

Institut de Formation La Musse



Le projet personnalisé en EHPAD :
Un moyen de favoriser l'expression des besoins des
résidents

Mémoire d'initiation à la recherche

BEAUCAMP, Marguerite
Promotion 2018-2021

VIANDIER, Céline
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ... **BEAUCANP** *Nauguerite*...

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ... **E.Vieux**

Le ... **06/05/2021** signature

Beau-p

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma maître de mémoire, Céline VIANDIER, pour son implication et sa disponibilité tout au long de l'année. Je la remercie de m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée.

Je souhaite remercier tous les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens de recherche et m'ayant donc fourni une base de travail précieuse.

Je tiens à exprimer mes remerciements à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de la Musse pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement pendant mon parcours de formation qui m'a permis de développer ma posture professionnelle.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien, leur motivation et leur aide pendant mes trois années d'étude.

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Cadre conceptuel	3
2.1. Le projet d'accompagnement personnalisé : un outil pour les résidents en EHPAD	3
2.1.1. La personne âgée.....	3
2.1.2. Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	5
2.1.3. Le projet personnalisé en établissement	7
2.2. L'accompagnement en ergothérapie auprès de résidents.....	12
2.2.1. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD	12
2.2.2. Enjeu du projet d'accompagnement personnalisé pour la pratique en ergothérapie.....	16
2.2.3. Intérêt de l'évaluation du projet d'accompagnement personnalisé du résident 18	
2.3. Question de recherche et hypothèses	21
3. Méthodologie de recherche.....	21
3.1. Le choix de la méthode de recherche.....	21
3.1.1. Le choix d'un outil de recherche.....	21
3.1.2. La population cible.....	22
3.2. L'entretien	22
3.2.1. Principes généraux.....	22
3.2.2. La création du guide d'entretien	23
3.2.3. Déroulement et modalités.....	26
3.2.1. Limites et biais méthodologiques	27
3.3. Présentation et analyse des résultats.....	28
3.3.1. Analyse des résultats	28
3.3.1. Retour sur les hypothèses de recherche.....	35
3.4. Discussion	36
3.4.1. Perspectives envisagées.....	36
3.4.2. Projections professionnelles.....	39
4. Conclusion	40
Liste de références	42
Annexes	2

Liste des abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ADL : Activities of Daily Living

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CMP : Centre Médico-Psychologique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

GIR : Groupe Iso Ressources

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de L'Engagement Occupationnel

MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTIPM: Occupational Therapy Intervention Process Model

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PVI : Projet de Vie Individualisé

SERAFIN-PH : Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées

WFOT: World Federation of Occupational Therapists

1. Introduction

L'origine de ma démarche de recherche provient d'une situation vécue lors de mon premier stage en ergothérapie dans un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Ma tutrice ayant pour mission d'aider pour le déjeuner les résidents dépendants, je me suis occupée, pendant plusieurs semaines, d'une femme âgée de 99 ans. Elle était amaigrie et installée dans un fauteuil coquille lors des repas. Elle ne supportait pas ses vêtements et tentait de les enlever (mimait seulement le geste car elle avait peu de force). Au départ, j'observais comment les aides-soignants s'exécutaient avec elle : Madame refusait souvent l'alimentation et l'hydratation, elle gémissait et l'on distinguait très faiblement qu'elle essayait de dire « non », elle poussait la main de l'aide-soignante pour signaler son refus. La fois suivante j'essayais donc à mon tour de m'occuper de cette dame. Malheureusement, sa réaction fût similaire. Ma tutrice m'a fait remarquer qu'il existait des difficultés d'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire auprès des résidents, ne connaissant pas systématiquement les souhaits de ces derniers. Or, au regard de notre pratique ergothérapique, il me semblait primordial d'avoir connaissance des désirs d'un résident. En effet, l'ergothérapie permet *« de résoudre les problèmes qui vous empêchent d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur. Si une blessure, une maladie, une déficience ou un autre problème limite vos capacités : d'effectuer vos soins personnels, de vous déplacer, de communiquer, de vous divertir, de travailler, d'étudier, de réaliser toutes les tâches qui vous sont propres. »* (ANFE,2019).

A la suite de cet évènement, j'ai recherché les moyens utilisés en EHPAD pour connaître les projets des résidents et ainsi leurs souhaits et envies. Suite à mes lectures et à des échanges avec ma tutrice j'ai appris que lors de leur admission en institution, les résidents co-construisent, avec leur entourage et l'équipe pluridisciplinaire un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ou encore appelé projet de vie individualisé (PVI), projet personnalisé individualisé (PPI), ou projet personnalisé. C'est un outil rendu obligatoire par loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (Annexe I). L'idée de cette loi est de placer au centre des accompagnements la parole des usagers.

Le projet personnalisé « *a pour objectif de garantir un accompagnement individualisé dans le respect, autant que possible, des habitudes de vie et des souhaits du résident. Il contribue à faciliter l'adaptation du résident. Il aide à définir l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour préserver les capacités de la personne accueillie et maintenir la qualité des relations sociales en tenant compte de ses besoins, attentes et envies.* » (HAS,2018). C'est également un outil de coordination des actions de l'équipe pluridisciplinaire. Divers professionnels de santé interviennent auprès du résident afin de lui offrir un accompagnement complet et au plus proche de ses souhaits. Grâce à ce projet d'accompagnement personnalisé l'équipe pluridisciplinaire propose des soins adaptés et se met en accord sur les pistes d'action et les modalités d'accompagnement.

Néanmoins, l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) a réalisé une enquête nationale en 2015 auprès des EHPAD : 84 % d'entre eux ont élaboré des projets personnalisés, mais leur réévaluation n'est pas systématique. Seulement 34 % des EHPAD réévaluent les projets personnalisés en cas de modification des potentialités du résident. Par ailleurs, 72 % des EHPAD interrogés ont réalisé le projet personnalisé en co-construction avec le résident (seul ou accompagné par un proche), tandis que 16 % l'ont effectué sans le résident ou son entourage.

Pour ces raisons, il paraît important de s'intéresser à cette question : Quel est l'impact de l'élaboration du projet personnalisé des résidents en EHPAD sur la pratique en ergothérapie ?

Afin de répondre à ce questionnement, un recueil de données bibliographiques sera élaboré avant de réaliser une enquête. Dans un premier temps, les concepts clés de ce mémoire de recherche seront abordés en commençant par l'utilisation du projet personnalisé comme outil d'accompagnement pour les résidents en EHPAD. Puis, le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD et dans la réalisation du projet personnalisé sera décrit. Enfin, la question de recherche et ses hypothèses seront exposées. Dans un second temps, le dispositif méthodologique et expérimental s'intéressera à la démarche de recherche choisie, à la présentation et l'interprétation des résultats de recherche, à la discussion autour des résultats et à la conclusion de ce sujet.

2. Cadre conceptuel

1.1. Le projet d'accompagnement personnalisé : un outil pour les résidents en EHPAD

1.1.1. La personne âgée

Suivant les cultures et les époques, la personne âgée n'est pas perçue ni traitée de la même manière. La vision de la personne âgée en France commence par la détermination d'un âge de la vieillesse. La Haute Autorité de Santé indique que « *le sujet âgé concerne les personnes de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle.* » (HAS,2014).

Les français, quant à eux, considèrent que l'on est vieux à partir de 69 ans, d'après un sondage réalisé par l'IFOP en 2011, mais cette moyenne varie selon l'âge des répondants. En effet les moins de 25 ans estiment que l'on est vieux à partir de 61 ans et les plus de 65 ans remontent cette moyenne à 77 ans. La vieillesse est donc un concept difficile à définir car subjectif et dépendant de facteurs sociaux. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) précisait, en 1990 « *en termes sociaux aussi bien qu'en termes physiologiques, l'expression "personnes âgées", d'usage courant ne correspond à aucune définition précise. On ne peut déterminer en effet avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées.* ». (20 minutes, 2020).

En Occident, la personne âgée est fréquemment stigmatisée, considérée comme faible, dépendante voire inutile pour la société. La vieillesse est synonyme de déclin et de maladie. La vieillesse possède une connotation d'autant plus négative en EHPAD où les résidents sont majoritairement isolés. « *Le mot vieux est progressivement passé du côté de ce que l'on ne veut surtout pas devenir ; il est teinté de rejet, de précarité, de mort...* » (Piou, 2019).

A l'inverse dans les cultures africaines et asiatiques la personne âgée représenterait la sagesse, une ressource et force ainsi le respect des plus jeunes.

« *Dans la culture burundaise pré-coloniale, le temps était scandé par les événements marquant la communauté : les personnes âgées se repéraient, non pas par leurs années de vie, mais par leur expérience, leur descendance et par les événements dont elles avaient été les témoins.* » (Léandre Nshimrimana, 2003).

Selon un proverbe d'Amadou Hampaté Bâ, écrivain et ethnologue malien : « *En Afrique, un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle.* ». Par ailleurs, sur le continent africain « *en beaucoup d'endroits, les privilèges tels que le droit d'aînesse, le droit à la parole et la respectabilité, sont liés à la vieillesse.* » (La Voix d'Afrique). En Chine, « *les rôles attribués aux aînés seraient plus valorisés et valorisants.* » (Devos, 2012).

Néanmoins, selon une étude réalisée en 2009 par Löckenhoff, De Fruyt et coll., se basant sur 26 cultures de 6 continents différents, depuis quelques années, les cultures asiatique et occidentale possèdent des perceptions similaires de la personne âgée. « *Pour elles (les cultures asiatiques et occidentales), certaines caractéristiques diminuent avec l'âge : l'attractivité, l'exécution des tâches quotidiennes et l'apprentissage de compétences nouvelles. À l'inverse, d'autres traits sont perçus comme étant renforcés : la sagesse, le respect qu'ils imposent et l'expérience de vie. Le résultat le plus marquant est que les perceptions des différentes cultures s'accordent sur deux indicateurs majeurs du processus de vieillissement : déclin cognitif et physique.* » (Devos, 2012). Cette similitude de représentation de la personne âgée dans la culture asiatique et occidentale peut s'expliquer par la perturbation des sociétés asiatiques « *connaissant un fort vieillissement de leur population* » et faisant donc « *face à de nouvelles réalités qui bouleversent leurs cadres traditionnels de liens entre les générations.* » (Devos, 2012).

Ces diverses représentations de la personne âgée impactent la façon dont les pays s'occupent de cette dernière. Par exemple, en Inde, la personne âgée est souvent prise en charge au domicile familial cette démarche étant considérée comme un devoir envers les anciens, « *en 2013, on ne trouvait en Inde qu'une trentaine de maisons de retraite pour 1,3 milliard d'habitants.* » (France Info, 2018). Au Japon, par manque de personnel soignant, des robots-infirmiers ont été créés pour subvenir aux besoins des personnes âgées et ainsi favoriser leur autonomie. (Le Figaro, 2013). En France, « *faute d'anticipation, l'obligation de « placer » un aîné arrive fréquemment dans l'urgence.* » (Agnès Leclair, 2019).

Selon le rapport de concertation autonomie et grand âge de 2019 « *il y aura en France en 2050, 4,8 millions de personnes de 85 ans et plus, soit une augmentation de 3,2 fois entre 2017 et 2050* », de plus, « *21 % des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement et 7 573 EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents* ».

Les résidents en EHPAD sont issus de diverses populations et donc de cultures diverses. C'est pourquoi l'ergothérapeute, dans son accompagnement, doit prendre en compte les différentes représentations de la personne âgée qui subsistent dans ces cultures : il adopte une vision holistique du résident afin de respecter les habitudes de vie de la personne.

1.1.2. Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Selon le site officiel de l'administration française (Service-public, 2020), « *les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), anciennement dénommés maisons de retraite, sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Pour être accueilli en Ehpad, il faut avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.* ». L'EHPAD est un lieu de vie où résident les personnes âgées. Une étude du Ministère des Solidarités et de la Santé réalisée 2018 indique qu'un résident reste en moyenne 3 ans en EHPAD.

Il est nécessaire de remplir un dossier d'admission afin d'accéder à la structure. Cette institution assure des services tels que l'hébergement, la restauration, la blanchisserie, l'animation, les soins médicaux, l'aide aux actes de vie quotidienne et une surveillance médicale.

Par la suite, la personne âgée signe un contrat de séjour avec l'établissement. Ce contrat définit les objectifs de prise en charge, décrit les conditions d'accueil et de séjour et liste les prestations offertes ainsi que la participation financière du résident. Enfin, le résident reçoit un livret d'accueil l'informant sur ses droits et sur le règlement intérieur de l'établissement.

Au sein de ces établissements, une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologique, d'animateurs, d'ergothérapeutes, de psychologues ou neuropsychologues accompagnent les résidents dans leur quotidien. Des intervenants extérieurs participent également à cet accompagnement (paramédicaux libéraux, HAD (Hospitalisation à Domicile), médecins de ville).

Concernant les tarifs, il existe trois tarifications de services différents : le tarif hébergement (identique pour tous), le tarif dépendance (selon le niveau de dépendance) et le tarif de soins (à la charge de l'assurance maladie). Les niveaux de dépendance sont évalués grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) (Annexe II) permettant de « *mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur d'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)* » (site officiel de l'administration française,2020). Ces niveaux s'étendent du GIR 1 (Groupe Iso Ressource) (Annexe III) « *personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants* » au GIR 6 « *personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante* » (site officiel de l'administration française,2020).

Ainsi, selon le niveau de GIR, la personne âgée sera éligible à diverses aides financières. Si les ressources financières du résident sont insuffisantes, il peut disposer de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes de GIR 1 à 4 et selon leur niveau de revenu. L'APA est financée par le conseil départemental. Une aide au logement peut également s'appliquer : l'allocation personnalisée au logement délivrée par la caisse d'allocation familiale, dépend du revenu du résident et du coût de son loyer. D'autres aides existent, comme la réduction d'impôt ou l'aide sociale.

« *L'entrée en institution provoque une rupture avec la vie passée, et risque d'avoir des conséquences sur l'intégration à terme du résident dans ce nouveau lieu de vie. En effet, ce changement de vie constitue à court et moyen terme une période à risque pour la personne : risque de dépression, risque de désorientation augmentant le nombre de chutes, risque de syndrome de glissement dans le mois qui suit l'entrée en institution, se caractérisant par une dégradation rapide de son état de santé.* » (Beloni, 2019).

Ainsi, l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles précise que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* ». Ainsi, l'EHPAD étant un établissement médical, il se doit d'élaborer un projet d'établissement. Au sein de ce projet d'établissement, il existe une partie sur la construction du projet d'accompagnement personnalisé en EHPAD permettant la garantie des droits individuels des résidents.

Ce projet personnalisé permet également d'accompagner au mieux l'entrée de la personne en institution afin de favoriser son bien-être.

1.1.3. Le projet personnalisé en établissement

« *Le projet personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie.* » (HAS,2018). Il est destiné, dans le cas présent, au résident. Ce projet est co-construit par l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD, le résident et son entourage. « *Parce que complexes, les situations que vivent les personnes âgées demandent à être appréhendées par des professionnels de cultures et de fonctions différentes, de compétences complémentaires. C'est un postulat méthodologique de base.* » (Vercauteren,2010).

Ce projet personnalisé permet d'améliorer la qualité de vie de la personne en établissement. La qualité de vie est, selon un groupe de travail créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization Quality of Life Group) en 1994, « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (HAS, 2018). Néanmoins, « *la participation de la personne à son propre projet n'est en aucune façon une obligation pour elle. Les dispositions de la loi 2002-2 évoquent clairement qu'il s'agit d'un droit. Les professionnels encouragent les personnes à participer et facilitent leur expression mais ils ne peuvent pas les obliger à participer.* » (Marino, 2012).

C'est également un outil sur lequel l'équipe pluridisciplinaire peut s'appuyer pour respecter les habitudes de vie et souhaits du résident et ainsi proposer un plan d'accompagnement et de soins adapté à chacun.

« Un projet de vie peut se composer de 4 grands domaines déterminants de notre vie : la santé (au sens le plus large de bien-être général), l'activité (l'univers professionnel ou autre), le mode de vie (l'environnement, le logement, le rythme de vie, la consommation, etc.), les relations (affectives, sexuelles, familiales, amicales, publiques). » (Loubat,2013).

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale indique, dans le cadre des droits des usagers : « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ». Ainsi, la mise en place du projet d'accompagnement personnalisé s'inscrit dans cette lignée et se décline donc en 6 étapes :

- Étape 1 : « Premiers contacts et premiers recueils » (ANESM)

En amont de l'arrivée du résident en EHPAD (et quand c'est possible), le projet se met en place grâce au dossier de demande d'admission en établissement ou encore à une grille de recueil/d'observations qui permet de recueillir des informations sur la personne : nombre d'enfants, niveau de GIR, pathologies et autres renseignements administratifs. Cette prise de contact peut se faire par téléphone, contact physique ou encore par un entretien individuel lors de la visite de l'établissement et la rencontre de préadmission/admission. Par la suite un référent du projet personnalisé (un animateur, une aide-soignante, un personnel hôtelier ou tout autre professionnel de la structure) est choisi pour accompagner tout au long de son séjour le résident, il accueillera si possible la personne le jour de son arrivée afin de la mettre en confiance. Ce référent est l'interlocuteur principal du résident tout au long de son séjour et veille à son confort et à ses souhaits, il est également chargé de faire le lien avec les intervenants externes, par exemple : les paramédicaux libéraux.

De l'arrivée de la personne aux quelques mois qui suivent, l'ensemble de l'équipe se charge de faire connaissance avec celle-ci et de recueillir des informations la concernant : habitudes de vie, compétences, envies.

L'ergothérapeute peut participer à cette étape en utilisant divers moyens comme l'entretien en ergothérapie, ou encore des outils plus spécifiques comme par exemple :

-La Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) qui permet de recueillir les habitudes de vie et la participation sociale de la personne sous forme de questionnaire¹. (Annexe IV). « *Les informations recueillies par la MHAVIE peuvent venir en soutien à la réalisation des projets personnalisés basés sur le projet de vie de la personne.* » (Fougeyrollas,2014). Les habitudes de vie sont « *des activités courantes (par exemple : la prise de repas, les communications, les déplacements) ou des rôles sociaux (par exemple : occuper un emploi, être en études).* Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence ». (Fougeyrollas,2014). Selon le modèle de processus de production du handicap (PPH) la participation sociale quant à elle, correspond à la réalisation des habitudes de vie.

-La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) basée sur le Modèle Canadien de Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Annexe V et VI) et élaborée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Cet outil adopte une vision holistique de la personne en prenant en compte son environnement (physique ou social), sa personne (dimension spirituelle, affective, cognitive et physique) et ses occupations (loisirs, activités de productivités, soins personnels et de repos). Lors d'un entretien réalisé par l'ergothérapeute, la personne identifie les activités ou occupations « *limitant ou affectant sa performance dans la vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir des améliorations, et déceler les changements de perception au fil du temps.* » (Law,1990).

- Étape 2 : L'analyse de la situation

Lors de réunions d'équipe se déroulant sans le résident, les professionnels de santé et le référent du projet personnalisé échangent autour des informations recueillies en exposant les éléments relevés : observations du comportement de la personne au sein de l'EHPAD, propos du résident, éléments subjectifs aperçus lors de discussions. « *L'objectif de cette étape est de parvenir à une analyse partagée au sein des équipes et de préparer la réunion de projet personnalisé* » (ANESM, 2018).

¹ Consultable au lien suivant : <https://ripph.qc.ca/documents/mhavia/specimens/>

L'ergothérapeute peut partager avec les autres professionnels, par le biais d'un compte rendu ou sous la forme d'un tableau, les informations recueillies auprès de la personne lors de la passation de bilans, d'entretiens individuels ou d'observations.

- Étape 3 : La phase de co-construction du projet personnalisé

Cette phase a lieu environ 2 à 3 mois après l'arrivée du résident : un ou plusieurs rendez-vous avec les professionnels de santé en lien avec la personne sont organisés pour préparer la réunion du projet personnalisé. « *L'organisation de la co-construction du projet personnalisé se fonde sur une reconnaissance mutuelle de la personne et/ou de son représentant légal et des professionnels* » (ANESM, 2018). Il est par ailleurs conseillé d'utiliser une trame de rédaction afin que les informations relevées soient tracées. Afin de n'omettre aucun point il est possible de se baser sur une liste de points à aborder pour le projet personnalisé, ex : cadre de vie du résident (décoration de sa chambre, linge, sortie), confort du résident (mobilité, aide à l'habillage, à la toilette).

Le projet personnalisé peut être rempli par le référent, le coordonnateur des projets personnalisés (personne coordonnant la mise en œuvre des divers projets personnalisés, assurant également l'échéance des réunions de construction et de synthèse) ou encore « *par le personnel habilité à retranscrire les informations directement dans le projet personnalisé* » (ANESM, 2018). Un exemplaire actualisé du projet d'accompagnement personnalisé sera remis à la personne.

Enfin, c'est lors de ces temps d'échanges avec le résident que l'équipe peut proposer des solutions pour respecter le projet de ce dernier. C'est également lors de cette réunion que la personne peut faire part de ses inquiétudes et difficultés (sexualité, croyances religieuses, difficultés relationnelles avec l'entourage). L'équipe tentera de trouver des réponses en contactant d'autres structures ou dispositifs si les souhaits de la personne ne peuvent être appliqués dans l'EHPAD. L'ergothérapeute peut assister à ces réunions et échanger avec le résident autour des situations problématiques ou habitudes de vie évoquées lors des rencontres précédentes. Cette discussion générale permet d'établir des objectifs communs aux professionnels et d'identifier ce que chacun peut apporter pour les atteindre. Le projet fait office de fil conducteur concernant la prise en soin du résident pour tous les professionnels de l'EHPAD.

- Étape 4 : La mise en œuvre du projet personnalisé

La mise en œuvre a lieu dans les 3 à 5 mois à la suite de l'entrée en EHPAD et est exécutée par l'équipe.

Le rôle du coordonnateur des projets personnalisés est de vérifier que les objectifs établis soient adaptés au résident, permettent le maintien de son autonomie et de ses liens sociaux, préservent l'estime de soi et soient également ancrés dans le mode de vie de la personne. L'entourage du résident ainsi que les médecins, paramédicaux libéraux et intervenants partenaires peuvent avoir accès au projet personnalisé de la personne si cette dernière donne son accord. L'ergothérapeute, en collaboration avec les autres professionnels, tente d'atteindre les objectifs fixés lors de la réunion de réalisation du projet personnalisé. Pour cela, il met ses compétences au service de l'équipe et du résident, par le biais d'activités thérapeutiques, de moyens de compensation ou de rééducation ou encore par des ateliers éducatifs.

- Étape 5 : Le suivi et la réévaluation

Le suivi s'effectue à partir du 4^{ème} ou 5^{ème} mois après l'entrée. Lors de cette étape la satisfaction du résident est évaluée. Le coordonnateur et le référent veillent à l'application du projet d'accompagnement personnalisé et de sa concordance avec les attentes du résident. L'équipe est également à l'écoute de la formulation de nouvelles attentes de la part du résident. Un temps de synthèse s'effectue avec le référent, les personnes concernées par le projet personnalisé et le résident.

« Le projet personnalisé est actualisé au moins une fois par an et/ou, selon les changements de situation, à la demande de la personne (et/ou de son représentant légal), des proches ou des professionnels » (ANESM, 2018). Si l'ergothérapeute observe une modification des capacités du résident ou si le résident lui fait part du désir de réviser son projet personnalisé, il peut alerter l'équipe et suggérer une réunion afin de le réévaluer.

Également, afin d'évaluer la progression des objectifs définis avec le résident, les outils évoqués précédemment (MHAVIE et MCRO) servent à comparer l'évolution de ces objectifs. Sont-ils atteints ou non ? Quels paramètres sont donc à prendre en compte pour pouvoir les atteindre ? Ceci induira la formulation de nouveaux objectifs ou la révision de certains.

Cependant il a été constaté que « *bien que les évaluations des résidents des foyers de soins soient exigées tous les trimestres, la fréquence à laquelle les plans de soins doivent être mis à jour dépend, en partie, de la vitesse à laquelle les besoins ou les préférences de la personne changent.* » (Lepore, 2018).

- Étape 6 : Fin de l'accompagnement

La fin de l'accompagnement signifie que le résident est décédé, qu'il a été transféré dans un autre établissement ou qu'il est retourné à domicile.

« *Par sa spécificité, l'élaboration du projet personnalisé constitue un outil de coordination des actions de l'équipe d'accompagnement interne (l'ensemble de l'équipe de la résidence) mais aussi des intervenants externes (médecin traitant, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, etc.).* » (HAS, 2018). De plus, il constitue un moyen permettant d'instaurer une continuité de l'accompagnement de la personne lorsque celle-ci vient à changer d'établissement.

Comme énoncé précédemment, le projet personnalisé est orchestré par divers professionnels de santé dont les ergothérapeutes. En effet l'ergothérapeute est le professionnel expert de l'autonomie dans la vie quotidienne. Au sein d'un EHPAD il joue un rôle primordial auprès des résidents.

1.2. L'accompagnement en ergothérapie auprès de résidents

1.2.1. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, « *l'ergothérapie en gériatrie permet le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.* ». Au sein d'un EHPAD, le rôle de l'ergothérapeute est de maintenir l'autonomie des résidents dans leur vie quotidienne et d'améliorer leur qualité de vie par le biais de leurs occupations.

« *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues* » (Doris Pierce, 2014). L'occupation possède une visée personnelle, elle est propre à chacun. Elle est constituée d'activités, elles-mêmes constituées de tâches (Doris Pierce).

Prenons l'exemple du petit-déjeuner expliqué par Haaneke van Bruggen, ergothérapeute et fondatrice du Réseau Européen d'Ergothérapie dans l'Enseignement supérieur (ENOTHE) : l'occupation est le fait de prendre son petit déjeuner, l'activité est de boire son café et l'habileté consiste à porter la tasse à sa bouche.

Selon le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCRO) (Annexe V), il existe quatre domaines d'occupations :

- les loisirs (récréatifs ou actifs)
- les activités de productivité (le travail rémunéré ou non, le travail scolaire)
- les soins personnels (déplacements, hygiène personnelle)
- les activités de repos.

L'ergothérapeute intervient ainsi auprès de la personne à travers ses occupations.

Afin de définir les champs d'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD nous utiliserons le modèle de processus d'intervention en ergothérapie (Annexe VI) créé par Anne Fisher en 2009 (l'OTIPM= Occupational Therapy Intervention Process Model).
« Le modèle de processus d'intervention en ergothérapie est un modèle de raisonnement professionnel que les ergothérapeutes peuvent utiliser pour adopter une perspective centrée sur l'occupation pour guider notre raisonnement lorsque nous planifions et mettons en œuvre des services basés sur l'occupation et axés sur l'occupation » (Fisher, 2013).

Ce modèle se base sur quatre approches différentes : compensation, récupération, acquisition et éducation. Pour chacune d'entre elles, il est possible d'identifier le rôle que joue l'ergothérapeute :

-Le modèle compensatoire : l'ergothérapeute, avec le résident, cherche à compenser des habiletés occupationnelles altérées, par exemple par le biais d'aides techniques (couverts adaptés, antidérapant, pince à long manche, matelas à air, coussin anti-escarre et autres matériel) ou de stratégies compensatoires (création d'un carnet mémoire, d'un planning visuel adapté).

-**Le modèle éducatif** s'axera quant à lui sur la mise en œuvre de programme d'éducation ciblant les tâches de la vie quotidienne (mise en place de programme d'éducation thérapeutique, de conseils concernant l'alimentation, la posture, de conseils à l'équipe soignante).

-**Le modèle d'acquisition** permet de développer de nouvelles habiletés occupationnelles : la confiance en soi, l'estime de soi ou d'autres problématiques soulevées par le résident, par le biais d'occupations.

-**Le modèle de récupération** permet de récupérer/développer les facteurs personnels et les fonctions de l'organisme de la personne grâce à la rééducation des troubles sensoriels, moteurs ou cognitifs en proposant des exercices de mémorisation, de discrimination ou encore de renforcement musculaire.

Le processus d'intervention en ergothérapie se divise quant à lui en plusieurs phases :

1- La phase d'évaluation

Lors de cette phase l'ergothérapeute réalise un entretien initial avec la personne afin de comprendre sa situation et d'identifier ses problématiques occupationnelles. Si besoin, des évaluations et mises en situation complémentaires peuvent être effectuées. Par la suite, des objectifs sont définis en collaboration avec le résident. Ces objectifs doivent être **SMART** : **S**pécifique (à la personne), **M**esurable (leur évolution doit être évaluable), **A**tteignables (pour le résident), **R**éalistes et **T**emporellement définis (définis à court, moyen et long terme) (Manager, 2020).

2- La phase de l'intervention

Lors de laquelle un accompagnement est mis en place par l'ergothérapeute selon les quatre modèles énoncés précédemment : compensation, éducation, acquisition et restauration.

3- La phase de réévaluation

La satisfaction de la personne est réévaluée ainsi que sa performance dans la réalisation de ses occupations (par exemple grâce aux outils évoqués précédemment : MHAVIE et MCREO), de là, de nouveaux objectifs peuvent être établis avec le résident.

