



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 rue Vitruve, 75020 Paris

Entrée en EHPAD :

Un regard franco-danois sur la transition de l'histoire occupationnelle des résidents

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Estelle Hernandez

Lauriane VILLAIN

Session juin 2019

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

Remerciements

Un grand merci à ma maître de mémoire qui a su me guider tout au long de ce projet.

Merci aussi à l'équipe pédagogique de l'ADERE pour son accompagnement. Merci tout particulièrement à Mme Freulon pour son soutien.

Merci à Sandrine pour ses conseils précieux.

Merci à tous les ergothérapeutes qui m'ont aidée dans ce travail d'initiation à la recherche.

Merci en particulier à Jean-Michel Caire.

Je tiens également à remercier ma famille pour ses encouragements.

Enfin, merci à Alia et à Camille pour leur patience.

Hvad med danske tak ?

Tusind tak til alle, især :

Lisbeth, Tine og Nina for deres hjælp med oversættelsen,

Maria, Mette og studerende af Næstved universitet

Hele bedste ergoholdet i verden,

Stines og Pernilles familie for deres velkomst,

Pernille og Jesper for deres tålmodighed i min danske læring,

Alle ergoterapeuterne der hjalp mig i denne opgave

À Adriane

Liste des acronymes utilisés

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

(Professeur d')**APA** : Activité Physique Adaptée

ADF : Assemblée des Départements de France

AES : Accompagnants Educatifs et Sociaux

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

AMP : Aide Médico-Psychologique

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills

ANFE : Association Nationale Française en Ergothérapie

ARIM : Association de Restauration IMmobilière

AROSHA : Association Régionale des Organismes Sociaux pour l'Habitat en Aquitaine

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG : Assistants de Soins en Gérontologie

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

AVS : Assistants de Vie Sociaux

BME : Bilan Modulaire en Ergothérapie

BSc : Bachelor of Science/ Licence en sciences

Cantou : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

C.I.C.E.R.F : Centre International Consultation Etudes Recherche Formation

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIOTS : Center for Innovative OT Solutions/ Centre de solutions innovantes en ergothérapie

CIRRIS : Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CREAS : Centre de Recherche et d'Etudes en Action Sociale

DE : Diplôme d'état

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

DU : Diplôme Universitaire

DUDH : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

ECTS : European Credits Transfer System/ Système européen de transfert et d'accumulation de crédits

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMS : Etablissements Médico-Sociaux

ERASMUS : EuRoPeAn Action Scheme for the Mobility of University Students/ Programme européen pour l'éducation, la formation, la jeunesse et le sport

ESRC : Economic and Social Research Council/ Conseil de recherche économique et social

ETF : ErgoTerapeutForeningen/ Association des ergothérapeutes danois

ETSUP : Ecole Supérieure de Travail Social

FAOTA : Fellow, American Occupational Therapy Association/ Membre de l'association américaine en ergothérapie

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRD PQ : Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec

MCHCC : Modèle Canadien d'Habilitation Centrée sur le Client

MCPP : Modèle Canadien du Processus de Pratique

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation

MDH-PPH2 : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap

2

MMSE : Mini-Mental State Examination/ Mini-examen de l'état mental

MoCA : Montreal Cognitive Assessment/ Evaluation cognitive de Montreal

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool/ Outil d'évaluation du modèle de l'occupation humaine

MSc : Master of Science/ Master en sciences

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OPHI-II : Occupational Performance History Interview II/ Entretien de l'histoire de la performance occupationnelle II

OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model/ Modèle du processus d'intervention en ergothérapie

OTR/L : Occupational Therapist, Registered, Licensed/ Ergothérapeute, déclaré, habilité

PEO : Personne-Environnement-Occupation

PhD : Philosophiæ Doctor/ Docteur en philosophie

PPH : Processus de Production du Handicap

RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ScD : Scientiæ Doctor/ Docteur en sciences

SoliHa : Solidaires pour l'Habitat

SSA : Social – og Sundhedsassistent/ Aide-soignant

SSH : Social – og Sundhedshjælper/ "Aide-infirmier"

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TELECOM : Test ELEmentaire de la Concentration Orientation et Mémoire

UE : Unité d'Enseignement

USSAP : Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées

UVP : Unité de Vie Protégée

WFOT : World Federation of Occupational Therapists/ Fédération internationale des ergothérapeutes

Table des matières

Introduction	3
I – Phase exploratoire et émergence d’une question de recherche	4
II – Cadre théorique	7
A - Qu’est-ce que l’ergothérapie ?	7
1) Définitions et étymologie.....	7
2) Formation et représentants nationaux	8
B – Sciences de l’occupation	11
1) Qu’est-ce qu’une occupation?	11
2) Qu’est-ce que l’histoire de vie occupationnelle ?	12
C - Introduction aux modèles.....	13
1) Qu’est-ce qu’un modèle ?	13
2) Le MDH-PPH2	14
3) Le MCREO	15
4) Le modèle PEO	15
5) Du MOH à L’OTIPM	16
D – De la personne à la personne âgée	17
1) Déclaration Universelle des Droits de l’Homme et éthique	17
2) La personne âgée	18
3) La personne âgée dépendante	18
4) Les nouveaux résidents	19
E – Ergothérapie et EHPAD.....	20
1) Qu’est-ce qu’un EHPAD ?	20
2) L’EHPAD est-il un domicile ?	22
4) Quels sont les rôles de l’ergothérapeute en EHPAD ?	24
5) L’importance du récit de vie	24
III – Méthodologie d’enquête	25
A – Modalités d’enquête	25
B – Outil d’enquête	28
IV – Analyse	29
A – Accueil des nouveaux résidents	29
B – Accompagnement en ergothérapie	38
C – Utilisation des modèles	42
V – Discussion.....	45
A – Synthèse des résultats.....	45
B – Validation de l’hypothèse	48
C – Recommandations	49
D – Limites de l’étude	49
Conclusion.....	51
Bibliographie	53
Annexes	I
Annexe 1 – Fiche « Questions orientées OPHI-II »	I
Annexe 2 - Modélisation du MDH-PPH 2.....	V
Annexe 3 – Modèle Canadien du Rendement et de l’Engagement Occupationnels .	VI
Annexe 4 – Schématisation du modèle Personne-Environnement-Occupation	VII
Annexe 5 – Traduction du schéma du processus d’adaptation occupationnelle, Modèle de l’Occupation Humaine	VIII
Annexe 6 – Modèle du processus d’intervention en ergothérapie OTIPM	IX
Annexe 7 – Fiche de poste d’un ergothérapeute en EHPAD	X

Annexe 8 : Description des établissements français.....	XI
Annexe 9 : Description des établissements danois	XII
Annexe 10 – Guide d’entretien.....	XIII
Annexe 11 – Entretien avec une ergothérapeute française	XIV
Annexe 12 – Réponses aux questions du guide d’entretien par une ergothérapeute danoise – S (traduction libre).....	XXXII

Introduction

« La personne âgée est isolée socialement. Elle est vulnérable, solitaire, malade, en perte d'autonomie... ». Voici, les mots qui reviennent lorsque les étudiants de ma promotion sont interrogés sur l'image qu'ils ont des personnes âgées.

Alors, d'où vient cette image négative ?

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 2018), la proportion des personnes de plus de 60 ans en France représentait une personne sur cinq au 1^{er} janvier 2018. En 2060, une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans (INSEE, 2016).

Face à cette population vieillissante, les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) en France recrutent difficilement : « près d'un EHPAD sur deux [est] confronté à des difficultés de recrutement » (DREES¹, 2018). Et le mécontentement du personnel en sous-effectif s'est fait ressentir à travers la journée de mobilisation en France pour les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le 15 mars 2018. Les articles se multiplient et la comparaison avec les pays de l'Union Européenne abonde. Par exemple, un reportage datant du 30 janvier 2018 sur France 2 dans le journal télévisé du « 20 heures » fait les louanges du système danois avec une comparaison du taux d'encadrement médical et paramédical dans les EHPAD. Au Danemark, le taux serait de 12 pour 10 résidents tandis qu'en France, il serait de 5 pour 10 résidents.

Aussi, certaines personnes exerçant dans le secteur paramédical en France font désormais appel aux réseaux sociaux pour faire part de leurs difficultés concernant le manque de personnel notamment à travers #balancetonehpad.

Afin de pallier ce manque, Agnès Buzyn², a mis en place un projet de financement en partenariat avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'Assemblée des Départements de France (ADF) : « Les EHPAD recevront 360 millions d'euros supplémentaires de 2019 à 2021 pour recruter des personnels soignants » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

¹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

² Ministre des solidarités et de la santé

Les ergothérapeutes ne font pas exception à ce manque : une offre d'emploi sur cinq était dédiée à des postes auprès de personnes âgées sur le site de l'Association Nationale Française en Ergothérapie (ANFE) au 6 septembre 2018.

Pourtant, les Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) se multiplient : entre 1954 et 2018, la France est passée de 2 à 25 IFE (IFE Nancy, 2018).

Mais au-delà des difficultés économiques, peu d'étudiants en ergothérapie semblent réaliser des stages auprès des personnes âgées dépendantes. Par exemple, sur la promotion 2018 de mon IFE, seuls 3 étudiants sur 55 ont effectué un stage en EHPAD sur l'ensemble de la formation. Pourtant, l'IFE en propose 27 sur les 783 lieux de stage possibles au cours des trois ans de formation, soit environ 3,4%.³

De plus, parmi les étudiants de ma promotion qui ont réalisé un stage en EHPAD, aucun ne souhaite travailler dans ce milieu.

Je me suis donc interrogée, en première intention, sur les motivations des ergothérapeutes récemment diplômés qui souhaitent travailler en EHPAD. D'autre part, j'ai profité de mon stage *EuRopean Action Scheme for the Mobility of University Students* (ERASMUS) au Danemark pour mieux comprendre le système de soins et analyser l'essor de l'ergothérapie dans les EHPAD danois⁴.

Ma question de départ était donc : Quelles sont les motivations des ergothérapeutes français et danois qui postulent en EHPAD à la fin de leur formation ?

Voici une présentation des étapes de ma phase exploratoire.

I – Phase exploratoire et émergence d'une question de recherche

Une première phase de recherche m'a permis d'apporter des précisions à mon interrogation.

Au cours de cette phase, je me suis renseignée sur le rôle des ergothérapeutes qui travaillent en EHPAD. J'ai donc interviewé trois ergothérapeutes : deux en France et une au Danemark. Toutes trois travaillent en EHPAD : c'était mon critère de sélection.

