérapeute 2 : « La dame dont je pense là du coup c'était une dame qui avait des troubles cognitifs, qui déambulait mais au niveau communication c'est vraiment de plus en plus difficile et elle s'est grabatisée petit à petit, puis elle a perdu en autonomie quoi, enfin en indépendance dans son

..., elle était moins levée on la ..., si tu veux en plus l'EHPAD 2, les chambres sont très loin des salles à manger. C'est une dame qui venait manger en plus dans la grande salle à manger donc ça faisait loin, donc progressivement elle était plus dans la capacité, elle était dans la capacité de marcher dans sa chambre mais pas dans les couloirs donc installation fauteuil alors que c'était une dame qui marchait. Installation au fauteuil, ben elle prend le pli de rester au fauteuil et progressivement elle se lève plus. Donc c'est un peu un cercle vicieux. Y a pas énormément de kinés qui passent, enfin c'est des kinés libéraux donc, puis c'est lié au médecin traitant aussi, sauf qu'il faut que les médecins traitants fassent les prescriptions, ils viennent pas forcément. Enfin tu vois c'est tout un engrenage aussi et puis ça peut des fois être, ben voilà on installe au fauteuil et puis les collègues peuvent ne pas avoir le temps de l'emmener tu vois juste un bras ça peut suffir pour cette dame-là par exemple. Mais voilà dans l'engrenage après, ben ... assise au fauteuil, elle se lève plus et puis ben après pouf elle coule. Ça, ça arrive du coup elle glisse progressivement. »

Moi : « D'accord. On va revenir un peu sur l'ergothérapie, en quoi l'ergothérapeute est-il légitime ou non dans la prise en compte des habitudes de vie de la personne âgée, lors de l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Ben pour construire du coup le plan d'activité notamment ça peut être intéressant. Enfin moi là c'est ce que j'essaye de faire au PASA, si tu veux de faire l'entretien ... après ... l'entretien des habitudes de vie antérieures pour pouvoir les proposer ... déjà dans la chambre de pouvoir se ..., d'agir comme auparavant ne serait-ce que des fois les horaires de toilette tu vois, d'intervenir au moment où la personne à l'habitude aussi, si il avait l'habitude de faire sa toilette plutôt après son petit-déjeuner on peut peut-être faire en sorte de prévenir les collègues. Ouais ça serait plutôt à ce moment-là. Ou c'est une dame qui prenait des douches tous les jours sauf que tu vois en maison de retraite ça va être une fois par semaine sauf qu'elle prenait des douches tous les jours mais elle la gérait seule sa douche donc voilà d'essayer de faire en sorte de garder les habitudes d'avant pour garder, enfin que la personne elle garde ses habitudes. Tu vois c'est un peu notre rôle d'ergo, on n'a tout-à-fait notre place là-dedans pour le quotidien en chambre et après dans le cadre du PASA c'est de lui proposer des activités qui sont signifiantes donc déjà par l'entretien savoir qu'est ce qui pourrait ..., qu'est-ce que la personne aime faire donc après moi j'utilise pas forcément les outils ... voilà sachant qu'on va avoir une formation ergo sur ça donc je pense que ma démarche elle va évoluer aussi grâce à cette formation-là. Mais en tout cas c'est de proposer des activités où c'est signifiant et du coup ben forcément les résidents ils sont actifs et ils prennent des initiatives et cetera qui peuvent être intéressantes pour eux et valorisantes. Et ça c'est la spécificité du rôle d'ergo par rapport aux habitudes et si on pouvait intervenir c'est sûr dès le début en faisant un entretien pour chaque résident ça serait plutôt positif. Mais après on a tellement peu de temps qu'on peut pas quoi. »

Moi : « Justement quels sont les freins et les leviers au maintien des habitudes de vie lors de l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « En tout cas par rapport à l'ergo, c'est que nous on n'a peu de temps donc on ne peut pas faire un entretien, enfin on pas faire un entretien d'entrée à chaque résident, à la limite c'est Cécile qui va faire l'entrée mais qui est à 10 % donc qu'une demi-journée par semaine, donc elle va faire au plus vite le besoin d'installation mais pas forcément un entretien qui va durer une heure. Voilà ... avec plus de temps ça sera possible. »

Moi : « Et les habitudes familiales, enfin qu'est ce qui pourrait freiner à leur maintien dans l'EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Euh ... ben après ça dépend du choix, si ils avaient vraiment choisi d'être dans cet EHPAD là et puis des fois les personnes peuvent se rendre compte que ben ici ça leur convient pas donc qu'ils vont visiter ailleurs, ils ont envie d'aller ailleurs, enfin et puis voilà c'est ce qu'on dit

aussi quand on arrive dans l'EHPAD on est pas, c'est pas parce qu'ils sont ... , c'est leur lieu de vie donc si ils se sentent pas à l'aise enfin ils ont tout-à-fait le droit de faire une démarche de changement d'établissement. Après je sais pas comment c'est expliqué ici tu vois enfin par la cadre mais euh ... nous ce qu'on essaye d'expliqué au SSR que c'est pas parce que vous entrez dans cet EHPAD là et donc ça je l'ai expliquer pas plus tard que la semaine dernière à une famille enfin à la dame dont je te parlais tout à l'heure. C'est pas parce que vous rentrez dans cet EHPAD là que vous êtes obligé de rester dans cet EHPAD là. Si vous avez choisi et elle me parlait de la maison de retraite Nazareth notamment, si vous souhaitez être à Nazareth vous pouvez toujours laisser votre dossier à Nazareth et les recontacter régulièrement pour, dès, quand il y aura une place disponible, qu'elle puisse rentrer dans cet EHPAD là et en attendant peut-être d'être ailleurs parce qu'elle sait qu'elle ne rentrera pas à la maison tu vois. Mais euh... hum. »

Moi : « Tout à l'heure tu me parlais que la famille pouvait par exemple intervenir lors de la toilette ou des choses comme ça. Ça c'est donc plutôt bien accepté par l'EHPAD. »