Tout au long de l'accompagnement du résident, l'ergothérapeute veillera au respect des souhaits du résident. « *L'accompagnement définit une relation entre deux personnes, ou entre un groupe et une personne, ou encore entre deux groupes, l'une des parties ayant la possibilité de conduire l'autre vers son autonomie sociale ou de la préserver. L'accompagnement ne cerne pas une relation hiérarchique, mais est fondé sur des capacités différentes entre les deux parties concernées et sur des échanges réciproques* » (Vercauten, 2010).

De plus, le travail pluridisciplinaire constitue une part importante de son intervention. Le référentiel de compétences de l'ergothérapeute stipule que ce dernier doit « *coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale* » (Arrêté du 5 juillet 2010).

En effet, l'ergothérapeute communique continuellement aux autres professionnels de l'EHPAD les actes effectués par le biais de transmissions écrites ou orales, lors des réunions ou lors de discussions informelles.

De plus, des interventions ayant des objectifs spécifiques différents mais un objectif général commun peuvent être mises en place. Par exemple, des ateliers peuvent être créés en lien avec d'autres professionnels comme les kinésithérapeutes concernant les déplacements et les transferts, les diététiciens pour la prise de repas et les neuropsychologues pour la stimulation cognitive des résidents. « *Les principes de l'interprofessionnalité reposent sur une reconnaissance mutuelle des rôles, des spécificités et des compétences* » (Aubert, 2005).

Dans l'optique de toujours veiller au bien-être du résident et à sa qualité de vie, les professionnels de l'EHPAD construisent ensemble les projets personnalisés avec les résidents. L'ergothérapeute peut participer à la réalisation d'un projet personnalisé car ce dernier couvre les domaines de la vie quotidienne, ce qui fait écho aux domaines de compétences de l'ergothérapie.

1.2.2. Enjeu du projet d'accompagnement personnalisé pour la pratique en ergothérapie

Comme énoncé dans la partie précédente, le projet personnalisé se base sur des domaines de la vie quotidienne : la santé, l'activité, le mode de vie et les relations.

L'ergothérapeute quant à lui est un professionnel de santé s'intéressant à l'environnement de la personne qu'il soit physique, social ou culturel mais il s'intéresse également aux caractéristiques de la personne : physiques, spirituelles, affectives et cognitives. Ce sont les occupations de la personne qui permettent de faire le lien entre l'environnement et la personne, c'est là que se situe le champ d'intervention de l'ergothérapie.

En somme, l'ergothérapeute intervient sur les activités de la vie quotidienne de la personne en fonction de ses besoins et de ses problématiques occupationnelles. Il est donc intéressant voire primordial pour ce professionnel de santé de se baser sur le projet personnalisé car cet écrit repose sur les souhaits de la personne quant à son évolution au sein du lieu de vie.

L'ergothérapeute a la possibilité de se référer au projet personnalisé pour son accompagnement mais peut également l'enrichir pour participer au travail pluridisciplinaire et ainsi l'améliorer. Il relève, lors d'entretiens individuels ou d'observations, les situations de la vie quotidienne représentant une difficulté pour la personne. Par la suite, au cours des réunions d'équipe il peut partager avec les autres participants les éléments relevés. Pour cela, les deux outils cités précédemment peuvent être utilisés par l'ergothérapeute pour compléter le projet personnalisé du résident : la MHAVIE et la MCRO.

Puis, lors de la réunion de co-construction du projet, l'ergothérapeute est apte à faire part au résident de ce qui a été observé et des situations problématiques évoquées afin de proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux habiletés, envies et au mode de vie de la personne.

De plus, l'élaboration d'objectifs en collaboration avec la personne lors de la réunion de construction du projet permet de renforcer le travail interdisciplinaire entre les professionnels.

Notamment, pour chaque objectif, il est possible d'échanger directement ou en amont de la réunion, des compétences de chaque professionnel et de la contribution qu'ils peuvent apporter à la prise en soin pour atteindre l'objectif du résident. « *Le projet personnalisé ou encore individualisé est en lien direct avec le projet d'établissement qui décline les missions de l'institution et qui comprend les objectifs, les moyens et l'organisation entre professionnels.* » (Caire, 2012).

Le projet personnalisé favorise également la collaboration dans le travail interprofessionnel. Grâce à cet outil, la personne âgée est approchée par ses différents aspects : par les différentes approches des professionnels. Néanmoins, les acteurs de ce projet doivent adopter le même langage pour s'entendre et se faire comprendre du résident. C'est ce qui est appelé la culture de synthèse : « *concept réunificateur des pratiques professionnelles et du sens donné à l'interprofessionnalité.* » (Vercauten, 2013). Ainsi, l'ergothérapeute s'inscrit dans cette dynamique de travail interprofessionnel. Le projet personnalisé permet d'harmoniser la prise en charge du résident : les professionnels de santé travaillent en accord, dans une même direction pour atteindre les objectifs définis lors des réunions d'élaboration du projet personnalisé avec le résident. « *Selon plusieurs auteurs, le travail en interdisciplinarité peut être une solution à la complexité croissante des soins auprès de la personne âgée et au manque de personnel qualifié.* » (Wälti-Bolliger, 2011).

Carl Rogers, psychologue humaniste du XXe siècle, a fondé l'approche des soins « centrés sur la personne ». Rogers a proposé qu'une approche centrée sur la personne, basée sur l'acceptation, la bienveillance, l'empathie, la sensibilité et l'écoute active, favorise une croissance humaine optimale (ACP France, 2020). La pratique de l'ergothérapie est également fondée sur une philosophie humaniste. « *Les soins centrés sur la personne mettent l'accent sur le bien-être et la qualité de vie définis par l'individu.* » (Brownie, 2013). Cette approche centrée sur la personne est retrouvée dans la mise en application du projet personnalisé du résident.

Une étude datant de 2013 réalisée par Sonya Brownie et Susan Nancarrow concernant les effets des soins centrés sur la personne, sur les résidents et le personnel des établissements de soins pour personnes âgées confirme

« que les soins centrés sur la personne avaient une incidence positive sur la satisfaction au travail et les conditions de travail des infirmières, ainsi que sur l'amélioration de leur capacité à répondre aux besoins individuels des résidents avec dignité et respect [...] les interventions centrées sur la personne sont associées à des influences positives sur les résultats du personnel (satisfaction et capacité de fournir des soins individualisés) et amélioration de l'état psychologique des résidents (baisse des taux d'ennui et de sentiment d'impuissance)».

L'ergothérapie est également une profession centrée sur la personne, elle adopte une approche dite « patient-centrée ». La fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapy = WFOT) évoque que *« les ergothérapeutes sont centrés sur la personne dans leur relation. Ils respectent les personnes recevant les soins et valorisent leurs expériences subjectives, leurs connaissances, leurs espoirs, leurs rêves et leur autonomie. Ainsi, la pratique ergothérapique est donc centrée sur la personne, qu'il s'agisse d'un individu ou d'une entité collective (une famille, un groupe, une communauté ou une population) »* (WFOT, 2010). Le projet personnalisé prend donc tout son sens dans la pratique de l'ergothérapie.

1.2.3. Intérêt de l'évaluation du projet d'accompagnement personnalisé du résident

L'objectif de l'élaboration du projet personnalisé avec le résident est d'améliorer sa qualité de vie au sein de l'établissement, le résident étant considéré comme une personne vulnérable. *« Parler de la vulnérabilité du sujet âgé renvoie donc à la fragilité observable des points de vue médical, social, psychique, etc., et indique un rapport au milieu de vie qui s'enracine dans la perte. La vulnérabilité naît dans la mise à l'épreuve, exprime la crainte de l'action et se traduit par un sentiment d'impuissance. »* (Leroux, 2016). Le projet personnalisé est un outil permettant d'adopter un positionnement éthique en respectant la personne âgée et en préservant sa dignité. L'éthique est définie par Aristote, Paul Ricoeur et Alain Badiou comme étant *« une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. »* (ANESM, 2010).

Sékolène Lebreton, directrice d'un EHPAD indique en 2020 que « *notre travail consiste à essayer d'avoir le positionnement le plus éthique possible, pour respecter chaque personne dans son individualité, en tenant compte de son projet et en fonction de nos moyens.* ». Le projet personnalisé est donc un outil dévolu aux droits des usagers.

Effectivement, le projet personnalisé est un moyen de respecter les souhaits du résident, ce dernier étant basé sur ses habitudes de vie, envies et projets. Le respect du patient et de ses souhaits passe également par le respect de son refus : refus de soin, refus d'une activité. Geneviève Fraisse définit le consentement comme un « *acte par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution.* » (Tacnet-Auzzino, 2009). Le résident est alors en droit de refuser une activité thérapeutique en ergothérapie, une aide technique ou un accompagnement s'il n'y consent pas.

Cependant, « *la participation des résidents aux décisions qui les concernent est empêchée pour une part non négligeable, soit parce qu'elle est figée sous forme minimale à l'écrit dans des dossiers auxquels ils n'ont pas d'accès direct, soit parce qu'elle est adossée aux choix des professionnels de première ligne qui connaissent de rapides cadences de travail.* » (Guérin, 2018). Ce qui renvoie aux difficultés des conditions de travail des professionnels en EHPAD qui impacte l'accompagnement des résidents.

Néanmoins, l'équipe, en utilisant le projet personnalisé comme support peut répondre aux besoins de la personne âgée et agir au mieux pour améliorer sa qualité de vie et respecter ainsi son intégrité. « *Les besoins sont classés en trois grands domaines selon la nomenclature SERAFIN-PH : la santé, l'autonomie et la participation sociale.* » (Loubat, 2017). SERAFIN correspond à l'acronyme : « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées », c'est une « *équipe de travail qui avait pour mission de proposer une réforme de la tarification afin de faciliter le parcours des personnes accueillies ou accompagnées par des établissements et services sociaux et médico sociaux.* » (Loubat, 2017).

L'élaboration du projet personnalisé du résident permet par ailleurs de favoriser une posture de bientraitance. Elle est définie par l'ANESM en 2008 comme étant « *une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus* ». La bientraitance n'est pas « *une démarche d'individualisation mais la prise en charge personnalisée du patient, du résident.* » (HAS, 2012).

Ces revues de littératures mettent en exergue la nécessité d'adopter une posture bienveillante afin d'éviter une situation de maltraitance.

En outre, un programme de promotion de la santé destiné aux personnes âgées, le « *Lifestyle Redesign Program* », a été développé par des ergothérapeutes aux États-Unis durant neuf mois (Jackson, 2004). Il proposait aux personnes âgées de réorganiser leur mode de vie avec de nouvelles manières de faire. Le résultat de cette étude a montré qu'aucun changement de projet de vie ne pouvait être conçu sans avoir recours aux compétences de la personne et à celles de professionnels spécialisés.

Un parallèle peut alors se faire avec l'entrée d'une personne âgée en EHPAD. La personne âgée devient un(e) résident(e), un nouveau statut lui est attribué. De plus, l'environnement dans lequel elle se trouve se voit modifié, elle quitte son domicile (ou l'hôpital) pour intégrer un nouveau lieu de vie. La personne âgée peut donc présenter des difficultés à se projeter dans ce nouveau milieu. Selon plusieurs études « *100 % des personnes âgées institutionnalisées souffriraient de dépression, 62 % d'entre elles dans sa forme sévère (Runcan, 2012) ; certaines présenteraient également de l'apathie (Volicer, Frijters et van der Steen, 2013)* » (Angel.O, 2020).

Une des difficultés à centrer les soins sur les besoins du résident en EHPAD est induite par la personne elle-même. En effet, cette difficulté est « *liée à la difficulté pour les résidents d'identifier et d'exprimer leurs besoins pour des raisons diverses (troubles de la cognition, valeurs culturelles, personnalité du résident, état dépressif en particulier). Les limites cognitives de certains résidents amènent également et très naturellement à interpréter ce que sont leurs souhaits. Ceci renforce une pratique de « penser et décider pour eux* ». » (Wälti-Bolliger, 2011).

C'est pourquoi cette transition, ce changement de mode de vie, ne peut se faire sans accompagnement. « *Les personnes âgées ont besoin d'être guidées et soutenues à travers l'information, particulièrement lorsque les changements sont nécessaires.* » (Caire, 2012).

1.3. Question de recherche et hypothèses

Ainsi, au regard des concepts évoqués et du cheminement effectué, la question de recherche de mon étude est donc la suivante :

Quels sont les moyens utilisés par l'ergothérapeute susceptibles de favoriser l'expression des besoins des résidents dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé en EHPAD ?

Hypothèse 1 : Le travail interprofessionnel permet d'accompagner le résident dans l'expression de ses besoins.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute utilise la MHAVIE comme support afin de favoriser l'expression des souhaits et besoins du résident pour élaborer le projet personnalisé.

3. Méthodologie de recherche

1.4. Le choix de la méthode de recherche

1.4.1. Le choix d'un outil de recherche

Dans le but de valider ou invalider mes hypothèses, il paraît intéressant de recueillir des données qualitatives. « *Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions.* » (Kohn, 2014).

L'objectif de l'entretien est de rechercher des informations pour répondre à une question. L'entretien permet ainsi de recueillir l'opinion des personnes interrogées sur le sujet de la recherche. Cet outil permet d'avoir accès à leurs idées et leurs perceptions. Également, cela permet d'avoir des réponses plus étayées grâce aux échanges. Il est possible de reformuler les questions et de rebondir sur ce qui a été dit par la personne.

Au regard de la situation sanitaire actuelle, la réalisation d'entretien en présentiel avec la personne interrogée n'est pas possible. Les entretiens se feront en visio-conférence ou par téléphone.

Ces derniers s'effectuent de façon semi-directive, ce qui laisse une certaine liberté d'expression à la personne interrogée. L'utilisation de questions ouvertes est privilégiée afin de favoriser les échanges.

1.4.2. La population cible

La population cible de cette étude a été définie selon des critères d'inclusion et d'après ma question de recherche citée précédemment. Ainsi, cette population correspond aux ergothérapeutes français diplômés d'état exerçant ou ayant exercé en EHPAD. Les ergothérapeutes devront avoir participé au moins une fois à l'élaboration d'un projet personnalisé. Sont exclus de la population cible les personnes connaissant le sujet d'étude et les hypothèses de recherche. La population d'étude doit être en accord avec le cadre de la loi « Jardé ».

1.5. L'entretien

1.5.1. Principes généraux

L'entretien permet d'approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne. « *Les promoteurs de la grille (d'entretien) y ont trouvé une manière d'explicitier les procédures de collecte de l'information et d'attester ainsi la scientificité de la démarche qualitative* » (Barbot, 2012).

L'entretien doit être planifié et enregistré puis retranscrit dans son intégralité. Dans le cas présent il s'effectue en individuel. Les entretiens sont semi directifs, en effet les questions sont prédéterminées mais l'ordre de ces dernières reste flexible en fonction des échanges.

L'entretien débute d'abord par une introduction dans laquelle l'étudiant se présente et indique le rôle de l'interrogé(e) dans l'étude. Puis sont exposés les objectifs de la recherche et la durée approximative prévue pour l'entretien. Avant de commencer l'entretien il est nécessaire d'avoir envoyé le formulaire de consentement à la personne et que celle-ci l'ait renvoyé signé (Annexe VII). Il est important également de préciser l'utilisation potentielle des données, souligner les mesures prises pour garantir l'anonymat et la confidentialité et indiquer à la personne son droit de retrait à tout moment de l'entretien.

Pour créer le guide d'entretien l'utilisation de structures de questions simples est privilégié : une question est égale à une idée. « *Les consignes trop larges ou trop impersonnelles risquent de laisser l'enquêté, perplexe et démuni.* » (Barbot, 2012).

Il est préférable également d'utiliser un langage parlé plutôt qu'écrit pour formuler les questions et de ne pas inclure de termes techniques ou si c'est le cas, en donner la définition. Également, des phrases de transitions sont nécessaires entre chaque question. La difficulté de l'entretien est d'éviter de diriger les réponses et donc de « *minimiser l'effet de suggestion* » (Parizot, 2012).

A la fin de l'entretien il paraît pertinent de remercier la personne interrogée. Il est également possible de lui demander si elle souhaite recevoir par mail le mémoire de recherche effectué une fois celui-ci terminé.

1.5.2. La création du guide d'entretien

Suite à la rédaction du cadre conceptuel, une question de recherche a été énoncée, celle-ci concerne la manière dont les ergothérapeutes peuvent accompagner les résidents dans l'expression de leurs besoins et de leurs souhaits quant à l'élaboration de leur projet personnalisé. Les hypothèses mettent donc en avant deux moyens pouvant être utilisés par les ergothérapeutes. Le premier moyen est la mise en place d'un travail interprofessionnel permettant d'accompagner le résident dans l'expression de ses besoins et le second est l'utilisation de la MHAVIE comme support permettant de faire émerger des besoins et souhaits.

Dans le cadre de la réalisation du guide d'entretien (Annexe VIII) ce dernier débute par une présentation du projet de recherche tout en rappelant le caractère confidentiel et les droits que possèdent les personnes interrogées : quitter l'entretien à tout moment, refuser de répondre à question. Le cadre de l'entretien est également défini : sa durée, son objectif.

Puis, il est nécessaire de vérifier que les ergothérapeutes interrogés respectent les critères d'inclusion en leur demandant s'ils sont ergothérapeutes diplômés d'état, s'ils travaillent ou ont travaillé en EHPAD et s'ils ont déjà réalisé au moins un projet personnalisé pour un résident.

Enfin, les données sociodémographiques concernant les ergothérapeutes interrogés sont recueillies afin d'évaluer plusieurs aspects :

-Leur niveau d'expérience : jeune (entre 0 et 3 ans d'exercice), confirmé (3 à 9 ans d'exercice), expert (plus de 10 ans d'exercice).

-Leur parcours d'exercice : ont-ils exercé dans différentes structures auparavant ? Si ces derniers ont exercé dans diverses structures ils ont pu travailler avec divers moyens et approches.

-Leur région d'exercice : ce qui montre que l'échantillonnage correspond à un panel représentatif de la population nationale.

Concernant les questions posées aux ergothérapeutes cinq thèmes sont d'abord dégagés afin de valider ou invalider les hypothèses. Ensuite, plusieurs questions sont établies pour répondre à ces thèmes. Enfin, les indicateurs des questions sont notés, ils correspondent à toutes les réponses attendues.

Le premier thème abordé est l'expression des besoins et des souhaits des résidents. Il paraît intéressant d'aller questionner les ergothérapeutes sur leur ressenti face à l'arrivée des résidents en EHPAD et leurs capacités ou non à exprimer leurs souhaits et besoins quant à leur projet personnalisé. En effet, lors de l'arrivée d'un résident en EHPAD, qu'elle se fasse de façon soudaine ou préparée, il existe une rupture de l'environnement de la personne. C'est pourquoi certains résidents peuvent se sentir déboussolés et présenter des difficultés à imaginer leur vie dans ce nouveau milieu et donc être en difficulté pour formuler des souhaits ou des besoins quant à leur projet personnalisé en EHPAD. Ainsi, avant de se questionner sur la façon de favoriser l'expression des besoins et souhaits des résidents, il est préférable de vérifier si selon eux les résidents sont en capacité ou non de les exprimer et dans quelle mesure.

Puis, la façon dont procèdent les ergothérapeutes actuellement pour recueillir les souhaits et les besoins des résidents est questionnée : ce qui constitue le deuxième thème. En effet, lors de l'étape 1 de la réalisation du projet personnalisé, il est écrit que l'ensemble de l'équipe se charge de faire connaissance avec le résident et de recueillir des informations la concernant : habitudes de vie, compétences, envies. En se basant sur les moyens exposés dans mes recherches et également sur des connaissances pratiques (grâce aux stages) divers moyens sont listés :

- L'entretien en ergothérapie
- Entretiens individuels
- Échanges informels

- La MHAVIE
- La MCRO
- Échanges avec les autres professionnels de l'EHPAD
- Utilisation de bilans « maison »

Dans les indicateurs, sont également précisés « pas de recueil » et « autres » si les ergothérapeutes proposent d'autres moyens utilisés pour recueillir les ces informations auprès du résident.

Le troisième thème est axé quant à lui sur l'utilisation d'outils/moyens spécifiques pour aider les résidents à exprimer leurs besoins et leurs souhaits. Contrairement au premier thème qui interroge comment recueillir des informations, ce thème s'intéresse davantage aux moyens spécifiques utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents pour l'élaboration de leur projet personnalisé. Ce thème se base de même sur des connaissances théoriques acquises lors de la réalisation du cadre conceptuel et de connaissances pratiques. En voici les réponses possibles attendues :

- La MHAVIE
- La MCRO
- Les bilans « maison »
- La collaboration interprofessionnelle
- L'entourage
- Autres

L'objectif de ce thème étant de comprendre et découvrir l'intérêt de nouveaux outils ou d'outils déjà cités précédemment dans les indicateurs.

Le quatrième thème se réfère à la deuxième hypothèse concernant l'intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support pour favoriser l'expression des besoins des résidents vis-à-vis de leur projet personnalisé. En effet, c'est un outil qui regroupe de nombreux domaines de la vie quotidienne et qui pourrait ainsi faire émerger des besoins et des souhaits des résidents quant à leur projet personnalisé. C'est pourquoi les ergothérapeutes sont interrogés sur leur avis concernant cet outil en pratique. Tout d'abord il est nécessaire de savoir s'ils ont connaissance de cet outil, puis de leur en donner la définition et enfin de recueillir leur ressenti et avis concernant cet outil comme support pour favoriser l'expression des besoins des résidents.

Le dernier thème se réfère à la première hypothèse : le travail interprofessionnel permet d'accompagner le résident dans l'expression de ses besoins. En effet, dans les premiers thèmes les ergothérapeutes sont questionnés sur les moyens qu'ils utilisent pour recueillir les besoins des résidents mais également les moyens qui favorisent l'expression des besoins des résidents. Les échanges interprofessionnels faisaient partis des indicateurs pour ces questions.

Ce thème s'intéresse plus précisément aux professionnels avec lesquels collaborent les ergothérapeutes, pourquoi ils collaborent avec ces derniers et enfin comment opèrent-ils ensemble pour favoriser l'expression des besoins des résidents. Dans les EHPAD, de nombreux professionnels (de santé ou non) gravitent autour des résidents, il semble intéressant voire primordial de questionner les ergothérapeutes sur leur fonctionnement en équipe pour accompagner ces résidents dans leur vie quotidienne. Chaque EHPAD fonctionne différemment, ce thème permet donc d'appréhender les similitudes et diversités de fonctionnement des structures.

1.5.3. Déroulement et modalités

Tout d'abord le guide d'entretien est testé avec un ergothérapeute travaillant en EHPAD depuis un an, ancien étudiant de l'IFE La Musse issu de la promotion qui me précède. Suite à cette entrevue des modifications de tournure de phrases ont été effectuées pour être plus clair et précis dans les questions. Une question de relance du thème 5 « Quelles compétences recherchez-vous chez ces professionnels », a été retirée puisque la question « Pourquoi ? » menait déjà la personne à expliquer pourquoi elle collaborait avec ce professionnel. Concernant le thème 2 le mot « aider » a été ajouté à la question « Par quels moyens pouvez-vous aider/favoriser l'expression des besoins et souhaits des résidents ? », qui permet d'appuyer davantage la notion de contribution que peut apporter l'ergothérapeute.

Puis, afin d'obtenir le nombre d'entretiens souhaités (3 au minimum), un message a été posté sur un réseau social : Facebook, au sein d'un groupe regroupant des ergothérapeutes exerçant en EHPAD. 4 ergothérapeutes ont immédiatement répondu. Le dernier entretien s'est effectué avec une ancienne étudiante de l'IFE La Musse également de la promotion précédente, contactée par message. Les cinq entretiens se sont effectués rapidement, en une semaine.

1.1.1. Limites et biais méthodologiques

Cette étude présente des biais et des limites qu'il convient d'identifier afin d'en objectiver les résultats.

Lors de la réalisation des entretiens, j'ai pu interpréter les dires des ergothérapeutes de manière subjective, ce qui a pu créer un biais dans ma méthodologie de recherche. Également, lors de l'entretien j'ai parfois utilisé des questions de relance différentes en fonction des échanges. Ces questions de relance ont donc pu induire des réponses différentes en fonction des ergothérapeutes, ce qui constitue un biais à l'étude.

La situation sanitaire actuelle a représenté une limite à l'étude, en effet les entretiens ont dû être réalisés par téléphone, je n'ai pas pu avoir accès au langage para-verbal qui aurait pu apporter des éléments importants au discours des personnes interrogées.

Par ailleurs, 4 ergothérapeutes sur les 5 interrogés ont exercé uniquement en EHPAD. Ainsi, afin de réduire ce biais, il aurait été intéressant que la population interrogée ait exercée dans différents lieux afin d'avoir des retours d'expériences plus diversifiés et également des propositions d'autres outils ou de moyens pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents quant à leur projet personnalisé.

Également, 4 des 5 ergothérapeutes interrogés ont une jeune expérience professionnelle (entre 0 et 3 ans d'exercice), ils pourraient ne pas avoir connaissance d'outils spécifiques ou de moyens pour collaborer avec d'autres professionnels de santé dans l'objectif de favoriser l'expression des besoins des résidents.

Enfin, le thème portant sur l'intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support me menait à leur demander leur avis concernant cet outil. Or, 4 ergothérapeutes ne connaissaient la MHAVIE que de nom. Ainsi ils se sont uniquement basés sur la définition que je leur en ai fait pour exprimer leur opinion. Ce n'est donc pas un outil qu'ils utilisent en pratique, ce qui peut constituer un biais dans la méthodologie.

Le choix de l'outil peut représenter un biais à cette étude car l'entretien, bien que permettant une approche qualitative, est moins sensible aux données quantitatives permettant l'extrapolation à plus grande échelle des résultats obtenus.

Ainsi, l'échantillon interrogé n'est pas représentatif du fait de sa taille. Le nombre d'ergothérapeutes ayant participé à ce travail recherche est trop faible pour pouvoir généraliser les réponses obtenues.

Par ailleurs, dans mon cadre conceptuel, j'évoque les étapes de réalisation du projet personnalisé selon les recommandations de l'ANESM, or, ces dernières ne reflètent pas la manière dont est mis en pratique l'élaboration du projet personnalisé sur le terrain, dans chaque structure.

Il existe peu de littérature concernant le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place de ces projets pour les résidents ce qui représente une limite. Malgré cela, la confrontation entre le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD et les étapes du projet personnalisé a permis de d'identifier les missions que l'ergothérapeute peut effectuer.

1.6. Présentation et analyse des résultats

1.6.1. Analyse des résultats

Suite à la passation des entretiens avec cinq ergothérapeutes, j'ai pu analyser mes résultats par thèmes.

Tout d'abord, je devais vérifier les critères d'inclusion énoncés initialement. Ainsi, tous les ergothérapeutes interrogés sont diplômés d'état. Également, 80% des ergothérapeutes interrogés exercent actuellement en EHPAD et 20% y ont travaillé. De plus, tous les ergothérapeutes interrogés ont déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé.

Concernant les données sociodémographiques, 80% des ergothérapeutes interrogés ont une jeune expérience (entre 0 et 3 ans d'exercice) et 20% ont une expérience expert (au moins 10 ans d'exercice).

Par ailleurs, 80% des ergothérapeutes interrogés ont exercé uniquement en EHPAD et 20% ont travaillé dans d'autres structures en CMP (Centre Medico-Psychologique) et en libéral en parallèle pour l'ergothérapeute 5). Les 5 ergothérapeutes interrogés sont issus de régions différentes : Normandie, Auvergne, Centre, Bretagne, Bourgogne Franche Comté.

Dans les tableaux d'analyse qui suivent les noms « E1, E2, E3, E4 et E5 » correspondent aux 5 ergothérapeutes interrogés successivement lors des entretiens, ceci dans le but de maintenir leur anonymat.

Analyse de l'expression des besoins des résidents

Le thème 1 correspondait à l'expression des besoins des résidents, à savoir, sont-ils en capacité d'exprimer leurs souhaits et besoins ou cela représente-t-il une difficulté pour eux ?

Thème 1	Indicateurs	Réponses				
		E1	E2	E3	E4	E5
Expression des besoins des résidents	-Sont en capacité d'exprimer leurs besoins		✓	✓	✓	✓
	-Présentent des difficultés à exprimer leurs besoins	✓				

Ainsi, 80% des ergothérapeutes interrogés considèrent que les résidents sont en capacité d'exprimer leurs besoins quant à leur projet personnalisé.

Parmi ceux-ci, un ergothérapeute considère que les résidents n'associent pas cela au projet personnalisé, également deux ergothérapeutes expliquent qu'ils peuvent exprimer leurs besoins mais dans la limite de leur pathologie (troubles cognitifs par exemple).

Cependant, 20% estiment que les résidents ont des difficultés à exprimer leurs besoins quant à leur projet personnalisé.

Analyse des moyens de recueil des besoins et souhaits du résident utilisés par l'ergothérapeute

Le thème 2 était associé aux moyens de recueil des besoins et des souhaits du résident utilisés par l'ergothérapeute.