³ J'ai compté les lieux de stages manuellement dans les classeurs de l'institut

⁴ Au Danemark, le terme « *plejehjem* » est utilisé. La traduction littérale est « maison de soins ». La traduction est identique à celle de l'expression anglaise « *nursing home* ». Le terme « EHPAD » sera donc conservé pour parler des établissements danois

Ces entretiens ont été possibles grâce au « bouche-à-oreille » et à la répertorisation des EHPAD dans des villes à proximité. En moyenne, chaque entretien a duré entre 45 minutes et 1h pour 27 à 29 questions. À l'issue de ces entretiens, j'ai commencé à préciser ma question de départ pour la reformuler en question de recherche. En effet, les ergothérapeutes interviewés ont évoqué deux modèles conceptuels. En France, les deux ergothérapeutes que j'ai interrogées se basent plutôt sur le Processus de Production du Handicap (PPH). Tandis qu'au Danemark, celle interrogée réfléchit selon l'Occupational Therapy Intervention Process Model⁵ (OTIPM).

Contrairement au PPH, l'OTIPM est une approche « *top-down* »⁶ : elle permet de construire le processus d'intervention en ergothérapie à partir de la réalisation des activités de vie quotidienne. (Sorita⁷, 2017, p.142). A l'inverse, l'approche « *bottom-up* »⁸ s'intéresse avant tout aux fonctions du corps humain, directement mises en lien avec les difficultés dans les activités réalisées (Fisher, 2009, p.7). Mais, ces deux modèles s'intéressent tous deux à la personne et son environnement et ont un objectif commun, à savoir l'indépendance et l'autonomie de la personne. L'OTIPM est encore peu utilisé en France mais ce modèle permet de rendre aux ergothérapeutes leur spécificité à travers les occupations (Sorita, 2017, p.141).

En France, comme au Danemark, l'ergothérapeute s'intéresse aux activités que les personnes appréciaient avant de venir en EHPAD, leurs routines, etc. Maud Graff⁹ (2013) parle d'histoire de vie occupationnelle ou histoire occupationnelle : « L'histoire de vie occupationnelle reflétera en général cinq thèmes de l'entretien : les Rôles, la Routine quotidienne, l'Environnement occupationnel, les Choix occupationnels et les Evénements marquants de sa vie ».

⁵ Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Traduction libre)

⁶ De haut en bas (Traduction libre)

⁷ Ergothérapeute, Formateur à l'IFE du CHU de Bordeaux, DU neuropsychologie

⁸ De bas en haut (Traduction libre)

⁹ Ergothérapeute néerlandaise

Chercheuse principale associée - Institut Donders sur le cerveau, la cognition et le comportement (Pays-Bas) ;

Professeure - Faculté des sciences médicales (Pays-Bas)

Professeure associée honoraire à l'Université de Nottingham (Royaume-Uni)

D'après les entretiens réalisés, je constate que l'entrée en EHPAD fait évoluer l'histoire occupationnelle ; il existe une transition entre le domicile et l'établissement de santé que Vincent Caradec¹⁰ (2009) nomme transition biographique : les résidents conservent, adaptent ou modifient leurs occupations passées.

Je me suis alors demandée comment les résidents sont accompagnés en EHPAD. Quels outils sont à la disposition des ergothérapeutes et le modèle conceptuel utilisé a-t-il une influence sur la pratique des ergothérapeutes ?

Ainsi, j'ai décidé de m'intéresser à cette transition à l'arrivée en EHPAD des résidents pour ma question de recherche, qui est :

Quelles sont les pratiques des ergothérapeutes français et danois concernant la transition de l'histoire occupationnelle des nouveaux résidents en EHPAD selon le modèle utilisé ?

Les entretiens réalisés, les lectures et mon expérience de stage au Danemark me permettent de formuler une hypothèse qui ne peut être applicable qu'aux ergothérapeutes qui utilisent des modèles conceptuels. En effet, je me base uniquement sur les recherches et les entretiens menés durant la phase exploratoire. Cette hypothèse tient compte notamment des contraintes institutionnelles, à savoir le temps, les moyens financiers, la reconnaissance du métier en institut, le manque de personnel, les demandes institutionnelles et bien d'autres encore :

Selon le modèle utilisé, les ergothérapeutes français et danois tenteraient d'assurer ou non une continuité de l'histoire occupationnelle antérieure.

Je précise que ce travail n'est pas une comparaison *stricto sensu* entre la France et le Danemark. Il s'agit plutôt d'un état des lieux des méthodes actuelles utilisées par les ergothérapeutes dans les deux pays.

Dressons à présent le cadre théorique, base de ce mémoire de recherche. Dans un premier temps, j'étudierai la définition de l'ergothérapie. Puis je m'intéresserai aux modèles conceptuels et à l'histoire occupationnelle. Enfin, je définirai la personne âgée et les EHPAD.

¹⁰ Professeur de sociologie à l'Université de Lille 3, membre du Haut Conseil pour la population et la famille.

II – Cadre théorique

A - Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

1) Définitions et étymologie

La fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT)¹¹ regroupe les associations nationales de 101 pays. Elle a été créée en 1952 dans le but de promouvoir et de développer la pratique des ergothérapeutes dans le monde. La France et le Danemark en sont tous deux membres, respectivement depuis 1964 et 1952. Il m'a donc semblé judicieux de définir l'ergothérapie d'un point de vue international.

Selon la WFOT, l'ergothérapie se définit comme « une profession de santé client-centrée concernée par la promotion de la santé et du bien-être à travers l'occupation. L'objectif primaire de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer dans leurs activités de vie quotidienne. Les ergothérapeutes aboutissent à cette issue en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations »¹² (2012)

Au Danemark, l'ergothérapeute se dit *ergoterapeut*. La similitude entre ces termes suggère une étymologie identique. Il existe une divergence d'opinions concernant la racine grecque « ergon ». Certains affirment qu'elle signifie « travail » (Larousse, 2018). D'autres la relie à l'« activité » (Guihard¹³, 2016, p.98). Des recherches sur l'étymologie du mot m'ont menée aux significations suivantes : action, tâche humaine, ouvrage (Universalis, 2018) et travail (Biotop, 2018). Or, le terme activité est défini par le petit Larousse illustré 2019 comme suit : « action de quelqu'un, d'une entreprise, d'un pays dans un domaine défini ». L'activité peut donc être liée à la sphère personnelle mais aussi professionnelle. D'autre part, l'ergothérapie a une autre racine « ergasia » qui signifie travail (Biotop, 2018). D'où cette divergence d'opinions sur l'origine du mot ergothérapie.

Cette activité professionnelle a vu le jour à la fin de la 2^{de} Guerre Mondiale. Elle se base « sur l'utilisation du travail physique ou manuel simple et progressif » afin de « réinsérer [les patients] dans leur statut social et professionnel » (Biotop, 2018).

¹¹ *World Federation of Occupational Therapists*

¹² Traduction libre issue du site www.wfot.org

¹³ Ergothérapeute, cadre directeur de santé et directeur d'un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisé en addictologie

Ainsi, si l'ergothérapie était à l'origine une thérapie par le travail, elle se rapproche aujourd'hui des « occupations » des patients (WFOT, 2012), dont l'activité professionnelle fait partie. En France, les ergothérapeutes utilisent des activités signifiantes et significatives pour la personne, conformément au référentiel de compétences¹⁴ (cf. arrêté du 5 juillet 2010 disponible sur le site de l'ANFE).

Comment les ergothérapeutes français et danois sont-ils formés ?

2) Formation et représentants nationaux

- En France

En France, il existe 25 IFE (ANFE,2018) qui permettent d'obtenir le diplôme d'État d'ergothérapeute. Ce dernier se prépare sur trois ans, soit six semestres, conformément à l'arrêté du 5 juillet 2010. L'obtention du diplôme nécessite la validation de 180 ECTS¹⁵ « correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel » (Légifrance, 2010). La formation théorique est de 2000 heures réparties en six Unités d'Enseignement (UE) : 794 heures en cours magistraux et 1206 heures en travaux dirigés.

La formation clinique, effectuée au cours des stages, est de 1260 heures, soit neuf mois (20 semaines) répartis sur les trois années comme suit selon les IFE : quatre semaines en première année, deux fois huit semaines en deuxième année et deux fois huit semaines en troisième année.

Les ergothérapeutes sont représentés par l'ANFE. Environ 10 % des ergothérapeutes y sont adhérents. L'ANFE a son journal « Le Monde de l'Ergothérapie ». Elle participe aux objectifs suivants :

- « - Défendre et [...] promouvoir la profession d'ergothérapeute [...] ;
- Valoriser les fondements scientifiques et l'évolution de l'ergothérapie [...] ;
- Structurer et organiser le cadre d'exercice ;
- Participer aux actions d'information, d'éducation et de prévention auprès de la population ;

¹⁴ Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
Compétence 5 : Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

¹⁵ *European Credits Transfer System* (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)

- Fédérer et favoriser la participation de tous à ses actions. » (ANFE, 2018)

L'ANFE propose également des formations professionnelles et encourage les étudiants à publier, en particulier avec le concours d'articles scientifiques élaborés à partir des mémoires étudiants. Ce dernier offre 450€ pour le 1^{er} prix. Le partenariat avec des boutiques médicales et paramédicales permet aussi un rabais sur les livres et les revues scientifiques.

- Au Danemark

Au Danemark, sept établissements permettent l'obtention du bachelor. Ce dernier se prépare en trois ans et six mois, soit sept semestres et est validé avec 210 ECTS.

Contrairement à la France, il n'existe pas d'arrêté qui définit les compétences et les unités d'enseignement à acquérir dans le but d'obtenir le bachelor en ergothérapie. Chaque institut adopte donc sa propre organisation. Je prendrai donc l'exemple d'un de ces instituts de formation¹⁶ que j'ai pu visiter dans la région Sjælland.

Les unités d'enseignement sont : la santé, les sciences, les sciences humaines et les sciences sociales. Elles sont validées selon un système d'examens écrits et oraux comparables aux partiels en France.

Les compétences à valider en stage pour ce collège professionnel sont définies avec le tuteur et l'établissement. À la fin du dernier stage de 3^{ème} année, les étudiants passent un examen oral où ils justifient les compétences et objectifs validés. À ce moment-là, ils montrent également au jury leur capacité à gérer une équipe et à coopérer avec elle. Les étudiants doivent aussi maîtriser la plateforme informatique utilisée par l'établissement où ils se trouvent.

À la fin du cursus, les étudiants rédigent un projet de bachelor, comparable au mémoire de fin d'étude, mais effectué par groupe. Les étudiants sont généralement entre deux et cinq sur un même projet. L'écrit est réalisé en groupe mais la soutenance orale est faite de façon individuelle. Chaque étudiant d'un même groupe présente à sa façon le projet et l'expérience qu'il a acquise. Les groupes sont constitués en septembre et les soutenances orales sont présentées en janvier de l'année suivante.