Ergothérapeute 2 : « Après je pense que des fois les soignantes elles aiment, enfin ça peut être compliqué pour elles aussi de se dire que ben... mais je pense que, après ça va dépendre de la tolérance de chaque soignant aussi si tu veux. Mais tu as des soignants qui le comprennent bien et qui veulent aussi montrer que nous on peut les aider enfin n'hésitez pas à diminuer progressivement cette aide faut que ce soit progressif je pense, parce que si c'est brutal ça va faire forcément enfin ouais. »

Moi : « Et si y avait des habitudes de vie autres que liées aux soins personnels, est-ce qu'il y aurait possibilité qu'elles soient maintenues ? »

Ergothérapeute 2 : « Comme quoi ? »

Moi : « Euh... une famille qui vient voir la personne âgée tous les soirs mais ça tombe au moment du repas. Comment »

Ergothérapeute 2 : « Ah mais je sais par exemple en bas y a une dame qui mange tous les soirs avec son fils dans la chambre. C'est possible. Tu as un couple, ils vont très régulièrement manger chez leurs enfants, c'est possible quoi. »

Moi : « Ça s'organise facilement, c'est pas »

Ergothérapeute 2 : « Ouais je pense que ça s'organise. Pour garder justement le lien entre la famille et puis le résident. Hum ils sont pas cloitrés à rester dans l'EHPAD c'est toujours pareil c'est un lieu de vie donc ... y en a qui peuvent partir en vacances avec leur famille aussi enfin ... ça peut se faire aussi. »

Moi : « Oui ça c'est pas infaisable en terme d'organisation. »

Ergothérapeute 2 : « Non. »

Moi : « D'accord. Quel pourrait être le rôle de l'ergothérapeute lors de la préparation en amont donc de l'entrée en EHPAD ? »

Ergothérapeute 2 : « Euh ... ben ouais déjà, enfin moi je vois en SSR ça serait effectivement de pouvoir faire déjà des évaluations liées à l'autonomie tu vois qu'on peut faire et puis après le point justement sur les habitudes de vie pour transmettre à l'EHPAD ce que la personne... euh, déjà faire un premier point, premier bilan avec la personne et puis transmettre dans ce cas à l'EHPAD en question ça, ça pourrait être fait. C'est ce qui a marché dans le SSR, enfin des fois c'est, enfin c'est

déjà arrivé que ça se passe quoi. Après est-ce que c'est mis en place par l'EHPAD ... l'avant fait qu'on peut pas savoir après, on a pas la possibilité d'aller voir après mais en tout cas on peut faire cette démarche-là. »

Moi : « D'accord. Tout à l'heure on parlait d'entretien qui pourrait être bien de faire en amont. Quel champ serait interrogé par exemple, par l'ergothérapeute ? »

Ergothérapeute 2 : « Euh ... ben déjà la sphère effectivement motrice on va dire enfin dans les déplacements et l'installation, toute cette partie-là. Après ça dépendra des troubles de la personne, si c'est une personne qui a des troubles cognitifs ça peut être intéressant si on a fait un suivi par rapport à, et puis mis en place des activités par exemple tu vois au SSR je fais un atelier cuisine est-ce que si elle sait intégrer dans l'atelier cuisine et faire une démarche pour transmettre aussi que ce type d'atelier là ça peut correspondre à la personne ça c'est ce que j'essaie de faire en tout cas au SSR. »

Moi : « Donc ça serait interroger les sphères physiques cognitives et aussi les activités. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais »

Moi : « D'accord. Quel pourraient être les moyens pour faire ça ? »

Ergothérapeute 2 : « Les moyens c'est toujours du temps, et puis les moyens aussi effectivement des formations par rapport à l'occupation centrée ça pourrait être intéressant que l'ergo on est bien ça en tête aussi ça c'est quand même une de nos spécificités. Euh ... l'accord de la personne, tu vois. »

Moi : « D'accord. »

Ergothérapeute 2 : « Après ça dépend si c'est une personne qui vient du domicile, ou là je te parle du SSR, quoi. »

Moi : « Que penses-tu de la collaboration entre les soignants enfin l'équipe et la famille pour le maintien des habitudes de vies antérieures ? »

Ergothérapeute 2 : « Ben je pense que c'est hyper important parce que tu vois ils ont une fiche aussi à l'entrée du coup elle a une fiche sur justement les habitudes de vie. Elles essaient quand même de prendre en compte les habitudes de vie les cadres, après elles vont peut-être pas développer autant que nous on puisse le développer mais elles essaient quand même de faire en sorte que ça puisse, qu'ils puissent garder leurs habitudes de vie antérieures. Donc soit auprès de la personne, soit auprès aussi de la famille qui fait après le PAP : projet d'accompagnement personnalisé. Qu'elles construisent avec le résident aussi, elles mettent en place les objectifs avec le résident normalement et ça permet de créer un lien entre un soignant IDE et un soignant aide-soignant ou autre de l'EHPAD qui va construire ce projet là avec la personne, ça c'est plus la cadre, avec la personne et la famille. »

Moi : « D'accord, la famille est prise en compte aussi dans la construction du PAP. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais. ... après le PAP il est, ... Le délai entre l'arrivée et puis la présentation du PAP ça peut être fluctuant, mais c'est dans les six premiers mois quoi. »

Moi : « D'accord et après il est revu tous les ... »

Ergothérapeute 2 : « Il est revu tous les ans je crois. »

Moi : « D'accord »

Ergothérapeute 2 : « Ou plus, ... je sais plus vraiment mais normalement ça doit être revu tous les ans. Moi je participe à des PAP, quand c'est les résidents du PASA. »

Moi : « D'accord. Donc et ton rôle du coup par rapport à ça. »

Ergothérapeute 2 : « Ben en ... un peu en expertise tu vois de tout ce qui va être dit ... si j'ai accompagné aussi la personne je vais pouvoir donner des pistes aux soignantes qui font l'accompagnement, si elles ont eu des difficultés au quotidien c'est de trouver des solutions pour ces difficultés-là. Ça a pu permettre des fois... d'accompagner ... une résidente au moment du repas ou on avait des difficultés au moment du repas où elle arrivait pas à monter à la bouche. Donc faire des mises en situations pour trouver des aides techniques notamment nécessaires pour qu'elle puisse garder son autonomie, du coup il peut y avoir des choses comme ça qui, des questionnements, aides techniques, matériel mais aussi des fois cognitif. »

Moi : « D'accord. »