Thème 2	Indicateurs	Réponses				
		E1	E2	E3	E4	E5
Moyens de recueil des besoins et souhaits du résident	Entretien en ergothérapie	✓				
	La MHAVIE					✓
	La MCRO					
	Échanges avec les autres professionnels de l'EHPAD			✓		
	Bilans « maison »	✓	✓	✓		
	Échanges informels	✓	✓	✓	✓	
	Entretiens individuels	✓			✓	
	Pas de recueil					
	Autres		✓		✓	

Ainsi, 80% des ergothérapeutes interrogés utilisent les échanges informels avec les résidents afin de recueillir leurs besoins. Également, 20% des ergothérapeutes utilisent la MCRO afin de recueillir les besoins et souhaits des résidents.

De plus, 60% des ergothérapeutes interrogés utilisent des bilans « maison » concernant les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, déplacements, etc.).

Les autres moyens cités par les ergothérapeutes sont le recueil de données avant l'arrivée du résident pour E2, l'occupationnel questionnaire et le recueil de donnée effectué par le résident et son entourage en amont de son arrivée pour E4.

Analyse de l'utilisation d'outils ou moyens spécifiques pour favoriser l'expression des besoins et souhaits des résidents

Le thème 3 interrogeait les ergothérapeutes sur l'utilisation d'outils ou moyens spécifiques permettant de favoriser les résidents dans l'expression de leurs besoins et souhaits.

Thème 3	Indicateurs	Réponses				
		E1	E2	E3	E4	E5
Utilisation d'outils/moyens spécifiques pour aider les résidents à exprimer leurs besoins/souhaits	Échanges avec l'entourage	✓				
	MHAVIE					
	MCRO				✓	✓
	Bilans « maison »			✓		
	Collaboration interprofessionnelle					
	Autres	✓	✓	✓		✓

Ainsi, 40% des ergothérapeutes interrogés utilisent la MCRO comme outil afin de favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents. 20% utilisent des bilans maison pour évaluer les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacements, repas) et faire émerger des besoins et souhaits.

D'autres outils/moyens spécifiques sont utilisés par les ergothérapeutes interrogés : une plaquette d'activités imagée utilisée comme support lors d'un entretien pour E3, des questionnaires de satisfaction pour E5, des entretiens et des mises en situation pour E2 et également les échanges avec l'entourage pour E1. Également, 40% se basent sur les échanges informels avec les résidents.

Analyse de l'intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support afin de favoriser l'expression des besoins des résidents

Le thème 4 interrogeait les ergothérapeutes sur l'intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support afin de favoriser l'expression des besoins des résidents. Ce thème permet également aux ergothérapeutes de partager d'autres outils auxquels ils n'auraient pas pensé précédemment.

Thème 4	Indicateurs	Réponses				
		E1	E2	E3	E4	E5
Intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support	Connait la MHAVIE	✓		✓		✓
	Ne connait pas la MHAVIE		✓		✓	
	Support utile pour balayer divers domaines	✓	✓	✓	✓	✓
	Ne voit pas l'intérêt du support pour l'ergothérapeute					
	Cite d'autres supports qu'il/elle utilise		✓	✓		

Ainsi, 60% des ergothérapeutes interrogés connaissent la MHAVIE et 40% d'entre eux ne connaissent pas la MHAVIE.

La majorité des ergothérapeutes interrogés estiment que la MHAVIE pourrait être un outil bénéfique afin de recueillir les envies et les souhaits des résidents.

Cependant, E3 estime que la MHAVIE est chronophage à utiliser car très complète.

Par ailleurs, 40% des ergothérapeutes interrogés utilisent d'autres supports. E3 connaît la grille des ADL (Activities of Daily Living =activités de la vie quotidienne) et des IADL (Instrumental Activities of Daily Living= activités instrumentales de la vie quotidienne) mais elle décrit ces dernières comme étant « très peu complètes ». E2 utilise le livret d'accueil de la maison de retraite comme support.

Analyse de la collaboration interprofessionnelle permettant de favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents

Le thème 5 questionnait les ergothérapeutes concernant la collaboration interprofessionnelle dans les EHPAD afin de favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents. Ce thème explore également les outils ou moyens qu'utilisent les ergothérapeutes pour se mettre en lien avec les autres professionnels dans le but de recueillir les besoins et les souhaits des résidents.

Thème 5	Indicateurs	Réponses				
		E1	E2	E3	E4	E5
Collaboration interprofessionnelle	Collabore avec les autres professionnels	✓	✓	✓	✓	✓
	Collabore par des échanges informels	✓	✓			✓
	Collabore par des mises en situation					
	Collabore par des évaluations communes					
	Collabore au travers d'activités				✓	
	Autres		✓	✓	✓	✓

Tous les ergothérapeutes interrogés collaborent avec les professionnels de l'EHPAD (professionnels de santé ou non).

Également, 20% des ergothérapeutes interrogés collaborent avec le personnel de l'animation pour recueillir les besoins et les souhaits des résidents au travers d'activités. De plus, 60% des ergothérapeutes interrogés collaborent avec d'autres professionnels de santé par des échanges informels pour recueillir des informations concernant les résidents.

Les autres moyens évoqués par les ergothérapeutes pour collaborer avec les professionnels de l'EHPAD sont : une grille remplie par les professionnels de santé en réunion en fonction de leur champ d'exercice ainsi que les transmissions effectuées aux autres professionnels pour E2, des fiches remplies par chaque corps de métier puis rassemblées et étudiées lors de réunions interprofessionnelles pour E3, des questionnaires remplis en collaboration avec l'animation et le recueil de données complété en équipe pour E4. E5 précise que chaque professionnel se base sur ses observations concernant les résidents, puis les professionnels échangent sur les résidents en réunion pluridisciplinaire.

Par ailleurs, tous les ergothérapeutes interrogés ont précisé participer à des réunions pluridisciplinaires au cours desquelles ils peuvent échanger avec l'ensemble de l'équipe sur la situation d'un résident.

Analyse des réponses lors de l'ouverture

La dernière question demande aux ergothérapeutes s'ils ont des remarques à effectuer ou des informations complémentaires à ajouter. Ci-après leurs réponses :

E1 espère que le projet personnalisé sera plus investi et considère qu'actuellement il est davantage perçu comme étant une obligation mais qu'il n'y a pas de réel suivi par la suite. Au sein de l'EHPAD où E1 exerce, une réunion pluridisciplinaire a eu lieu afin d'améliorer le suivi du projet personnalisé. Le but est qu'il soit lié au projet de soin afin que les aides-soignants et les infirmiers y aient accès plus facilement.

E2 indique que le projet personnalisé permet d'appréhender l'évolution du résident au fil du temps et explique également que l'équipe rattachée à l'unité protégée est en grande demande de réunions pour revoir les projets personnalisés. Selon E2, le travail pluridisciplinaire enrichit le projet personnalisé.

E3 explique qu'au moment de la réalisation du projet personnalisé, deux évaluations sont réalisées : l'inventaire neuropsychologique équipe soignante : NPIES (utilisé pour déceler la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés) et le MMS (Mini Mental State). Au sein de l'EHPAD, 3 projets personnalisés par semaine sont effectués, si la référente est absente, il n'y a pas de réunion. C'est un établissement sans médecin coordonnateur. Dans cet EHPAD la réévaluation du projet personnalisé se fait tous les ans.

E4 a le sentiment que la base du projet personnalisé varie entre chaque structure (pas le même recueil de données) et trouve cela dommage que ce ne soit pas un outil davantage protocolisé. Ceci ne met donc pas en valeur l'outil selon E4. L'EHPAD dans lequel exerce cet ergothérapeute est tourné sur « l'humanité » et fait donc le lien avec le projet personnalisé. E4 pense que ce mémoire de recherche peut être intéressant pour revaloriser le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place du projet personnalisé.

E5 explique avoir eu des difficultés à se « retrouver » au sein de l'EHPAD au regard de sa vision de l'ergothérapie (permettre de maintenir les habitudes de vie et l'autonomie du résident). E5 a été confronté au rythme imposé par l'EHPAD qui ne permettait pas de répondre à certains souhaits des résidents. Également d'autres résidents présentaient des difficultés à trouver une motivation pour évoluer dans la structure. Ces éléments ont été source de frustration. De plus, E5 exprime avoir eu une difficulté à instaurer une nouvelle dynamique auprès de l'équipe pluridisciplinaire : proposer de nouveaux outils et de nouvelles activités.

Ainsi, deux des ergothérapeutes interrogés estiment que le projet personnalisé n'est pas assez mis en valeur et développé.

1.1.1. Retour sur les hypothèses de recherche

La première hypothèse suppose que le travail interprofessionnel permet d'accompagner le résident dans l'expression de ses besoins. Cette hypothèse est validée. Tous les professionnels de santé interrogés ont révélé collaborer en permanence avec les professionnels de l'EHPAD pour accompagner le résident.

Cependant, ils n'utilisent pas de moyens spécifiques pour favoriser l'expression des besoins des résidents. Ce recueil se fait davantage de façon informelle : lors d'activités de groupes communes avec l'animation, lors des réunions pluridisciplinaires ou lors d'échanges informels.

La seconde hypothèse suggérait que l'ergothérapeute utilise la MHAVIE comme support afin de favoriser l'expression des souhaits et des besoins du résident pour élaborer le projet personnalisé. Cette hypothèse est invalidée. En effet après leur en avoir communiqué une définition, les ergothérapeutes interrogés ont affirmé que ce pouvait être un outil complet et bénéfique pour faire émerger des besoins et souhaits.

Cependant, ils n'utilisent pas cet outil dans leur pratique. Par ailleurs, un ergothérapeute a précisé que la passation de la MHAVIE était chronophage et donc difficile à mettre en pratique sur le terrain. Un second ergothérapeute m'a spécifié que cet outil pouvait être un support utile pour débiter son exercice en EHPAD mais qu'avec l'expérience, elle n'en voyait plus l'utilité.

1.7. Discussion

1.7.1. Perspectives envisagées

Lors de mes entretiens, deux ergothérapeutes ont fait remarquer que le projet personnalisé était considéré comme une « obligation » d'être réalisé, mais que suite à son élaboration, il n'y avait pas de suivi et de continuité. Ce qui fait lien avec les chiffres relevés par l'HAS précisant que seulement 34 % des EHPAD réévaluent les projets personnalisés en cas de modification des potentialités du résident. Cet outil est décrit par un ergothérapeute comme étant « quelque chose de positif » et qui devrait être, à son sens, davantage développé.

Concernant le recueil des besoins des résidents, E1 précise récolter davantage d'informations lors de réunions interprofessionnelle avec la présence de l'entourage qu'avec les différents bilans et entretiens qu'elle a pu effectuer auparavant. Malgré l'utilisation d'outils de recueil pour certains, la majorité des ergothérapeutes interrogés se basent sur des échanges informels pour recueillir ces informations : lors d'activités, de séances, de sorties, de temps de pause, etc. Également, le recueil des besoins et des souhaits se fait majoritairement par l'observation des résidents selon E4. « *Le recueil des attentes peut se faire par le biais de guides d'entretien au cours d'interviews approfondis avec les intéressés, non sur la seule base d'observations impressionnistes ou de renseignements collectés.* » (Loubat, 2017).

Il est également possible de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de la MHAVIE auprès de résidents en EHPAD. En effet, les ergothérapeutes interrogés ne l'utilisent pas en pratique, de plus, l'un d'entre eux révèle que cet outil est chronophage. Ainsi, la sélection d'items de la MHAVIE pertinents à la situation du patient, permettrait d'optimiser l'utilisation de cet outil.

E5 expliquait qu'auparavant le recueil de données auprès du résident n'était pas effectué au sein de l'EHPAD où elle exerçait. À son arrivée dans la structure elle a pris l'initiative d'effectuer la MCRO avec le résident pour le remettre au centre de son projet personnalisé. Pourtant l'ANESM précise que lors de l'étape 1 du projet personnalisé chaque professionnel de l'EHPAD doit se charger de recueillir les habitudes de vies, envies et besoins du résident. Cette remarque révèle que certains EHPAD ne prennent pas en considération les recommandations énoncées.

Parallèlement, ceci atteste de la difficulté, pour les équipes parfois, de placer le résident au centre de son accompagnement afin d'avoir une vision « patient-centrée », comme l'expliquait Carl Rogers.

E5 précise que les résidents étant davantage en capacité d'exprimer leurs besoins sont ceux ayant préparé en amont leur institutionnalisation (arrivée en EHPAD).

Dans des EHPAD au Canada, le dispositif d'accompagnement des personnes âgées « se fait bien plus en amont de l'institutionnalisation qu'en France. En effet, il est proposé dans ces lieux d'accueil une adaptation progressive : le résident peut d'abord intégrer la structure à hauteur d'une à deux fois par semaine, pour au final, lorsque le moment se présentera, l'intégrer totalement. » (Angel, 2020). Cependant, comme évoqué dans la partie conceptuelle, l'obligation de placer en urgence une personne âgée survient fréquemment.

Également, deux des ergothérapeutes interrogés ont mis en avant les difficultés que ressentent les résidents à identifier des motivations pour évoluer au sein de l'EHPAD. Selon deux chercheurs, Cyril Thomas et Philippe Hazif Thomas, la motivation correspond à « l'association d'un désir et d'un comportement en vue d'élaborer et de faire aboutir un projet » (Études sur la mort, 2009). Ainsi un lien peut être fait avec les propos d'E5, « la démotivation est un sentiment de découragement, une conséquence de l'atteinte du libre choix de la personne, se traduisant par un désintérêt à exprimer et vivre ses désirs, une réduction de ses activités ». (Arbuz, 2020).

L'EHPAD est fréquemment considéré comme un lieu pour la fin de vie. Les résidents présentent des difficultés à appréhender cette institution car elle est impersonnelle : par son environnement ou encore par le turnover important de l'équipe soignante.

Par ailleurs, il est à rappeler que l'utilité de la mise en place du projet personnalisé est d'améliorer la qualité de vie de la personne, comme énoncé dans la partie conceptuelle. En parallèle, le recueil de données permet aux professionnels de proposer des activités adaptées, de respecter les habitudes de vie de la personne et de créer des ateliers avec des groupes homogènes. Néanmoins, les habiletés, les besoins et les envies du résident sont constamment en mouvement au cours de sa vie en EHPAD. « *Les besoins se réfèrent explicitement ou non à une nomenclature socioculturelle qui fait que nos besoins se modifient, surgissent ou s'éteignent selon les époques, les milieux et les parcours personnels.* » (Loubat, 2017).

Le projet personnalisé est donc un outil qui peut rapidement ne plus être d'actualité, d'où la nécessité d'être continuellement à l'écoute du résident et à la recherche de son bien-être.

En outre, pour cibler davantage la plus-value de l'ergothérapeute quant à l'élaboration du projet personnalisé, il aurait été intéressant de questionner d'autres professionnels de l'EHPAD intervenant auprès des résidents au sujet de leur pratique mais également à la manière dont ils se positionnent dans l'élaboration du projet personnalisé. Ceci permettrait de mettre en lumière la richesse de l'interprofessionnalité, comme le stipulait E2. « *Le travail en équipe garantit une plus grande qualité d'action* » (Quilliou-Rioual, 2020). Il est par ailleurs une obligation légale.

Cependant, selon E5, l'équipe soignante est régulièrement prise dans le rythme de l'EHPAD, elle observait ainsi un manque d'écoute des attentes des résidents de la part de soignants. Une étude publiée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2016 indique : « *Aux dires des personnels soignants, travailler en EHPAD est difficile, aussi bien physiquement que psychologiquement, et la charge mentale y est importante* ». C'est pourquoi, il serait intéressant de se pencher sur l'organisation au sein des structures médico-sociales afin de comprendre les problématiques liées aux conditions de travail dans les EHPAD. Le rythme de l'institution peut alors représenter un frein pour répondre aux besoins et souhaits du résident quant à leur projet personnalisé.

Enfin, E5 décrit un sentiment de frustration lié à l'impossibilité de répondre entièrement aux besoins des résidents.

L'équipe soignante n'étant pas dans la même optique d'accompagnement, l'ergothérapeute s'est heurté aux routines ancrées chez certains professionnels, rendant délicat l'adhésion de ces derniers à la mise en place de nouveaux projets.

« *L'adhésion d'un groupe s'obtient si chacun est impliqué (avec des degrés différents) dans l'action commune.* » (Quilliou-Rioual, 2020). La collaboration interprofessionnelle est néanmoins un pré requis pour un accompagnement optimal du résident : « *Il est impossible de mener une action correctement si les membres de l'équipe ne sont pas volontaires et prêts à coopérer en confiance les uns avec les autres.* » (Quilliou-Rioual, 2020).

1.7.2. Projections professionnelles

Ce mémoire de recherche m'a permis d'acquérir une rigueur dans le travail et une méthodologie de recherche. En effet, j'ai pu apprendre à effectuer des recherches en utilisant des sources fiables et vérifiées, j'ai découvert différents outils et techniques pour rechercher et stocker des informations. Ce travail a été enrichissant, me permettant de développer un sens de l'organisation concernant mes écrits et ma méthodologie. Ma qualité d'écrit s'est améliorée, je me suis efforcée à employer des termes plus scientifiques et adaptés à la rédaction d'un mémoire de recherche.

Par ailleurs, ce travail a enrichi mes connaissances théoriques acquises lors de mes trois années de formation en ergothérapie. Il m'a également permis de confronter des notions théoriques avec une pratique sur le terrain parfois différente de ce que j'ai pu apprendre.

Enfin, la rédaction de ce mémoire a contribué à la construction de mon identité professionnelle. En effet, l'occupation est au cœur de notre enseignement, cependant en pratique cette approche est encore peu ancrée, elle fait pourtant partie de notre identité professionnelle. Le projet personnalisé est un outil déployé dans de nombreuses structures : à l'école, en EHPAD, à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux, etc. Ainsi, j'aimerais pouvoir développer davantage l'élaboration et le suivi de ce projet personnalisé qui permet de recenser les occupations de la personne et d'établir des objectifs avec cette dernière.

Pour ce faire, je devrais approfondir mes connaissances concernant les moyens d'interagir avec les autres professionnels afin de mettre en place des ateliers, mises en situation ou évaluations communes pour mettre en lumière les besoins de chaque personne.

C'est pourquoi je ressens l'envie et le besoin de me former continuellement à de nouvelles approches, techniques ou méthodes pour enrichir mes compétences et être en capacité de mener des projets dans chaque lieu où j'aurai la possibilité d'exercer. Ceci dans l'optique constante d'améliorer la qualité de vie de personnes présentant des restrictions de participation dans leur quotidien.

4. Conclusion

En France, l'institutionnalisation des personnes âgées en EHPAD s'effectue fréquemment de façon soudaine. L'acquisition du statut de résident implique alors la mise en place d'un projet personnalisé rendu obligatoire par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, cet outil a pour but de placer la personne au centre de son accompagnement. L'arrivée de la personne en EHPAD induit une rupture dans son environnement entraînant une modification de ses habitudes de vie. L'ergothérapeute intervient donc auprès du résident afin d'améliorer sa qualité de vie, par le biais notamment du maintien de ses habitudes de vie. Afin d'atteindre ce but, l'ergothérapeute, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, met en lumière les attentes de la personne pour construire un projet de vie conforme aux besoins et souhaits de celle-ci, au sein de la structure.

L'objectif de ce travail de recherche a été d'identifier la manière dont l'ergothérapeute peut favoriser l'expression des besoins et des souhaits du résident quant à son projet personnalisé. L'intérêt était plus particulièrement de recenser les moyens et outils utilisés par les ergothérapeutes dans leur pratique dans le but d'améliorer la qualité de vie des résidents. Selon les résultats de la recherche, les ergothérapeutes identifient la MHAVIE comme étant un outil complet et bénéfique permettant de faire émerger les besoins et souhaits du résident. Cependant, aucun des ergothérapeutes interrogés ne l'utilise actuellement en pratique. En parallèle, la collaboration interprofessionnelle contribue majoritairement à la qualité d'accompagnement. En effet, c'est lors des réunions d'équipe que de nombreuses informations sur la situation du résident sont échangées.

Néanmoins, il a été difficile pour les ergothérapeutes de nommer des outils validés pour favoriser l'expression des besoins du résident. En effet, ceux-ci se basent davantage sur des échanges informels avec le résident ou des observations lors d'activités pour identifier les attentes de ce dernier.

Le projet personnalisé est un outil « patient-centré » que chaque EHPAD s'approprie selon son fonctionnement, cependant, aucun des ergothérapeutes interrogés n'a évoqué la présence du résident lors de la réalisation de la réunion du projet personnalisé. Par ailleurs, plusieurs ergothérapeutes ont noté la difficulté pour le résident de s'impliquer dans leur projet personnalisé et d'en comprendre l'intérêt.

Ainsi, dans l'optique d'être en adéquation avec la démarche de « co-construction dynamique » évoquée par la Haute Autorité de Santé, il paraîtrait intéressant de se questionner sur la manière d'intégrer pleinement le résident dans la construction de son projet personnalisé. Il est donc envisageable d'imaginer la co-construction, avec des résidents, d'un outil de recueil des besoins et des souhaits. Ce dernier leur serait alors accessible et signifiant et permettrait donc d'accroître leur implication dans cette démarche.

Liste des références

Ouvrages :

Aubert, M., Outata, S. & Mourey, F. (2005). Les soignants. Dans : Martine Aubert éd., *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 121-141). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.outat.2005.01.0121>"

Barbot, J. (2012). 6 – Mener un entretien de face à face. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 115-141). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0115>

Loubat, J. (2017). *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.louba.2017.01>

Messy, J. (2020). *La maison du bout de la vie : Soigner l'EHPAD pour soigner les adultes âgés*. Toulouse, France : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.messy.2020.01>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2e édition). De Boeck Supérieur.

Mourey, F. (2005). Le rééducateur. Dans : Martine Aubert éd., *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 186-192). Toulouse, France : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.outat.2005.01.0186>

Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (1re édition). De Boeck Supérieur.

Quilliou-Rioual, M., Quilliou-Rioual, M. (2020). *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS : En 29 notions*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.quill.2020.01>

Vercauteren, R., Hervy, B., Schaff, J. (2010). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Toulouse, France : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.verca.2010.01>

Articles :

Angel, O., Bonardi, C., Drouot, C. & Corveleyn, X. (2020). Dialogue résident-famille-institution : clé du consentement à l'entrée en Ehpad. *Gérontologie et société*, 3(3), 235-262. <https://doi.org/10.3917/g1.163.0235>

Arbuz, G. & Gonthier, R. (2020). Fragilité du sujet âgé et prévention : que retenir des avancées de la recherche ? *Gérontologie et société*, 3(3), 221-233. <https://doi.org/10.3917/g1.163.0221>

Beloni, P., Hoarau, H. & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 77-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0077>

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Caire, J., Morestin, F. & Schabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique : Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, vol. 35 / 142(3), 41-55. <https://doi.org/10.3917/g.s.142.0041>

Cottet, I., Marion, G. & Dreyer, P. (2010). Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 3(3), 207-215. <https://doi.org/10.3917/g.s.134.0207>

Devos, A. (2012). Les attitudes par rapport aux aînés en fonction des cultures. *Analyses Énéo*, 2012/06.

DREES. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficile par des personnels très engagés. n°5, 32.*

Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138(3), 127-142. <https://doi.org/10.3917/g.s.138.0127>

Ennuyer, B. (2015). Les « personnes âgées », un sujet très mal traité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(1), 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2014.10.002>

Fisher, A. (2014). OTIPM: A model for implementing top-down, client-centered, and occupation-based assessment, intervention, and documentation.

Fleming, M. O., & Haney, T. T. (2013). An Imperative: Patient-Centered Care for Our Aging Population. *The Ochsner Journal*, 13(2), 190-193.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Beaulieu, M., & Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. (2014). *La mesure des habitudes de vie 4.0 : Guide d'utilisation pour adolescents, adultes et aînés*. RIPPH.

Guérin, L. (2018). L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*, 22(3), 159-183. <https://doi.org/10.3917/parti.022.0159>

Haudiquet, X. (2020). Carl Rogers, pionnier de la recherche en psychothérapie.

(2020, avril 15). *ACP-France*.

<https://www.acpfrance.fr/carl-rogers-pionnier-de-la-recherche-en-psychotherapie/>

Hazif-Thomas, C. & Thomas, P. (2009). Démotivation du sujet âgé, dépression conative et renoncement au plaisir. *Études sur la mort*, 1(1), 57-76. <https://doi.org/10.3917/eslm.135.0057>

Jackson J., Mandel D., Zemke R. & Clarck F. (2004). Promoting quality of life in elders: an occupational therapy program. *Ergoterapeuten*, 14-19

Kiledjian, É. (2019). Prendre en compte la vulnérabilité et la dépendance sans stigmatiser. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 138(3), 5-9. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.138.0005>

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian journal of occupational therapy*. 57(2), 82-7.

Lebreton, S. (2020). Faire d'un EHPAD un lieu de vie et d'humanité, la passion d'une jeune directrice. *Le journal de l'école de Paris du management*, 144(4), 30-37. <https://doi.org/10.3917/jepam.144.0030>

Lepore, M., Scales, K., Anderson, R. A., Porter, K., Thach, T., McConnell, E., & Corazzini, K. (2018). Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*, 13(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12212>

Leroux, M. (2016). Le silence de la vulnérabilité en institution gériatrique. *Ambiances. Environnement sensible, architecture et espace urbain*. <https://doi.org/10.4000/ambiances.696>

Libault, D. (2019). Concertation grand âge et autonomie. *Ministère des Solidarités et de la Santé*.

Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa Jr, P. T., et coll. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*, 24(4), 941-954.

Marino, C. (2012). Favoriser l'émergence de la parole pour le projet personnalisé peut-il faire violence ? *Qu'est-ce qui fait violence dans les établissements et services de soin, sociaux et médico-sociaux ?* Journée d'étude du CREAL de Bretagne. http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/violence_2012_catherine_marino.pdf

Nshimrimana, L. (2003). Vieillesse et culture: Du bon usage des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(2), 46-60. <https://doi.org/10.3917/ctf.031.0046>

Piou, O., Manaut, N. & Manent, M. (2019). Travailler auprès des plus âgés accroît-il la vulnérabilité de ceux qui les accompagnent ? Dans : Colette Eynard éd., *Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables : Les nouvelles catégories de l'âge* (pp. 203-246). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.eynar.2019.01.0203>

Rosemond, C. A., Hanson, L. C., Ennett, S. T., Schenck, A. P., & Weiner, B. J. (2012). Implementing person-centered care in nursing homes. *Health Care Management Review*, 37(3), 257-266. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e318235ed17>

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, (33), 109-113. doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.093

Schaerer, R. & Poirier, F. (2019). Compte rendu d'actualités. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 137(2), 107-121. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.137.0107>

Tacnet Auzzino, D. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société*, 4(4), 99-121. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0099>

Wälti-Bolliger, M. & Fontaine, M. (2011). Réalisation de soi du résident en Etablissement Medico-Social, un phénomène à comprendre. *Recherche en soins infirmiers*, 1(1), 86-98. <https://doi.org/10.3917/rsi.104.0086>

Pages web :

ANFE. (2019). *Qu'est ce que l'ergothérapie – ANFE*. (s. d.). Consulté 8 mai 2021, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

AFEG. *Ergothérapeute en Gériatrie*. Consulté le 8 mai 2021, à l'adresse http://afeg.asso.fr/#xl_xr_page_index

Bossart, J (2020). *A quel âge est-on considéré comme une personne âgée ?* (s. d.). Consulté 3 mai 2021, à l'adresse <https://www.20minutes.fr/societe/2760427-20200414-coronavirus-partir-age-personne-agee>

ENOTHE – *European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)*. (s. d.). Consulté 8 mai 2021, à l'adresse <https://enothe.eu/>

France Info. (2018). Comment le monde s'occupe de ses personnes âgées. *France Info*. Consulté le 4 février 2021, à l'adresse https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/comment-le-monde-s-occupe-de-ses-personnes-agees_2588002.html

Le Figaro. (2013). Au Japon, des robots-infirmiers intègrent les hôpitaux. *Le Figaro*. Consulté le 3 février 2021, à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/sciences/2013/10/25/01008-20131025ARTFIG00282-au-japon-des-robots-infirmiers-integrent-les-hopitaux.php>

Granger, R. (2021). Objectif SMART pour fixer des objectifs efficacement. *Manager Go*. Consulté le 10 janvier 2021, à l'adresse <https://www.manager-go.com/management/dossiers-methodes/smart>

HAS. (2019). *Le projet personnalisé : Une dynamique de parcours d'accompagnement (volet Résidences autonomie)*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 8 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2908881/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-residences-autonomie

INSEE. (2017). *D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole—Insee Première—1652*. (s. d.). Consulté 8 mai 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>

Leclair, A. (2019). L'entrée en Ehpad, un « déchirement » pour les familles de personnes âgées. *Le Figaro*. Consulté le 10 janvier 2021, à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/l-entree-en-ehpad-un-dechirement-pour-les-familles-de-personnes-agees-20190328>

Le Nid du Mali. (2020). *Amadou Hampâté Bâ est un écrivain et Ethnologue malien*. (2020, avril 1). Le Nid Du Mali. <https://leniddumali.org/amadou-hampate-ba-est-un-ecrivain-et-ethnologue-malien/>

Service Public. (2020). Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Consulté 4 février 2021, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Voix d'Afrique. « *Comment vont les vieux en Afrique.* » (s. d.) n°92. Consulté 3 mai 2021, à l'adresse http://www.peresblancs.org/vieux_en_afrique.htm

WFOT. (2012). Therapists, W. F. of O. (2021, mai 8). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>). WFOT; WFOT. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Textes officiels:

LégiFrance. *Article L311-8 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance.*
(s. d.). Consulté 3 mai 2021, à l'adresse
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887735/

LégiFrance. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002-2 (2002).