¹⁶ La traduction littérale des *professionhøjskoler* dans lesquels les étudiants réalisent leur formation est « collèges professionnels » - Traduction libre

Les ergothérapeutes danois ainsi que les étudiants en ergothérapie sont représentés par l'ETF¹⁷. Environ 80 % d'entre eux sont adhérents. L'association a son journal mensuel « L'ergothérapeute¹⁸ ». Elle permet entre autres :

- d'accompagner les ergothérapeutes dans la recherche d'un travail suite à leur formation (ou en cas de licenciement),
 - de négocier les salaires,
 - de soutenir financièrement les professionnels qui investissent dans la recherche,
 - de proposer des formations professionnelles,
 - de proposer des rabais sur les livres dans le domaine médical et paramédical,
 - d'accompagner les étudiants pendant leur formation avec notamment une récompense d'environ 2000€¹⁹ pour le meilleur projet de bachelor ou encore la meilleure communication.
- (ETF, 2018)

Voici un tableau récapitulatif concernant la formation des ergothérapeutes en France et au Danemark :

¹⁷ *ErgoTerapeutForeningen* : L'association des ergothérapeutes – Traduction libre

¹⁸ *Ergoterapeuten*

¹⁹ 15000 kr (couronnes danoises)

	France	Danemark
Association nationale	ANFE	ETF
Nombre d'ergothérapeutes ²⁰ /habitants ²¹	12406/ 65 346 150 0,18/1000	9250/ 5 747 566 1,6/1000
Établissement	IFE	Collège professionnel
Nombre d'établissements/habitants	25 0,38 / 1 000 000	7 1,2 / 1 000 000
Durée des études	6 semestres (3 ans)	7 semestres (3 ans et demi)
ECTS	180	210
Diplôme	Diplôme d'état	Bachelor
Écrit de fin de formation	Mémoire de fin d'étude	Projet de bachelor

Tableau I - Formation des ergothérapeutes français et danois

La France et le Danemark ont tous deux des associations nationales qui les représentent. Mais sur le terrain, chaque ergothérapeute a sa façon de travailler. En introduction, j'évoquais les différences de modèles conceptuels utilisés en France et au Danemark. Étudions-les à présent.

B – Sciences de l'occupation

1) Qu'est-ce qu'une occupation?

L'occupation n'a pas d'équivalent dans la langue française. C'est un terme francisé qui est rattaché à la traduction anglaise de l'ergothérapie : *occupational therapy*, soit littéralement la thérapie par l'occupation et son utilisation fait encore débat en France.

²⁰ Le nombre d'ergothérapeutes est basé selon la WFOT (2018)

²¹ Le nombre d'habitants a été relevé sur le site Country meters (2018)

Marie-Chantal Morel-Bracq²² et son équipe se sont donc attelées à la réflexion concernant la traduction de ce terme, ce qui a permis d'aboutir à la traduction de l'ouvrage de Doris Pierce²³ « La science de l'occupation pour l'ergothérapie » (2016). D'après Marie-Chantal Morel-Bracq (2018, p.6 - chapitre 1 p.3-p.15), « l'occupation chez les ergothérapeutes englobe ce que font les gens, qui a du sens pour eux dans leur contexte, leur agir dans leur vie quotidienne ».

Selon le site de la WFOT, elle « se réfère aux activités journalières que les personnes font en tant qu'individus, dans les familles et avec les communautés pour occuper le temps et apporter du sens et un but à la vie. Les occupations incluent les choses que les personnes ont besoin, veulent et doivent faire »⁶ (2012).

2) *Qu'est-ce que l'histoire de vie occupationnelle ?*

Comme vu précédemment, Maud Graff (2013, p. 41) définit l'histoire occupationnelle par les rôles, la routine quotidienne, l'environnement occupationnel, les choix occupationnels et les événements marquants de la vie. Les rôles reflètent la place d'une personne dans la société, que ce soit en tant que parent, apprenant ou encore travailleur. La routine quotidienne évoque une journée-type avec l'ensemble des difficultés présentes. L'environnement occupationnel est le contexte physique et socioculturel dans lequel la personne évolue. Les choix occupationnels évoquent la capacité de la personne à réaliser l'ensemble de ses activités. Ces choix seront compris avec l'écoute du récit de vie. Enfin, les événements marquants de la vie reprennent toutes les étapes qui ont permis la construction de l'identité occupationnelle actuelle.

L'histoire occupationnelle est issue de l'entretien de l'outil d'évaluation de l'histoire de la performance occupationnelle (OPHI-II²⁴) décrit par Maud Graff (2013, p.40) et disponible en annexes.

²² Ergothérapeute, Cadre de santé (1983), Directrice des Soins, ex-Directrice de l'Institut de Formation en Ergothérapie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, Diplôme Universitaire (DU) de Soins Palliatifs (1996), Master en Sciences de l'Education (2006)

²³ PhD ergothérapie, OTR/L, FAOTA

²⁴ *Occupational Performance History Interview II*

C - Introduction aux modèles

1) Qu'est-ce qu'un modèle ?

Approche, cadre conceptuel, modèle conceptuel... Il existe une multitude d'expressions qui qualifient le processus de réflexion par lequel les professionnels passent afin de prendre en soin les personnes. Cette démarche concerne l'ensemble des professionnels de santé. Elle peut être générale ou spécifique à l'ergothérapie. En quoi cela consiste-t-il ?

« Un modèle doit donner un aperçu de la nature et du fonctionnement de certains phénomènes »²⁵ (Kielhofner, 2002, p. 3). C'est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie²⁶ et la pratique » (Morel-Bracq, 2017, p. 2). Un modèle est ciblé sur la représentation du handicap et de la personne qui perçoit des soins. Il peut être théorique comme le Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap 2 (MDH-PPH2) et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) qui proposent une vision de la personne en situation de handicap ; un modèle peut aussi être pratique, c'est-à-dire qu'il structure l'intervention des professionnels comme l'OTIPM.

La définition de la WFOT de l'ergothérapie citée précédemment permet d'identifier des termes communs à plusieurs modèles : d'un côté, la WFOT parle de « capacités », terme que l'on retrouve dans le MDH-PPH2 établi en 2010 par Patrick Fougeyrollas²⁷. D'un autre côté, l'engagement occupationnel est défini dans le MOH établi par Gary Kielhofner²⁸ à la fin des années 1980 et réédité pour la 5ème fois en 2017 par Renée Taylor²⁹. Un autre terme est commun à plusieurs modèles conceptuels. Il s'agit de la participation.

²⁵ Traduction libre

²⁶ « Discipline qui prend la connaissance scientifique pour objet » (Larousse, 2018)

²⁷ PhD, anthropologue, directeur de l'enseignement et du soutien scientifique à l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP), chercheur au Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), professeur associé aux départements d'anthropologie et de réadaptation de l'Université Laval et président du Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH)

²⁸ Gary Kielhofner (1949-2010), PhD/ Docteur en ergothérapie, psychologie, santé publique ; *Fellow of the American Occupational Therapy Association*/ Membre de l'association américaine de l'ergothérapie (FAOTA) ; Occupational Therapist Registered (OTR) ; professeur dans le département d'ergothérapie à l'université de l'Illinois (Chicago)

²⁹ Épouse de feu Gary Kielhofner, PhD psychologie ; professeure dans le département d'ergothérapie à l'Université de l'Illinois (Chicago)

En effet, elle revient dans le MDH-PPH2 en tant que « participation sociale », dans le Modèle Canadien de Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P) en tant que « participation » et dans le MOH sous l'expression de « participation occupationnelle ».

La définition internationale semble donc prendre en considération différents modèles à l'origine de réflexions diverses sur l'ergothérapie. Voyons à présent quelques modèles principaux dont les schématisations sont disponibles en annexes. Dans cette optique, j'ai réalisé un sondage grâce à la plateforme Google Forms que j'ai transmis à plus de 1000 ergothérapeutes via les réseaux sociaux et mails. Ce sondage m'a permis de recueillir 53 réponses d'ergothérapeutes qui travaillent en EHPAD en France.

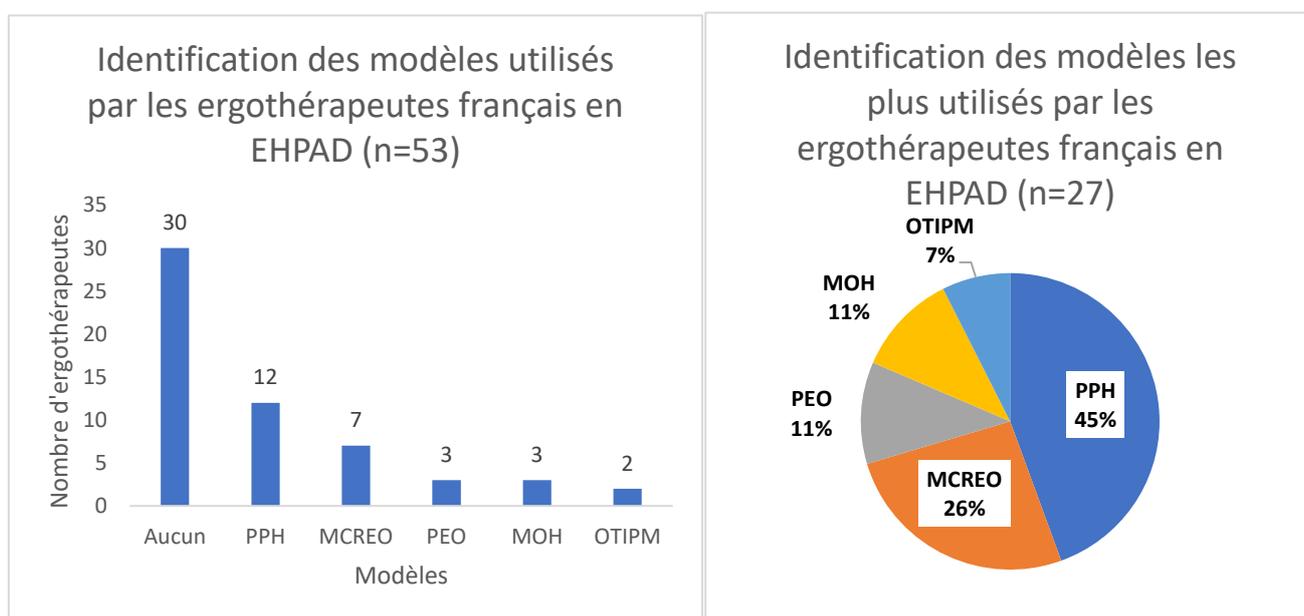


Figure 1 - Identification des modèles utilisés par les ergothérapeutes français en EHPAD (n=53)

Figure 2 - Identification des modèles les plus utilisés par les ergothérapeutes français en EHPAD (n=27)

Je constate que les modèles les plus fréquemment utilisés en EHPAD sont le MDH-PPH2, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO), le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO), le MOH et l'OTIPM, même si la majorité des ergothérapeutes ne semble pas en utiliser.

2) Le MDH-PPH2

Le MDH-PPH2 est classé selon Marie-Chantal Morel-Bracq dans les modèles conceptuels généraux interprofessionnels (2017, p.4). Patrick Fougeyrollas a représenté un ensemble de facteurs personnels et environnementaux qui, en interagissant, sont susceptibles de créer une situation de handicap.