Ergothérapeute 2 : « Explication aussi au PASA de ce que nous on met en place au PASA pour que les collègues aussi tu vois face le lien entre ce qui est fait dans les soins et dans l'EHPAD et dans le PASA et c'est souvent un peu flou pour les collègues hors du PASA. »

Moi : « Hum ... si je résume, ... l'entrée en EHPAD ça peut être vécu comme un traumatisme. »

Ergothérapeute 2 : « Hum »

Moi : « Après y a quand même pas mal de choses qui sont déjà mises en place pour essayer de faciliter cette adaptation. »

Ergothérapeute 2 : « Hum »

Moi : « La famille est pas mal incluse dans ça et le rôle de l'ergothérapeute dans tout ça, ça pourrait être d'interroger les activités quotidiennes. »

Ergothérapeute 2 : « Hum »

Moi : « De favoriser leur mise en place par la suite. »

Ergothérapeute 2 : « Hum »

Moi : « voilà, par le biais du PAP pourquoi pas. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais »

Moi : « tu vois d'autres choses qui pourraient tourner autour de ça ? »

Ergothérapeute 2 : « ... des activités et puis l'installation tu vois tout, enfin voilà la globalité de la personne, c'est vrai qu'on a cet œil-là d'ergo de pouvoir proposer ce genre de chose là mais ce qui n'est pas forcément connu encore de ... des autorités on va dire et des soignants même. Des fois, pour les soignants ... souvent on est les techniciens quoi qui vont régler les fauteuils tu vois et d'avoir une autre démarche c'est intéressant, c'est agir aussi sur autre chose que sur l'installation fauteuil et du réglage fauteuil. »

Moi : « Nos rôles sont peu connus au final par les autres professionnels. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais, les ... tu vois moi c'est pour ça que j'aime bien le travail en PASA, c'est que du coup j'ai complètement un autre rôle que l'ergo technicien et de montrer qu'il y a aussi un ergo relation quoi qui est possible aussi, pas que de l'ergo technicien. Et souvent on, ... enfin moi j'essaie d'expliquer que non je suis pas un ..., si y a un problème le fauteuil il est cassé je pourrai rien faire quoi, donc allo le technicien y a pas de soucis, moi je vais pas être mieux que, enfin tu vois. Donc, c'est aussi dans les équipes faire changer les regards sur le métier d'ergo, mais y a tellement souvent des EHPAD ou y a peu de temps ergo que ben la nécessité c'est quoi en EHPAD, c'est que les résidents soient bien installés pour qu'ils puissent sortir de la chambre, tu vois malgré tout. Ou être, enfin ou modifier une installation au lit pour être le mieux possible pour éviter les déformations et cetera aussi. Mais euh ... c'est vrai que les temps ergo sont tellement courts en général dans les EHPAD que les soignants ne voient que cet aspect-là de l'ergo et c'est vrai que pouvoir développer autre chose et montrer qu'on a tout un intérêt sur autre chose ça peut être intéressant. Et notamment grâce aux PASA qui se multiplient dans les EHPAD ça peut être ... et donc voilà tu vois. Ça permet que voilà, les soignants comprennent qu'il y a un autre regard, que l'ergo c'est autre chose que le technicien. »

Moi : « Depuis que tu es au PASA tu a pu remarquer cette différence ? »

Ergothérapeute 2 : « Depuis que je travaille au PASA, enfin quand j'ai commencé à l'EHPAD 1, j'avais commencé vraiment ergo technicienne et je me suis battue, pour non, ben voilà quand y a un truc cassé non ben je pourrai rien faire je peux pas faire, on peut régler un frein de temps en temps ben ok ça c'est important pour la sécurité du résident et puis donc ok mais un truc cassé ben franchement je pourrai rien faire quoi. Moi je suis là pour trouver des solutions pour qu'au quotidien ça se passe bien pour le résident enfin, donc voilà essayer d'expliquer qu'on n'est pas qu'un technicien donc et quand on m'a proposé après rapidement le poste PASA j'intervenais sur les deux domaines : PASA et puis et en même temps un peu aussi dans le positionnement et cetera et donc là ça a apporté une autre chose auprès des soignants qui ont compris ben ah ouais l'ergo peut proposer autre chose quoi. Donc là c'était intéressant. C'est vrai que moi après le poste de PASA me plaît parce que j'aime bien cet aspect cognitif et puis cet aspect relationnel avec le résident et puis on est dans de la chronicité un petit peu du coup dans un suivi, les résidents ils changent pas toutes les semaines. Ils apprennent à nous connaître et j'apprends à les connaître tu vois et donc ça c'est intéressant et puis leur permettre d'agir, de voir les sourires, de voir tout ça, c'est plaisant. Mais ça plaît pas à tous les ergo, ça, ça va dépendre de chaque, des collègues, elles viendraient pas là pour ... »

Moi : « C'est quand même un de nos domaines d'activités même si ça ne plaît pas à tout le monde. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais, et on est vraiment dans l'activité au moins on leur permet d'agir dans le quotidien et d'être acteur et de les laisser tu vois comme tout à l'heure de les laisser agir et de trouver des solutions par eux mêmes quoi aussi. »

Moi : « si tu veux je vais te lire ma problématique et mes hypothèses et comme ça tu pourras me dire ce que tu en penses. »

Ergothérapeute 2 : « Hum »

Moi : « Donc en quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser la résilience de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD en impliquant la famille dans l'accompagnement ? Donc la première, une de mes premières hypothèses c'est que l'ergothérapeute est un interlocuteur privilégié pour évaluer adapter et intégrer les routines familiales au sein de la structure et ainsi faciliter l'adaptation de la personne âgée à ce nouvel environnement. Ensuite l'ergothérapeute a une place pertinente lors de la préparation de l'entrée en EHPAD. Et la résilience est favorisée par le maintien des relations familiales grâce à la prise en compte des routines familiales par les professionnels de santé. »