LégiFrance. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

ANESM. (2018). Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet ehpad). *HAS Santé.*

ANESM. (2010). Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. *HAS Santé*

Annexes

Annexe I : Loi 2002-2 du 2 janvier 2002	1
Annexe II : Grille AGGIR	5
Annexe III : Classification GIR	6
Annexe IV : Extraits de la MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie	7
Annexe V : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	10
Annexe VI : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel...	11
Annexe VII : Modèle du processus d'intervention en ergothérapie	12
Annexe VIII : Formulaire de consentement vierge	13
Annexe IX : Guide d'entretien	14
Annexe X : Retranscription des entretiens	19

(LégiFrance)

○ [Article 1](#)

Le titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre VI intitulé : « Action sociale et médico-sociale », comprenant les articles L. 116-1 et L. 116-2.

○ [Article 2](#)

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

○ [Article 3](#)

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-2. - L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

○ [Article 4](#)

I. - Le livre III du code de l'action sociale et des familles est intitulé : « Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services » et le titre Ier dudit livre est intitulé : « Etablissements et services soumis à autorisation ».

II. - Il est créé, au chapitre Ier du titre Ier du livre III du même code, une section 1 intitulée : « Missions », comprenant les articles L. 311-1 et L. 311-2, et une section 2 intitulée : « Droits des usagers », comprenant les articles L. 311-3 à L. 311-9.

○ [Article 5](#)

L'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-1. - L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :

« 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

« 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;

« 3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à

son âge ;

« 4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

« 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

« 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

« Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales.

« Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »

○ [Article 6](#)

L'article L. 311-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-2. - Une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit.

« Elle est publiée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales. »

Section 2 : Des droits des usagers du secteur social et médico-social (Article non numéroté à article 13)

○ [Article](#)

L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 311-3. - L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

« 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

« 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

« 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

« 4° La confidentialité des informations la concernant ;

« 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

« 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

« 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

« Les modalités de mise en oeuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

○ Article 8

L'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
« Art. L. 311-4. - Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :
« a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique ;
« b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.
« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.
« Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies. »

○ Article 9

L'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
« Art. L. 311-5. - Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative mentionnée à l'article L. 312-5. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

○ Article 10

L'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
« Art. L. 311-6. - Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en oeuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret.
« Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »

○ Article 11

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-7 ainsi rédigé :
« Art. L. 311-7. - Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

« Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

« Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

○ Article 12

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-8. - Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation. »

○ Article 13

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 311-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-9. - En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services mentionnés aux 1° et 7° de l'article L. 312-1, ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse.

« Dans ce but, chaque schéma départemental des centres d'hébergement et de réinsertion sociale évalue les besoins en accueil familial du département et prévoit les moyens pour y répondre. »

Annexe III : Classification GIR

(Service Public,2020)

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

La mesure des habitudes de vie

(MHAVIE 4.0)

VERSION POUR ADOLESCENTS, ADULTES ET AÎNÉS
Formulaire de cueillette d'information

1 Nom de la personne : _____ JJ MM AAAA

2 Date de naissance : ____ / ____ / ____

3 Sexe : féminin masculin

4 Cochez le niveau scolaire actuel de la personne :
Secondaire Ne s'applique pas
Post-secondaire

5 Cochez la situation d'emploi actuelle de la personne :
Régulier à temps plein Régulier à temps partiel Sans emploi
Temporaire à temps plein Temporaire à temps partiel Ne s'applique pas

6 Date de l'évaluation : JJ MM AAAA / /

7 Le répondant est :
 la personne de manière autonome
 la personne avec le soutien d'un parent, d'un proche significatif ou d'un intervenant (père mère ou autre _____)
 un parent ou un proche significatif (père mère ou autre _____)
 un parent ou un proche significatif avec le soutien d'un intervenant (père mère ou autre _____)
 un intervenant (nom et discipline) _____
Si la personne n'est pas présente, veuillez en expliquer les raisons : _____

8 Le niveau de satisfaction de la personne :
 satisfaction perçue par le répondant
 satisfaction du répondant

9 Autres informations pertinentes : _____

**ÉCHELLE DE MESURE
DE LA RÉALISATION DES HABITUDES DE VIE**

	Aide humaine					
	Sans aide	Légère	Importante	Complète	Aide technique	Aménagement
Sans ou avec peu de difficulté	0	2	4	7	3	5
Avec une certaine difficulté	2	3	6	9	3	5
Avec beaucoup de difficulté	5	6	7	10	3	5
Non réalisé	20					

Le tableau ci-dessus est fourni à titre indicatif. Le score doit être calculé à partir d'une application informatisée disponible sur le site Internet du RIPPH : www.ripph.qc.ca.

Questionnaire

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées)	Étape 1			Étape 2						Étape 3						
	Cette habitude de vie est :			A						B			Niveau de satisfaction			
				Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						Niveau de difficulté						
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement)			Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	
Communication															1	
Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (faire connaître vos besoins, exprimer vos idées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1	
Communiquer avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (faire connaître vos besoins, exprimer vos idées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2	
Tenir une conversation à la maison ou dans la communauté (donner votre opinion, discuter, argumenter...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3	
Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message, une carte de souhaits...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4	
Communiquer par internet (courriel, CHAT, Webcam...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5	
Lire et comprendre de l'information écrite (journaux, livres, lettres, signalisation, consignes...) Note : Si vous lisez avec des lunettes, cochez « Aide technique »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6	
Utiliser un téléphone à votre domicile ou au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.7	
Utiliser un téléphone public ou un téléphone cellulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.8	
Utiliser une radio, un téléviseur, un ordinateur, l'internet, un système DVD ou un système de son...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.9	

* « L'aide humaine » correspond à tout soutien humain supplémentaire (aide physique, supervision, rappel de consignes, encouragement, etc.) apporté dans le cadre de la réalisation des habitudes de vie d'une personne en raison « de ses incapacités » ou « des obstacles présents dans son environnement ». « Sans aide » doit être coché, même si la personne n'a pas besoin d'aide humaine.

ÉTAPE 1: IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL

Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 2: ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE

À l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 1A: Soins personnels

Soins personnels
(ex. habillage, bain, alimentation, hygiène)

Mobilité fonctionnelle
(ex. transferts à l'intérieur, à l'extérieur)

Vie Communautaire
(ex. transport, emplettes, finances)

IMPORTANCE

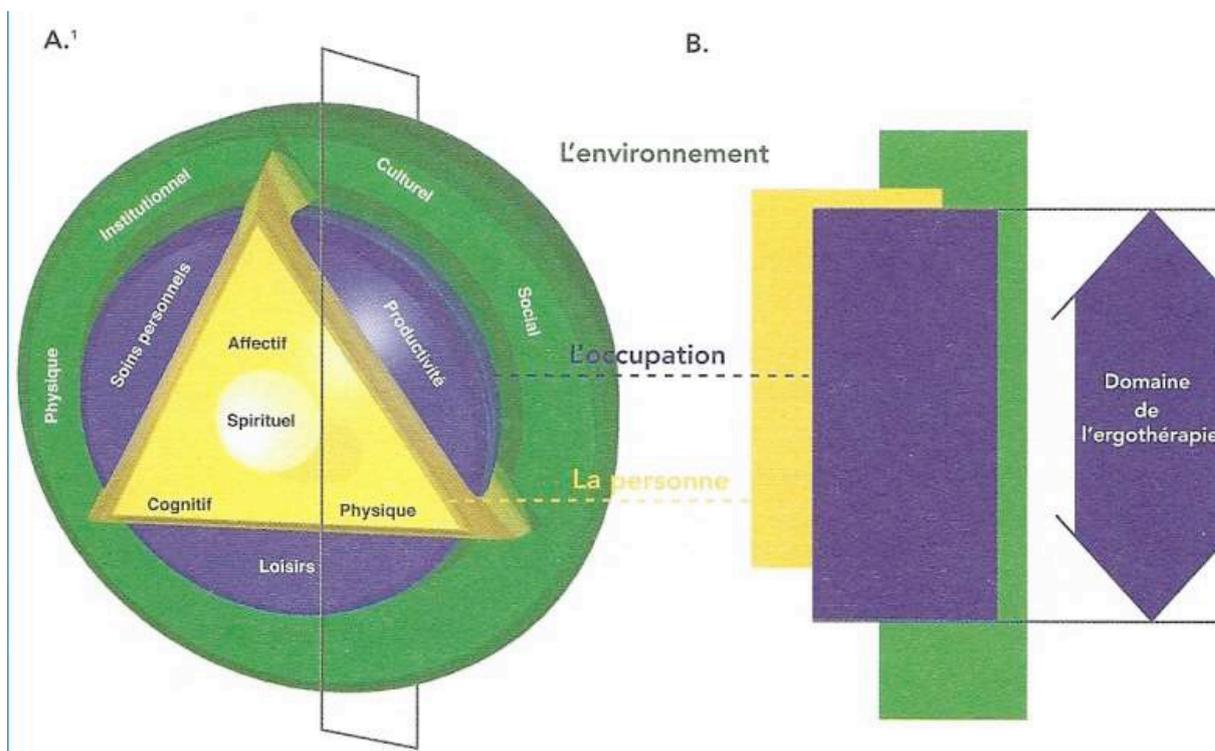
1B: Productivité

Travail rémunéré/non rémunéré
(ex. trouver ou garder un emploi, bénévolat)

Gestion domestique
(ex. ménage, lessive, préparation des repas)

Jeux/travail scolaire
(ex. habiletés de jeu, devoirs scolaires)

Annexe VI : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

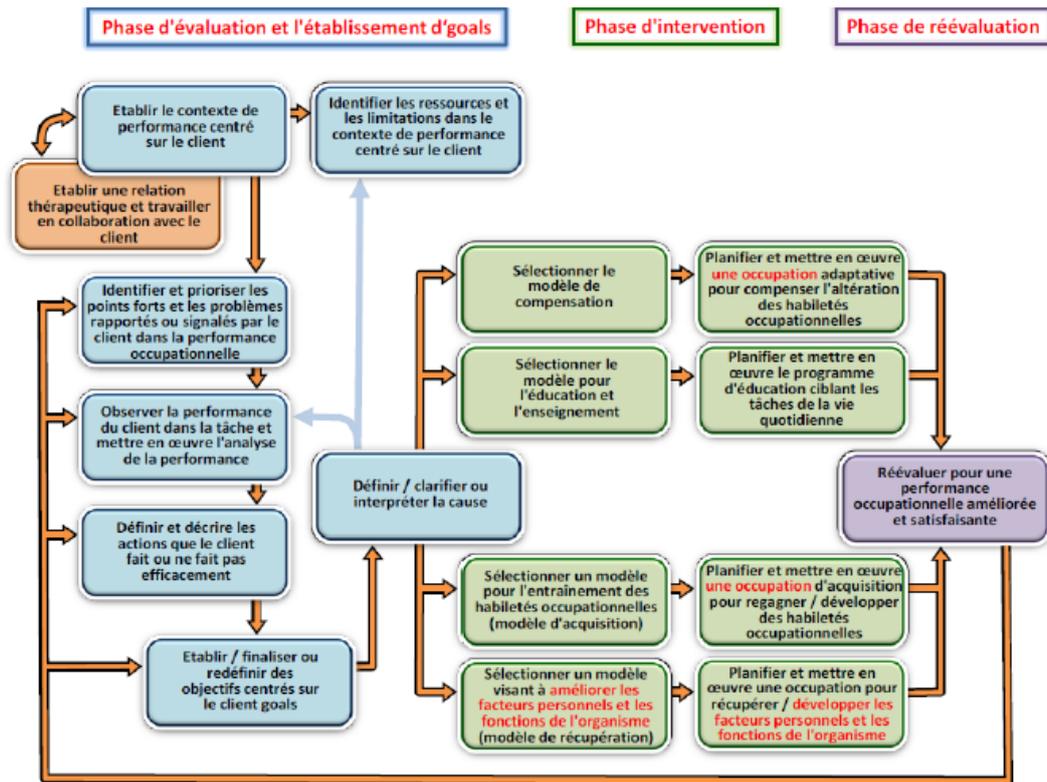


A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

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

Annexe VII : Modèle du processus d'intervention en ergothérapie



Modèle du processus d'intervention en ergothérapie. Adapté de A. G. Fisher (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins CO: Three Star Press.

Formulaire de consentement

Je soussigné(e)accepte de participer au mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie réalisé par BEAUCAMP Marguerite, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE La Musse.

Le sujet du mémoire porte sur le projet personnalisé des résidents en EHPAD et traite des outils utilisés par les ergothérapeutes français pour favoriser les besoins et souhaits des résidents.

Je certifie avoir été informé des objectifs de l'étude. Je m'engage volontairement et je sais que je peux me retirer à tout moment sans donner de justification. Par ce biais, je certifie avoir donné mon consentement à la participation à un entretien individuel pour l'étude menée par l'étudiante en ergothérapie.

Au cours de cet entretien, j'accepte que notre échange soit enregistré. Les informations récoltées seront utilisées uniquement dans le cadre de l'étude.

A l'issue de l'étude la bande audio sera détruite ainsi que les éventuelles notes pouvant en découler. J'ai été informé que mes données resteront confidentielles et anonymes tout au long de l'étude ainsi que dans la publication du mémoire. Dans le travail final, si des citations directes devaient être utilisées, l'étudiante appliquera un nom d'emprunt afin de garantir l'anonymat.

Je certifie avoir compris le but et le déroulement de l'étude.

Fait à, le

Signature :

Guide d'entretien :

Introduction :

Je m'appelle Marguerite, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de La Musse, à Évreux. Je vous ai contacté dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. En effet, je vous sollicite aujourd'hui afin de mener la partie expérimentale de mon mémoire. L'entretien se fera sous forme semi-directive et durera 30 minutes environ. Il porte sur l'élaboration du projet personnalisé des résidents en EHPAD et je m'intéresse plus précisément aux divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents. Vous êtes libre de vos réponses ainsi que d'interrompre cet entretien à tout moment. Je ne juge pas vos réponses, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avec votre permission, cet entretien sera enregistré pour me permettre de le retranscrire à l'écrit, puis l'enregistrement sera effacé. Toutes les données que j'utiliserai dans le cadre de mon travail seront anonymisées. Avez-vous de questions ? Nous allons donc pouvoir débiter l'entretien si vous êtes d'accord.

Thème	Indicateurs	Questions
Vérification des critères d'inclusion	Ergothérapeute DE Exerce/ayant exercé en EHPAD A déjà participé à l'élaboration d'un PP	1. Êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ? 2. Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ? (Si n'exerce pas en ehpad actuellement, demander : Avez-vous déjà exercé en EHPAD ?) Depuis combien de temps ?

		3. Avez-vous déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?
Données sociodémographiques	<p>-Expérience : 0 à 3 ans jeune, 3 à 9 ans confirmé, plus de 10 ans expert.</p> <p>-Types d'expérience : une seule structure, plusieurs structures</p> <p>-Représentation de la population : type de région pour s'assurer que l'échantillonnage correspond à un panel représentatif de la population nationale</p>	<p>4. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?</p> <p>5. Dans quel institut ?</p> <p>6. Dans quelle région exercez-vous ?</p> <p>7. Pouvez-vous me décrire votre parcours d'exercice en ergothérapie ?</p>
Expression des besoins des résidents	<p>-Sont en capacité d'exprimer leurs besoins</p> <p>-Présentent des difficultés à exprimer leurs besoins</p>	8. Selon vous, les résidents en EHPAD sont-ils en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ? Le souhait étant défini ici comme « <i>une aspiration vers quelque chose que l'on n'a pas, un désir, une envie</i> » et le besoin étant une « <i>exigence née</i>

		<i>d'un sentiment de manque ».</i> Comment ?
Moyens de recueil des besoins et souhaits du résidents	<ul style="list-style-type: none"> -L'entretien en ergothérapie -Entretiens individuels -Échanges informels -La MHAVIE -La MCRO -Échanges avec les autres professionnels de l'EHPAD -Utilisation de bilans « maison » -Pas de recueil -Autres 	<p>9. Une phase de l'élaboration du projet personnalisé consiste à recueillir les souhaits et besoins des résidents.</p> <p>Comment recueillez-vous ces besoins et ces souhaits du résident ?</p>
Utilisation d'outils/moyens spécifiques pour aider les résidents à exprimer leurs besoins/souhaits	<ul style="list-style-type: none"> -MHAVIE -MCRO -Bilans « maison » -Collaboration interprofessionnelle -Entourage -Autres 	<p>10.Par quels moyens pouvez-vous aider/favoriser l'expression des besoins et souhaits des résidents ?</p>
Intérêt de l'utilisation de la MHAVIE comme support favorisant l'expression des besoins des résidents	<ul style="list-style-type: none"> -Connait la MHAVIE -Ne connaît pas la MHAVIE -Support utile pour balayer divers domaines - Ne voit pas l'intérêt du support pour l'ergothérapeute - Cite d'autres supports qu'il/elle utilise 	<p>Voici une définition de la MHAVIE : C'est la Mesure des habitudes de vie, qui est un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie (regroupant les activités courantes et les rôles sociaux) qu'une</p>

		<p>personne réalise dans son milieu.</p> <p>11. Que pensez-vous de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?</p> <p>12. Connaissez-vous d'autres supports susceptibles d'aider les résidents à exprimer leurs besoins et leurs souhaits ?</p>
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> -Collabore avec les autres professionnels -Ne collabore pas avec d'autres professionnels -Collabore par des échanges informels -Collabore par de mises en situation -Collabore par le biais d'évaluations communes -Collabore au travers d'activités -Autres 	<p>13. Collaborez-vous avec d'autres professionnels pour recueillir les besoins et les souhaits des résidents ? Pourquoi ? Comment faites-vous ?</p>
Informations complémentaires	<p>Soulève des idées, informations que la personne pourrait rajouter ou des éléments de réponse que je ne l'ai pas amené à me donner lors des précédentes questions</p>	<p>14. Avez-vous des remarques, des éléments à ajouter ou questions ?</p>

Pour les questions de relance : utilisation de la méthode QQQQCP (Qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi).

Conclusion :

Cet entretien est maintenant terminé. Merci d'y avoir participé et d'avoir contribué à mon travail de recherche. Souhaitez-vous que je vous transmette mon écrit une fois celui-ci terminé ? (Si oui : Pouvez-vous me communiquer une adresse mail par laquelle vous l'envoyer ?)

Je vous remercie et bonne continuation.

Annexe X : Retranscription des entretiens

Entretien avec E1

M.B : Bonjour, merci de prendre le temps de répondre à mes questions.

E1 : Y'a pas de souci ça me rappelle il n'y a pas si longtemps que ça, quand j'ai galéré à avoir des entretiens donc si ça peut...ça peut dépanner.

M.B : Bah oui oui, ça m'aide, ça m'aide beaucoup d'avoir plein de retours et d'échanges

E1 : Bah ouais non mais oui c'est clair c'est pour ça là maintenant je me suis mise sur tous les trucs de mémoire où je peux rentrer dans les critères généralement, j'essaie de répondre parce que vous c'est toujours ça de pris quoi.

M.B : C'est vrai c'est sûr euh donc je me présente je m'appelle Marguerite, je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à l'institut de formation de La Musse à Évreux et je vous ai contacté dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche et je vous sollicite aujourd'hui pour mener la partie expérimentale de mon mémoire l'entretien se fera sous forme semi directive et durera 20 minutes environ

E1 : ouais ouais

M.B : Et il porte sur l'élaboration du projet personnalisé des résidents en ehpad et moi je m'intéresse plus précisément aux divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents

E1 :D'accord

M.B : Donc vous êtes libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment, je ne juge pas vos réponses et avec votre permission cet entretien sera enregistré pour me permettre de le retranscrire à l'écrit et puis après j'effacerai tout et toutes les données que j'utiliserai dans le cadre de mon travail seront anonymisées

E1 : Ok

M.B : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

E1 : Non ça va

M.B : Donc on va pouvoir débiter l'entretien. Donc êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E1 : Donc ça fait depuis 2019.

M.B : Dans quel type de structure et ce que vous exercez actuellement ?

E1 : En EHPAD justement

M.B : Depuis combien de temps ?

E1 : Donc là dans cet EHPAD là ça fait un mois c'est une création de poste et j'ai travaillé avant dans un autre ehpad pour un remplacement de congé maternité donc en CDD pendant 6 mois.

M.B : D'accord ok.

E1 : Donc pour l'instant j'ai fait que des EHPADs en fait.

M.B : Oui et du coup est-ce que vous avez déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?

E1 : Alors oui du coup euh voilà dans les deux EHPAD que j'ai pu suivre comme c'est un c'est des groupes privés le fonctionnement est globalement le même donc oui oui j'ai pu voir là sur mon post j'ai...je suis déjà dedans et avant je je participe déjà aussi aux projets personnalisés.

M.B : Ok d'accord et de quel institut êtes-vous diplômée ?

E1 : Alors moi je suis des Mureaux, à la base j'ai passé Evreux aussi mais je l'ai pas eu donc les Mureaux.

M.B : Vous exercez dans quelle région ?

E1 : Là je suis à Tours donc région Centre.

M.B : D'accord donc on va rentrer dans le vif du sujet euh selon vous est ce que les résidents en ehpad ils sont en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé sachant qu'ici le souhait je l'ai défini comme étant une aspiration vers quelque chose que l'on n'a pas un désir ou une envie et le besoin je l'ai défini comme étant une exigence née d'un sentiment de manque.

E1 : Alors là actuellement dans les établissements que j'ai pu faire à chaque fois qu'on parle projet personnalisé le résident de de participer au projet personnalisé donc ça c'est toute la question la question de savoir si oui le résident est en capacité ou pas de d'y participer et ça va plutôt être travail en amont du psychologue, de l'ergothérapeute enfin les soignants paramédicaux et tout qui sont sur place pour un peu recueillir les souhaits et les désirs du résident. Mais donc là on a eu ben justement j'ai eu une réunion hier sur tout le projet personnalisé pour bien revoir la méthode et parce que c'est très protocolé quand même et il y a tout le questionnement du résident et donc là ce qui a été dit c'est de d'essayer de faire intervenir le résident pour son projet personnalisé quand il a un MMS supérieur à 15.

M.B :D'accord, ok.

E1 : Que quand il a quand même la capacité de de comprendre et pouvoir interagir.

M.B : Et justement les personnes qui ont la capacité de comprendre est-ce que vous trouvez qu'il y a des difficultés ou pas forcément quand ils viennent d'arriver qu'il y a

un peu une rupture de leur environnement et qu'ils se retrouvent dans un environnement qu'ils ne connaissent pas est-ce qu'ils sont en capacité de dire bah ce qu'ils veulent et ce dont ils ont besoin pour bah leur projet de vie en fait leur projet ?

E1 : Et bah très peu euh enfin il y en a pour qui quand ils arrivent c'est assez compliqué de se retrouver en EHPAD il y a plutôt une démotivation qui se crée en arrivant et du coup les souhaits c'est plus euh...enfin au départ faut creuser quand même sauf si c'est vraiment une volonté du résident de venir voilà. Mais généralement ceux qui viennent bon il y en a beaucoup ils sont en accord pour venir mais quand même ils auraient préféré rester à domicile et du coup quand ils viennent y'a vraiment une rupture du coup c'est assez compliqué de réussir à comprendre les souhaits les envies de chacun et là surtout qu'en plus, Covid n'aide pas les souhaits et désirs sont très compliqués là à mettre en place après quand ils sont formulés.

M.B : Je me doute ouais je me doute que ça va être compliqué et du coup vous en avez parlé juste avant il y a une phase de l'élaboration du projet personnalisé qui consiste à recueillir les souhaits et les besoins des résidents comment est-ce que vous faites-vous pour recueillir ces besoins et ces souhaits ?

E1 : Alors du coup moi j'ai tout un bilan, je fais un bilan déjà d'entrée ergo typique ergo qui reprend tous les centres d'intérêt, motricité tout ce qui est cognitif et du coup après c'est vraiment plus sur l'échange : les entretiens qui vont se faire au fur et à mesure après la présentation et tout ça, pour essayer de comprendre les habitudes de vie les centres d'intérêt. Et c'est vrai que mine de rien l'animation joue aussi beaucoup un rôle pour recueillir les centres d'intérêt de chacun pour le coup l'animatrice va prendre... fin là où je suis ou dans les autres établissements que j'ai pu voir euh ils prennent vraiment beaucoup de temps à l'arrivée pour savoir bah voilà quel type d'animation pourrait leur plaire quels sont leurs souhaits et nous ergo c'est plus dans les habitudes de vie qu'est-ce qu'ils aimeraient manger, fin qu'est-ce qu'il aiment manger, quelle est vraiment une journée type, une journée type pour chacun et c'est mais c'est plus en amont par des entretiens. Par des entretiens soit avec un bilan soit vraiment un entretien comme ça d'observation et voilà.

M.B : Ok d'accord et par quel(s) moyen(s) est ce que vous pouvez aider enfin favoriser en fait l'expression justement de ces besoins et ces souhaits ?

E1 : Bah moi je trouve que le mieux ça reste l'entretien enfin de prendre du temps avec le résident pour vraiment se poser et expliquer que bah voilà c'est pas juste un endroit pour sa fin de vie c'est aussi un lieu de vie justement où il y a plein de choses à faire et plein de...enfin on peut mettre plein de choses en place aussi, présenter tout

l'établissement et c'est vraiment un temps à prendre avec le résident et comprendre ce qu'il veut...Aussi beaucoup avec la famille on a beaucoup de temps d'échange avec la famille pour savoir comment ça se passait avant dans sa vie antérieure qu'est-ce qu'elle a pu faire...enfin qu'est-ce que le résident a pu faire comme profession, où est-ce qu'il vivait il y a aussi d'autres avec la famille avec tout un questionnaire qui eux remplissent sur le quotidien de leur parent généralement et de ce qu'il aimait faire.

M.B : Ouais ça permet d'avoir un autre regard aussi sur...

E1 : Ouais ouais ouais complètement parce que des fois les résidents disent...fin la personne dit elle-même bah non mais moi j'aime rien faire et finalement quand tu vas parler à sa fille elle dira bah elle aimait beaucoup jardiner bon c'est vrai qu'elle le faisait plus parce que c'était un peu compliqué mais voilà du coup là tout de suite ça donne quelque chose qui peut être amorcée et des pistes quoi.

M.B : Oui, d'accord. Alors donc voici une définition de la MHAVIE qui est la mesure des habitudes de vie c'est un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie qu'une personne réalise dans ce milieu. Que pensez-vous de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?

E1 : Alors moi du coup je l'ai jamais utilisé mais je pense que ça pourrait vraiment être bien en fait là moi dans l'institut où je suis j'ai des bilans directement euh enfin inscrits avec le groupe donc c'est des choses que je vais recueillir dans leur données d'information donc y'a déjà directement des bilans protocolés que je dois faire à l'entrée et tout ça mais après moi j'ai le loisir de pouvoir rentrer aussi ce que je veux. Donc oui c'est vrai que les bilans comme celui-ci pour pourraient vraiment être bien et pertinent pour recueillir tout ce qui est centres d'intérêts, habitudes de vie de la personne.

M.B : D'accord et du coup est-ce que vous connaissez d'autres supports qui seraient susceptible d'aider les résidents à exprimer leurs besoins et leurs souhaits ?

E1 : D'autres supports qui pourraient aider bah à part les questionnaires j'en vois pas trop après je trouve c'est plus vraiment aux professionnels de fin... de...d'interagir avec la personne et d'apprendre à la connaître mais oui moi je trouve que les questionnaires c'est plutôt pas mal.

M.B : D'accord ok. Et ça c'est ce que vous me disiez c'est les questionnaires qui sont propres au groupe auquel vous appartenez ?

E1 : Ouais ouais en fait c'est vraiment un truc qui est définie sur le groupe là où je travaille c'est Orpea du coup c'est un quelque chose de national et on a tous les mêmes données alors après on doit tous faire les bilans d'entrée et tout ça mais après

on peut les mettre un peu les changer comme on souhaite moi aussi je trouve que ça c'est pas pertinent avec le résident ça sert à rien d'évaluer ce truc bah je le fais pas je suis pas obligée de faire exactement ce qui est mis mais du coup ça compose une base et on a déjà tous les questionnaires sur les habitudes de vie, les centres d'intérêt qui sont donnés à la famille, qui sont donnés aux résidents et un suivi justement régulièrement sur les souhaits de chacun et justement avec le projet personnalisé c'est aussi l'intérêt mais bon difficile à exploiter, très difficile, pas assez exploité mais bon j'espère que ça va changer.

M.B : J'espère aussi, est-ce que vous collaborez avec d'autres professionnels pour recueillir les besoins et les souhaits du résident ?

E1 : Alors oui du coup avec l'EHPAD nous on a la chance d'avoir une psychomotricienne aussi, un psychologue et l'animatrice. Généralement c'est bah après les soignants...plus sous quelque chose d'informel en discutant et tout et donc vraiment quelque chose d'écrit sur un questionnaire ou autre ça va vraiment être l'animateur, le psychologue, l'animatrice, la psychomot et moi-même l'ergo.