Ce schéma propose aux professionnels de santé une trame pour identifier les différents facteurs de risques mais aussi de protection concernant les habitudes de vie de la personne. Cela, dans un but de retrouver une situation de participation sociale.

La participation sociale est définie par Fougeyrollas (2009) par « la possibilité de jouer ses rôles de citoyen dans la vie de tous les jours [...] ». Elle correspond donc à la fois aux attentes d'une personne et à celles du contexte dans laquelle elle évolue pour pouvoir être considérée comme un homme ou une femme ordinaire ».

Étudions maintenant le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.

3) *Le MCREO*

D'après Caire et Rouault (2017, p.85-87), le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels a bénéficié de plusieurs appellations avant de se nommer ainsi en 2007. Ce modèle a été créé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Il repose sur la satisfaction d'une personne concernant les activités réalisées dans les soins personnels, le repos, la productivité et les loisirs. La personne est alors considérée à travers quatre dimensions : affective, cognitive, physique et spirituelle. Tout comme le modèle Personne-Environnement-Occupation décrit ci-dessous, l'ACE prend en compte la relation qu'il existe entre la personne, l'environnement et ses activités.

Parlons à présent du modèle PEO.

4) *Le modèle PEO*

Le modèle PEO a été élaboré par Mary Law³⁰ et ses collègues en 1996. D'après Morel-Bracq (2017, p.51), il fait partie des modèles généraux en ergothérapie. D'autre part, Law (1996) le définit de modèle transactionnel, c'est-à-dire que toutes les composantes, à savoir la personne, l'environnement et l'occupation, sont interdépendantes. Par ailleurs, « la performance occupationnelle est le résultat de la transaction entre [ces composantes] » et elle évolue tout au long de la vie (Morel-Bracq, 2017, p.57). Les ergothérapeutes qui utilisent ce modèle visent donc l'amélioration de la performance occupationnelle en accord avec la personne.

³⁰ Mary Law : PhD, anciennement ergothérapeute, Professeure associée à l'École d'Ergothérapie et de Kinésithérapie et dans le Département d'Epidémiologie Clinique et de Biostatistiques, Université McMaster, Chercheuse en ergothérapie, Chedoke-McMaster Hospitals (Canada)

Passons aux caractéristiques du MOH et de l'OTIPM.

5) Du MOH à L'OTIPM

Gary Kielhofner considère que la caractéristique spécifique à l'espèce humaine est l'occupation humaine (2002, p. 3). Il a donc dédié un modèle à ce sujet : le MOH. Kielhofner identifie alors 3 parties : l'Être, l'Agir et le Devenir, schématisé par Mignet³¹ et al (2017, p.77).

L'Être représente la personne, en permanence dans un environnement donné. Ses composantes sont la volition, l'habituatation et la capacité de performance (ou de rendement). Les 3 niveaux de l'Agir sont la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés. Ici, la participation occupationnelle « fait référence à l'engagement dans le travail, le jeu, ou les activités de la vie quotidienne qui appartiennent au contexte socioculturel et qui sont souhaitées et/ou nécessaires au bien-être » (Kielhofner, 2002, p. 115)³². Enfin, le Devenir est composé de l'identité et de la compétence occupationnelle.

Anne Fisher³³ a approfondi à partir du MOH les composantes de l'Agir, en particulier la performance occupationnelle et les habiletés. L'OTIPM schématise, comme son nom l'indique, un modèle du processus d'intervention spécifique à l'ergothérapie.

La phase d'évaluation implique un recueil d'informations de la part de l'ergothérapeute mais également la passation d'évaluations telles que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Les dimensions de la performance occupationnelle à observer sont environnementale, de rôle, motivationnelle, de tâche, culturelle, sociale, sociétale, fonctionnelle, temporelle et adaptative (Fisher, 2009, p. 76-79).

Durant la phase d'intervention, l'ergothérapeute choisit s'il est préférable de s'orienter plutôt vers de la réadaptation ou de la rééducation, axée sur les activités de la vie quotidienne, des habiletés précises ou encore des facteurs personnels.

³¹ Gladys Mignet : Ergothérapeute, DU Recherches en Sciences Infirmières et Paramédicales, Formatrice à l'ANFE sur le MOH

³² Traduction libre

³³ ScD (Doctorante en Science, Michigan), ergothérapeute américaine (Boston), FAOTA
Présidente et fondatrice du Center for Innovative OT Solutions (CIOTS)
Créatrice de l'AMPS (1993) et de l'OTIPM (1998)

Les dimensions de l'intervention sont la relation avec la vie quotidienne, le sens donné, l'objectif et la pertinence écologique (Fisher, 2009, p. 24).

Même si l'OTIPM a été créé en 1998, il n'est pas encore enseigné dans tous les IFE en France. En effet, j'ai discuté avec une étudiante diplômée en 2018 qui n'avait pas étudié ce modèle. Mais avec la traduction française de l'AMPS (ANFE, 2017), il est possible que l'OTIPM soit de plus en plus présent dans les instituts de formation.

Les modèles placent la personne au centre de la réflexion. Cela s'applique donc aussi aux personnes âgées. Mais quelle est leur place au sein de la société ?

D – De la personne à la personne âgée

1) Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et éthique

D'après les articles premier et 29 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948, « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » et les Hommes peuvent exercer leur liberté tant qu'ils ne nuisent pas à autrui (d'après le site de l'Organisation des Nations Unies (ONU)). Chaque personne se doit donc d'être responsable envers soi et envers les autres.

Roland-Ramzi Geadah³⁴ introduit en 2005 l'équation suivante : « humanité = dignité = pensée = liberté = choix = responsabilité ». Cette équation est donc en accord avec la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.

Ce qui différencie l'espèce humaine des autres espèces est la pensée (Geadah, 2005). Respecter autrui signifie donc avant tout respecter la pensée de l'autre et la prendre en considération.

Déjà, en 1637, Descartes³⁵ parlait de la pensée en introduisant le *cogito ergo*³⁶ *sum* « je pense donc je suis » dans « Le discours de la méthode », réédité en 2016.

La pensée est donc une base dans la relation avec toute personne et donc toute personne âgée. Dans l'accompagnement, les ergothérapeutes doivent donc prendre en considération les habiletés des personnes âgées concernant la pensée et la responsabilité.

³⁴ Psychologue et historien, professeur de philosophie morale, directeur du C.I.C.E.R.F (Centre International Consultation Études Recherche Formation)

³⁵ (1596-1650) Mathématicien, physicien et philosophe français

³⁶ *ergo* vient ici de l'origine latine et signifie « donc », à ne pas confondre avec l'étymologie grecque

Cela leur permet d'assurer leurs droits en tant qu'êtres humains et d'entretenir ce rôle qui est supposé demeurer jusqu'à la fin. Mais qu'entendons-nous par « personne âgée » ?

2) La personne âgée

La personne âgée est passée par plusieurs appellations au cours de l'Histoire. Mais son intégration dans les écrits reste floue. La loi du 14 juillet 1905³⁷ parlait de « vieillards ». Elle a été abrogée en 2015 par l'ordonnance n°2015-1781. En 2008, une étude de la DREES³⁸ évoquait aussi bien les « vieilles personnes » que les « personnes âgées ». Aujourd'hui encore, cette expression n'est pas universelle. Nous entendons régulièrement parler des « vieux » dans les discussions informelles ou encore des « seniors », des « aînés » ou des « retraités » (Légifrance, 2013) en particulier avec l'émergence de la Silver Economy depuis 2013 (Ministères économiques et financiers, 2017).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), « les personnes âgées représentent une population extrêmement hétérogène en termes de santé, qu'il s'agisse de pathologies, de déficits fonctionnels ou d'activité sociale ». Ces personnes peuvent être autonomes ou non.

Les auteurs présentent des âges différents pour définir une personne âgée (Légifrance, 2013) : 62 ans si nous considérons l'âge de départ à la retraite, 65 ans en regardant l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), 70 ans en regard de l'augmentation de l'espérance de vie (HAS, 2007), etc.

Pour ce travail de recherche, je considérerai qu'une personne est âgée à partir de 60 ans, en lien avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui permet une partie du financement de l'EHPAD.

Seule une personne dite dépendante peut entrer en EHPAD. Mais qu'est-ce que la dépendance ?

3) La personne âgée dépendante

Les personnes en situation de handicap, doivent pouvoir exercer leurs droits présentés précédemment dans la DUDH.

³⁷ Loi sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables (Légifrance, 2016)

³⁸ Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile

En effet, « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. » (Loi du 11 février 2005, article L 114-1) (Légifrance, 2010). Mais qu'est-ce qu'un handicap ?

« Constitue un handicap, [...], toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Loi du 11 février 2005, article L 114) (Légifrance, 2010).

Or, une personne âgée est dite dépendante si elle présente « une limitation de la capacité à accomplir des actes essentiels de la vie quotidienne » (Légifrance, 2013) qui se traduit par « besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie courante » (Ministères économiques et financiers, 2017). A ce titre, la personne âgée dépendante présente un handicap qui justifie l'intervention d'un ergothérapeute.

Le niveau de dépendance est coté avec l'AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources) entre 1 et 6.³⁹ L'obtention de l'APA est dépendante de cette évaluation. La personne doit alors se trouver entre un Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 et 4 (Service public, 2018).

La personne âgée dépendante devient « résident » quand elle s'installe en EHPAD. Ici, je m'intéresse aux « nouveaux » résidents - définis ci-après - qui vivent un changement au niveau de leurs activités lors de l'entrée en EHPAD. Ainsi, je souhaite étudier les méthodes des ergothérapeutes dans l'accompagnement de cette transition.

4) Les nouveaux résidents

En moyenne, les résidents ont 85 ans et 7 mois lorsqu'ils entrent en EHPAD (DREES, 2015). Dans ce mémoire, je m'intéresse aux nouveaux résidents, c'est-à-dire ceux qui sont arrivés depuis peu en EHPAD.

Je pensais définir la fin de la « nouveauté » comme le début de l'habitation à l'établissement.

³⁹ 1 : Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale.
6 : Réalisation de tous les actes de la vie courante

Mais ce phénomène varie énormément d'un individu à l'autre puisque chaque personne est différente. Nous pouvons l'observer, par exemple, dans l'étude de Phillipa Lally⁴⁰ (2009) sur la formation des habitudes chez des étudiants. Les résultats indiquaient une variation entre deux semaines et huit mois pour intégrer une nouvelle habitude de faible ampleur : manger plus de fruits, courir quinze minutes avant le dîner... La moyenne est en fait de deux mois. Ces chiffres sont très variables et concernent des habitudes difficilement comparables au changement qu'implique l'entrée en EHPAD. Il me faut donc une autre approche pour définir la « nouveauté » des résidents. Au cours d'entretiens informels avec deux ergothérapeutes, j'ai eu connaissance de bilans d'entrée effectués entre deux et trois mois après l'entrée du résident en EHPAD. Je choisis donc de caractériser la nouveauté par les résidents présents depuis moins de trois mois en EHPAD. Et c'est quand le maintien à domicile n'est plus possible que l'EHPAD intervient.