Ergothérapeute 2 : « Hum ... par rapport à ça tu vois notamment par rapport au, après c'est par rapport à l'entrée au PASA, pour certains, enfin c'est un peu comme une entrée en EHPAD c'est une entrée dans autre chose quand même le PASA et je pense à une résidente dont la famille est bien impliquée dans l'EHPAD qui participe à l'atelier pâtisserie toutes les semaines qui est hyper, c'est une dame quand on a fait les bilans au niveau même expression qui pouvait dire au ben ça fait longtemps qu'on le sait enfin voilà c'est vraiment dans la communication c'était pas forcément facile. Le changement c'était pas forcément quelque chose qu'elle souhaitait et maintenant qu'elle est dans l'EHPAD elle est beaucoup plus ouverte, beaucoup plus souriante, plus, quand on la voit dans le couloir elle nous, que ce soit les collègues ASG ou moi elle nous reconnaît et puis ... ah ben alors c'est quand qu'on fait la pâtisserie et cetera enfin voilà, hyper souriante et depuis qu'elle, donc toutes les semaines on fait l'atelier pâtisserie donc avec un petit, une petite recette chaque semaine donc elle la prend avec elle pour la donner à ses enfants par exemple donc ça, ça crée la relation familiale. Ses enfants ils nous croisent et ils sont souriants ils sont très contents de voir que leur maman elle s'épanouit dans les activités proposées en fait. Et là du coup ça crée des liens et puis, une acceptation aussi de la participation de leur maman à cet atelier-là qui est toutes les semaines quand même tu vois, et ils font en sorte de pas venir à ce moment-là pour lui permettre de venir. Et on les a déjà invités à venir manger le gâteau avec nous, ça met une relation intéressante entre nous aussi et puis la famille. Mais tu vois, pourtant cette dame-là ça fait des années qu'elle vivait là mais c'est comme une entrée, c'est comme un renouveau quand même. »

Moi : « Ça a quand même permis une meilleure adaptation. »

Ergothérapeute 2 : « Ouais, elle était plutôt apathique elle faisait plus rien, elle a repris le tricot, elle a repris les activités qu'elle faisait plus forcément avant depuis qu'elle est rentrée dans ce programme-là, tu vois. Donc le fait d'agir sur ses habitudes, sur ce qu'elle aimait faire et ben malgré tout ça lui a permis de gagner en envie en tout cas de continuer à avoir l'envie de vivre dans l'EHPAD tu vois. Et pas se fermer ... comme ce qu'elle commençait plutôt à faire tu vois. »

Moi : « C'est intéressant de voir que même à distance ça peut fonctionner. »

Ergothérapeute 2 : « C'est ça pas forcément que au niveau de l'entrée dans l'EHPAD mais aussi tu vois à un moment donné quand on trouve plus de solutions pour la personne en tout cas y a ce genre de structure-là qui ouvre ça peu recréer une bonne dynamique. Par exemple même si c'est limité à un nombre de résidents, on peut pas avoir, et puis après tous les résidents non pas la nécessité de venir à ce type d'activité là mais même une personne qui a pas de trouble cognitif de proposer des activités signifiantes ça serait très bien. »

Moi : « C'est l'idée que j'essaie de développer. »

Ergothérapeute 2 : « C'est vrai que moi je suis limité à la personne désorientée mais toute personne âgée qui rentre en EHPAD si on lui propose des activités signifiantes et ben je pense que ça serait super. »

Moi : « Bon ben voilà pour moi c'est bon, merci d'avoir pris du temps pour cet entretien. »

ANNEXE V : Tableau d'analyse des entretiens des ergothérapeutes

	Lien avec le concept	Questions	Réponses Ergo 1 ; Ergo 2 ; Ergo 3 ; Ergo 4
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> Prendre connaissance avec l'ergothérapeute enquêté. Comprendre le cadre de travail de l'ergothérapeute. 	Pouvez-vous vous présenter d'un point de vu professionnel ?	Missions actuelles : <ul style="list-style-type: none"> Installation, gestion du matériel, mise en place d'aide technique, coordination du PASA, mise en place d'atelier Evaluation, mise en place d'aide technique, transfert, installation, coordination du PASA, mise en place d'atelier Formation sécurité au travail, installation, prévention cutanée, transfert, mise en place d'aide technique, conseil-éducation à la santé, aménagement de l'environnement, rééducation Gestion de matériel, installation, mise en place d'aide technique, prévention cutanée, mise ne place d'atelier, transfert
Thème 1 : les conséquences de l'entrée en EHPAD	Le but est de confirmer que l'entrée en EHPAD de part une modification de l'environnement (physique, humain, matériel ...) et un certain nombre de pertes : perte occupationnelle, perte identitaire, bouleversement de la dynamique familiale ; peut être considéré comme une période stressante et donc amener à la résilience.	<ol style="list-style-type: none"> Selon votre expérience quel peut-être l'impact de l'entrée en EHPAD sur la personne âgée ? Selon votre expérience quel peut-être l'impact de l'entrée en EHPAD sur l'entourage proche ? 	<ul style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> L'entrée peut engendrer un bouleversement psychologique, qui se manifeste par de l'inquiétude ou un sentiment d'abandon. La vie en communauté fait peur, la présence du mobilier personnel peut rassurer. Les rôles familiaux sont bouleversés par le vieillissement, les parents retournent en enfance et les enfants prennent soin de leur parent. Avec le couple, souvent l'aidant perd son rôle d'aidant et la séparation reste deux éléments difficiles lors de l'entrée en EHPAD. <ol style="list-style-type: none"> L'entrée en EHPAD est rarement un choix, c'est souvent lié à une perte d'autonomie et un problème de maintien à domicile. L'institution impose la collectivité ce qui engendre une perte d'indépendance et d'autonomie au niveau de la cuisine, du ménage même si les résidents peuvent garder ou prendre l'initiative d'avoir quelques missions propres tels qu'arroser les fleurs de l'EHPAD. Ces deux éléments peuvent provoquer des états dépressifs, de l'apathie, de la colère voire des troubles du comportement, mutisme. au niveau familiale l'entrée en EHPAD peut amener un sentiment d'abandon chez les enfants, dépendamment des relations antérieures au sein de la famille. Soit la famille est très présente, soit elle peut se décharger totalement, l'importance c'est qu'elle garde leur fonctionnement antérieur.