M.B : D'accord et comment ça se passe alors ?

E1 : Alors bah en gros on définit un peu chacun quel champ pourrait être exploité par chacun et après du coup ben on a tous notre temps où on rencontre la personne quand elle arrive et après on se... Nous chez nous il y a des J+30 donc c'est à dire que à 30 jours après l'arrivée du résident on rencontre la famille avec le résident avec les professionnels. Du coup on fait un point sur tout ce qu'on a pu... bah tout ce qui se passe jusqu'à présent sur l'établissement avec les résidents et on fait un point aussi sur tout ce qui nous a été donné en termes d'indications enfin ses désirs, ses centres d'intérêt qu'on a pu recueillir en fait et ça c'est avec sa famille et le résident à 30 jours après son entrée.

M.B : D'accord.

E1 : Et après il y en a un autre encore il y a un J+90 je crois ou c'est voilà c'est même le principe : comment ça a évolué et comment ça évolue et avec la famille résident et que tout le monde puisse dire un peu ce qu'il a ce qu'il a trouvé comment ça se passe tout ça.

M.B : Oui donc il y a quand même pas mal de réunion interpro.

E1 : Oui oui il y a beaucoup de réunions moi j'adore mais du coup y'a beaucoup de réunions interpro et avec la famille

M.B : Mais du coup vous pensez que c'est bénéfique justement pour ça ?

E1 : Oui complètement pour le coup je trouve ça vraiment bénéfique parce que là les familles... bah après y'en a pour qui ça se passe vraiment bien à l'entrée mais il y en a qui ont besoin d'être rassurés de savoir que leur famille ça se passe bien dans l'EHPAD. Il y a un temps avec le résident, un temps avec la famille et un temps avec les deux parce que souvent la famille réussit à dire plus de chose quand y'a pas résident et inversement. Mais je sais que là sur les réunions que j'ai pu voir j'ai récolté plus d'informations que avec le dossier médical qu'on peut nous apporter, ou l'entretien que je peux avoir avec certains résidents qui sont pas spécialement bavard.

M.B : D'accord oui ok, euh est-ce que vous avez des remarques, des éléments à ajouter ou des questions ?

E1 : Non juste j'espère que le projet personnalisé va être plus investi. Enfin en fait là la problématique que je trouve c'est que on le fait le projet personnalisé parce que c'est un peu une obligation du groupe de le faire. Voilà parce que bah c'est bien pour le suivi mais en fait il y a pas, pour l'instant c'est assez compliqué après qu'il ait un réel suivi une fois que le projet personnalisé est fait, qu'est-ce qu'on en fait ?

M.B : Oui c'est ce que j'ai lu aussi beaucoup dans mes recherches que bah oui c'était mis en place parce qu'il faut le faire mais après ça s'arrête là.

E1 : C'est ça, il y a rien qui en ressort c'est ça qui est dommage. Du coup hier on a une réunion là-dessus justement pour dire bah voilà qu'est-ce qu'on pourrait faire de toutes les informations en fait parce qu'il faut que ça soit lu pour que... Et du coup hier c'était enfin...La réunion qu'on a pu avoir là-dessus c'est bien ça a pu remettre un peu à jour tout ce qu'il y a à faire et pas juste dire bah voilà c'est un truc protocolé à faire une fois par an pour ceux qui sont côté classique deux fois par an pour ceux qui sont à l'unité et c'est tout quoi. Il y a vraiment tout un... Enfin j'espère que ça va bien être mis en place mais il y aura tout un suivi justement il y a des délais après avoir fait le projet personnalité il faut que bah du coup la personne le signe, la famille aussi que tout le monde soit en accord et justement après il va y avoir un suivi vraiment de : est-ce que c'est bien lu par les soignants ? par tous les professionnels ? De ce qui a été noté enfin... Du coup là ce qu'on aimerait mettre en place c'est de le rajouter dans le plan de soins aussi en gros quand la personne arrive le matin, bah l'infirmière , l'aide-soignante j'en sais rien, quand elle va s'occuper du résident elle a et son plan de soins très médical et là juste sur la page d'à côté tout le projet personnalisé ou y'a toutes les indications de la personne dans sa journée : qu'est-ce qu'elle aime faire, qu'est-ce qu'elle veut faire, à quelle heure il faut qu'elle soit à tel endroit voilà.

M.B : D'accord

E1 : Mais c'est des choses à mettre en place et j'espère que ça aboutira quoi.

M.B : Oui bah oui parce que c'est quand même un outil euh enfin je trouve qu'il est vraiment bien comme outil en soi parce que ça reprend plein d'informations différentes c'est pour ça m'a intéressé. Parce que les résidents qui arrivent en ehpad ils savent pas forcément ce qu'ils veulent, qu'est-ce qu'ils vont faire de leur vie donc comment est-ce que nous on pourrait les aider en fait à ça : à savoir ce qu'ils veulent en fait.

E1 : Ouais c'est ça faut vraiment trouver une source de motivation et savoir qu'est-ce qui peut les intéresser ou pas. Mais bon c'est un travail de tous les jours à ce que tout le monde enfin que tout le monde ait le même discours propose des choses qui soit pas la laissées dans un coin. Mais là c'est vrai qu'avec le covid dès que quelqu'un arrive il y a eu un période d'isolement enfin c'est un peu ce contexte particulier : les animations ne peuvent pas bien se faire, c'est...Là en ce moment c'est compliqué en tout cas s'il fallait vraiment bien tenir le projet personnalisé en terme d'envie et tout là c'est...c'est chaud.

M.B : Je me doute ouais ça a vraiment dû être compliqué cette période pour les résidents

E1 : Ouais ouais ouais parce que là du coup le gouvernement annonce certaines choses pour la reprise des visites et tout ça sauf que en interne les groupes l'acceptent pas donc après pour dire aux familles « bah non vous pouvez pas » alors que au niveau du gouvernement et ils disent que oui sauf qu'en fait enfin...C'est hyper compliqué avec la vaccination les personnes qui veulent pas être vaccinées, les animations qui se font juste par étage et du coup comme y'a pas vraiment le groupe bah personne peut y aller donc plus personne ne sort de chez soi. Là dans les résidents qu'il y a, y'a beaucoup qui se mobilise plus trop et du coup bah ils ont perdu en autonomie à fond quoi donc bah ouais ça impacte sur tout et du coup là pour le projet personnalisé euh je sais que pour beaucoup c'est des objectifs vraiment petits ça c'est des petites...Déjà rien que de sortir de sa chambre il y en a pour qui c'est des vrais objectifs. On met des objectifs atteignables aussi parce que y'en a là c'est là c'est un peu l'hécatombe en fait.

M.B : Ouais, ouais d'accord. Eh bien cet entretien est terminé merci d'y avoir participé et d'avoir contribué à mon travail de recherche. Est-ce que vous souhaitez qu'une fois mon écrit terminé, est-ce que vous souhaitez que je vous l'envoie ?

E1 : De rien. Ouais bah carrément d'accord ben ça fait une relecture aussi.

M.B : Tout à fait. Moi j'ai votre mail donc je pourrais vous l'envoyer.

E1 : D'ailleurs je vais répondre après pour le consentement.

M.B : Oui oui pas de souci tant que c'est fait c'est bon j'ai pas j'ai pas de deadline.

E1 : Oui oui je me doute mais bon faut pas que j'oublie.

M.B : Ok bah je vous remercie alors.

E1 : Bah de rien puis si jamais vous avez d'autres questions ou autre n'hésitez pas.

M.B : Ça marche merci beaucoup.

E1 : Bonne soirée.

M.B : Bonne continuation, au revoir.

M.B : Merci, au revoir.

Entretien avec E2

E2 : Bonsoir

M.B : Bonsoir, merci de prendre le temps de répondre à mes questions.

E2 : Pas de souci je suis aussi passée par là.

M.B : Euh bah je vais commencer par me présenter déjà donc je m'appelle Marguerite et je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse à Évreux et je vous ai contacté donc dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche je vous sollicite afin de mener la partie expérimentale de mon mémoire. L'entretien se fera sous forme directive et durera environ 20 minutes et il porte sur l'élaboration du projet personnalisé des résidents en ehpad et ce qui m'intéresse un peu plus c'est les divers moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents. Donc vous êtes libre de vos réponses et également de m'interrompre et d'interrompre cet entretien à tout moment, je ne juge pas vos réponses également. Avec votre permission cet entretien sera enregistré pour me permettre de le retranscrire à l'écrit puis j'effacerai l'enregistrement

E2 : Il n'y a pas de souci

M.B : Également toutes les données que j'utiliserai dans le cadre de mon travail seront anonymisées. Est-ce que vous avez des questions ?

E2 : Non je pense que tout est clair, je sais pas si j'aurai des réponses claires et correctes mais...

M.B : Bah toute façon on est là pour échanger donc y'a pas de souci bah on va commencer alors. Donc êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E2 : Oui depuis...ça va faire 10 ans.

M.B : D'accord ok et vous êtes diplômée de de quel institut ?

E2 : L'ADERE à Paris.

M.B : D'accord ok. Dans quel type de structure est-ce que vous exercez actuellement ?

E2 : En ehpad.

M.B : D'accord et depuis combien de temps ?

E2 : Depuis bah quasiment 10 ans.

M.B : Ok donc avez-vous déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?

E2 : Oui

M.B :D'accord ok.

E2 : Je peux te tutoyer ?

M.B : Ah oui oui on peut se tutoyer oui y'a pas de souci.

E2 : En fait dans mon travail...en fait pour resituer peut être ça t'aidera euh en fait historiquement la création du poste d'ergothérapeute était à temps partiel il a évolué progressivement sur un cinquante pour cent et en fait le choix de la direction a été de mettre en place justement bah au moment de la loi de 2002 euh dans la revalorisation de l'établissement. Si tu veux les EHPAD en fait ils ont un mode de financement qui fait que c'est des conventions qui étaient passées jusqu'à présent... bon ça a évolué mais le mode de financement c'est l'agence :l'ARS et les constructeurs dans ce processus là en fait comme les conseils départementaux. Donc dans ce processus-là d'amélioration de la qualité euh pour mettre en place en fait les projets individuels dans l'établissement la direction a fait valoir l'intérêt que ce soit une augmentation de poste du temps de l'ergothérapeute

M.B : D'accord ok

E2 : Pour la gestion, la coordination des projets individuels au sein de l'établissement.

M.B : Ok, d'accord et donc là vous êtes dans quelle région actuellement ?

E2 : Ben moi je suis dans le Finistère en Bretagne.

M.B : D'accord ça marche et donc oui vous m'avez dit ça fait 10 ans que vous êtes... vous avez commencé directement là-bas en étant sorti de de l'école ?

E2 : Oui

M.B ; OK d'accord très bien. Eh bien on va pouvoir rentrer dans le dans le vif du sujet. Selon vous est-ce que les résidents en ehpad ils sont en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ? Sachant qu'ici j'ai défini le souhait comme étant une aspiration vers quelque chose que l'on a pas un désir une envie et le besoin je l'ai défini comme étant une exigence qui naît d'un sentiment de manque.

E2 : Alors répète la question initiale du coup

M.B : Les résidents en ehpad sont-ils en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ?

E2 : Alors je vais dire qu'ils vont pouvoir exprimer des souhaits et ils vont pouvoir exprimer des besoins mais il y en a très peu qui vont pouvoir associer ça à la notion de projet individuel.

M.B : D'accord

E2 : Euh... puisque en fait euh...nous, en tout cas ma pratique, nous le projet individuel vient formaliser quelque chose. Il vient formaliser les données que chaque professionnel... que l'ensemble des professionnels ont pu recueillir auprès du résident ou de la famille euh à des instants différents.

M.B : D'accord oui, ça permet de tout rassembler, c'est ça que tu veux dire ?

E2 : Donc il vient formaliser un instant t d'une donnée...fin des données euh mais en tout cas moi dans la pratique même si moi je l'ai en tête en tant que...ben parce que j'ai coordonné etcetera et je euh...ça demande un temps très important de recueillir et de formaliser en fait toutes les informations qu'on a du résident. Donc euh le souhait il va s'exprimer un moment donné mais une maladie d'Alzheimer ou autre chose il va pouvoir s'exprimer un souhait il va pouvoir exprimer un besoin qui est là maintenant immédiat. Mais euh ça peut être des choses qui sont... Tu vois un besoin c'est « j'ai besoin d'aller aux toilettes » aussi.

M.B : Oui oui

E2 : Tu peux pas le formaliser, tu peux pas dire « attendez avant de répondre je vais aller voir si c'est bien écrit dans votre projet individuel »

M.B : D'accord oui.

E2 : Donc en fait la difficulté ça va être de se distancer un petit peu entre...Voilà mais y'a des choses qu'on va exprimer plus peut être... alors il y a les besoins fondamentaux qui vont être mis en place dans les objectifs de travail peut être plus et les souhaits vont vraiment être répertoriés euh euh...vraiment plus formalisés. Sur les souhaits par exemple des choses comme... Tu peux répéter souhaits et besoin parce que c'est que je vais pas utiliser les mêmes termes que ce que toi tu avais dit.

M.B : Du coup les souhaits j'ai dit que c'était une aspiration vers quelque chose que l'on a pas que c'est un désir une envie tandis que le besoin c'est une exigence qui naît d'un sentiment de manque plutôt.

E2 : Ouais ouais faut que je fasse attention parce que nous c'est vrai que par exemple sur les souhaits et les désirs ça va être par exemple on peut avoir des gens qui vont formuler « je souhaite aller au cimetière pour la Toussaint ».

M.B : Oui

E2 : Voilà enfin j'essaye de donner des exemples mais c'est vrai que nous on avait une partie justement souhaits/désirs mais on mettait aussi les habitudes de vie euh donc la façon de s'habiller « oui je veux mettre ma jupe jusqu'au bout »

M.B : D'accord

E2 : Donc euh parce que tu vois entre souhaits et besoins je suis pas dedans mais à la fois c'est quelque chose qui est très importante pour la personne.

M.B : Oui oui oui bah dans tous les cas ça reste quelque chose qui est important pour la personne c'est juste que le souhait c'est plus oui une envie et besoin c'est quelque chose qui est c'est vraiment une nécessité besoin c'est plutôt dans le sens-là.

E2 : Donc voilà donc en fait on va aller recueillir progressivement et puis ça va évoluer tout au long du séjour du résident. Il y a certains qui sont d'actualité au démarrage et qui au bout de 2 mois ils ne sont plus du tout d'actualité parce que ça a évolué et d'autres ben ils vont persister jusqu'au bout parce que là-dedans on va aussi avoir les souhaits de fin de vie.

M.B : Oui oui

E2 : Certains qui vont pouvoir évoluer progressivement et certains disparaître.

M.B : Oui d'accord ok et justement c'est ce dont tu me parlais là il y a une phase de l'élaboration du projet personnalisé qui consiste à recueillir les souhaits et besoins et vous comment est-ce que vous faites pour recueillir ces besoins et ces souhaits ?

E2 : Alors on a une première partie parce qu'en fait il y a tout un processus donc il y a une première partie en fait on recueille déjà une somme d'information puisque on fait ce qu'on fait une rencontre avec la personne sur son lieu sur son domicile sur son lieu d'accueil avant l'entrée en ehpad.

M.B : D'accord

E2 : Voilà faire un point présenter l'établissement, se présenter et aussi commencer à leur faire imaginer la vie en ehpad et donc là on va déjà recueillir une somme d'informations ou de souhaits leur part. Déjà la première chose « est ce que vous souhaitez avoir une chambre double ou une chambre simple ? » euh on va recueillir aussi des informations bah après voilà c'est des temps d'échanges donc c'est très varié mais...sur leurs habitudes de vie et puis euh bah des fois les souhaits j'ai pas envie d'aller dans le collectif j'aimerais faire telle l'activité euh voilà des choses comme ça.

M.B : Ok. Donc c'est vraiment...Il y a une première étape donc une rencontre avant l'arrivée et après sur place c'est des échanges c'est ça ?

E2 : Bah en fait on va faire ce premier échange et après donc on valide l'entrée euh et donc quand la personne arrive à l'EHPAD il y a un soignant donc qui va accueillir la personne et qui va recueillir cette fois-là plutôt les données : « qu'est-ce qu'il vous faut pour ce soir ? » « vous venez d'arriver qu'est-ce qu'il va vous falloir pour le premier soir, « quelles sont les habitudes ? » « quels sont vos besoins pour ce soir ? » euh et à la fois dans la réassurance hein parce que c'est un nouveau lieu et euh... « Quelles sont vos habitudes de vie ? Qu'est-ce que vous attendez de nous demain matin ? ».

M.B : D'accord ok.

E2 : Donc dans l'aide, dans les choix du petit déjeuner, dans les habitudes vestimentaires, dans les habitudes de s'habiller avant le petit déjeuner, après, quelle heure...

M.B : Ouais d'accord et en tant qu'ergo vous faites comment du coup pour recueillir ces besoins et ces souhaits ?

E2 : En fait si tu veux moi je travaille sur la première phase d'accueil des résidents c'est à dire je vais en fait faire la visite à domicile euh donc en général on essaie de le faire à deux professionnels différents soit le médecin coordonnateur soit une infirmière euh... Donc après nous on a si tu veux un on va dire des points de passage un listing qu'on s'est fait en équipe justement sur quelles sont les informations qui sont essentielles et importantes à connaître et puis pour que les équipes puissent prendre euh puissent accompagner au mieux la personne à son entrée. Et puis ouvrir l'échange, la conversation hein donc en connaissant les habitudes un petit peu... une partie de l'histoire de vie. Et après ça permet aussi ben justement au travers d'une évaluation du domicile, fin du lieu de vie euh de répondre aux besoins directs et en lien aussi avec les pathologie euh de la personne.

M.B : D'accord.

E2 : Quel matelas elle va voir, quel besoin elle va avoir au niveau aide humaine, quel besoin elle a au niveau de l'alimentation quels souhaits elle a sur l'alimentation : les goûts les dégoûts voilà. Donc si tu veux là c'est vraiment sur la communication, un travail de communication, de relationnel qui est important euh donc ce qu'on développe aussi hein dans la relation de confiance en tant qu'ergo au travers d'un accompagnement hein. Donc y'a vraiment savoir faire face à ça parce qu'on est face à des gens qui sont en général dans une grande dépendance euh et puis bah très régulièrement quand même avec des troubles cognitifs hein. Donc on peut aussi faire face à ça, des gens qui sont dans le...comment dire dans le la... quand il y a une anosognosie de leur trouble donc il faut quand même à la fois pouvoir dire les choses,

il y toute la psychologie...fin l'approche psychologique de la personne quand même. Pouvoir dire et signifier les choses tout en étant euh bah attentif à que la personne elle n'a pas tout à fait conscience.

M.B : Oui.

E2 : Ou en tout cas c'est compliqué pour elle de...donc voilà il y a un travail de relation de confiance et donc d'utilisation des moyens aussi qui sont développés en gériatrie sur la validation voilà. Et puis après il y a tout qui est notre évaluation du contexte hein euh justement quand on parle hein tu vois, de l'environnement, humain, matériel, aide humaine, etcetera. Et puis bah justement pouvoir évaluer la situation à domicile parce que des fois en fait on va se rendre compte que rien que là finalement il y avait pas une urgence à rentrer en ehpad. Que y a peut être juste besoin d'une aide humaine supplémentaire pour soulager l'aidant dans un premier temps. Ça peut être aussi des fois juste commencer à mettre en place, proposer, parce que certains vont t'appeler en disant qu'il n'y a jamais eu d'adaptation du domicile pour que la personne se maintienne à domicile. Ça peut être aussi déjà de lancer des pistes là-dessus. Moi en tout cas c'est en tant qu'ergo que je fais attention.

M.B : Mais ça, ça arrive souvent, qu'au final vous vous rendez compte que y'a pas besoin tout de suite d'une entrée en ehpad mais qu'une aide humaine ce serait suffisant ?

E2 : Après c'est pas si régulier que ça après ça dépend de la demande réelle. Où en est la personne, le maintien à domicile est quand même beaucoup plus facile s'il y a des aidants familiaux.

M.B : Oui oui.

E2 : Où en sont les familles, les aidants principaux dans la démarche d'accompagnement de la personne. Souvent c'est eux qui vont nous dire « on y va ou on n'y va pas non ». T'as cette partie plus questionnaire et questionnements et voilà partie relationnelle échange pour voir ou on en et bah l'accompagnement psychologique et puis euh bah cette...fin...voilà cette adaptation de l'environnement de la personne est-il adapté ou pas, et est-ce qu'on peut y ajouter des aides.

M.B : Oui d'accord.

E2 : Si on continue la boucle donc bah après l'évaluation mais après pour récupérer les souhaits et les besoins de la personne donc en fait si tu veux ça va continuer progressivement c'est vrai que quand une personne arrive à la maison de retraite donc... Moi je suis enfin il y a aussi une notion que je t'ai pas donné, je suis à temps plein sur l'EHPAD.

M.B : D'accord oui.

E2 : Donc je suis à temps plein pour un poste de 62 résidents ça change pas mal de choses quand même ouais. Donc la personne arrive normalement ben j'ai pu préparer l'ensemble du matériel que la personne aura besoin suite à cette première évaluation. Voilà après ben en général soit à l'entrée soit le lendemain c'est des fois...je peux pas mais je retourne évaluer la situation en fonction aussi des transmissions des aides-soignants, voir si justement l'environnement proposé dans la chambre est adapté. Et euh je vais faire une évaluation de la toilette, habillage, repas, marche, transferts. Et donc de là les échanges avancent, sont présents. Les besoins principaux enfin voilà surtout les besoins immédiats sont exprimés ou en tout cas tu les observe voilà.

M.B : Ok et quels moyens vous pouvez utiliser pour aider enfin favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents ?

E2 : L'échange ! A la fois la mise en situation euh bah dans un environnement concret un qui est l'espace de la chambre, l'espace de la maison de retraite. Alors après moi je fonctionne comme ça je suis comment dire...mais d'autant plus sur le travail des projets individuels ou justement... mais en tant qu'ergo....enfin c'est ma vision que je vais amener je pense dans les projets individuels c'est que pour accompagner une personne il faut euh comment dire avoir en perspective l'ensemble des données qui gravitent autour d'elle.

M.B : Oui.

E2 : Donc euh il y a des...pour moi y'a des points de passage c'est...ben voilà on fait que la vie d'une personne c'est pas que faire répondre à ses besoins alimentaire, sa toilette, la marche c'est aussi les temps occupationnels et les temps de relationnel. Donc c'est vrai que dès le début en fait que soit dès pré visite ou euh la première évaluation à leur arrivée, je vais essayer de recueillir aussi qu'est-ce qui les intéressaient avant, qu'est-ce qu'ils faisaient avant, quelles étaient les dernières activités à la maison : lire le journal, regarder la télé, quelle chaîne voilà. Et euh ouvrir sur la notion d'animation.

M.B : D'accord.

E2 : Donc je vais commencer à recueillir des infos qui me sont pas propres spécifiquement à moi en tant qu'ergothérapeute même si je vais pouvoir y intervenir ça sur certaines situations mais les retransmettre à ma collègue qui est animatrice « oui Madame machin tu vas pouvoir aller la voir je crois que ton activité sur les jeux de lettres...ou... le jardinage faudra que tu penses à Madame machin».

M.B : Oui donc là il y a aussi échange interprofessionnel ?

E2 : Oui qui est super important que ce soit...parce qu'en fait nous on n'est qu'un élément, une pièce, c'est pas nous qui travaillons auprès des résidents h 24 donc voilà, retransmettre en tout cas les informations les observations et les adaptations mises en place aux équipes donc aides-soignants, agent, aux infirmiers aux différents... comment dire... à l'animatrice mais aussi à l'agent hôtelier qui va gérer tout ce qui est vaisselle etcetera. Mais aussi un médecin traitant, si on sent qu'il y a une sollicitation, ou kiné ou qu'il y aurait besoin d'autre chose.

M.B : Donc vous collaborez quand même beaucoup avec les autres professionnels au final pour recueillir toutes ces informations-là. Du coup enfin avec les autres professionnels vous faites comment pour les recueillir c'est pareil c'est des échanges ou est-ce qu'il y a des outils et des moyens spécifiques ?

E2 : On avait mis en place une première grille afin de savoir quelles étaient les activités de loisirs des résidents et en fait on s'est rendu compte que on était nous, en incapacité de pouvoir la faire remplir, en prenant le temps réellement d'être dans l'échange avec le résident sur un temps donné.

M.B : D'accord.

E2 : C'était trop chronophage et à la fois je pense que le peu qu'on a fait, c'était ma collègue animatrice qui avait pris le relais là-dessus et je pense y a pas eu un...comment dire...euh on s'est pas dit tiens c'est génial ça nous aide à avancer avec la personne. Le recueil des loisirs est important mais en fait on avait tout un questionnaire sur est ce qu'il faisait des collections, quelles étaient les activités à la retraite, avant la retraite etcetera. Et en fait bah des fois c'est plutôt les temps informels qui vont ils vont réellement apporter quelque chose. Euh on avait gardé c'est comme l'histoire de vie... après c'était plus voilà c'est plus des temps informels. Bah après c'est comment dire recueillir les infos mais chacun avec sa personnalité, essayer de les mettre en transmission et puis en fait après on s'organise on était plutôt à 6 mois pour essayer de faire le premier projet. On faisait en fait une réunion d'équipe spécialement sur le projet individuel du résident et donc il y avait tous les aides-soignants qui étaient présents le matin, l'après-midi donc moi en tant qu'ergo, mes collègues infirmières, l'animatrice, la direction après le médecin co et aussi euh la psycho sont là. Voilà l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est invité à venir et donc on échange sur la personne donc après on a une grille de passage en fait à la fois sur la partie plus peut-être médicale. On commence par qui est la personne, son histoire de vie et puis progressivement en fait on arrive...Après moi je laisse l'échange se faire avec mes collègues aides-soignants euh...comment elle vit au sein de l'établissement. Et de là

en fait on va parfois amener des données plus d'ordre médical en expliquant, réexpliquant la pathologie que la personne peut avoir parce que ça peut expliquer certaines situations certaines complexité. Ben souvent en fait avec les personnes présentant des troubles cognitifs ben c'est des gens qui font face à des troubles pratiques qui font face à des troubles de la mémoire voilà et que progressivement bah ça peut expliquer certains comportements. Et puis on évoque quels souhaits quels besoins euh la personne vous a clairement exprimé donc ça va du « il faut le soir mettre la table de chevet à tel endroit lui mettre un mouchoir sur la table de nuit avec un verre d'eau et puis fermer le volet à telle hauteur ». Mais voilà on essaye de notifier l'ensemble des données que tous les professionnels ont pu recueillir et aborder... voir les choses peut être un peu plus essentielles des fois sur... justement on essaie de leur demander s'ils souhaitent que la famille soit présente donc ça c'est des fois compliqué de le recueillir mais on essaie de faire pour ceux qui sont en capacité que la famille soit présente lors de la réalisation du projet. On va essayer aussi de recueillir si on a eu déjà des premiers souhaits sur bah les accompagnements de fin de vie grosso modo c'est ça. Après pour l'instant il y a des tensions parfois dans les familles il y a des choses particulières à faire attention. Donc voilà donc on va essayer de passer un petit peu tous les points déjà en équipe parce que des fois ça nous interpelle on se dit que ça on n'a pas de notion ou voilà donc à ce moment-là. Je t'ai pas expliqué non plus euh c'est qu'on a un des soignants qui est référent de cette personne

M.B :Oui c'est ce que j'avais lu que j'avais fait mes recherches qu'il y a un référent oui.

E2 : Oui alors c'est pas une obligation hein et voilà donc y'a un des soignants qui est référent donc nous après ça mène à autre chose. Mais euh donc c'est d'essayer qu'en fait ce soignant là il ait aussi une place un petit peu particulière s'il la prend parce que des fois ils ne la prennent pas auprès du résident et donc ça peut amener aussi que justement bah on se re questionne. « Est-ce que ça elle aimerait ? » Parce que des fois on va se dire il s'est proposé tel l'objectif mais peut être que ça n'a pas de sens. Des fois en amont en fonction de ce qu'on va pouvoir se demander à la personne comme ça nous permet...quand je vais faire la mise ensemble du projet individuel par écrit euh voilà qu'il ait du sens.

M.B : D'accord.

E2 : Et après donc une fois ça, près donc on prend rendez-vous. Si le résident a souhaité que sa famille soit là on sollicite la famille et on prend rendez-vous donc la famille et le résident pour faire un point donc sur le projet. Et à ce moment-là même si

moi je l'ai écrit, tapé, etcetera. On a créé des cases spéciales pour ajouter des informations.

M.B : Ok, d'accord.