E – Ergothérapie et EHPAD

1) Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

- **En France**

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), « Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans et de préserver leur autonomie » (2018). Les services minima proposés sont l'hébergement, la restauration, le blanchissage, l'animation et l'administration (Service public, 2017). De même : « un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'État, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs » (Service public, 2017) doivent être obligatoirement présents.

Lorsque le personnel rencontre des difficultés face aux troubles des résidents, il peut y avoir un transfert dans des unités spécialisées appelées aussi Unités de Vie Protégée (UVP). Certains EHPAD français en bénéficient. D'après Alzheimer Conseil (2018), « Ces unités accueillent les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des symptômes de démence ». Elles existent également sous le nom de « Cantou » : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles. Ces structures sont dites spécialisées.

⁴⁰ Chercheuse au Conseil de Recherche Economique et Sociale (ESRC)

D'une part, l'architecture est adaptée aux déambulations et aux risques de fugues des personnes âgées.

D'autre part, le personnel est qualifié avec notamment des Assistants de Soins en Gériatrie (ASG) pour une prise en soin spécifique aux personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs.

- **Au Danemark**

D'après l'Agence danoise des transports, de la construction et du logement (2018), les EHPAD danois accueillent les personnes âgées qui :

- ont une déficience physique ou mentale permanente avec nécessité d'assistance quotidienne,
- sont dépendantes des soins,
- nécessitent une aide de plus de huit fois par jour.

Le fonctionnement des EHPAD est défini par l'ordonnance n°1324 du 10 décembre 2014 (Ministère de la santé et des personnes âgées, 2014). Seules les « personnes âgées » sont acceptées. En revanche, aucun âge minimal d'entrée n'est indiqué puisque seule la municipalité est habilitée à accorder ou non l'accès aux EHPAD.

D'après Usinger⁴¹ (2016), les EHPAD sont présentés sous forme de résidence et chaque résident loue son appartement. De plus, les résidents sont toujours suivis par leur médecin traitant à moins qu'ils fassent la demande du médecin rattaché à la structure. D'autre part, la municipalité décide de l'endroit le plus adapté pour la personne en tenant compte de la proximité de la structure par rapport au lieu initial de résidence (Agence danoise des transports, de la construction et du logement, 2018).

Par ailleurs, l'ergothérapeute danoise avec laquelle je me suis entretenue durant ma phase exploratoire, m'a indiqué que les établissements bénéficient également de salles communes où les personnes peuvent manger et participer à des activités.

Lorsque les EHPAD classiques ne suffisent pas, les personnes âgées ont la possibilité d'intégrer des résidences spécialisées dans la « démence ».

⁴¹ PhD, médecin danoise en chef, secteur gériatrique, service médical O, hôpital Herlev

Ils sont appelés les « *demensplejehjem* ». Ils accueillent les personnes âgées qui ont une dépendance totale liée aux troubles neurocognitifs (Municipalité d'Aalborg, 2015). De nouveau, elles louent seules ou avec leur conjoint un appartement mais les établissements accueillent moins de résidents et plus de personnels spécialisés dans les troubles neurocognitifs majeurs (Association Alzheimer, 2006).

Qu'elles soient spécialisées ou classiques, ces structures sont le nouveau lieu de résidence des personnes âgées. Mais l'EHPAD peut-il être considéré comme un domicile ?

2) *L'EHPAD est-il un domicile ?*

D'après le petit Larousse illustré 2019, un résident est une « personne qui habite dans un lieu donné ». Mais « l'entrée en institution est [...] rarement volontaire et même si elle est le fruit d'une analyse objective de la situation par la famille ou les services sociaux ou sanitaires, elle reste néanmoins subie et douloureuse » (Allegre⁴², Gassier⁴³, 2015). Alors, pouvons-nous considérer l'EHPAD comme un domicile ? En effet, Vincent Caradec⁴⁴ (cité par Muriel Boulmier⁴⁵, 2011), « définit le domicile comme un lieu de familiarité où la personne se sent bien ». Cela semble donc en désaccord pour les nouveaux résidents avec le vécu de l'entrée en EHPAD décrit par Allegre et Gassier. Par ailleurs, Isabelle Nony⁴⁶ (2011), identifie quatre fonctions qui appartiennent au domicile : l'intimité, le lieu de la famille, le lieu pour recevoir, l'ancrage au territoire. Or, l'EHPAD permet difficilement ces fonctions mais les recommandations de la HAS tentent d'y remédier.

Pourtant, le petit Larousse illustré 2019 définit le domicile comme un « lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle ; résidence. ». L'EHPAD pourrait donc être considéré comme un domicile.

D'autre part, le Code Civil le confirme avec l'article 102 du titre troisième qui précise que le « domicile de tout Français, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu où il a son principal établissement » (Légifrance, 2014).

⁴² Psychothérapeute française

⁴³ Puéricultrice Diplômée d'Etat (DE) française et professeure de Sciences et techniques médico-sociales

⁴⁴ Sociologue français, professeur à l'université Lille III

⁴⁵ PhD Droit social, Présidente de [l'Association Régionale des Organismes Sociaux pour l'Habitat en Aquitaine](#) (AROSHA)

⁴⁶ Sociologue français et professeur à l'ETSUP (École Supérieure de Travail Social)

L'EHPAD est donc dans un entre-deux. D'un point de vue législatif, la personne qui réside en EHPAD est considérée comme vivant à son domicile ; l'institution étant son « principal établissement ». Mais d'un point de vue sociologique, seules les personnes âgées qui se sentent bien dans cette institution peuvent considérer cette dernière comme un domicile, leur lieu de vie.

Qu'en est-il pour les personnes qui ne se sont pas encore approprié les lieux ? En effet, le passage d'une personne âgée de son domicile à l'EHPAD est une phase de transition. D'après le dictionnaire Larousse^{MD} en ligne, une transition est un « passage progressif entre (...) deux situations ». L'histoire occupationnelle de la personne subit des modifications : les rôles changent, de même que les habitudes de vie, l'environnement et les occupations. Tandis que l'entrée en EHPAD peut faire partie des événements marquants de la vie. Au sens de Vincent Caradec, ces personnes n'ont pas encore de domicile. Alors, si l'établissement où elles résident n'est pas un lieu de vie, comment le qualifier ? Christiane Delbès⁴⁷ (2005) introduit deux expressions : le « lieu de vie où l'on soigne » et le « lieu de soin où l'on vit ». Je parlerai donc de « lieu de soin » pour les personnes qui ne se sont pas encore approprié l'EHPAD comme un « lieu de vie ».

Et si « l'appropriation de l'espace logement [...] est déterminée par le degré de liberté de choix qu'a eu la personne à choisir son lieu d'habitation » (Leroy, 2011)⁴⁸, la considération du résident comme personne et donc comme être humain est indispensable. Puisque la liberté et le choix sont égaux à la dignité, conformément à l'équation de Roland-Ramzi Geadah citée précédemment, le respect de la dignité de la personne âgée est donc la condition nécessaire mais non suffisante à la considération de l'EHPAD comme domicile. En effet, d'après Leroy (2011), la personne âgée devrait pouvoir choisir son lieu de soin pour qu'il devienne un lieu de vie à terme.

L'ergothérapeute en EHPAD doit donc travailler avec ces notions. Mais quels sont ses rôles au sein de cette structure ?

⁴⁷ Chercheuse à la Fondation Nationale de Gérontologie

⁴⁸ Ex-directrice d'un foyer d'hébergement de l'Association de Restauration Immobilière (ARIM), Solidaires pour l'Habitat (SoliHA) depuis 2015
D'après le séminaire du Centre de Recherche et d'Études en Action Sociale (CREAS) le 23 juin 2011

4) Quels sont les rôles de l'ergothérapeute en EHPAD ?

L'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG), créée en 2003 à Montpellier, souhaite promouvoir le métier d'ergothérapeute en gériatrie. De ce fait, elle a mis en place une fiche informative sur ce métier en EHPAD actualisée en 2018 (cf. Annexes). Les missions spécifiques définies sont : l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, la réadaptation de la mobilité et des transferts, la réadaptation des troubles cognitifs, la prévention et le traitement des risques de chute, le positionnement, les aides techniques, la formation, le conseil, l'éducation et la démarche qualité.

Cependant, Kalfat⁴⁹ (2009) indique l'importance de la réhabilitation du rôle social de la personne âgée mais aussi de son identité. L'ergothérapeute doit s'assurer de la bonne fonctionnalité de la communication avec le patient. D'autre part, l'auteur précise que la collaboration avec la famille, lorsqu'elle est possible, permet d'améliorer la qualité du suivi ergothérapeutique. Tous ces éléments participeraient alors au maintien de l'indépendance et de l'autonomie et favorisent l'amélioration des capacités d'agir au sein de l'environnement. L'ergothérapeute aurait donc un rôle dans la transition de l'histoire occupationnelle.

Mais Meeus⁵⁰ explique en 2009 que l'ergothérapie en EHPAD est bien souvent confondue avec de l'animation. Selon lui, les activités organisées n'offrent pas la possibilité aux résidents les plus dépendants de participer. Ainsi, si l'animation se focalise sur l'activité à travers un groupe de patients, l'ergothérapie se veut centrée sur la personne.

Cela nécessite une attention particulière portée sur l'histoire de la personne âgée. Ceci est un vecteur participant à la compréhension et au maintien de l'identité des résidents.

5) L'importance du récit de vie

Nous l'avons vu dans la définition de l'ergothérapie (WFOT, 2012) et l'introduction aux modèles, la participation est une notion importante, utilisée à la fois dans le MDH-PPH2 et le MOH.

Afin de permettre aux résidents de continuer à participer dans la vie de tous les jours, une première étape consiste à écouter leur histoire lors de l'entrée en EHPAD.

⁴⁹ Cadre de santé chez USSAP (Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées), ergothérapeute français, créateur du Bilan Modulaire d'Ergothérapie (1985)

⁵⁰ Ergothérapeute français, licencié en Education pour la Santé et Maître

Henry Enns⁵¹ (cité par Fougeyrollas, 2010, p.49) déjà en 1980 évoque : « les personnes « handicapées » de partout dans le monde contaient leurs récits de vie ». Ces récits de vie représentent l'histoire de chaque personne.

À chaque fois que l'ergothérapeute rencontre une nouvelle personne, il s'attelle à comprendre les événements qui se sont produits jusqu'à aujourd'hui. Les ergothérapeutes recueillent les habitudes de vie des patients, leurs occupations dans le but de proposer un accompagnement adapté et pertinent. « [Les récits de vie] permettent de mieux comprendre la personnalité du patient. (...) En se retournant sur le passé, en se tournant vers l'avenir, on maîtrise mieux sa vie actuelle » (Graff, 2013, p. 92).