			<p>Les rôles peuvent aussi être modifiés par exemple le rôle d'aidant peut avoir une place importante et disparaître lors de l'entrée en EHPAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) l'entrée en EHPAD peut être apparentée à une phase de deuil, l'acceptation n'est pas facile. Il y a un risque de perte d'autonomie, d'une désorientation en lien avec le changement d'environnement. L'entrée provoque une perte d'activité (potager, cuisine, conserve, ...) et de relation sociale (voisin). Cela peut amener de l'agressivité, de la peur, de l'incompréhension et de la tristesse. Il y a aussi une modification des rôles, perte du rôle de patriarche de la maison qui engendre une perte de dignité, de charisme, de posture et de repère à l'origine d'une grande souffrance pour certaines personnes. L'entrée en EHPAD atteint l'identité de la personne. • 2) « pour le conjoint, ou la famille, oui il y a un côté de culpabilité énorme. ». La famille peut se sentir dépossédée et avoir une sensation de vide. • 1) l'ergo a pu observer un syndrome de glissement possible consécutif à l'entrée en EHPAD. Les résidents ont souvent des difficultés à se sentir chez eux-mêmes en présence de leur mobilier et de photos. L'entrée en EHPAD est un bouleversement du quotidien « ça change tout », cela peut amener des changements de comportement, avec une inversion du cycle veille / sommeil, des hallucinations, des pertes de repère spatio-temporel. Les personnes sont déstabilisées elles peuvent être en colère, tristes. De plus la vie en collectivité limite la liberté de chacun car « leur liberté s'arrête là où commence celle des autres ». • 2) Pour la famille la culpabilité ressort beaucoup, même si elle parfois soulagé, il persiste un sentiment d'échec du maintien au domicile. Il peut aussi y avoir de l'incompréhension des contraintes de l'institution (peu de séance de kiné, beaucoup de linge nécessaire, ...).
<p>Thème 2 : l'adaptation au changement consécutif à l'entrée en EHPAD</p>	<p>Je cherche à connaître les moyens de résilience déjà mis en place par les personnes âgées sans aide extérieur. Il me</p>	<p>Quelles stratégies avez-vous pu observer chez les personnes âgées pour faire face aux changements induits par</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soit les personnes cherchent le soutien d'une personne ressource soignant ou résident comme repère au début et la suivent, la cherchent très souvent. Soit la personne reste seule. Dans le milieu rural, les résidents se connaissent par avance, le contact est donc plus simple. Lorsque le soignant va au domicile avant l'entrée en EHPAD ça donne un repère dans

	<p>semble que notre rôle et plutôt de soutenir la mise en place de ces moyens, ils seront plus efficace s'il émane de la personne. Si ce n'est pas le cas, notre rôle est peut-être alors de pallier au manque de moyen d'adaptation.</p>	<p>l'entrée en EHPAD ?</p>	<p>l'établissement. Ici la cadre va au domicile mais n'est pas dans le service c'est donc plus difficile d'accompagner la phase d'accueil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • C'est difficile pour elle de répondre à la question comme elle n'est pas souvent présente. Elle remarque tout de même que l'adaptation est personne dépendante, certaines vont se refermer progressivement sur elles-mêmes, d'autres vont s'insérer dans un groupe. Souvent les liens se créer en fonction des places à tables, et puis certains résidents entraînent les nouveaux arrivants vers les animations. L'adaptation peut passer aussi par l'activité et les relations sociales l'ergo retranscrit les propos d'une personne qui a intégré le PASA « elle se sentait mieux dans l'EHPAD, parce qu'elle avait plus de relations sociales avec d'autres personnes, plus d'activités et elle se sentait plus investie dans l'EHPAD qu'avant ». • Certains résidents vont restés dans leur bulle, d'autres au contraire vont beaucoup parler pour connaître les professionnels et les autres résidents. Au début « la personne va beaucoup parler de sa famille, de qui elle était avant comme si justement au niveau de l'identité elle a besoin de se rassurer et de nous dire mais j'étais quelqu'un avant. ». « La place à table va avoir un impact hyper important pour l'intégration plus ou moins heureuse dans la structure ». certaines personnes mettent en place des rituels téléphoniques avec leurs proches pour recréer du lien, d'autres vont faire en sorte de tout faire avant le passage des soignants pour montrer qu'ils « maîtrisent encore ». • Ça va vraiment dépendre des résidents et de leur tempérament, certains vont vers les autres et suivent toute les animations, d'autres préfèrent la solitude.
<p>Thème 3 : la place des proches au sein de l'EHPAD</p>	<p>L'objectif de ce thème est de savoir si l'entourage a une place pertinente dans le rôle de tuteur de résilience. Ensuite, il s'agit de voir si sur le terrain, les</p>	<p>Quelle place devrait avoir les proches lors de l'entrée en EHPAD ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement la famille accompagne le résident lors de l'emménagement, elle participe au projet personnalisé lorsque la personne ne peut pas répondre seule. Les soignants peuvent solliciter la famille pour rassurer le résident en cas de trouble du comportement. La famille a la possibilité d'agir librement, elle peut sortir le résident quand elle le veut. • Dans l'organisation actuelle la famille a une place lors de l'entretien de préparation de l'entrée en EHPAD, de la visite de l'établissement. Elle est