E2 : Souvent c'est là où on va pouvoir aussi redemander les goûts alimentaires, on aura déjà observé certaines choses mais y'a des fois y'a des choses qu'on aura loupé donc ça va être les goûts alimentaire, ça va être justement...Je reviens encore sur l'accompagnement de fin de vie mais c'est un moment clé si on peut en parler le plus tôt possible c'est bien après c'est pas toujours forcément évident à aborder. Euh et puis ben « est-ce que vous avez des souhaits ? » alors ça leur parle pas beaucoup cette question-là donc je vois c'est euh ben « Est-ce que vous avez des souhaits sortie ? des endroits où vous aimeriez aller ? Est ce qu'il y'a des activités que vous aimeriez faire que vous n'avez jamais faites ? ». Et des fois on voit aussi ben la dedans, enfin moi j'essaye de le différencier, c'est que la famille va pouvoir aussi exprimer des souhaits donc euh...Alors des fois c'est pas le souhait du résident dans le sens c'est pas lui qui l'a exprimé mais en tout cas il va le valider. Par contre si le résident ça va un peu à l'encontre de son souhait on va quand même le notifier mais on va bien mettre que c'est le souhait de la famille.

M.B : D'accord oui.

E2 : Donc le projet c'est celui du résident pas de la famille mais ils sont...c'est tellement imbriqué qu'il faut quand même comment dire... faire attention à ça quoi.

M.B : D'accord et euh pour revenir aux outils et aux moyens, j'ai là une définition de la MHAVIE donc la mesure des habitudes de vie, qui est un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie qu'une personne réalise dans son milieu. Qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?

E2 : Alors comme ça attend je suis pas loin de mon ordi je vais aller voir ce que c'est. Je suis pas très support écrit donc euh...

M.B : C'est une évaluation, enfin un questionnaire que la personne remplit ou alors si elle est pas en capacité c'est le thérapeute qui le remplit et qui analyse de nombreuses habitudes de vie et ça regroupe donc les activités courantes et tout ce qui est rôles sociaux donc il y a beaucoup d'items.

E2 : Après je pense que c'est un outil comment dire...oui c'est vrai...je pense que après c'est vrai que j'ai 10 ans d'expérience de projets individuels et d'accompagnement de résident, de personnes âgées donc je pense qu'une bonne partie des questions je les ai dans ma tête et voilà. Mais après je pense que justement pour commencer justement

à appréhender cette notion-là de souhaits, de recueil de données, d'informations de toute façon il faut une trame. Donc après ce que je trouve important c'est cette notion là c'est...moi par exemple mon expérience professionnelle en ayant accueilli beaucoup de stagiaires ergos mais en ayant accueilli beaucoup de stagiaires aides-soignants ou infirmier euh...Pour moi on est la seule profession à réellement prendre en compte l'ensemble des données concernant la personne et pouvoir avoir ce champ si élargit que ça. Même si les AMP ou les aides-soignants vont parler de la communication, des loisirs, euh...le métier ...ou en tout cas ils sont très focalisés sur alimentation, hygiène, propreté... Les AMP par contre vont commencer à ouvrir la notion de loisir, activité euh c'est ce champ du comment dire euh...Peut être des fois la notion de bien-être en dehors des actes de la vie courante quoi. Et puis bon c'est vrai les infirmiers même si voilà ils vont essayer d'y passer mais on va être beaucoup plus sûr du soin technique sur les médicaments, le comportement et des fois bah tu vois pour cette richesse que nous on a dans le travail c'est quand même cette transversalité en fait.

M.B : Oui oui on touche vraiment à beaucoup de domaines, beaucoup d'aspects de la vie de la personne.

E2 : Non mais c'est pas tout c'est aussi dans le sens à nous de pouvoir dire « bah ça tiens je vois que Madame machin au niveau psychologique c'est pas voilà je sais qu'il faut que je fasse attention » et juste dans mes activités pour que la personne puisse agir dans son quotidien continuer à avoir des activités à être autonome, indépendante. Euh il faut dans mon approche et dans mes objectifs et dans les moyens que je mets en place il faut que je fasse attention à cet aspect psychologique là voilà. C'est peut-être en proposant des fois un shampoing parce que ça va la revaloriser. Mais mon action elle sera peut-être pas aussi pérenne que si derrière la psychologue intervient. Mais par contre on va vraiment avoir tous ces champs là qui sont ancrés dans notre métier, dans notre approche de la personne pour justement comprendre bah qu'est-ce qui se passe. En EHPAD on a quand même énormément de personnes avec des troubles cognitifs entraînant parfois des troubles du comportement, donc euh de pouvoir justement euh bah essayer d'apporter un mieux-être : le projet individuel c'est aussi ça euh et de s'interroger pourquoi il réagit comme ça. Qu'est-ce que dans notre pratique, nous, de soignants et d'accompagnants, on peut modifier pour que ben la personne elle aille mieux et il faut répondre pour qu'on lui propose une qualité de vie. Donc les évaluations comme celle que tu as dit euh une majorité des champs de d'intervention et en tout cas justement les différents éléments qui entourent et qui sont

propres à la personne sont une richesse justement pour bah recueillir les informations, les souhaits, les habitudes de vie, les besoins de la personne au quotidien.

M.B : Oui. Est-ce que vous connaissez d'autres supports parce que là vous m'avez dit que vous étiez pas trop euh enfin « papier » etcetera mais est-ce que vous connaissez d'autres supports qui seraient susceptible d'aider les résidents à exprimer leurs besoins et leurs souhaits ? Surtout par rapport bah alors projet de vie dans l'EHPAD parce que de ce que j'avais appris de mes recherches c'est que le résident qui vient d'arriver en EHPAD il a un peu perdu ses repères, il y a une rupture entre l'environnement dans lequel il était avant et celui dans lequel il maintenant et du coup, difficile pour lui de savoir ce qu'il veut, ce qu'il veut pour la suite, quel est son objectif. Donc est-ce que vous avez des supports qui seraient susceptibles d'aider les résidents à exprimer en fait ou à favoriser l'expression des besoins et souhaits ?

E2 : Comme ça spécifiquement ergo non enfin en tout cas j'ai pas cherché j'ai pas creusé là-dedans donc non comme ça...

M.B : Après autre support ou autre moyen enfin des outils...

E2 : Des moyens justement pour essayer d'avancer euh il y a quand même la notion, enfin comment dire... le livret d'accueil de la maison de retraite qui permet de notifier aussi tous les services qu'il y a dans la maison de retraite. C'est vrai après que je suis énormément par l'échange. L'échange avec les soignants et puis l'ensemble de l'équipe en fait. Mais ça va de l'administratif, à l'animatrice, à l'aide-soignante, à l'infirmière référente au ou médecin. Le médecin traitant aussi a des données que nous on n'a pas. Et après bah en fonction... en fait c'est les transmissions en fait qui servent énormément à faire avancer auprès de la personne. Euh moi je me souviens on avait une résidente qui nous avait dit « mais je ne savais pas qu'il fallait faire un stage avant de venir à la maison de retraite ». Ça revient à ta question euh comment ils peuvent appréhender ben cette institution la qui est à la fois lourde par rapport à un domicile et un peu plus impersonnelle puisqu'il y a un passage important de soignants qui tournent. Après peut être dans notre rôle, c'est justement quand tu parles d'évaluation en situation concrète euh c'est aussi de repérer les objectifs d'accompagnement sur bah accompagner l'orientation dans l'établissement, accompagner justement l'identification des professionnels. Accompagner à l'activité sauf que à la fois on va faire un favoriser la marche mais on va être aussi favoriser à entrer dans un groupe, dans un collectif. Quand je te disais recueillir les informations c'est aussi à l'entrée du résident « Est-ce que vous connaissez quelqu'un déjà ici ? ». Là on peut aussi s'adapter en fonction de la commune ou d'où ils viennent, « bah tiens à midi on va

pouvoir l'installer à côté de Madame machin monsieur machin...là tel groupe ça correspond ». C'est plus j'ai plus la notion d'échange et construction après progressivement en fonction du retour de la personne pour...Que vraiment un outil, un outil validé on va dire.

M.B : Oui oui, bah toute façon c'est pas forcément la réponse qui est attendue.

E2 : C'est vraiment important voilà cette notion de travail pluridisciplinaire

M.B : Ouais ça c'est vraiment important selon vous d'accord. Est-ce que vous avez des remarques, des éléments à ajouter ou des questions ?

E2 : Après peut être que je suis arrêtée au premier projet mais c'est une construction dans le sens où...bah ce projet là même si on revoit pas des fois pas tous les ans. Ce qui devrait être fait mais c'est compliqué euh... Le fait de le faire quand même régulièrement le plus possible justement on voit bien l'évolution de la personne dans son environnement et on vient enrichir ce projet là, une fois sur l'autre par ce travail justement pluridisciplinaire. Alors peut être plus... parce que nous on a un service protégé, je trouve ça plus important sur le secteur protégé, ils sont en demande. Tous les ans, même là je vois là on me l'a redemandé aussi « Mais quand est-ce qu'on fait des projets individuels ? Quand est-ce qu'on revoit les projets ? Parce que là ils sont plus à jour ». Même tout a été mis à jour, même si on a un temps de réunion tous les mardis avec cette équipe-là, le passage par le projet individuel est important.

M.B : D'accord.

E2 : Parce que c'est le moment où on va enrichir, parce que à la fois ils vont resituer la personne dans son contexte de vie, avec toutes les données qu'on a déjà dedans et à la fois parce que c'est un temps de rencontre avec la famille. Enfin le résident en particulier maintenant certains sont plus en capacité d'évoquer certaines choses beaucoup ne sont plus en capacité d'échanger non mais là ça sera un moment aussi d'échange avec la famille. C'est important la famille va apporter les informations voilà et on va les sentir évoluer progressivement et l'accompagnement.

M.B : Ok. Merci d'avoir répondu à mes questions. Est-ce que vous avez des questions ?

E2 : Je sais pas si je ne t'ai pas noyé.

M.B : Mais non justement c'est bien d'avoir beaucoup d'informations comme ça après moi ça m'ouvre aussi après à d'autres réflexions et puis ça apporte plein d'éléments donc non non c'est bien au contraire.

E2 : Voilà après c'est un sujet que je maîtrise très bien puisque en fait j'ai fait aussi mon travail de de mémoire sur le projet de vie.

M.B : D'accord.

E2 : Donc ça je maîtrise à peu près bien et bon après j'ai voilà j'ai quand même 10 ans de projets individuels à la maison de retraite. Rien n'est figé, il faut toujours avancer modifier. Voilà, bon courage !

M.B : Merci, est-ce que vous souhaitez que je vous transmette mon écrit une fois que je l'aurais terminé ?

E2 : Ton mémoire ? Ouais bah oui pourquoi pas.

M.B : Ok bah de toute façon j'ai votre mail donc je pourrais vous l'envoyer.

E2 : Ok bah hésite pas une fois que tu auras récolté toutes les infos, voilà si t'as des questions pour préparer ton oral.

M.B : Merci c'est gentil oui.

E2 : Bonne soirée et bon courage.

M.B : Je vous remercie bonne continuation, au revoir.

Entretien avec E3 :

E3 : Bonjour

M.B : Bonjour, merci de prendre le temps de répondre à mes questions.

E3 : Mais y'a pas de souci avec plaisir.

M.B : Du coup je t'ai envoyé le formulaire de consentement par mail je sais pas si t'as vu.

E3 : Alors je vais regarder ça tout de suite je vais te dire, je te le renverrai lundi je vais l'imprimer au boulot, j'ai pas de scan chez moi.

M.B : Non mais ça presse pas hein c'était juste pour savoir si tu l'avais bien reçu.

E3 : Non c'est bon je l'ai.

M.B : Ok parfait et bah je vais me présenter du coup.

E3 : Je t'en prie vas-y, après ce sera mon tour.

M.B : Donc je m'appelle Marguerite, je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à l'institut de formation de La Musse à Évreux et donc je t'ai contacté dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je te sollicite parce que je mène la partie expérimentale de mon mémoire. Donc l'entretien se fera sous forme semi directive et durera environ 20 minutes. Donc mon sujet porte sur l'élaboration du projet personnalisé des résidents en ehpad et moi je m'intéresse plus particulièrement aux moyens que l'ergothérapeutes utilise pour favoriser l'expression et les besoins des résidents quant à leur projet personnalisé donc euh tu es libre de tes réponses ainsi

que d'interrompre l'entretien à tout moment et bien sûr je ne juge pas les réponses. Et avec ta permission cet entretien sera enregistré pour pouvoir me permettre de le retranscrire à l'écrit après j'effacerai l'enregistrement.

E3 : Y'a pas de souci.

M.B : Et puis toutes les données que je vais utiliser dans le cadre de mon travail elles seront anonymisées. Est-ce que tu as des questions ?

E3 : Pas du tout, ça va.

M.B : Ok et ben on va pouvoir commencer alors, donc est-ce que tu es ergothérapeute diplômé d'état ?

E3 : Oui je suis ergo DE depuis juin 2020.

M.B : D'accord.

E3 : Donc j'ai moins d'un an d'expérience en tant qu'ergo presque un an du coup euh du coup moi j'ai été diplômé de l'école de Berck-sur-Mer, formation 2017-2020 voilà. Euh aujourd'hui je travaille en Haute-Saône dans un EHPAD de 204 résidents, voilà sur un temps plein de ergothérapeute. Sur un 35h/semaine, de jour, avec...donc on a 104 résidents et on a 12 résidents en unité de vie protégée Alzheimer voilà.

M.B : D'accord et donc est ce que tu as déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?

E3 : Alors j'ai participé depuis mon arrivée, donc moi je suis arrivée il y a donc depuis août faut calculer le nombre de mois, mais depuis que je suis arrivé j'ai participé à tous les projets de vie de l'établissement en lien avec ma collègue psychologue qui fait le planning des projets de vie. Voilà euh ma collègue psychologue qui est à cinquante pour cent. On arrive à caler en général 3 projets de vie par semaine donc on doit être... on est pas à la moitié des projets de vie là, si on fait le calcul, mais on doit pas en être loin. C'est bien quand on arrive à tous les faire parce que du coup c'est forcément très compliqué avec le nombre de soignants qu'il y a, le nombre de résidents et puis nos disponibilités aussi euh c'est des projets de vie qui durent entre 20 minutes et 40 minutes, en général, et puis euh puis je vais pas t'en dire plus je vais attendre que tu me poses des questions parce que sinon j'ai plein de choses à dire.

M.B : On va rentrer du coup dans le dans le vif du sujet donc, est-ce que selon toi les résidents en ehpad ils sont en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ? Sachant qu'ici j'ai défini le souhait comme étant une aspiration vers quelque chose que l'on a pas et le besoin je l'ai défini comme étant une exigence qui naît d'un sentiment de manque.

E3 : Alors je vais avoir plusieurs éléments à te donner euh...Pour moi oui ils peuvent exprimer leurs besoins et leurs souhaits dans la limite de leur pathologie et de leurs possibilités de leur voilà...de leurs compétences et de leurs possibilités. On a des résidents en GIR 1 ou 2 qui sont incapables de formuler des souhaits on va les formuler pour eux en prenant la base : bienveillance, bienveillance, bien être et non douleur. Plus on va augmenter dans les GIR et plus les gens vont être en capacité justement d'évoquer leurs besoins et leurs souhaits tout en faisant aussi attention aux pathologies et aux souhaits qui sont redondants et aux troubles cognitifs aussi. C'est à dire que une personne qui peut nous demander 40 fois euh...J'ai une idée en tête, on a une dame qui veut faire des fractions parce qu'il y a un aspect psychotique derrière et que c'est une dame qui adore les maths, qui veut faire des fractions mais quand on lui propose les fractions elle est incapable de les faire. Donc on va dire que d'adapter nos soins c'est aussi une nécessité et de faire attention justement aux besoins et aux souhaits qui sont formulés, de bien connaître notre résident ça permet de les orienter aussi nous vers les besoins et les souhaits qu'ils pourraient formuler. C'est à dire qu'il y a des résidents qui vont formuler des souhaits, d'eux-même, il y a des résidents qui vont nous dire « bah ce qui est déjà proposé moi ça me va je n'ai pas besoin de plus ». Il y a des personnes qu'il va falloir aller chercher et par rapport à l'histoire de vie, pouvoir leur dire « bah on fait pas de jardinage aujourd'hui mais vous en faisiez-vous chez vous » « Ah oui c'est vrai, ah bah peut être que oui ce serait bien de faire du jardinage parce que c'est vrai que j'aimais bien mais je me suis installé dans une routine et du coup j'y pensais plus ». Donc on oriente aussi nous par rapport à ce qu'on sait des résidents et puis des fois simplement de discuter avec eux ça fait émerger des choses sans forcément qu'on ait besoin de l'orienter. Donc voilà on a différentes postures, soit on oriente soit on laisse complètement venir parce qu'on sait que la personne est en capacité d'avoir des choix et d'exprimer ses besoins ou alors effectivement dans le cadre de personnes les plus dépendantes on va orienter nous-mêmes les objectifs et puis les besoins des résidents.

M.B : D'accord et par rapport aux résidents du coup qui viennent qui viennent tout juste d'entrer en ehpad est ce que tu trouves qu'ils ont plus une difficulté à savoir en fait ce qu'ils veulent pour leur projet de vie, ce qu'ils veulent, parce que le fait de partir de chez eux et d'arriver en EHPAD y'a enfin une rupture et donc ils peuvent être parfois un peu déboussolée. Est-ce que c'est difficile ou pas pour eux de savoir en fait ce qu'ils veulent vraiment pour leur avenir, en fait ce qu'ils veulent pour eux pour leur vie ?

E3 : Alors donc nous on a refait tout le protocole de projet de vie on a refait tout le support en 6 mois de temps là on a tout revu euh et on s'est basé sur des données probantes, des données scientifiques, de l'HAS etcetera. On ne fait les projets de vie que à partir de 6 mois d'entrée.

M.B : D'accord, ok.

E3 : Moi je vais les voir en tant qu'ergo pure, pour l'évaluation à la toilette, l'évaluation repas au bout de 2 semaines. Ma collègue psychologue va aller voir pour un premier entretien de présentation au bout de 2 semaines parce qu'on sait que le temps d'adaptation il est très important et on ne va formuler le premier projet de vie d'entrée qu'au bout de 6 mois. Parce que justement on a cette grosse problématique de euh bah d'adaptation au lieu, au fonctionnement, à la vie en communauté parce que pour beaucoup ils viennent du domicile directement et donc c'est déjà très compliqué pour eux de s'adapter à ce nouveau mode de vie. Il y a aussi des résidents qui ont été placés là sans leur consentement. On a une dame qui est arrivée vendredi qui pensait venir pour 2 jours et qui finalement vient pour toujours et elle l'a pas bien vécu du tout voilà. Elle a dit à ses enfants « Mais là vous me l'avez faite à l'envers ? » « Ben un peu oui maman » voilà. Donc c'est déjà très compliqué pour eux ils ont déjà tout ça : dire au revoir à leurs habitudes de vie, à leur lieu de vie, c'est déjà très compliqué euh c'est pour ça qu'on ne va pas parler de projet de vie avant l'espace de 6 mois. Au bout des 6 mois ça commence à s'éclaircir, ils ont commencé à sortir de leur chambre, ils ont commencé à aller manger en salle à manger, petit à petit à rencontrer des gens à parler, discuter avec des gens et aussi par rapport aux soignants, à se faire à l'idée qu'il y a beaucoup de soignants différents dans la semaine euh il faut qu'il voit un nouveau docteur il y a des nouvelles personnes qui viennent, qui viennent les regarder prendre leur douche alors ..enfin voilà c'est très compliqué à vivre. On ne va parler voilà de projet de vie que au bout de 6 mois. Là au bout de 6 mois on commence à avoir des pistes, les gens commencent à prendre confiance ils commencent à aller aux animations aussi et donc on commence à avoir...On sent des besoins « bah moi je lisais beaucoup, y'a pas de livre, je vois pas de livre, où je peux lire ? ». Et là on va commencer à leur dire « bah voilà on peut vous proposer des choses, quels sont vos besoins, quels sont vos souhaits ? Qu'est-ce que vous voulez faire ? ». Et puis là ça commence à prendre forme mais pas avant 6 mois.

M.B : D'accord et donc t'as déjà commencé à en parler du coup donc il y a une phase de l'élaboration du projet personnalisé qui consiste à recueillir ces besoins et ces

souhaits, et comment est-ce que toi tu fais pour recueillir donc les besoins et les souhaits des résidents ?

E3 : Alors euh le projet de vie en général, nous on l'a découpé en plusieurs phases, plusieurs parties heu pour ce qui concerne la partie ergo moi j'apporte au projet de vie le bilan toilette, habillage toutes les connaissances au niveau de l'alimentation donc si il y a besoin d'aide techniques etcetera. L'installation donc tout ça c'est des bilans que je vais passer dans les 6 mois donc voilà l'habillage au bout des 2 semaines euh ça permet de voir aussi s'il y a des troubles cognitifs au moment de l'habillage euh donc je fais passer des bilans. Et puis ensuite au niveau des besoins en retournant plusieurs fois discuter avec la personne, en la voyant en animation, en faisant les choses un peu de manière indirecte, pas de venir « Bonjour bah voilà je suis l'ergo on va passer un petit entretien ». Enfin j'ai essayé en arrivant comme je viens d'être diplômée j'ai essayé plusieurs techniques, j'ai essayé en arrivant dire « bon bah voilà on va passer un entretien », alors c'est très chronophage. C'est des entretiens qui durent 1h/1h30 parce que les gens ils ont ce besoin de parler donc à partir du moment où on leur offre une possibilité de s'exprimer et ben ils s'expriment, chose qui est très bien mais qui du coup nous en tant que soignant ou en tant qu'ergo va pas nous apporter toutes les infos qu'on a besoin. Moi je préfère faire ça par petite phase, donc dire « Ah bah Bonjour Madame voilà je suis l'ergo vous êtes venue je sais pas, l'animation chant ça vous plaît ? Vous aimiez ça le chant ? Vous chantiez chez vous ou juste sous la douche ? ». Voilà de passer ça un peu aussi à la dérision ça va beaucoup mieux que d'arriver avec notre feuille, nos gros sabots, « Bonjour Madame vous êtes bien Madame untelle ? Qu'est-ce que vous faisiez chez vous ? Est-ce que vous.. ? ». Enfin voilà. Je préfère moi personnellement faire ça de manière détournée et dire voilà « bah je vous ai vu on s'est déjà vu vous souvenez je suis venue à la toilette, bon ben là effectivement c'était un peu compliqué ». On reparle aussi de ce qui s'est passé parce que moi tu viens me voir et tu me dis « allez déshabillez-vous Madame » pardon c'est... Il faut se mettre aussi à leur place ils ont vécu beaucoup de choses, il y a une petite jeune qui vient et qui dit qu'elle va me guetter pendant la toilette enfin je suis pas bien sûre que je le prendrais bien voilà. Donc ça permet aussi de reparler de ce qui s'est passé. Et puis d'avoir des infos petit à petit euh et c'est là où la discussion aussi avec les collègues elle est importante. Je te parlais de ma collègue psychologue tout à l'heure, elle, elle va passer aussi un premier entretien et c'est pour ça que moi je ne refais pas d'entretien ergo d'entrée, à l'arrivée des résidents, parce que c'est déjà fait par la psychologue. Pas en rajouter une couche c'est à dire qu'on a des gens qui ont

perdu des gens de leur famille, des fils. Si deux fois, deux personnes, viennent vous voir en vous disant « vous avez combien d'enfants ? Puis ils vont bien ? Puis ils habitent loin ? » « Ah bah non mon enfant il est décédé ». Bon c'est dur. Donc je laisse cette partie entretien on va dire stricte, mais cet entretien de recueil de données à ma collègue psy qui est aussi plus à même de répondre à certains questionnements ou à certaines angoisses. On en rediscute ensemble ensuite et puis moi avec ces infos là ça va me permettre de pas mettre les pieds dans le plat « Alors vos enfants ça va ? ». Donc je laisse ça à ma collègue psy et ensuite moi j'arrive avec des questions un peu détournées, préparées bien sûr, mais détournées pour avoir juste les infos dont j'ai besoin. « Qu'est-ce que vous aimez faire chez vous ? ». Et sans paraître surprise si elle me dit « Ah bah j'ai perdu mes fils ». Oh génial... Mais voilà, enfin j'ai déjà des infos voilà comment je prépare mes projets de vie

M.B : Ok d'accord et donc oui tu me disais que tu collabores surtout avec la psychologue pour recueillir tout ça et donc c'est d'abord elle qui fait le premier entretien après toi tu...

E3 : C'est ça elle fait le premier entretien et moi ensuite je retourne voir de manière indirecte : en croisant dans un couloir, en sortant d'animation voilà pour dire bah « Bonjour je me présente je suis ergo voilà ce qu'on va faire ensemble etcetera est-ce que vous vous... ». On pose jamais la question de savoir si les gens se plaisent ici ou non, de toute façon ils nous le disent très rapidement on a pas besoin de poser la question pour que ce soit abordé. Et puis euh « et puis qu'est-ce que vous aimez faire ? Qu'est-ce que vous aimeriez faire ? Qu'est-ce que vous avez perdu et que vous aimeriez retrouver ? ». Et c'est voilà avec ces entretiens un peu indirects que finalement on arrive à recueillir plus de données que en y allant frontalement.

M.B : Donc est-ce que tu utilises aussi des moyens ou des outils plus spécifiques pour les aider enfin favoriser l'expression de ces besoins ou c'est juste des entretiens comme ça un peu informels ? Ou est-ce qu'il y a des moyens et des outils qui peuvent aider ?

E3 : Ouais alors si jamais je vois que... soit il y a des troubles cognitifs qui ne permettent pas l'échange ou alors que la personne elle est assez évasive, qu'elle arrive pas à poser des mots, qu'elle perd ses mots et cetera. J'ai une feuille A4 des activités classées un peu en catégorie et puis un jour où je me décide... Du coup c'est forcément un temps où je vais me dire bah là il va falloir que je prenne un temps plus concret avec cette personne-là. Donc là c'est plus sur un entretien vraiment un cadre d'entretiens. En exemple « bah voilà on a discuté un petit peu je vous ai préparé

quelque activité, est-ce que vous sauriez me dire ce que vous aimeriez faire ? qu'est-ce que vous aimeriez faire ? parce que bah on peut vous proposer toutes sortes de choses ». Et donc c'est plusieurs catégories avec tout ce qui est un peu : en société, euh des jeux de société, de la musique, un karaoké voilà des choses un peu en groupe, des choses seul : la lecture, du tricot, de la couture, de la broderie toutes ces choses qu'on peut faire seul. Il y a aussi des jeux des mots fléchés, des mots barrés et voilà toutes ces choses qu'on peut faire un peu seul. Et puis des choses qu'on peut faire seul et qu'on peut faire en groupe euh du tricot on peut faire un groupe de tricot comme elle peut tricoter seule dans sa chambre voilà, euh des jeux de société bah on peut faire un scrabble à 2 on peut faire un scrabble seul ça existe pourquoi pas. Des jeux de cartes bah c'est pareil seul ou à 2 ou à 3. Et du coup en voyant la personne souriante on sait aussi ce qu'on va pouvoir lui proposer. Est-ce que je lui propose quelque chose avec un gros groupe ? Elle va aller en animation avec un gros groupe de 15/20 personnes et ça va lui plaire. Est-ce qu'elle préfère des groupes plus restreints de 5/6 personnes voire 3 personnes si jamais vraiment la personne n'aime pas les groupes. Ou est-ce que bah ce sera plus des prises en soin individuelles euh avec bah : proposer une animation individuelle ou des jeux, des jeux accès stimulation cognitive mais en individuel qu'on distribuerait aux résidents et cetera. Et c'est cette plaquette là avec les activités elle permet vraiment de cibler ce que la personne va aimer faire, on peut toujours poser des questions « Est-ce que vous préférez être tout seul, est ce que vous préférez les groupes ? Est-ce que vous voulez voir du monde ? ». En général au bout des 6 mois ils préfèrent toujours être soit en petit groupe soit seul. Parce que forcément bah les gens les connaissent pas, bon nous ils sont 104 donc en plus eux, c'est pas mal de personnes voilà donc c'est toujours plutôt axé vers les petits groupes ou vers des choses seul.

M.B :D'accord.

E3 : Donc ouais j'ai cette planche là pour vraiment les besoins les souhaits. Après j'ai mon bilan à la toilette qui peut aussi faire émerger des choses en termes de de souhaits et d'envie voilà « Ah bah j'aurais envie qu'on vienne m'aider que pour le dos mais je euh mais pour l'instant je sais pas comment faire ou non j'aimerais pouvoir faire mon dos toute seule bon bah voilà mais là aujourd'hui c'est pas possible ». Donc c'est aussi un besoin et un objectif qui peut être posé en projet de vie voilà ou au niveau du déplacement c'est pareil « Aujourd'hui je me déplace avec un déambulateur bah j'aimerais bien retourner à des cannes parce que là vraiment ça m'embête, je me

sens diminuée ». Donc voilà donc c'est aussi au moment des bilans qu'on arrive à faire émerger des choses.

M.B : Ok d'accord et le support que tu me disais là avec les activités c'est un support imagé ou c'est juste des noms ?