Sorita⁵² précise en 2016 que « l'utilisation d'activités non habituelles pour une personne, ou dans un contexte non-familier, peut engendrer un certain nombre de difficultés spécifiques » (p.16).

Chez les résidents nouvellement arrivés, tant le lieu que les habitudes jusqu'alors entreprises se voient modifiés. Nous pouvons alors parler de rupture ou encore de transition entre le domicile et l'EHPAD. De ce fait, il est primordial de se concentrer sur le passé, le récit de vie ou encore l'histoire occupationnelle de la personne. « La personne âgée (...) qui raconte son histoire, l'époque où elle était compétente et dans la force de l'âge, oublie ce sentiment de dépendance. Cette rétrospective renforce son identité et la confiance qu'elle a en soi, sa dignité et stimule des sentiments de solidarité et de sécurité » (Graff, 2013, p. 92).

III – Méthodologie d'enquête

A – Modalités d'enquête

Ma question de recherche concerne les interventions des ergothérapeutes français et danois auprès des nouveaux résidents en EHPAD en fonction des modèles utilisés. La population ciblée lors de mon investigation est donc les ergothérapeutes qui travaillent ou ont travaillé en EHPAD en France ou au Danemark. Ils devaient également utiliser au moins un modèle. Cette période d'enquête a été effectuée entre février et mai. J'ai recueilli des informations auprès de six ergothérapeutes français et deux ergothérapeutes danoises.

⁵¹ (1943-2002) Winnipegois, activiste canadien pour la défense des droits des personnes ayant des incapacités, directeur général du Centre canadien d'études sur les personnes handicapées

⁵² Maître de conférence – PhD ergothérapie, CHU Pellegrin Bordeaux, Chercheur associé, Praticien hospitalier

- **Profil des ergothérapeutes**

Ergothérapeutes danoises	Année d'obtention du diplôme	Expérience en EHPAD	Expérience dans l'EHPAD décrit	Nombre d'entrées réalisées	Equivalent Temps Plein (ETP)
E	2018	4 mois + 1 stage	4 mois	6	86%
S	2018	8 mois	8 mois	~15	92%

Tableau II - Profil des ergothérapeutes danoises

Ergothérapeutes français	Année d'obtention du diplôme	Expérience en EHPAD	Expérience dans l'EHPAD décrit	Nombre d'entrées réalisées	Equivalent Temps Plein (ETP)
A	2018	7 mois + 1 stage	7 mois	3	50%
B	2009	3 ans et demi + 1 stage	3 ans et demi	160	100%
J	2017	1 an et demi	1 an et demi	~30	100%
M	2016	2 ans et demi	2 ans et demi	~60	100%
T	2018	4 mois + 2 stages	4 mois	13	100%
V	2012	4 ans + 1 stage	4 ans	~30	25%

Tableau III - Profil des ergothérapeutes français

Je remarque que l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes français interrogés varie entre un an et dix ans mais leur expérience en EHPAD n'excède pas quatre ans. Concernant les entrées réalisées, elles sont également variables, entre 3 et 160.

Les ergothérapeutes sont donc plus ou moins expérimentés. Qui plus est, ils n'ont pas tous le même temps de travail. Quatre ergothérapeutes sur six travaillent à temps plein. Cela est à retenir pour l'analyse des différentes pratiques. En utilisant la proportionnalité, le nombre d'entrées varierait entre 10 et 46 sur un an si tous les ergothérapeutes français travaillaient à Temps plein.

Les ergothérapeutes danoises sont toutes les deux diplômées de 2018 et travaillent à temps partiel à 86% et 92% dans leur structure depuis quatre et huit mois. S travaille depuis deux fois plus longtemps qu'E. A ratio équivalent, E aurait fait approximativement vingt entrées et S vingt-quatre sur un an à temps plein.

- **Fonctionnement des structures**

		Ergothérapeutes français						Ergothérapeutes danoises	
		A	B	J	M	T	V	E	S
Nombre de résidents		180	160	106	120	120	80	40	40
Personnel	Aides- soignants	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aides-infirmiers							X	X
	Bénévoles							X	X
	Psychologues	X	X	X	X	X	X		
	Kinésithérapeutes	X	X	X	X		X	X	
	Professeurs d'APA ⁵³	X		X			X		
	Psychomotriciens	X		X	X				
	Infirmiers	X	X	X	X	X	X		X
	Animateurs	X	X		X	X	X		X
	Médecins salariés	X		X	X		X		
	AES/AMP ⁵⁴	X	X			X			
Statut		Privé	Public	Privé	Privé	Public	Public	Public	Public

Tableau IV - Fonctionnement des établissements

⁵³ Activités Physiques Adaptées

⁵⁴ Accompagnants Educatifs et Sociaux : ont remplacé les Aides Médico-Psychologiques (AMP) et les Assistants de Vie Sociaux (AVS) depuis 2016

Les ergothérapeutes danoises accueillent toutes les deux 40 résidents. Tandis que les ergothérapeutes français travaillent dans des structures dont la capacité d'accueil varie du double jusqu'à plus du quadruple du nombre de résidents au Danemark. Les ergothérapeutes danoises parlent de bénévoles et d'« assistants de soins et sociaux »⁵⁵. Il s'agit d'aides-soignants (SSH) et d'« aides-infirmiers » (SSA). Les SSA réalisent les tâches basiques des infirmiers comme les prises de sang. En France, nous n'avons pas d'équivalent. D'autre part, contrairement au Danemark, les ergothérapeutes français évoquent l'intervention de nombreux professionnels extérieurs tels que les kinésithérapeutes, les professeurs d'APA ou encore les médecins. Je constate que la moitié des établissements est privé en France, tandis qu'ils sont publics au Danemark car ils sont rattachés à la commune.

La description des bâtiments de chaque structure est disponible en annexes.

B – Outil d'enquête

J'ai utilisé pour mon mémoire l'entretien de recherche à visée qualitative. Selon Tétreault⁵⁶ (2014), « la fonction principale de l'entretien de recherche consiste à approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne ». Je devrai respecter les cinq caractéristiques de l'entretien (Tétreault, 2014, p.216), à savoir : le recueil d'informations, l'interactivité, la spontanéité, respecter les phases narratives, de vécu et d'analyse ; enfin, adapter l'entretien à la personne interviewée.

Ma question de recherche nécessite des réponses ciblées sur trois thèmes: l'accompagnement des nouveaux résidents, les modèles conceptuels et le profil des ergothérapeutes décrits ci-dessus. J'ai donc eu recours à l'entretien semi-structuré. Cela permet aux ergothérapeutes de s'exprimer sur ces thèmes à travers huit questions ouvertes. Les questions ont été précisées uniquement à la demande des ergothérapeutes afin de ne pas orienter leurs réponses. Le guide d'entretien est présent en annexes. Idéalement, j'aurais souhaité interroger huit ergothérapeutes : quatre en France et quatre au Danemark.

Concernant la réalisation de l'enquête, j'ai utilisé l'entretien en présentiel, téléphonique ou par Skype avec les ergothérapeutes français.

⁵⁵ Ce sont les *Social - og Sundhedshjælper* (SSH) et les *Social - og Sundhedsassistent* (SSA).

⁵⁶ PhD Service Social, M.Sc. Sciences Cliniques, B.Sc. Ergothérapie, Chercheuse régulière du CIRIS, Professeure titulaire (Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval), Chercheuse associée au Centre de réadaptation de l'Estrie Chercheuse dans l'équipe ÉRIST

J'ai contacté plus de 1000 ergothérapeutes français via les réseaux sociaux, par mail et par téléphone et en ai interviewé six (trois en présentiel, deux par téléphone et un par Skype).

En revanche, j'ai contacté plus de 400 ergothérapeutes danois qui travaillent en EHPAD via les réseaux sociaux et par mail mais je n'ai malheureusement pas pu réaliser d'entretiens avec des ergothérapeutes danois suite à deux désistements. J'ai donc utilisé un questionnaire détaillé que j'ai créé en danois grâce à mes connaissances de la langue suite à mon stage ERASMUS et à une ergothérapeute bilingue. Ce questionnaire était à remplir sur traitement de texte. J'ai ensuite fait parvenir le questionnaire par mail auquel j'ai eu deux réponses. J'ai ensuite traduit les réponses en français à l'aide d'ergothérapeutes bilingues français-danois. Ce questionnaire a repris l'ensemble des thèmes abordés dans les entretiens et comprenait aussi les relances afin d'évoquer les mêmes éléments pour tous les ergothérapeutes interviewés.

J'ai été amenée à recontacter les ergothérapeutes français et danois de façon informelle car il me manquait certaines données.

IV – Analyse

Afin d'analyser les résultats, j'ai d'abord retranscrit les entretiens réalisés dans leur intégralité. Concernant les questionnaires danois, je les ai dans un premier temps traduits en demandant conseil pour certains mots ou expressions à trois ergothérapeutes bilingues français-danois. Du fait de l'absence de relances possibles comme pour les entretiens, j'ai contacté les ergothérapeutes danoises à plusieurs reprises afin d'obtenir des précisions sur leurs réponses. Ces dernières me les ont communiquées par mail ou par messagerie instantanée selon leur disponibilité. Une fois ces étapes réalisées, j'ai effectué une lecture flottante afin de m'imprégner des réponses des ergothérapeutes. Puis, j'ai regroupé les réponses par thème en suivant le guide d'entretien. J'ai abouti aux thèmes suivants : accueil des nouveaux résidents, accompagnement en ergothérapie et utilisation des modèles.

A – Accueil des nouveaux résidents

- **Par l'équipe**

Voici les thèmes abordés par les ergothérapeutes concernant l'accueil des nouveaux résidents par l'équipe pluridisciplinaire :

Accueil par l'équipe	France		Danemark		Total	
	n	fréquence	N	fréquence	n	fréquence
Entretien de préadmission	3	50%	2	100%	5	63%
Visite à domicile de préadmission	1	17%	0	0%	1	13%
Recueil de données	4	67%	0	0%	4	50%
Evaluation	2	33%	0	0%	2	25%
Visite de l'établissement en préadmission	1	17%	1	50%	2	25%
Installation	2	33%	0	0%	2	25%
Présentation de l'équipe	2	33%	0	0%	2	25%
Famille	4	67%	2	100%	6	75%

Tableau V - Accueil par l'équipe selon les ergothérapeutes français (n=6) et danois (n=2)

Je constate que les éléments évoqués d'un ergothérapeute à l'autre concernant l'accueil des nouveaux résidents par l'équipe sont variés. En effet, j'ai relevé huit thèmes principaux. En France, les ergothérapeutes citent en majorité l'entretien de préadmission, le recueil de données et l'accueil de la famille. Tandis qu'au Danemark, les éléments qui ressortent sont l'entretien de préadmission, la visite de l'établissement en amont de l'admission et la rencontre avec la famille.