	<p>professionnels remarque une importance dans la communication au sein de la famille lors de l'entrée en EHPAD.</p>		<p>aussi sollicitée dans la réalisation du projet d'accompagnement personnalisé. L'équipe s'adapte et laisse la famille prendre la place qu'elle souhaite au sein de la structure par exemple en tant que bénévole pour l'animation, lors des toilettes, au moment des repas ou des sorties vers l'extérieur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La place de la famille dans l'EHPAD dépend de la relation que les proches ont avec le résident. Ils interviennent souvent pour aider les soignants à connaître les habitudes de vie, l'histoire de vie, les relations familiales, les événements douloureux que la personne ne va pas forcément dire. Ils ont un rôle lors de l'emménagement. L'ergothérapeute appelle parfois la famille avant l'entrée en EHPAD pour lui poser des questions. • La famille est présente lors de l'emménagement pour amener les meubles, les vêtements, les cadres... qui donnent des repères aux résidents. La famille est aussi interpellée lors des projets personnalisés et autour des habitudes de vie. L'équipe invite la famille à sortir vers l'extérieur autant que possible car les locaux sont peut adaptés pour recevoir beaucoup de personnes. Certains vont s'investir dans le bénévolat au sein de la structure. La famille est conviée une fois par an à la réunion des familles où ils peuvent exprimer leurs besoins, leurs interrogations et requêtes. Cette réunion permet aussi à l'équipe d'évaluer la satisfaction des services proposés.
<p>Thème 4 : les habitudes de vie au sein de l'EHPAD</p>	<p>Ce thème, aborde la légitimité de l'ergothérapeute dans l'étude des habitudes de vie en lien avec la base de la profession, la science de l'activité. Je cherche aussi à me confronter avec la réalité du terrain face à cette problématique.</p>	<p>En quoi l'ergothérapeute est-il légitime ou non dans la prise en compte des habitudes de vie de la personne au sein d'une EHPAD ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapeute a une place légitime dans la prise en compte des habitudes de vie mais je n'ai pas le temps de les interroger pour chaque entrée. La MCRO pourrait être intéressante surtout pour la participation sociale mais manque de temps. Sauf quand la personne provient d'un établissement de santé où l'ergothérapeute peut me donner ces informations. Lorsque la personne vient du domicile c'est plus difficile. La limite du maintien des routines familiales semble être la sécurité et un levier serait l'équipe adaptable aux habitudes de la personne. • « Mais en tout cas c'est de proposer des activités où c'est signifiant et du coup ben forcément les résidents ils sont actifs et ils prennent des initiatives et cetera qui peuvent être intéressantes pour eux et valorisantes. Et ça c'est la spécificité du rôle d'ergo par rapport aux habitudes ». l'ergothérapeute se

			<p>base sur les activités signifiantes pour la personne, dont ses habitudes de vie pour favoriser son autonomie. « on est vraiment dans l'activité au moins on leur permet d'agir dans le quotidien et d'être acteur ». elle a pu observer que la prise en compte des habitudes de vie au sein du PASA avait permis un changement de comportement chez une dame en lien avec une meilleure adaptation dans son milieu de vie. L'une de nos compétences c'est aussi d'évaluer les habitudes pour faciliter leur mise en place et leur adaptation par les soignants. L'ergothérapeute a une vision globale de la personne qui lui permet d'agir sur les habitudes familiales. Actuellement c'est la cadre qui interroge les habitudes de vie mais « elles vont pas développer autant que nous on puisse le développer ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • « forcément habitudes de vie nous en tant qu'ergo ça nous parle c'est notre cœur de métier ». actuellement c'est la cadre qui interroge les habitudes de vie lors de l'entretien d'entrée, l'ergo peut lui demander d'interroger telle ou telle chose, mais ça ne va pas être suffisant. L'ergothérapeute a aussi sa place parce qu'il peut adapter les activités pour que la personne puisse refaire ou conserver ses activités signifiantes « en tant qu'ergo là on est légitime complètement ». de plus, l'ergo peut aussi interroger le cheminement occupationnel de la personne pour accompagner le deuil. • L'ergothérapeute a tout sa place dans les habitudes de vie entre autres parce qu'il peut les adapter. Actuellement elle n'a pas de temps à y consacré mais l'équipe prend bien en compte les habitudes de vie, s'adapte et l'interpelle en cas de besoin. Les freins au maintien des habitudes de vie sont les locaux qui ne permettent pas d'accueillir autant de personnes qu'au domicile et le temps que les professionnels ont à consacrer à l'accueil des familles par exemple pour un repas. L'une des habitudes de vie les plus difficiles à maintenir reste l'alimentation, « ils ont l'habitude de manger certaines choses chez eux et qu'ici ils ne retrouvent pas donc le repas c'est catastrophique ». La collectivité limite l'adaptation possible.
Thème 5 : la préparation de l'entrée en EHPAD	Le but est ici de concrétiser la perspective que	Selon vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la préparation de	<ul style="list-style-type: none"> • Il semble pertinent pour l'ergothérapeute d'interroger les routines familiales et de favoriser leur mise en place au sein de l'EHPAD mais cela peut-être difficile au vue des limites institutionnelles de temps et de champs de

	<p>l'ergothérapeute a une place autour de l'entrée en EHPAD, par des pistes d'actions. Mais aussi de connaître l'opinion des professionnels sur l'idée que la collaboration famille-soignant peut favoriser la résilience de la personne âgée.</p>	<p>l'entrée en EHPAD ?</p>	<p>compétence non reconnus pour les ergo au sein des EHPAD. La mission est prise par la cadre depuis longtemps car elle interroge aussi toute la sphère médicale (traitement, ...) ou nous ne serions pas légitimes mais la collaboration pourrait être intéressante. La collaboration soignant-famille est déjà présente et à maintenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « si on pouvait intervenir c'est sûr dès le début en faisant un entretien pour chaque résident ça serait plutôt positifs. » pour cela elle pense à une évaluation liée à l'autonomie, la prise en comptes des habitudes de vie en relais avec l'équipe, l'évaluation des sphères physique et cognitive. La collaboration de la famille avec l'équipe c'est « hyper important » pour conserver les habitudes de vie antérieures. • Lors de la préparation de l'entrée en EHPAD l'idéal serait d'aller au domicile des personnes pour passer du temps pour rassurer le conjoint, pour comprendre les activités signifiantes pour la personne et évaluer ses capacités et donner un sentiment de reconnaissance à la personne âgée. Lors de l'entrée, une évaluation à la toilette permettrait de réajuster au mieux le plan de soin. Il y a une bonne collaboration de l'équipe avec les familles, l'équipe s'adapte au mieux aux habitudes de vie. « on a aussi un rôle en tant qu'ergo c'est de faire participer les familles. » • Lorsqu'elle prépare l'entrée avant l'arrivée de la personne en prenant contact avec l'ergothérapeute qui s'en occupait par exemple, ou avec la famille pour connaître les habitudes de vie, ça se passe mieux. Il faut vraiment anticiper les arrivées, prévoir le matériel, remettre en place rapidement les habitudes de la personne par exemple les habitudes alimentaires du petit déjeuner. A l'heure actuelle c'est la cadre qui visite la personne pour l'entretien avant l'entrée, elle questionne les habitudes de vie. Sans avoir plus de temps de présence auprès des résidents il paraît difficile de consacrer du temps aux habitudes de vie. Même si les habitudes de vie ne semblent pas être la priorité au vu de la grabatisation des résidents qui devient de plus en plus importante.
--	--	----------------------------	---