E3 : Oui oui c'est un support imagé c'est un support avec comme je le disais avec 3 colonnes euh y'a pas de nom sur les colonnes, y a pas de groupe : gros groupe, petit groupe, individuel, y'a pas de nom sur les colonnes. C'est pour classer les idées et puis c'est une image et puis en dessous c'est écrit musique ou écouter de la musique avec une petite note de musique ou jeux de société, jeux de cartes mais on a une image de carte. Et rien n'empêche derrière des fois les gens peuvent nous dire « Ah bah oui j'aime bien les jeux de cartes mais bon pas trop nombreux quoi ». Ils vont apporter eux aussi sans qu'on leur demande des infos supplémentaires ou « Lecture ah bah j'aime bien euh je me suis déjà abonné ou j'écoute des histoires en audio ». Parce qu'en plus il y a la nouvelle technologie qui arrive même pour nos anciens donc voilà « euh j'écoute des livres en audio ce serait bien qu'on puisse lire des histoires ». Voilà ça apporte aussi des infos que nous on pourrait ne pas proposer pour l'instant, donc oui c'est un support imagé.

M.B : Oui d'accord ok. Est-ce que tu connais la MHAVIE ?

E3 : Alors oui la MHAVIE oui je connais.

M.B : Je te redonne juste la définition pour l'entretien donc c'est la mesure des habitudes de vie donc un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie qu'une personne réalise dans son milieu. Qu'est-ce que tu penses de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?

E3 : Alors je le trouve intéressant parce que c'est un support qui est assez complet euh mais je le trouve compliqué à mettre en place parce que justement il est complet et que du coup il met du temps à faire passer, c'est très chronophage euh donc il est intéressant mais en pratique compliqué.

M.B : Sur la théorie c'est bien parce que ça a balayé beaucoup de d'aspects de la vie de la personne mais au final à mettre en place sur le terrain c'est compliqué ?

E3 : Ouais, c'est compliqué, il est très intéressant parce que justement il regroupe on va dire la majorité des activités qu'on pourrait mettre en place et la majorité des besoins qu'on pourrait exprimer mais sur le terrain très compliqué à mettre en place.

M.B : Sinon pour l'utiliser justement pour toujours dans l'objectif de favoriser l'expression des besoins et des souhaits si on se base là-dessus, est-ce que tu penses

que c'est un support qui serait bénéfique en fait pour que les résidents expriment leurs souhaits et leurs besoins ?

E3 : Alors oui parce que comme tout bilan standardisé où on va dire... Pas forcément standardisé, même un bilan maison. Mais quand le même bilan est fait pour la majorité des résidents ou des personnes et du coup ça nous donne vraiment une réponse générale et globale euh. Comme on se base sur le même support bah on va pouvoir... Si au moment de faire des groupes...Par exemple on va pouvoir faire des groupes qui sont assez homogènes, si on en a envie, ou des groupes assez hétérogènes si on en a envie. Parce qu'ils auront répondu sur le même bilan, sur la même base, donc oui ce serait intéressant. Mais comme je te disais le problème c'est qu'il est tellement tellement complet que ben en fait il est très peu utilisé, tout simplement. En tout cas moi pour l'instant je ne l'utilise pas.

M.B : D'accord, est-ce que tu connais d'autres supports du coup...qui seraient susceptibles d'aider les résidents à exprimer leurs besoins à part celui que tu utilises déjà donc avec le support imagé, est-ce que tu en connais d'autres qui seraient susceptibles d'aider les résidents ?

E3 : Alors que je réfléchisse rapidement par rapport aux besoins même, là j'aurai pas de réponse à te donner. Euh il y a la grille des ADL et des IADL.

M.B : Ouais d'accord.

E3 : Euh qui est intéressante mais qui pour le coup n'est pas complète, du tout. Fin la grille des ADL y'a des choses mais bon voilà ça s'arrête là.

M.B : Elle est très tournée occupation celle-là de grille ?

E3 : C'est ça donc bon non sinon euh pour l'instant le mieux que j'ai pu j'ai pu trouver c'est ça, c'est ce support imagé avec l'expression des besoins euh ouais c'est tout.

M.B : D'accord ok, pour revenir à ce que tu me disais tout à l'heure, tu m'as dit que tu collaborais avec la psychologue. Est-ce que tu collabores avec d'autres professionnels pour recueillir les besoins et les souhaits des résidents ?

E3 : Alors on essaye de collaborer avec le maximum de soignants et de personnel dans l'EHPAD, avec le projet de vie. Donc on a en fait plusieurs catégories, alors présents en projet de vie il y a forcément la psychologue et moi. Et ensuite on a un soignant référent du résident qui doit connaître le résident, qui fait le lien avec la famille et cetera, quand il y a des besoins ou des soucis hein, ou des choses à rapporter donc on a un soignant référent qui est présent qui connaît, qui est censé connaître son résident forcément sinon c'est pas drôle. Voilà et puis on a aussi l'animateur qui vient quand c'est possible et une infirmière. Toutes ces personnes-là elles connaissent plus

ou moins le résident, plus que moi en général. Euh les infirmiers peuvent nous apporter des choses que nous en tant que professionnel... qui n'est pas au plus près du résident tous les jours, ne connaissons pas forcément. Je parle pour moi et la psychologue. En fait on a 3 échelles de connaissances sur les projets de vie. On a les aides soins qui sont vraiment là présents h 24 avec eux. On a les infirmiers qui sont un peu plus en retrait parce qu'ils sont là pour les choses plus euh... médicales : administration des traitements, pansements, prise de rendez-vous etcetera. Et puis on a encore une dernière échelle, alors il y a l'animation aussi qui se place pour le coup entre les 2 entre les AS et puis les infirmiers, suivant les résidents. Et puis on a enfin la dernière échelle qui est du coup : ergo et psy. Et là on les voit que si c'est spécifique. On connaît les résidents mais on connaît pas toutes leurs habitudes de vie, en tout cas on les connaît moins bien que les personnes type infirmier ou AS donc c'est des personnes qui vont nous aider aussi à recueillir les besoins et les envies des résidents. Parce que on a des fiches spécifiques à rédiger pour chaque thématique un peu comme sur la MHAVIE : une fiche sur la communication, une fiche sur le sommeil, une fiche sur l'élimination. Elles vont être remplies du coup par les AS, on a une fiche spécifique pour les IDE avec leurs interventions et l'intervention des professionnels annexes. Je dis annexe parce que c'était des professionnels qui sont pas forcément salariés de l'EHPAD, type kiné, type pédicure, type diététicien, voilà. Et puis on a les fiches vraiment accès ergo et kiné donc les bilans, mes bilans, les bilans de la psy, voilà. Et toutes ces choses-là, en fait, le fait d'avoir un maximum de personnel qui gravite autour du résident ça nous permet d'avoir déjà l'avis, les.. Ah aussi j'ai failli oublier les...comment ça s'appelle, les personnes qui sont là pour le ménage, pour l'hôtellerie pour tout ça, les ASH. Et du coup bah ça nous permet d'avoir vraiment un maximum d'infos sur le résident et puis sur ses souhaits, parce qu'il y a des choses qu'ils vont pas nous dire à nous et que ben comme la fille elle va passer pour faire le ménage de la chambre et ben boum elle va tomber sur la personne en larmes elle va lui dire « bah voilà j'en ai marre, j'ai envie de tricoter mais j'ai rien pour tricoter ». Et c'est une info que personne n'aura eu, c'est cet agent-là qui va nous dire « bon ben un jour je suis tombé sur Madame bah elle était en pleurs elle peut pas tricoter ». Ah bah boum direct on sort du projet de vie le premier truc qu'on fait on va chercher des aiguilles, un fil et puis on va lui donner quoi.

M.B : Ok d'accord et du coup là c'est une réunion enfin d'équipe pluridisciplinaire dans ce cas-là que vous faites pour recueillir tout ça ?

E3 : Alors en fait ce qu'on fait c'est que comme on ne peut pas avoir tout le monde on peut pas prendre une ASI par jour, même si c'est que pour 20 minutes on peut pas, on est pas assez en nombre. Donc en fait on fait un projet de vie un peu éclaté, on a prévu dans notre support des fiches, des feuilles volantes tout simplement. Qu'on demande à chacun de remplir, donc on a une fiche type ASI, avec euh... qui regroupe l'hôtellerie, le ménage et puis si elles ont des observations à donner donc c'est là où elles peuvent nous mettre « bah un jour tombé sur Madame en pleurs ». Voilà donc tout ça nous permet d'avoir une info et chaque personne, chaque soignant, chaque corps de métier plutôt, a sa fiche. Et après tout est rassemblé avant le projet de vie, il y a quelqu'un qui passe ramasser les fiches et donc on a une fiche animation, donc si l'animateur est là et ben comme ça il peut nous dire un peu, nous en dire un peu plus sur la personne. Mais sinon il a préparé son projet de vie, il a rempli la feuille qui correspond à l'animation. Et donc on a toutes les infos et ça nous permet d'avoir un projet de vie le plus global possible parce que ça nous arrive de des fois ne pas pouvoir avoir d'infirmier pour x raisons et du coup bah on a quand même les infos concernant les infirmiers, parce qu'ils ont préparé leur projet de vie et que on a toutes les infos voilà.

M.B : Ok, d'accord, très bien. Euh est-ce que tu as d'autres remarques à faire des, éléments à ajouter ou des questions ?

E3 : Ecoute là tout de suite non. J'ai beaucoup parlé tu vas avoir... ça va être compliqué.

M.B : Non mais justement c'est bien comme ça j'ai de quoi faire et puis ça me donne des pistes moi aussi donc c'est non c'est top.

E3 : Ah oui si ce que je peux rajouter c'est que au moment du projet de vie donc comme je disais, on le fait au bout de 6 mois pour laisser les gens du coup, le temps aux gens de s'imprégner du lieu. Et au moment du projet de vie on fait passer le NPI aussi.

M.B : Je connais pas du tout.

E3 : Alors ça s'appelle le NPIES. Donc c'est l'inventaire neuropsychologique équipe soignante.

M.B : D'accord.

E3 : Euh et en fait ça permet de donner un score qui est beaucoup utilisé lors d'entrées au PASA. Donc dans certains établissements il y a des PASA et pour rentrer au PASA les critères c'est un score MMS...ça te parle ?

M.B : Oui oui oui.

E3 : Ok donc un score au MMS supérieur à tant, et un score au NPI inférieur à tant. Le NPI c'est un score sur 12 qui regroupe en fait tous les troubles. Alors c'est souvent

utilisé pour déceler la maladie de Alzheimer ou troubles apparentés. Et donc t'as 12 catégories euh par exemple : les troubles moteurs aberrant, c'est une des catégories. Y'a une série de questions pour voir si la personne répond à cette catégorie là et si on répond oui à une des réponses, ça veut dire que donc cette personne présente des troubles moteurs aberrants. Par exemple euh : elle déambule, c'est un trouble moteur abérant et on va essayer de trouver le taux de gravité pour les soignants euh...Est-ce que c'est difficilement arrêtable ? Est-ce qu'on y arrive ? Comment est-ce qu'on y arrive ? Est-ce qu'en raisonnant la personne ça se calme ? Est-ce qu'en donnant un traitement si besoin ça se calme ? Ou est-ce que ça se calme pas du tout ? Et les répercussions sur le travail des soignants. Est-ce que bah du coup quand la personne elle déambule ça leur donne beaucoup de travail en plus, pas beaucoup de travail en plus, rien en plus ? Parce que bah elle est déjà dans un secteur fermé que donc bah du coup elle peut déambuler comme elle veut. Est-ce que au niveau du sommeil c'est compliqué ? Du coup, est-ce que bah c'est compliqué chez la personne ? Est-ce qu'elle se réveille ? Qu'elle se lève ? Est-ce qu'elle a du mal à s'endormir ? Est-ce qu'elle dort la nuit ? etcetera. Du coup pendant ce temps de projet de vie on fait passer... Donc on passe ensemble, en équipe le NPI. On fait projet de vie, on remplit toutes nos catégories et ensuite on fait passer le NPI. Voilà voilà.

M.B : D'accord, je ne connaissais pas du tout.

E3 : Voilà et sinon qu'est-ce que j'ai à rajouter ? Bon euh si c'est dans surtout dans l'organisation, je t'ai dit qu'on en faisait 3 par semaine. On essaye d'en faire 3 par semaines, on essaye de faire en sorte que toujours la soignante référente soit présente, ça c'est une volonté de la cadre de santé. Voilà euh et puis si la soignante est pas présente, à partir du moment où la soignante est pas présente on fait pas le projet de vie. Ça nous est déjà arrivé de faire un projet de vie : ergo, psy, soignante référentes donc à 3, sans IDE, sans animations, sans rien d'autre. Mais par contre on ne fait pas le projet de vie si la référente est absente. Parce que on part du principe que c'est censé être la personne qui connaît le mieux le résident techniquement, normalement voilà, qui a le lien avec la famille donc elle saura dire aussi si avec la famille ça passe ou pas. Et puis parce que c'est un rôle qu'on leur a donné en plus dans l'établissement et que du coup bah c'est un des bons moyens pour comment...pour les rendre un peu aussi acteur parce que sinon bon bah voilà elles font leur vie les AS et puis c'est terminé quoi. On va chercher plus loin, là ça les implique forcément dans quelque chose voilà, ça leur donne un rôle aussi ça les replace au centre de leurs soins, donc c'est pas c'est pas négatif quoi.

M.B : Non mais de toute façon je crois que j'avais lu le...comment on appelle ça, pas le guide des recommandations, mais sur le projet personnalisé... En fait qui expliquait toutes les phases du projet, et qui disait que normalement il était censé y avoir un référent oui par résident.

E3 : Ouais et puis t'as dû lire aussi par rapport au médecin coordonnateur.

M.B : Oui.

E3 : Alors on a une histoire un peu compliquée et du coup pour l'instant nous notre médecin co n'est pas du tout impliqué dans les projets de vie. C'est une exception parce que l'établissement fait que bah pour l'instant on a pas d'implication de ce médecin. Est-ce que ça t'intéresse d'avoir notre support de projet de vie ?

M.B : Euh oui, ça serait top.

E3 : Est-ce que ça t'intéresse d'avoir la planche de communication aussi ?

M.B : Oui ça m'intéresse aussi merci.

E3 : Oui et puis à la fin on fixe les objectifs SMART et derrière c'est le soignant référent du coup qui doit aller voir le résident parce qu'on fait quand même un retour aux résidents, justement par rapport aux besoins et aux attentes, on retrouve tout. Qui doit aller les présenter les objectifs et les faire signer aux résidents ou à la famille.

M.B : Parce que le résident il participe à aucune des réunions sur le projet personnalisé enfin sur son projet personnalisé ?

E3 : Alors on a essayé euh mais c'est une après-midi, la c'est pas un projet de vie qui fait 20 ou 40 minutes c'est un projet de vie qui fait l'après-midi. On a essayé parce qu'on a voulu inclure au maximum le résident la famille, on s'est dit bah pourquoi pas et en fait avec une psychologue à cinquante pour cent, des équipes qui ont souffert du covid, des équipes qui sont pas en nombre tout le temps, c'est pas possible. Parce qu'on peut pas se permettre, même moi en tant qu'ergo, je peux pas me permettre de dire bah j'ai une après-midi dédiée à un projet de vie. J'ai d'autres choses à côté, j'ai d'autres impératifs qui font que bah une demi-journée c'est pas possible. On a essayé comme je le disais tout à l'heure à partir du moment où tu laisses un temps ouvert d'échange à un résident la personne elle le prend le temps, elle va le prendre. En plus elle se retrouve autour d'une table avec tous les professionnels de la structure : infirmier, aide-soignant, animateur, psy, ergo, elle prend tout le temps qu'elle veut la dame, fin la personne. Donc en fait on a essayé et c'est infaisable.

M.B : D'accord ok.

E3 : Donc c'est pour ça qu'on a ce temps une fois qu'on a recueilli nous les besoins, les souhaits du résident, en amont du projet de vie. On fait le projet de vie, on fixe nos

objectifs à la fin du projet de vie pour l'année. Et après la soignante référente doit aller voir donc soit le résident pour lui lire les objectifs, lui demander son avis et que la personne puisse valider ou invalider les objectifs. Effectivement « oui oui j'ai envie de faire...de sortir, oui j'ai envie d'aller à la boulangerie une fois tous les mois pour m'acheter un croissant » on sait pas peu importe. Soit la personne va vous dire « bah non non moi ça m'intéresse pas non ça m'intéresse pas ». Donc du coup on va changer l'objectif le modifier ou le retirer et on essaie de partir sur l'année avec 3 objectifs.

M.B : D'accord.

E3 : Voilà pour l'année, jusqu'à la réévaluation du projet. La réévaluation se fait tous les ans dans l'EHPAD, chez nous ça se fait tous les ans. Et comme on n'est pas des professionnels qui sont là depuis très longtemps, moi je suis là depuis août, ma collègue psy est là depuis février...juste le février l'année dernière. Il y a eu le covid il y a eu des arrêts maladie etcetera donc les projets de vie n'ont pas pu se lancer avant mon arrivée. Donc en fait j'ai presque assisté à tous les projets de vie de l'EHPAD et tout. En fait on a tout à réévaluer depuis les dernières entrées jusqu'aux résidents les plus anciens au sein de l'établissement donc on a tout à reprendre depuis le début. C'est du boulot. Voilà là j'ai fait le tour.

M.B : Parfait alors et bien bah merci en tout cas d'avoir participé et d'avoir contribué à mon travail de recherche.

E3 : Merci à toi, bon courage pour la fin.

M.B : Merci beaucoup bonne continuation.

E3 : Y'a pas de souci bon après-midi.

M.B : De même, au revoir.

E3 : Merci, au revoir.

Entretien avec E4

E4 : Bonsoir, Alors tu m'entends bien ?

M.B : Oui oui c'est bon, merci de prendre le temps de répondre à mes questions.

E4 : Avec plaisir oui.

M.B : Bah du coup je vais commencer par me présenter donc je m'appelle Marguerite et je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse à Évreux et donc je t'ai contacté dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche et en fait je te sollicite aujourd'hui pour mener la partie expérimentale de mon mémoire donc l'entretien il se fera sous forme semi directive et durera environ 20 minutes. Le sujet de mon mémoire c'est l'élaboration du projet personnalisé des résidents en ehpad et moi en fait je m'intéresse plus précisément aux divers moyens et outils que l'ergo il utilise pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents d'accord donc voilà donc tu es libre de tes réponses ainsi que de m'interrompre à tout moment, je ne juge pas les réponses. Donc avec ta permission l'entretien sera enregistré pour me permettre après de le retranscrire et après j'effacerai tout et puis euh si j'utilise donc les données dans mon dans mon travail je anonymiserai toutes les données voilà est ce que tu as des questions ?

E4 : Non aucune c'était clair.

M.B : On va pouvoir commencer alors donc euh es-tu ergothérapeute diplômé d'état ?

E4 : Oui depuis 3 ans.

M.B : Ok et tu es du coup de quel institut ?

E4 : Je suis de l'IFE d'Alençon.

M.B : Ok d'accord et actuellement dans quelle structure tu exerces ?

E4 : Euh j'exerce du coup dans un EHPAD public.

M.B : OK et euh dans quelle région ?

E4 : En Seine-Maritime.

M.B : D'accord ok et du coup quand t'es sortie de de l'école t'es directement allée en EHPAD ou avant t'es passée par une autre structure ?

E4 : Non c'est mon premier poste c'est le poste que j'ai pris en sortant et j'y suis toujours pour le moment.

M.B : Ok d'accord donc as-tu déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?

E4 : Oui très régulièrement.

M.B : Ok bah parfait alors on va pouvoir rentrer dans le vif du sujet. Alors euh selon toi les résidents en ehpad est-ce qu'ils sont en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ?

E4 : Euh alors oui je pense qu'ils sont...euh alors certains à une certaine mesure en fonction de leur pathologie euh et pour moi ils sont tous en capacité de l'exprimer d'une manière ou d'une autre que ce soit pour des personnes qui sont encore assez autonomes et indépendantes vraiment sur le plan verbal, qui arrivent très bien à dire quelles sont les activités qui peuvent leur intéresser comment ils imaginent la prise en soin enfin l'accompagnement vraiment et pour d'autres on voit bien que ce soit bah c'est des personnes démentes par rapport aux troubles du comportement etc finalement je pense que pour les personnes qui ne peuvent pas les exprimer de manière explicite leurs besoins c'est à nous en tant que professionnel d'être attentif et bien observer pour savoir qu'est-ce qui...comment il réagissent à ce qu'on peut proposer du coup bah savoir ce qui peut les satisfaire ou pas mais en ce sens ouais

M.B : OK et par rapport... donc là tu me dis que ça dépend de la pathologie aussi qui qu'il y a derrière mais les gens tu vois par exemple qui viennent d'arriver en ehpad et du coup il y a un peu une rupture au niveau de l'environnement ils débarquent dans un nouvel environnement qu'ils ne connaissent pas, est-ce que tu as..., enfin, est-ce que c'est difficile ou pas pour eux de savoir ce qu'ils veulent pour leur projet de vie pour...enfin quelles sont leurs envies pour la suite?

E4 : Alors nous en fait dans notre ehpad euh avant la réalisation de tout PAP on a un recueil de données qu'on remplit qui reprend du coup en fait les les euh ... donc bah une anamnèse un petit peu enfin la présentation du résident. C'est un petit peu son histoire de vie donc y a une partie où il inscrit du coup son conjoint sa conjointe si elle est décédée ses enfants etcetera il y a une partie « les grandes lignes de ma vie » où là bah c'est lui qui répond avec son proche du coup parce qu'on donne ça avant l'entrée voilà sur ce qu'il a envie de nous raconter ou quoi sur son histoire de vie euh on a une partie sur bah voilà à la maison d' un point de vue alimentaire vous mangiez à quelle heure comment ça se passe est-ce que vous prenez un goûter est ce que vous n'en preniez pas est ce que machin... Ou voilà c'est un gros gros recueil de données c'est même trop gros il fait une vingtaine de pages ou vraiment toutes les différentes activités : à la maison est ce que vous prenez les escaliers ou pas comment ça se passe la toilette est-ce que vous la faisiez au lavabo, la faisiez tous les jours ou pas ? Vraiment pour essayer d'avoir une vision globale avec en dernière page les directives anticipées est-ce que la personne elle a des souhaits particuliers quelles sont ses

personnes de confiance etcetera. Et donc ça en fait c'est donné au résident au moment de sa visite de pré admission c'est à dire que lorsqu'il dépose un dossier pour rentrer on lui donne en retour ce recueil la pour que lorsqu'il rentre, il vienne directement avec le recueil de données déjà établi pour que lorsque nous on réalise le PAP on a déjà toutes les informations sur euh comment ça se passait avant et comment nous on peut essayer de calquer notre accompagnement sur ses habitudes de vie passées, à la maison en fait.

M.B : D'accord ok

E4 : Ça se passe comme ça voilà. Et après donc ça c'est repris en équipe pluridisciplinaire nous on reprend du coup tout le recueil de données comment ça été remplies comment nous actuellement ça se passe s'il y a eu ben du coup forcément une altération de l'état général qui fait que ben voilà la toilette ça se passe plus top comme ci ou comme ça et qu'est-ce que nous on peut mettre en place par rapport bah à ce que nous on propose et ce que la personne comment elle vivait à la maison etcetera pour essayer de faire des choses qui concordent et qui répondent à ses besoins. On formule du coup selon voilà les traits de caractère et personnalité de la personne et ce qu'on peut lui proposer et après ça c'est la direction de l'encadrement des soins qui le présente aux résidents et voilà ils leur disent bah voilà tel contrat nous engage auprès de vous est ce que vous êtes d'accord s'il y a des choses que vous voulez retirer on retire, s'il y a des choses que vous voulez modifier, on modifie, et ça nous est déjà arrivé d'avoir des résidents qui disaient bah voilà vous pouvez poser telle chose ils disent « non ça m'intéresse pas » bon OK ou nous on modifie le contrat pas de souci « bah par contre ça je voudrais bien mais c'était pas écrit » ok très bien on rajoute et tous les ans on revoit ce projet d'accompagnement tous les ans on le réactualise

M.B : Ok d'accord. T'as déjà un petit peu commencé à en parler mais donc y'a une des phases de du projet personnalisé qui consiste à recueillir les souhaits et les besoins des résidents. Comment est-ce que toi tu fais pour recueillir c'est ses besoins ses souhaits des résidents ?

E4 : Alors du coup bah comme je disais il y a une partie de recueil de données qui est vraiment faite par le résident avec soit un référent familial soit son référent soignant. Après il y a un aspect nous sur le recueil de données concernant la mobilité pour vraiment euh cibler certaines choses ou là bah moi c'est par rapport à des évaluations que je peux faire. On regarde un petit peu quelles sont les capacités de la personne, moi dans le cadre de ma pratique et mes accompagnements j'essaye là je suis en train

de le faire développer au maximum de faire passer l'occupational questionnaire pour essayer de recenser un petit peu les activités importantes des résidents et discuter avec eux sur ce qu'il faut maintenir. Après c'est beaucoup euh de l'expérimentation par rapport...en général les PAP on les fait rarement dans le mois qui suit on a...enfin on a un établissement on a plus de 150 résidents donc on n'arrive pas à faire enfin suite à l'entrée du coup en général les résidents je les connais déjà ils font déjà pas mal d'activités collectives avec moi et du coup en fonction de des échanges des entretiens etcetera on établit ensemble déjà certaines choses en fait

M.B : D'accord ok

E4 : Je dirais que moi les besoins euh en lien avec le PAP je le fais pas réellement de manière officielle et de manière très cadrée et cetera c'est vraiment plus ouais au cours des échanges, d'entretiens.

M.B : D'accord ouais

E4 : C'est vraiment la plus... lorsqu'on fait déjà des activités on expérimente parce qu'il y a certains résidents qui par exemple je pense à un résident euh ça correspondait pas du tout ce qu'il avait enfin dans ses habitudes de vie enfin l'activité piscine c'était pas... il savait même pas trop à quoi ça ça pouvait ressembler, il connaissait pas du tout la piscine, il savait même pas nager. En discutant, parce que vu que c'est un monsieur qui en demande d'activités sportives plus plus plus, je disais mais vous ne voudriez pas essayer un jour la piscine je dis pour voir, ça coûte rien vous essayez une fois ça ne plaît pas voilà et bah du coup depuis il vient toutes les semaines à la piscine et du coup c'est finalement c'est quelque chose qui je pense chez certaines personnes c'est vraiment à tester quoi, à leur proposer des activités qu'ils voient vraiment si ça leur plaît ou pas. C'est à nous aussi de cibler voilà ça c'est un monsieur qui le disait et on l'avait bien compris qu'il avait besoin d'activités sportives il est en demande de ça, d'avoir des choses vraiment en lien avec une pratique physique euh on essaye de voir en fonction de ce que nous on propose dans l'EHPAD tout ce qui peut se rapprocher au maximum à ça et le proposer qu'ils testent et qu'ils nous disent voilà ce qui l'intéresse ou pas. Nous dans notre établissement aussi on a aucune activité fermée c'est plus des activités ouvertes collectives ou autres mais donc du coup nous on cible les résidents par rapport à qui on leur propose parce qu'il y en a certains qu'on a vraiment envie qu'ils viennent mais en soi en général c'est en grande salle, c'est ouvert qui est intéressé, veut venir, vient donc du coup ça joue aussi un petit peu. Ça nous donne à peu près une idée déjà des besoins et des envies des résidents si on voit des personnes qui viennent fréquemment.

M.B : D'accord ok et euh par quel moyen ou par quel outil euh tu peux euh aider enfin... favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents ?

E4 : Bah j'aurais tendance à dire...je le fais avec les résidents mais moi plus par rapport mais au suivi ergo et pas tant par rapport au PAP mais finalement ça se rejoint souvent euh j'aurais tendance à dire des outils un peu le type la MCRO. Je sais que moi je le fais pour vraiment les résidents qui ont besoin d'un suivi ergo en individuel euh mais au final c'est fin c'est des outils qui permettent de déterminer des activités significatives pour les résidents et leurs besoins donc je pense que ça pourrait complètement être transposé également par rapport au PAP et aux besoins des résidents.

M.B : D'accord est-ce que tu connais la MHAVIE ?

E4 : Non j'en ai entendu parler mais je serai incapable de la détailler.

M.B : Et bah du coup là je vais t'en donner une petite définition c'est donc la mesure des habitudes de vie donc un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie qu'une personne réalise dans son milieu. Qu'est-ce que tu penses toi de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?

E4 : Bah du coup je pense qu'effectivement de par la définition que tu m'en fais effectivement bah je pense que c'est en lien complètement avec notre pratique dans le sens du maintien de l'autonomie et l'indépendance notamment par rapport aux habitudes. Surtout en ehpad ou finalement c'est pas du tout dans des objectifs de rééducation mais plus dans le maintien des habitudes, de d'acceptation de l'arrivée donc que je connais pas je ferai un détail pour voir par rapport à notre recueil de données déjà ce qui est similaire ou pas.

M.B : Du coup bah ouais en fait ça regroupe 12 activités de la vie courante et après ça rejoint aussi les rôles sociaux donc après tu as la communication, les déplacements, l'alimentation, le sommeil etcetera et après les rôles sociaux aussi de la personne.

E4 : Oui donc je pense que ça doit pas mal rejoindre notre recueil de données.

M.B : Est-ce que tu connais d'autres supports qui seraient susceptibles d'aider les résidents justement dans l'expression de ses besoins et de leurs souhaits ?

E4 : Après nous c'est des outils un petit peu plus maison c'est pas vraiment des choses normées ou validées.

M.B : Même si c'est des trucs maison, comment ça marche ?