Concernant l'**entretien de préadmission**, les acteurs sont différents d'un établissement à l'autre. Si B le réalisait avec le médecin coordinateur, M évoque la cadre de santé et la psychologue principalement tandis que T y associe l'infirmière de coordination. Au Danemark, les ergothérapeutes s'accordent sur un accueil le plus souvent initié par les infirmiers. Mais S précise qu'il peut être fait par les aides-infirmiers tandis qu'E cite les thérapeutes.

La **visite à domicile de préadmission** n'est citée que par A. Cette visite est réalisée par le cadre quelquefois accompagné par le médecin coordinateur ou un infirmier. Elle n'est pas systématique mais a pour but d'obtenir des informations en amont de l'arrivée des résidents.

Par ailleurs, seuls les ergothérapeutes français évoquent le **recueil de données** lors de l'admission. Dans l'établissement où A travaille, le médecin coordinateur l'effectue. Il se renseigne sur :

« comment la personne se déplace [...] Comment elle mange ? Est-ce qu'elle a besoin d'aide pour la toilette ou non ? [...] pourquoi elle vient ? Le contexte d'entrée » (Ergothérapeute A)

J pour sa part indique que l'infirmière et les aides-soignants se renseignent sur plusieurs informations dont le mode de déplacement. En revanche, M et T abordent des thèmes différents.

« c'est là qu'on [...] apprend le plus d'informations sur les besoins de la personne et sa façon de vivre avant, son histoire, ses antécédents » (Ergothérapeute M).

« les soignants viennent le voir pour relever au niveau du dossier... les habitudes de vie au niveau du repas » (Ergothérapeute T).

T précise qu'un formulaire rempli par le résident complète les données recueillies par l'équipe. Ce formulaire a pour objectif d'identifier le contexte d'entrée de la personne et ses habitudes de vie, que ce soit pour le repas ou pour les soins.

Au niveau des **évaluations**, M évoque une toilette évaluative réalisée par l'équipe, ce qui permet d'établir des objectifs qui concernent généralement le maintien des capacités. A parle du Mini-Mental State Examination (MMSE) et du Tinetti effectués par la psychologue et la psychomotricienne uniquement sur l'unité Alzheimer. Les autres ergothérapeutes ne parlent pas spontanément d'évaluations réalisées par l'équipe soignante.

D'autres établissements proposent une visite de la structure avec l'accompagnement de différents professionnels : cadre, médecin ou encore le chef de l'établissement.

« Quand il y a [une demande] (...) en lien avec la visite de l'EHPAD, ou alors l'admission, le chef s'en occupe » (Ergothérapeute E).

Mais la visite de l'établissement n'est pas systématique pour E.

Un des premiers éléments abordés par deux ergothérapeutes françaises est l'**installation** du résident.

« la chambre est prête donc y a plus que le petit déménagement. La personne amène ses affaires. Elle est avec l'aide-soignante référente ». (Ergothérapeute A).

« Après quand ils arrivent ils ont leur nom sur la porte, (...) les animatrices laissent un petit mot de bienvenue sur la table ». (Ergothérapeute V).

Deux autres évoquent également la **présentation de l'équipe**.

« les différentes équipes (...) allaient accueillir [le résident] ». (Ergothérapeute B).

« chaque professionnel va se présenter quand (...) il a le temps ». (Ergothérapeute V).

Enfin, les ergothérapeutes français et danois évoquent presque tous la **famille**. Que ce soit lorsqu'elle accompagne le résident lors de l'admission (Ergothérapeutes A, E, S, T), lors de la visite de préadmission (Ergothérapeute B), l'entretien de préadmission (Ergothérapeutes E, M, S et T) ou encore la visite de l'établissement (Ergothérapeute E).

Je constate que l'accueil réalisé par les équipes dans les EHPAD est varié. Mais qu'en est-il des ergothérapeutes ?

- **Par l'ergothérapeute**

Le tableau ci-dessous répertorie les différents aspects investis par les ergothérapeutes concernant l'accueil des résidents.

Accueil par l'ergothérapeute		France		Danemark		Total	
		n	fréquence	n	fréquence	N	fréquence
Présentation de l'ergothérapeute	Sollicitation	1	17%	0	0%	1	13%
	Spontanée	2	33%	2	100%	4	50%
Entretien/ Recueil de données		6	100%	2	100%	8	100%
Rencontre avec la famille		3	50%	0	0%	3	38%
Evaluation		5	83%	2	100%	7	88%
Positionnement		5	83%	0	0%	5	63%
Aides-techniques		4	67%	1	50%	5	63%

Tableau VI - Accueil par les ergothérapeutes français (n=6) et danois (n=2)

Les ergothérapeutes français semblent s'accorder sur l'accueil des nouveaux résidents. De même, les ergothérapeutes danoises évoquent les mêmes éléments à l'exception d'une catégorie : les aides-techniques. Globalement, les thèmes les plus fréquents sont la présentation de l'ergothérapeute, l'entretien, le recueil de données, l'évaluation, le positionnement et les aides-techniques. En revanche, le positionnement n'est cité que par les ergothérapeutes français. De même, la rencontre avec la famille qui est abordée par la moitié des ergothérapeutes français interrogés n'est pas traitée au Danemark. Cependant, je remarque que la famille était évoquée plus haut dans l'accueil réalisé par l'équipe soignante. Les ergothérapeutes accueillent parfois les résidents suite à la sollicitation de l'équipe pour répondre à une demande ou un besoin. En France, les ergothérapeutes n'ont pas toujours le temps de se présenter aux nouveaux résidents. Et la présentation peut accompagner la demande de l'équipe.

« C'était plus pour savoir ce dont elle avait besoin pour se déplacer donc je lui ai juste mis un déambulateur à disposition. Et là je me suis juste présentée plus succinctement ». (Ergothérapeute A).

« Et donc en tant qu'ergo, (...) je vais me présenter (...) quand je suis disponible ». (Ergothérapeute V).

Je constate que l'ensemble des ergothérapeutes réalise un entretien avec les nouveaux résidents qu'ils rencontrent. Mais le recueil de données prend différentes formes selon les ergothérapeutes et la situation de la personne âgée.

« je m'entretiens avec les soignants au moment des transmissions par exemple, pour voir comment ça se passe ». (Ergothérapeute T).

« Par exemple pour une personne, (...) c'était plus sur un entretien. (...) Après pour une autre personne, c'était un entretien beaucoup plus simple, pas du tout basé sur une trame ». (Ergothérapeute A).

« Je vais habituellement parler avec eux, le cas échéant prendre le petit-déjeuner ou le café avec eux ». (Ergothérapeute S).

« J'ai rarement demandé l'histoire de vie comme cela était souvent noté dans le journal ». (Ergothérapeute E).

Au cours des entretiens et sur les questionnaires, j'ai volontairement remplacé l'expression d'histoire de vie occupationnelle par « histoire de vie » ou « histoire de vie antérieure ».

Cela m'a permis de rendre la notion plus concrète et voir quels éléments étaient évoqués spontanément. J'ai ensuite classé les thèmes dans les catégories décrites par Maud Graff, à savoir, les rôles, la routine quotidienne, l'environnement physique et social, les choix occupationnels et les événements marquants de la vie. Cela m'a permis de dresser le tableau de fréquence ci-dessous.

Histoire de vie occupationnelle		France		Danemark		Total	
		n	fréquence	n	fréquence	n	fréquence
Rôles		6	100%	2	100%	8	100%
Routine		6	100%	2	100%	8	100%
Environnement	Physique	5	83%	2	100%	7	88%
	Social	6	100%	2	100%	8	100%
Choix occupationnels		5	83%	2	100%	7	88%
Événements marquants de la vie		3	50%	2	100%	5	63%

Tableau VII - Items évoqués par les ergothérapeutes français (n=6) et danois (n=2) sur l'histoire occupationnelle

Je constate que les ergothérapeutes s'intéressent à l'ensemble des catégories décrites par Maud Graff. Seuls les événements marquants de la vie sont moins abordés par les ergothérapeutes français.

Concernant les **rôles**, les ergothérapeutes s'intéressent principalement à l'ancien métier de la personne. Mais B et J amènent d'autres éléments :

« qu'est-ce qui leur faisait plaisir et pourrait peut-être encore leur faire plaisir ? ». (Ergothérapeute B).

« qu'est-ce qui fait que la personne s'engage ? Quelles sont les raisons de ses motivations ? ». (Ergothérapeute J).

La **routine** fait, elle aussi, l'unanimité des ergothérapeutes. Ils se renseignent sur une journée ou une semaine-type que la personne avait auparavant. Le terme qui revient le plus souvent est celui des « habitudes ».

La quasi-totalité des ergothérapeutes interrogés abordent l'**environnement physique actuel**. En revanche, seul un ergothérapeute français s'attarde sur l'**environnement physique antérieur** :

« C'est vraiment le contexte (...) [pour] essayer de comprendre en fait qui étaient ces personnes ». (Ergothérapeute J).

Mais ce n'est pas toujours possible.

« je n'ai pas beaucoup d'accès sur ce qui était l'environnement antérieur. Donc j'essaie (...) de savoir d'où ils venaient, est-ce que c'était plutôt la ville ou un petit village ce qui me donne une vague idée pour ce qui est de l'intérieur et de l'extérieur mais en général je peux pas savoir grand-chose d'autre ». (Ergothérapeute M).

Au Danemark, les ergothérapeutes abordent ce sujet fréquemment en lien avec le recueil de données.

L'**environnement social** est un point sur lequel l'ensemble des ergothérapeutes insistent à l'aide du champ lexical de l'entourage. Je retrouve les termes : famille, proches, enfants, petits-enfants...

Les ergothérapeutes sont également sensibles aux **choix occupationnels** de la personne, à savoir : est-elle en capacité de réaliser les activités souhaitées ? Une attention particulière est portée sur les difficultés mais aussi les ressources de la personne âgée.

Enfin, les **événements marquants de la vie** sont moins mentionnés en France. M propose une explication :

« C'est un peu la personne elle-même qui va choisir les éléments marquants dont il va me parler. Y en a qui peuvent s'attarder sur une hospitalisation bien antérieure, c'est que celle-ci a été un événement marquant pour la personne et c'est important de le savoir. (...) Par contre s'il y a eu un élément que moi je jugerais marquant mais que la personne ne m'en parle pas (...) c'est une donnée importante à avoir mais je vais moins m'appuyer dessus ». (Ergothérapeute M).

T donne l'exemple du mariage tandis qu'A s'intéresse au départ du domicile. Pour S et E, il peut s'agir de toutes sortes d'événements. E parle plutôt de décès.