ANNEXE VI : Tableau d'analyse des entretiens des personnes âgées

	Liens avec le concept	Questions	Réponses Résidente 1 ; Résidente 2
Présentation	Faire connaissance avec la personne âgée interrogée. Données sociodémographiques qui aideront à l'analyse des réponses	Pouvez-vous vous présenter ?	La résidente 1 aura 89 ans au mois de mai 2017, elle est veuve depuis 23 ans. Elle a 6 enfants (retraités), 15 petits-enfants et 8 arrière petits-enfants. Ses loisirs sont la musique, et le coloriage de mandala. La résidente 2 vit avec son mari (92 ans, cette année) atteint de la maladie de Parkinson dans une chambre double de l'EHPAD. Mme a 88 ans cette année. Le couple a 5 enfants, 5 petits-enfants et 10 arrière petits-enfants. Les loisirs de madame, sont le crochet, le point de croix, avant au domicile, elle utilisait une machine à tricoter
Thème 1 : l'entrée en EHPAD	L'objectif est de comprendre le contexte de l'entrée en EHPAD afin d'enrichir l'analyse des données recueillies. C'est aussi de connaître la place de la famille dans l'entrée en EHPAD.	Pouvez-vous me raconter votre arrivée ici ?	Mme sort des soins de suite, suite à une chute, et rentre à l'EHPAD en octobre 2016 car elle ne peut pas retourner au domicile. « Je n'ai pas choisi cette EHPAD c'était la seule qui n'était pas dans ma liste, mais il a fallu tellement que les enfants se décident vite, y avait que celle-là ». Ses enfants ont pris la décision dans l'urgence d'une entrée dans cette EHPAD puis l'ont aidée à emménager les meubles. Mme prend du recul sur l'arrivée ici, elle pense que ses enfants ont fait ce qu'ils ont pu même si sur le moment elle aurait aimé qu'ils fassent plus. « ils étaient effondrés autant que moi », c'était très difficile pour Mme de penser qu'elle ne retournerait plus jamais dans sa maison et qu'elle allait devoir se séparer de tous ses souvenirs accumulés à l'intérieur. Le couple est rentré depuis le 15 novembre 2016, suite à un problème de santé (artérite) de Mme. Le couple n'a pas choisi cet établissement, c'était la seule possibilité qui s'offrait à eux sur le moment. L'entrée s'est faite en 9 jours, depuis le domicile. Ses enfants l'ont aidée pour l'emménagement des meubles, « heureusement qu'ils étaient là ». Une visite a été réalisée avant l'entrée en EHPAD.
Thème 2 : les conséquences de l'entrée en EHPAD sur la PA	Le but est de confirmer que l'entrée en EHPAD de par une modification de l'environnement (physique,	Comment l'entrée en EHPAD a changé votre quotidien ?	La chambre est petite mais la personnalisation de la chambre est importante pour Mme qui ne se sent pas chez elle à l'EHPAD. Ses habitudes de vie ont été modifiées, Mme imprimait des mandalas avec son ordinateur et son imprimante puis les coloriait, elle n'a pas ses crayons, ses mandalas et son imprimante dans

	<p>humain, matériel ...) et un certain nombre de pertes : perte occupationnelle, perte identitaire, bouleversement de la dynamique familiale ; peut être considérée comme une période stressante et donc amener à la résilience</p>		<p>l'EHPAD, par manque de place et parce que ses enfants ne lui ont pas encore rapporté son matériel. Mme écoutait aussi beaucoup de musique mais elle n'a pas encore tous les CD qu'elle veut. Ses enfants ont dû trier son linge pour lui emmener ce qu'elle voulait, ce qui a été difficile car ils ne s'intéressaient pas à ça avant et ne comprenaient pas très bien les demandes de madame. C'est difficile pour madame d'être dépendante d'autres personnes. La cuisine change, le linge de maison (draps, serviettes de toilette, nappes, ...) qui est fourni par la structure et où il est inscrit hôpitaux de France rappel aussi toujours qu'il ne s'agit pas du domicile personnel. Elle déplore aussi le manque d'intimité et du respect de la dignité humaine pour les personnes les plus dépendantes principalement.</p> <p>« tout ça c'est un manque d'espace vital et ça je serais prête à payer davantage pour avoir vous savez un petit prolongement de pièce. »</p> <p>L'entrée en EHAPD a aussi modifié les relations avec les amis, même s'ils ne l'ont pas lâchée, ils sont loin et âgés ce qui complique les visites, même s'ils téléphonent c'est différent.</p> <p>Regarder les matchs à la télé était une façon pour cette résidente de créer un lien avec ses enfants, pour en discuter après. Elle a toujours conservé cette habitude dans l'institution.</p> <p>La résidente compare la résidence à un mouiroir, une prison, un monastère, un asile, lors de son arrivée « la marmite était sous pression » ce qui s'est exprimé par de la colère. Elle avait le cafard. Elle a aussi exprimé de la peur en lien avec la vision de la déficience des autres résidents, de devenir comme ça et de faire souffrir ses enfants.</p> <p>Beaucoup de changements avec la famille : « maintenant c'est moi qui obéis au lieu que ce soit eux ». Surtout que cette sensation est aggravée par le fait que ce soit ses enfants qui ont son argent et elle doit leur demander à chaque fois pour payer la moindre chose. Néanmoins, elle voit ses enfants davantage mais sur des temps plus courts, par contre elle voit peu ses petits-enfants. Avant elle accordait une grande importance à s'occuper de ses petits-enfants, à jouer avec eux. Dans la famille tout le monde (madame et ses enfants) était libre de ses choix et c'est toujours le cas.</p> <p>Lorsque ses enfants viennent la voir dans l'EHPAD, ils discutent, ils vont se promener. Avant, ils passaient beaucoup de temps à regarder les albums photos</p>
--	---	--	---