E4 : Euh du coup c'est essentiellement par entretien, des pré questionnaire etcetera ou euh bah que ce soit par le recueil de données du pap ou même je sais que à ce niveau-là c'est le service animation qui anime ça, là c'est pas moi mais je sais que on voit ensemble en général. Le service animation et moi en tant que qu'ergo on collabore

beaucoup avec elle donc on essaie d'établir des questionnaires réguliers en général une fois par an des résidents par rapport aux activités qu'on propose, qu'est-ce qui est en lien avec ce qu'ils faisaient à la maison, s'ils ont des envies particulières de nouvelles choses ou pas, qu'on puisse adapter. Enfin pour moi c'est leur proposer des choses qui leur conviennent aussi au maximum. On arrive à le faire de plus en plus surtout je dirais... parce qu'on a un service en fait où on accueille des personnes en situation de handicap mental vieillissantes donc des résidents qui sortent en général d'ESAT, de foyers, qui ont vécu quasiment toute leur vie en institution. Du coup pour ces personnes-là on a la chance d'avoir pas mal de suivi de par leurs anciens foyers, de leurs anciens éducateurs qui nous donnent pas mal d'infos avant leur arrivée et des recueils d'infos bien bien détaillés. Du coup bah par exemple euh c'est vrai que pour eux pour ce type population notamment, de passer d'une vie en foyer et en ESAT où ils ont des activités et un emploi du temps bien chargé à la vie en EHPAD où là y'a rien d'obligatoire tout le monde fait ce qu'il veut. Pour eux c'est très bizarre. Et du coup pour ces personnes-là... bah voilà y'a une résidente qui venait en aide à la blanchisserie 3 fois par semaine pour plier le linge ou faire du repassage euh... des messieurs qui étaient en ESAT plutôt sur les espaces verts qui de temps en temps vont aider le service technique pour tenir le jardin ou que moi je prends pour lorsqu'on fait nos inventaires des choses comme ça, pour qui c'est important d'avoir toujours ce sentiment d'utilité. Bah justement là par rapport à leurs envies leurs besoins leur rappelant toujours que rien n'est obligatoire. Je pense que c'est vraiment...mais après je pense que ça vient aussi avec l'expérience mais nous en tant que professionnel et d'autant nous en tant qu'ergo de bien observer et bien être attentif au comportement des résidents. Parce que même s'il y a des choses qu'ils osent pas dire, qu'ils ont peur de nous faire de la peine mais du coup si on est vigilant c'est leur tendre un petit peu les perches. Je pense à certains résidents qui fatiguent assez vite et qui osent pas le dire qu'ils en ont marre de faire l'activité c'est des fois une activité d'une heure c'est trop long. Et finalement quand on commence à les connaître on voit certaines choses voilà quand il commence beaucoup à parler on voit l'attention ça se maintient un peu moins euh bah voilà je leur dit « vous voulez faire une petite pause ou on continue ? on fait une pause d'accord » je pense que c'est vraiment à nous même pour tout pour qu'il y ait jamais d'activité forcée pour qu'il y ait que des choses qui correspondent à leurs besoins mais aussi ouais vraiment à ce qu'ils souhaitent. Ce qu'on peut observer c'est là...c'est ça la grosse différence je pense dans nos différentes professions c'est que nous il faut vraiment qu'en tant qu'ergothérapeute qu'on soit garant de ce qu'on

propose. C'est parce que c'est un besoin du résident c'est une demande du résident et c'est pas besoin soignant de nous qui nous projetons. Je vois notamment par rapport aux capacités de déplacement ou autre. Par exemple que Madame aille à la grande salle en marchant, d'accord, mais qui en fait la demande, la résidente c'est réellement une demande de sa part et c'est vraiment quelque chose pour elle qui est important. Ou est-ce que c'est pour le soignant ? Parce que voilà il faut qu'il marche tous si ils marchent ça veut dire qu'ils sont en bonne santé.

M.B : D'accord et bah c'est pareil t'as commencé à l'évoquer un petit peu tout à l'heure tu m'as dit que tu collaborais beaucoup avec l'animation enfin le service d'animation est ce qu'il y a d'autres professionnels du coup avec qui tu collabores pour recueillir les besoins et les souhaits des résidents ?

E4 : Alors chez nous vraiment les projets d'accompagnement personnalisé des résidents c'est quelque chose qui est coordonné chez nous pour la psychologue. Donc voilà c'est elle qui gère les programmations etcetera les recueil de données qu'elle remet aux soignantes euh que du coup soit le résident fait avec son référent familial soit avec son référence soignant y compris le remplissage. Nous après on intervient chacun par rapport à notre expertise professionnelle sur certains points donc moi notamment par rapport à tout ce qui va être les capacités vraiment de mobilité : déplacements, transferts etcetera. Et aussi sur ce que nous on proposé à quoi ils participent régulièrement. Et du coup après les réunions où on réalise le PAP là c'est vraiment des réunions pluridisciplinaires où on a du coup la psychologue un membre de l'animation, l'ergo, l'IDE du service une soignante du service et euh une infirmière co et du coup et c'est ce qui est souhaité pour réaliser le PAP. En fait c'est présence obligatoire de tout le monde pour tout les PAP. Moi en tant qu'ergo je fais beaucoup d'activités en collaboration avec le...avec les animateurs. On est un peu les deux seuls professionnels à vraiment faire des activités enfin collectives du moins donc voilà. Après c'est vraiment chacun fait un petit peu par rapport à sa partie et après en réunion en général on pose une heure par résident maintenant pour faire le pap, entre une heure et une heure et demie. Où vraiment là chacun reprend ses points euh comment dire... on essaie vraiment d'échanger...chacun apporte un petit peu un autre regard sur la partie déplacement « ah bah toi en tant que soignante tu me dis ça mais tiens moi tiens c'est marrant tu vois avec moi et la personne elle marche là, elle monte les escaliers ». C'est ça aussi des fois c'est que juste les soignants ils testent pas donc ils sont pas au courant. C'est pour ça que c'est important qu'on soit tous présent je pense à chaque PAP on fait pas attention aux mêmes choses on teste pas les mêmes choses

non plus. Mais il n'y a pas d'évaluations qu'on fait en commun hormis le recueil de données.

M.B : D'accord très bien. Et les réunions de projet personnalisé vous en faites tous les combien du coup ?

E4 : Il y en a alors du coup, la psy revient de congé mat, donc une toutes les semaines pour récupérer le retard sinon c'est une toutes les 15 jours un mercredi sur 2.

M.B : D'accord. Est-ce que tu as des remarques, des éléments à ajouter ou des questions ?

E4 : Euh non pas tant que ça, je suis en train de réfléchir, non. Bah c'est vrai que c'est peut-être qu'une impression mais c'est que j'ai l'impression que j'ai, le projet d'accompagnement personnalisé des résidents, d'un établissement à l'autre ça n'a rien à voir. Je trouve ça dommage que ce ne soit pas quelque chose ou alors peut-être que ça l'est et que c'est pas suivi hein, qu'il soit pas un minimum protocolisé tu vois ce que je veux dire dans la dans la manière de faire enfin... Parce que j'ai l'impression que donc ce soit pour les réunions de réseau ou autre que tout le monde n'a pas les mêmes recueils de données tout le monde ne le fait pas réellement. Nous dans notre établissement on a vraiment on a beaucoup de formation humanitude donc du coup on a vraiment le PAP qui est quand même pas mal en lien avec comment l'humanitude eux le forment faire et le présente. Mais du coup des fois j'ai l'impression que d'un établissement à l'autre ça se fait pas du tout de la même manière c'est pas en application non plus de la même manière enfin je sais pas. C'est plutôt ça et je me dis je pense que ça ne permet pas de mettre en valeur réellement l'outil parce que finalement enfin je crois que c'est quelque chose de vraiment positif et qui devrait être beaucoup plus développée que ça ouais c'est plus une remarque.

M.B : De ce que de ce que j'avais lu en tout cas...enfin c'est sur l'ANESM enfin maintenant l'HAS mais euh qui détaille toutes les phases comment ça se passait mais c'est vrai que tu vois le recueil de données ils disent pas enfin il te donne pas un outil déjà tout fait du coup chaque établissement fait un petit peu le sien.

E4 : Ouais, c'est ça ouais. Même dans les personnes présentes.

Alors nous la psy elle requiert qu'il y ait au moins... imaginons moi je peux pas venir parce que bon y'a des jours je suis en vacances, y'a des PAP ils vont pas les annuler juste parce qu'on est en congé sinon ça serait irréalisable. Donc en général si par exemple moi je suis pas là mais que du coup il a quand même euh en fait le minimum c'est l'IDEC et la soignante si à la réunion il n'y a que la psy parce que c'est elle qui va rédiger tout ça enfin celle qui coordonne, l'animatrice et moi elle annule parce que ça

par intérêt parce que l'intérêt c'est surtout aussi que les soignants soient là parce qu'on sait très bien que la réalité c'est que les soignantes elles vont pas le lire le PAP donc s'il y en a pas au moins une à la réunion pour entendre ce qui va être dit et le redonner ça n'a pas d'intérêt. En général entre l'animation et l'ergo il y en a toujours un des 2 qui arrive à se détacher et dans ces cas-là on a une fiche effectivement que moi je transmets du coup à mes collègues psy et anim si j'ai vraiment pas le choix d'être là. Après on a la chance de tous être ici à plein temps et donc de pouvoir quand même pas mal échanger donc même si c'est en dehors du PAP enfin c'est des personnes c'est du personnel avec qui je m'entends bien et avec qui je travaille très bien donc même si je peux pas être au PAP bah je vais voir avant je dis bah voilà ce que moi j'ai à dire voilà ce que je pense machin et comme ça on pourra on échanger directement de vive voix.

M.B : Ok ok et bien bah merci pour tes réponses.

E4 : J'espère que ça a été.

M.B : Ouais bah oui comme ça j'ai plein d'info plein de pistes aussi c'est bien. Est-ce que une fois que j'aurai fini mon mémoire est-ce que tu souhaites que je te l'envoie ?

E4 : Oui euh je serais vraiment intéressée du coup justement.

M.B : Bon j'ai ton mail de toute façon.

E4 : Euh tu vois notre directrice elle tient 2 ehpad et dans l'autre EHPAD, l'ergo... donc ils viennent tout juste de mettre en place les PAP parce qu'avant ils en faisaient pas mais l'ergo elle y participait pas avant, elle veut même pas y participer. Tu vois ce serait intéressant. Ouais bah oui parce que là pour elle elle va dans le sens où ça va leur faire une réunion en plus qui veulent pas perdre du temps. Mais du coup je me dis ça serait intéressant de voir bah du coup enfin de par un mémoire d'ergo aussi après enfin voilà aussi j'échangé avec elle de dire « ah bah tu vois on a vraiment notre place »

M.B : Mais oui non mais complètement c'est vrai qu'on a notre place dans l'élaboration de cet outil.

E4 : Oui

M.B : Bah je te remercie

E4 : Merci je te souhaite une bonne soirée. Bon courage pour la dernière ligne droite.

M.B : Merci beaucoup bonne continuation, au revoir.

E4 : Au revoir.

Entretien avec E5

E5 : Allô

M.B : Oui. Bonjour

E5 : Bonjour tu vas bien ?

M.B : Ça va et toi ?

E5 : Oui, alors je t'écoute. Par contre comme je disais j'y étais qu'un an en EHPAD, donc après je verrai en fonction de ton questionnaire mais j'espère que je pourrais t'apporter les réponses suffisantes.

M.B : Bah à partir du moment où t'as participé au moins à un projet personnalisé c'est bon et tu m'avais dit que oui donc...

E5 : Oui on en faisait toutes les semaines.

M.B : Ah bon bah voilà ok parfait. Bon bah je te passe la petite présentation du départ du coup tu me connais.

E5 : Oui ça va.

M.B : Juste je précise donc que l'entretien donc se fera sous forme semi-directive et durera au maximum une demi-heure. Donc ça porte sur l'élaboration du projet personnalisé des résidents en ehpad et moi je m'intéresse plus particulièrement aux divers moyens que l'ergothérapeute utilise pour favoriser l'expression des besoins et des souhaits des résidents.

E5 : D'accord ouais.

M.B : Donc tu libre de tes réponses et puis de m'interrompre si besoin et je ne juge pas les réponses. Donc avec ta permission j'enregistrerai l'entretien pour me permettre de le retranscrire après et puis j'utiliserai les données dans mon travail mais elles seront anonymisées. Voilà, est-ce que tu as des questions ?

E5 : Non c'est bon.

M.B : Es-tu ergothérapeute diplômé d'état ?

E5 : Oui.

M.B : Dans quel type de structure tu travailles actuellement ?

E5 : Alors je travaille en CMP et en libéral.

M.B : D'accord ok et donc tu as déjà exercé en ehpad ?

E5 : Oui pendant un an.

M.B : Et tu m'as dit, tu as déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé pour un résident ?

E5 : Oui.

M.B : Donc tu exerces dans quelle région là ?

E5 : En Auvergne.

M.B : D'accord alors du coup je passe des questions parce que je sais pour l'institut pour la date du diplôme et tout. (La Musse- 2019)

E5 : Oui oui t'inquiètes.

M.B : Donc on va rentrer dans le vif du sujet euh...selon toi les résidents en ehpad est-ce qu'ils sont en capacité de formuler leurs besoins et leurs souhaits quant à leur projet personnalisé ? Sachant que ici le souhait je l'ai défini comme étant une aspiration vers quelque chose que l'on n'a pas et le besoin je l'ai défini comme étant une exigence qui naît d'un sentiment de manque.

E5 : Euh alors oui je pense qu'ils sont en capacité. Bon bien sûr pas tous les résidents ça dépend des capacités cognitives mais aussi d'expression, et des fois les outils ne sont pas adaptés pour qu'ils puissent s'exprimer c'est là aussi qu'on a un rôle à jouer. Mais la majorité peuvent l'exprimer si on adapte les choses pour eux. Par contre est-ce qu'ils sont toujours écoutés ça non. Après ça sera peut-être une des prochaines questions. Mais oui en EHPAD ils peuvent exprimer leurs besoins y'a pas de problème.

M.B : D'accord ok, euh y'a une des phases donc de l'élaboration du projet personnalisé qui consiste à recueillir les souhaits et les besoins des résidents. Comment est-ce que tu fais toi pour recueillir ses besoins et ses souhaits ?

E5 : Alors nous pour te dire ça n'avait pas lieu ça en fait. En fait on faisait le PAP sans le résident et après on le revoyait pour lui expliquer le projet qu'on lui avait préparé et voir si ça lui convenait. Euh moi par contre en tant qu'ergothérapeute là j'ai été un peu novatrice parce que l'EHPAD n'avait jamais fait ça euh ça me semblait pas du tout être en cohérence avec notre métier et du coup faire un projet personnalisé sans demander l'avis du résident je voyais pas trop l'intérêt. Donc moi je faisais un entretien avec le résident avant qu'on fasse le PAP au cours duquel je faisais un point sur ses habitudes de vie, au sein de l'EHPAD. Savoir justement de quoi enfin...comment dire...s'il était satisfait, s'il y avait des choses qui lui manquait, donc s'il avait des besoins et pour certains résidents pour lesquels les capacités étaient...enfin tu sais au niveau cognitif s'ils étaient vraiment encore bien je leur faisais passer la MCRO.

M.B : D'accord ok. Donc tu utilisais des moyens pour favoriser l'expression de leurs besoins ?

E5 : C'est ça et du coup après par contre au sein du...enfin lors du pap je le présentais pas comme tel parce que du coup je voulais pas trop non plus tout chambouler vu que j'étais pas là depuis longtemps. Donc je disais pas que j'avais fait une MCRO ou un entretien mais je le tournais un peu quand on me demandait « Quand t'as vu tel

résident comment...qu'est-ce que tu en as pensé au niveau des capacités tout ça ? ». Et du coup c'est à ce moment-là ou je faisais en sorte de mettre en avant ce que le résident m'avait exprimé.

M.B :D'accord ok, euh est ce que tu connais d'autres outils ou d'autres moyens qui seraient susceptibles d'aider les résidents à exprimer leurs besoins donc à part la MCRO ?

E5 : Des outils validés tu veux dire ou peu importe?

M.B : Peu importe des outils, des moyens.

E5 : Alors nous des fois on utilisait des questionnaires de satisfaction donc pour savoir de.. fin...comment ils trouvaient leur vie au sein de l'ehpad donc ça c'est pas mal je trouve. Après c'est intéressant de le faire avec les résidents parce qu'il y a des résidents ou euh les soignants savaient qu'ils pouvaient pas forcément s'exprimer et au lieu de prendre le temps d'aller le faire avec le résident tu sais ils remplissaient un peu le questionnaire donc je trouvais ça dommage. Mais les questionnaires ça fonctionne plutôt bien, donc les entretiens, la MCRO comme je t'ai dit euh sinon c'est vrai qu'en terme d'outils non je vois pas trop ce qu'on peut faire d'autre.

M.B : D'accord ok, est-ce que tu connais la MHAVIE ?

E5 : J'en ai entendu vaguement parler.

M.B : Donc je t'en donne une petite définition, c'est la mesure des habitudes de vie qui est un questionnaire qui consiste à recueillir de l'information sur l'ensemble des habitudes de vie donc ça regroupe activités courantes et rôles sociaux qu'une personne réalise dans son milieu. Qu'est-ce que tu penses toi de l'utilisation de ce support en ergothérapie ?

E5 : Ben je pense que du coup ça peut vraiment être intéressant surtout que du coup c'est...enfin...c'est cadré t'as les questions donc ça te guide et puis du coup ça fait vraiment le tour des habitudes de vie vu ce que tu m'expliques. Si ça permet de mesurer ça veut dire qu'à la fin, on a...fin... ça permet peut être de faire par ordre d'importance non ? je sais pas.

M.B : En fait il y a... ça regroupe : communication, déplacements, alimentation, enfin voilà et après ils disent si c'est une activité qu'ils réalisent ou pas, après si tu fais avec aide, sans aide, aide humaine, etcetera. Et à la fin t'as la satisfaction un peu comme la MCRO ou t'as, est ce qu'il est satisfait de ce qu'il a fait ou pas.

E5 : Oui donc je pense que franchement ça peut être un outil qui est vraiment intéressant et du coup voilà comme ça au moins à la fin de l'entretien tu sais vers quoi

tu peux t'orienter pour le résident et au moins ça balaye toutes les habitudes de vie donc je pense que c'est un outil qui peut être très intéressant de mettre en place.

M.B : Ok, d'accord. Est-ce que tu collabores avec d'autres professionnels pour recueillir les besoins et les souhaits des résidents ?

E5 : Alors il y avait les psychologues aussi qui avaient beaucoup ces...enfin..cette préoccupation là. Le problème c'est que les autres (enfin là on va rentrer dans un des problèmes de l'EHPAD, c'est pas partout pareil) mais les autres soignants je trouve qu'ils sont un peu trop pris dans le rythme de vie de l'EHPAD, dans les choses qu'ils doivent faire et le fait qu'ils doivent s'occuper de tous les résidents. Et des fois ils sont pas assez à l'écoute des autres résidents parce que sinon on devrait pouvoir collaborer avec les aides-soignants, les infirmières pour avoir ces informations là aussi mais moi c'était surtout avec les psychologues, qui prenaient le temps aussi de faire un entretien avant les PAP avec les résidents qui étaient concernés par les PAP.

M.B : D'accord et après du coup pour les réunions ça se passait comment alors pour les PAP ?

E5 : Alors les réunions, donc il y avait les psychologues, nous rééducateurs donc il y avait moi, une étudiante psychomotricienne, euh l'infirmière coordinatrice donc elle faisait office de cadre en fait, le cuisinier aussi parce que on prenait vraiment en compte toutes les sphères, euh l'animatrice et du coup l'aide-soignante référente et l'infirmière référente du résident. Donc en fait on se retrouvait tous euh on faisait un point sur le PAP bah précédent qui avait été réalisé euh ensuite on disait si les objectifs qui avaient été posés étaient toujours en accord avec la situation actuelle ou s'il avait des choses qui avaient changé. Et suite à ça enfin on décidait si on maintenait les mêmes objectifs, si on les modifiait ou pas et donc on avait tous un temps de parole au cours duquel on pouvait dire, nous faire un point sur le résident pour décider du coup...enfin pour apporter des informations. Donc du coup à la fin bah voilà on fait...on mettait au point les objectifs et suite à ça euh le résident était convié donc avec un membre de sa famille lors d'un entretien pour qu'on présente le plan qu'on avait formalisé pour lui. Et il lui était lu par l'infirmière coordinatrice et je crois qu'il y avait aussi infirmière référente du secteur et après si le résident était d'accord il le signait et s'il était pas d'accord sur certaines choses et ben c'était revu avec lui pour modifier en fait d'accord.

M.B : Ok et tu me disais qu'en amont il y avait que toi et la psychologue qui faisiez des entretiens pour recueillir un petit peu les souhaits et les besoins mais du coup les autres professionnels ils se basaient sur quoi pour participer après à cette réunion ?

E5 : Alors du coup c'était sur leurs observations surtout ben comme tu vois les aides-soignantes, les infirmières c'était par les observations au cours des soins, au cours de la journée. Le cuisinier il apportait les informations qu'il avait par rapport au régime alimentaire, s'il y avait des préférences, des allergies et voilà. C'était beaucoup sur l'observation ou déjà sur les informations qui étaient notifiées.

M.B : D'accord ok.

E5 : Et l'animatrice elle c'était ben sur le taux de participation aux activités donc elle disait s'il participait à telle ou telle activité et également sur les observations qu'elle faisait lors des activités.

M.B : D'accord, ok et je reviens sur une question que je t'ai posé au début mais euh les résidents qui viennent d'arriver en ehpad, parce que tu me parlais aussi que en fonction de la pathologie parfois ça peut être difficile pour certains d'exprimer leurs souhaits et leurs besoins mais qu'il y avait toujours des moyens. Mais ceux qui viennent d'arriver en ehpad tu vois comme il y a un peu une rupture de l'environnement entre leur domicile et maintenant : le lieu de vie. Est-ce que tu trouves qu'ils ont des difficultés ou pas à dire quand ils arrivent là : qu'est-ce qu'ils veulent pour la suite, pour leur pour leur vie en fait et ce qu'ils savent vraiment ce qu'ils veulent et ou pas ?

E5 : Ca dépend vraiment du tempérament en fait il y a des gens ils arrivent dans l'EHPAD c'est suite à une hospitalisation et je trouve que la majorité de ces personnes là euh il se laissaient vivre en fait, il se laissaient porter par le rythme qui était imposé par l'EHPAD et donc bah par les soignants aussi. Et après il y avait certains de ses résidents la qui au contraire, arrivaient, ils étaient pas trop en accord avec ce projet d'EHPAD donc du coup ils étaient dans cette optique de vouloir rentrer soit à leur domicile ou alors de vouloir faire beaucoup de choses donc eux l'exprimaient contrairement aux autres. Et puis ceux qui exprimaient beaucoup plus leurs souhaits et leurs besoins c'est vraiment ceux qui pour moi avaient préparé ce projet à l'avance, qui avaient décidé de venir en ehpad, parce que ils savaient que c'était plus possible de rester tout seul chez eux ou parce qu'ils voulaient pas rester seuls chez eux. Je trouve que ces résidents là et ben quand ils arrivaient à l'EHPAD ils disaient ce qu'ils voulaient tu vois. Genre j'ai en tête des résidents qui avaient fait un peu la liste de leurs souhaits, de leurs besoins et si on leur disait que certaines choses n'étaient pas possible, ce que j'ai aimé c'est que eux ils disaient « bah oui mais moi si je viens ici je veux pouvoir avoir ça ». Donc c'est fin...t'avais vraiment différents profils.

M.B : D'accord, ok. Est-ce que tu as des remarques des éléments à ajouter ou même des questions ?

E5 : Euh bah non c'est que c'est déjà fini ?

M.B : Bah oui mais puisque au final du tu répondais à plusieurs questions en même temps.

E5 : Donc j'espère que ça va c'était assez enrichissant.

M.B : Si ben si parce que tu m'as donné euh...tu m'as donné les outils que tu utilises et puis euh non non si c'était enfin en tout cas moi ça me va.

E5 : Ouais parce que de par ma faible expérience, c'est pour ça que j'étais un peu hésitante à le faire l'entretien mais après je me suis dit en même temps y'a rien de sorcier. Mais après pour moi la réalité juste pour conclure c'est que moi en tant qu'ergothérapeute dans l'EHPAD je m'y suis pas retrouvée parce que notre travail c'est quand même de permettre le maintien des habitudes de vie ou le maintien de l'autonomie, enfin ça c'est comme ça que je le ressens moi. Et je me retrouvais beaucoup confrontée donc comme je disais à des résidents qui ben qui se laissaient vivre et même si on essaye de leur proposer des choses ils avaient plus envie tu vois je sais pas il devait y avoir une certaine de lassitude où ils préféraient se laisser porter par le rythme. D'autres résidents qui de toute façon...Ben voilà ils étaient grabataire donc tu peux rien faire et tu te retrouvais avec d'autres résidents qui eux clairement te montraient leurs envies et t'avais envie d'être là pour mettre les choses en place et on réussit à mettre quelques petites choses en place mais t'arrive jamais à répondre à toutes leurs demandes et moi franchement ça m'a beaucoup frustrée parce que ben je me suis dit je suis ergothérapeute et je peux même pas faire en sorte que tout fonctionne, alors que si tout le monde y mettait du sien dans l'équipe soignante en fait c'est pas beaucoup de choses et ça pourrait vite se mettre en place. Ne serait-ce des des résidents qui demandaient de pouvoir se lever à telle heure ou faire leur toilette à telle heure, ou manger à telle heure, bah oui mais tu te retrouves confronté au fait que les repas c'est à telle heure qu'on doit les prendre, la toilette on suit le rythme dans les couloirs. Donc je me retrouvais avec des équipes ou certaines personnes ressources comme je les appelais qui étaient d'accord de modifier un peu leur façon de faire pour répondre à des résidents mais le problème c'est que c'est que certaines personnes ressources et c'est pas tout le monde qui acceptent de faire ça et ça c'était dommage. Et bon bah moi après quand il y avait des choses que je pouvais mettre en place toute seule bah ça... franchement ça fonctionnait nickel mais pour le reste je trouve pas ça simple et je trouvais ça vraiment dommage parce que ben on leur vend qu'en EHPAD c'est pour poursuivre leur vie et que ceux qui peuvent maintenir leur autonomie un

maximum. Mais en fait je trouve que beaucoup se retrouvent confronté à ce qu'on leur impose de suivre le rythme mais ils ont pas trop le choix de faire autrement en fait.

M.B : D'accord. Merci pour tes réponses.

Cet entretien est terminé. Est-ce que tu souhaites que je t'envoie mon mémoire une fois fini ?

E5 : J'espère que ça aidera. Oui.

M.B : Tu pourras m'envoyer ton mail ?

E5 : Oui je t'enverrai ça, et pour le formulaire de consentement ça dérange pas si c'est dimanche ?

M.B : Non pas du tout tant que tu me l'envoies avant le 17 mai !

E5 : Ça marche, bonne après-midi.

M.B : Merci, à toi aussi au revoir.

E5 : Au revoir.

Le projet personnalisé en EHPAD : un moyen de favoriser l'expression des besoins des résidents

BEAUCAMP Marguerite

Résumé : En France, l'institutionnalisation des personnes âgées en EHPAD impacte les habitudes de vie de cette dernière. L'acquisition du statut de résident implique la mise en place d'un projet personnalisé. Cet outil, rendu obligatoire par la loi du 2 janvier 2002 tend à placer le résident au centre de son accompagnement. L'ergothérapeute intervient donc auprès du résident dans le but d'améliorer sa qualité de vie, notamment par le maintien de ses habitudes de vie. L'objectif de cette étude est d'identifier la manière dont l'ergothérapeute, dans sa pratique, favorise l'expression des besoins et des souhaits des résidents quant à leur projet personnalisé. À cet effet, 5 entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD et ayant déjà participé à l'élaboration d'un projet personnalisé. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés estime que la dynamique induite par la collaboration interprofessionnelle favorise l'expression des attentes des résidents, de même que le questionnaire de la MHAVIE (Mesure des Habitudes de Vie) que les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas cependant en pratique.

Mots-clés : Ergothérapie – Projet personnalisé – EHPAD – Résident – Collaboration interprofessionnelle – Expression des besoins

Customized project in Nursing Homes: a way to encourage the expression of the need of residents

Abstract: In France, the institutionalization of elderly people in Nursing Homes impacts their lifestyle. The acquisition of resident status implies the implementation of a customized project. This tool, required by the law of 2 January 2002, tends to place residents at the centre of their support. Occupational therapists work with residents to improve their quality of life, particularly by maintaining their lifestyle habits. The aim of this study is to identify how occupational therapists promote the expression of the needs and wishes of residents with regard to their customized project. With this in mind, five semi-structured interviews were conducted with occupational therapists working in Nursing Homes who had already participated in the development of a customized project. All of them consider that the dynamics induced by multidisciplinary collaboration encourage the expression of residents' expectations, as well as the MHAVIE questionnaire, however, they don't use it in practice.

Keywords: Occupational therapy – Customized project – Nursing Home – Multidisciplinary collaboration – Resident – Expression of needs