			<p>de madame et à jouer, elle ne peut plus faire ça par manque d'espace, ce qui ne lui permet pas d'avoir tous ses albums photo et ne laisse pas l'espace suffisant pour jouer ensemble.</p> <p>La résidente remarque comme changement, l'organisation de l'espace qui est très petit pour deux personnes, par exemple les armoires qu'elle ne trouve pas fonctionnelles. De plus le personnel range le linge mais pas comme madame avait l'habitude.</p> <p>Contrairement au domicile ici, madame ne peut plus faire sa cuisine, ce qui lui manque beaucoup jusqu'à en rêver la nuit.</p> <p>Lors de l'entrée en EHPAD le couple se disait qu'ils venaient en vacances, ils apprécient d'être au rez de jardin ils pourront se promener aux beaux-jours.</p> <p>Concernant le tricot : « c'est pas pareil qu'avant là je fais de l'occupation, il faut ça pour occuper sa tête, avant c'était des tricots beaucoup plus grands » pulls pour les petits enfants avec un objectif plus personnel et signifiant. Ici elle n'a pas la place de mettre la machine.</p> <p>Les relations familiales n'ont pas été modifiées depuis l'entrée en EHPAD, les enfants les emmènent vers l'extérieur aux repas de famille. Ils viennent toujours aussi régulièrement, le dimanche et parfois en milieu de semaine.</p> <p>Ils continuent à partir en vacances avec la maison de retraite.</p> <p>Madame a trouvé très difficile de ne pas avoir son carnet de chèques et d'être tributaire de ses enfants pour l'argent.</p> <p>Difficile d'être confronté à la dépendance des autres résidents. Difficulté de se conformer aux contraintes de la collectivité, l'équipe communique peut ou pas sur ses contraintes.</p>
<p>Thème 3 : les habitudes de vie</p>	<p>J'interroge la pratique de l'EHPAD à propos de la prise en compte des habitudes de vie de la personne âgée et le ressenti de la personne face à ça, afin de faire ressortir le niveau d'importance des habitudes de vie.</p>	<p>Est-ce que quelqu'un vous a demandé quelles étaient vos habitudes de vie avant d'entrée ici ?</p>	<p>On lui a légèrement demandé mais ça ne sert pas à grand-chose selon madame puisqu'elles ne sont pas totalement prises en compte après. « c'est vous qui devez vous adapter plus que le personnel ». « c'est quand même une privation de liberté ». Liberté = « respect total de l'autre de ses désirs dans la mesure où ils sont raisonnables ».</p> <p>La cadre leur a demandé de faire un récit de leur vie d'avant, mais elle n'a pas donné suite à ce récit.</p>

<p>Thème 4 : l'adaptation aux changements consécutifs à l'entrée en EHPAD</p>	<p>Je cherche à connaître les moyens de résilience déjà mis en place par les personnes âgées sans aide extérieure. Il me semble que notre rôle et plutôt de soutenir la mise en place de ces moyens, ils seront plus efficaces s'ils émanent de la personne. Si ce n'est pas le cas, notre rôle est peut-être alors de pallier au manque de moyens d'adaptation.</p>	<p>Qu'avez-vous mis en place pour mieux supporter le changement de lieu de vie ?</p>	<p>La résidente s'attendait à pouvoir communiquer beaucoup avec les autres résidents, mais elle s'est rendu compte que bons nombres étaient séniles. Le plus difficile a été de se séparer de ses affaires personnelles même si elle a pu prendre les plus importantes pour elle.</p> <p>« je ne connaissais pas l'ennui tandis que là, faut que je lutte pour ne pas le connaître. » Madame participe aux animations qui lui plaisent, elle a essayé de faire de la chorale, elle en avait déjà fait autrefois. Elle joue à la belote tous les 15 jours. Elle essaye de prendre contact avec des gens.</p> <p>Il était important pour madame d'apporter ses meubles, ses tableaux, ce qu'elle avait envie d'avoir dans l'établissement.</p> <p>« on s'est bien adaptés ici ça nous a pas posé de problème » difficile au début d'aller manger avec beaucoup de personnes qui les regardaient. « on est bien là » « si on peut finir nos jours-là ça sera déjà pas mal »</p> <p>Avoir des plantes dehors lui permet de mieux se sentir chez elle.</p> <p>Mme va continuer à commander par correspondance.</p>
<p>Thème 5 : la place des proches au sein de l'EHPAD</p>	<p>L'objectif de ce thème est de savoir si l'entourage a une place pertinente dans le rôle de tuteur de résilience. Mais aussi de comprendre le fonctionnement systémique de la famille de la personne interrogée et de voir si elle aide déjà à la résilience par le maintien des habitudes familiales.</p>	<p>Quelle place ont vos proches dans l'EHPAD ?</p>	<p>Actuellement, lorsque cette résidente reçoit sa famille, ils parlent, ils se baladent à l'extérieur. Avant au domicile, ils prenaient le goûter ensemble, ils regardaient la télé, les photos. Cela a changée car elle n'a pas toutes ses photos ici par manque de place, les visites durent moins longtemps et ses petits-enfants et arrière petits enfants ne viennent plus trop la voir (elle ne le souhaite pas car elle trouve ça trop choquant pour eux) alors quand les enfants viennent elle demande des nouvelles de la famille.</p> <p>Maintenant elle aimerait pouvoir les réunir pour le goûter, mais cela est difficile par manque de place dans sa chambre, l'équipe n'a rien mis en place avec la famille pour le rendre possible.</p> <p>Elle pense que ses enfants viendront de moins en moins, ils ont changé leurs habitudes pour venir la voir plus souvent et selon la résidente ça va s'atténuer pour qu'ils reprennent le cours de leur vie.</p> <p>« vous c'est dur pour le moment mais vous allez le surmonter, le dépasser mais ça moi je le ferai jamais. »</p> <p>Certains enfants participent aux réunions types conseils de vie sociale.</p> <p>La famille a déjà utilisé une salle de la résidence pour réunir toute la famille.</p>

Thème 6 : place de l'ergothérapeute	Le but est ici de concrétiser la perspective que l'ergothérapeute a une place autour de l'entrée en EHPAD, par des pistes d'actions.	Avez-vous rencontré l'ergothérapeute depuis votre arrivée ici ? si oui pourquoi ?	« si je l'ai vu, je l'ai pas vu beaucoup de fois. » Ne connaît pas l'ergothérapeute.
--	--	---	---