Pour ce qui est de l'évaluation des nouveaux résidents, les ergothérapeutes utilisent soit des bilans « maison », soit des bilans standardisés. Les évaluations répondent à une demande spécifique axée sur les occupations ou sur des fonctions corporelles. Les bilans standardisés cités concernent :

- les fonctions globales : Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME)
- les fonctions cognitives : Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini-Mental State Examination (MMSE), Test ELEMENTAIRE de la Concentration Orientation et Mémoire (TELECOM)
- les fonctions motrices : Purdue Pegboard

Les autres évaluations consistent en une observation ou des mises en situation écologiques telles que le repas ou la toilette. Les ergothérapeutes danoises ont la particularité d'évaluer les troubles de la déglutition.

Par ailleurs, lorsque les ergothérapeutes rencontrent les résidents, je leur ai demandé à quels éléments ils étaient attentifs avec le changement de lieu de vie vers un lieu de soin. J'ai listé ces éléments dans le tableau suivant.

Eléments d'attention concernant le changement de lieu de vie	France						Danemark		Total	
	A	B	J	M	T	V	E	S	n	fréquence
Activités	X							X	2	25%
Troubles du comportement		X			X				2	25%
Famille		X	X		X				3	38%
Médiateur équipe-résident		X							1	13%
Equilibre dans les soins		X							1	13%
Adaptation du résident				X		X			2	25%
Transmission des informations				X				X	2	25%
Environnement physique							X	X	2	25%
Bien-être								X	1	13%
Evaluation								X	1	13%

Tableau VIII – Points d'attention sur le changement de lieu de vie par les ergothérapeutes (n=8)

Je remarque que les éléments abordés sont disparates. Les ergothérapeutes semblent avoir différentes visions des changements provoqués par l'entrée en EHPAD. Cependant, ces professionnels sont plusieurs à évoquer l'importance des activités, la détection et la gestion

des troubles du comportement, la relation avec la famille, l'adaptation du résident, la transmission des informations à l'équipe et l'environnement physique.

A et S s'intéressent par exemple aux **activités** qu'elles peuvent proposer. En effet, les résidents pratiquaient des activités qu'ils n'ont pas toujours la possibilité de faire une fois en EHPAD. Ces activités participent d'après S au bien-être du résident auquel elle est attentive.

D'autre part, S priorise l'évaluation. Et les **troubles du comportement** sont surveillés par les ergothérapeutes B et T. D'un côté, le changement d'environnement est susceptible de provoquer des troubles du comportement par la perte de repères. Cela peut entraîner une inhibition ou une désinhibition de la personne. D'un autre côté, ces difficultés demandent une attention particulière par rapport à l'équipe soignante qui n'a pas toujours les outils suffisants à la gestion de ces situations. B estime que la formation d'ergothérapeute permet d'aider les résidents avec ces troubles. C'est pourquoi il se situe comme médiateur entre l'équipe et le résident et alerte sur l'abus de l'usage des contentions.

Par ailleurs, la **famille** est évoquée par des ergothérapeutes pour différentes raisons.

« la communication avec les familles est très importante parce que si on veut amener un minimum d'environnement de la personne à la maison de retraite on est obligé de faire très attention à ce côté environnement familial ».
(Ergothérapeute B).

« la famille (...) est souvent aidante mais (...) souvent, [elle] souffre énormément parce qu'il y a un grand sentiment de culpabilité et y a des répercussions qu'ils ne perçoivent pas et qui ont leur poids ».
(Ergothérapeute J).

« effectivement, changement de lieu de vie, changement d'environnement social aussi (...) ça fait beaucoup de choses et de changements pour la personne » (Ergothérapeute T).

Je ne pensais pas que la famille pouvait être un point d'alerte de manière péjorative.

Aussi, M et V soulignent la difficulté et l'importance de l'adaptation au nouvel environnement et veillent à ce que le résident s'approprie les lieux de différentes manières.

« ici ils ont droit d'amener (...) des meubles, de la décoration, des tableaux... des choses comme ça ». (Ergothérapeute V).

« je peux pas beaucoup appréhender le changement, je m'intéresse surtout à comment ils s'adaptent à ce nouvel environnement ». (Ergothérapeute M).

Mais pour M et S, la transition qui existe entre le domicile et l'EHPAD s'accompagne en équipe. C'est pourquoi elles veillent à **transmettre les informations** à l'ensemble des professionnels qui côtoient le résident.

« Ils peuvent aussi avoir des idées sur la façon dont je peux aider le résident ». (Ergothérapeute S).

Enfin, E et S citent l'adaptation de l'**environnement physique**. E évoque à ce sujet la nécessité des aides-techniques.

L'accueil des nouveaux résidents précède l'accompagnement en ergothérapie que je vais aborder à présent. Comment les ergothérapeutes élaborent-ils les plans d'intervention ? Quelles sont les pratiques des ergothérapeutes sur le terrain ? Quelles sont les contraintes qui freinent ces pratiques ?

B – Accompagnement en ergothérapie

- **Elaboration des plans d'intervention**

En France comme au Danemark, les ergothérapeutes ne réalisent pas toujours de véritables plans d'intervention comme nous pouvons les étudier en formation.

« Si j'ai par exemple une prescription médicale pour (...) un accompagnement spécifique pour une personne [là] je vais plutôt avoir tendance à (...) suivre vraiment un plan d'intervention assez (...) précis ». (Ergothérapeute T).

« Un grand nombre des interventions que j'avais avec les résidents était déjà planifié (...) lorsque je remplaçais l'ergothérapeute de l'EHPAD ». (Ergothérapeute E).

Afin d'élaborer ses séances, A se base sur trois dimensions : personne, occupation et environnement.

« après cette évaluation globale, je fais un petit diagnostic ergo. (...) [II] en ressort du coup mes objectifs. Donc je fais que des objectifs de la personne. Et puis après je fais un plan d'intervention ». (Ergothérapeute A).

J prend également en compte la dimension de la personne, ainsi que l'engagement. Tandis que M et S interrogent l'équipe afin d'élaborer leur plan d'intervention.

Mais B a vécu son rôle différemment.

« C'est-à-dire que moi je n'avais pas un planning. (...) [J] 'étais plus là pour régler les problèmes à droite, à gauche. Que ce soit des problèmes de matériel, que ce soit des problèmes de famille, que ce soit des problèmes de positionnement ». (Ergothérapeute B).

V aussi répond aux demandes de l'équipe. Mais elle se base sur le questionnement de départ, les attentes et les loisirs de la personne.

En France, 5/6 ergothérapeutes réalisent des séances individuelles et de groupe. 1/6 ergothérapeute ne réalise pour le moment que des séances individuelles. Tandis qu'au Danemark, les ergothérapeutes ne font que des séances individuelles. Les ergothérapeutes français tentent de se baser sur les centres d'intérêt des résidents. 3/6 utilisent exclusivement des activités de vie quotidienne (AVQ). La moitié restante passe par des activités plus analytiques comme la mobilisation passive pour entretenir les capacités du résident. Au Danemark, les ergothérapeutes utilisent exclusivement les centres d'intérêt et les AVQ.

Grâce au recueil de données réalisé, les ergothérapeutes proposent des activités connues du résident. Mais ils peuvent aussi innover en offrant de nouvelles activités qui respectent les centres d'intérêt de la personne.

- **Identification des contraintes**

Mais les ergothérapeutes sont parfois bloqués par les contraintes liées à l'établissement.

Contraintes	France						Danemark		Total	
	A	B	J	M	T	V	E	S	N	fréquence
Institutionnelles	X	X	X	X		X		X	6	75%
Structurales	X				X	X			3	38%
Temps	X			X		X	X	X	5	63%
Financières		X	X						2	25%
Matérielles	X				X			X	3	38%
(Re)connaissance	X	X							2	25%
Résident	X			X					2	25%
Environnementales			X						1	13%

Tableau IX - Contraintes relevées par les ergothérapeutes (n=8)

Concernant les contraintes soulevées, les ergothérapeutes parlent principalement de contraintes institutionnelles, de temps, structurales et matérielles. D'autres contraintes sont évoquées par les ergothérapeutes français, à savoir : l'environnement, le manque de connaissance/reconnaissance de l'ergothérapie, le manque de budget et le résident lui-même selon son humeur, ses difficultés cognitives, ses troubles du comportement, sa disponibilité et sa fatigabilité. Les contraintes structurales/environnementales, financières, liées à la (re)connaissance du métier et au résident ne sont abordés que par les ergothérapeutes français.

Les **contraintes institutionnelles** comprennent d'abord le rapport résidents/ergothérapeute qui va avec les **contraintes de temps**. Cependant, je remarque que les ergothérapeutes impactés par le manque de temps ont des temps de travail différents : entre 25% et 100%.

« Par exemple, moi je suis à mi-temps mais sur la structure il y a 180 résidents ». (Ergothérapeute A).

Mais B et S soulèvent une problématique interne à la dynamique et la politique de l'établissement.

« L'autre part qu'était un peu gênante et qu'était un obstacle c'était (...) l'inertie institutionnelle (...). Quand une institution fonctionne depuis longtemps d'une certaine façon, c'est très difficile de faire changer les habitudes ». (Ergothérapeute B).

Cela le gêne parfois dans la mise en place d'activités pour les résidents, notamment la participation à la toilette. L'équipe soignante n'a pas toujours le temps de respecter les capacités de la personne âgée.

« En outre, nous sommes très attachés à ne pas surstimuler les résidents comme la plupart d'entre eux ont une démence depuis longtemps. J'aimerais que nous nous attardions plus sur un niveau de sollicitation constant en passant de bons moments avec eux et ne pas avoir peur de les surstimuler ». (Ergothérapeute S).

M évoque aussi la difficulté de se coordonner avec les équipes pour mettre en place une activité. J, de son côté, déplore le manque d'accès à la formation continue. Il souhaiterait se former sur des évaluations plus écologiques, telles que l'AMPS ou encore le *Model Of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST). Tandis que V est contrainte par le manque d'accessibilité à un véhicule qui appartient à un autre établissement.

Les **contraintes structurales** regroupent, d'une part l'organisation de l'établissement et d'autre part, le manque de salles dédiées à l'ergothérapie.

« L'environnement, ce serait quelque chose aussi sur lequel j'aimerais bien travailler. (...) [Après](...) c'est plus difficile d'avoir une action dessus. (...) Si la personne elle veut avoir une kitchenette (...) dans sa chambre, eh ben en fait dans tous les cas c'est pas possible ». (Ergothérapeute A).

« On n'a pas d'atelier qui est dédié à l'atelier bois par exemple, donc ne serait-ce qu'au niveau infrastructure, c'est compliqué. J'ai pas de salle d'ergothérapie à proprement parler où je puisse faire ma rééducation. Donc en général la rééducation je la fais en chambre ». (Ergothérapeute T)

J évoque également des **contraintes environnementales** aux alentours de l'EHPAD.

« en fait c'est un peu pentu l'environnement, ce qui fait que les résidents pour sortir c'est quasiment impossible ». (Ergothérapeute J).

Les **contraintes financières et matérielles** sont aussi soulevées par cinq ergothérapeutes qui déplorent le manque de budget et de matériel.

Par ailleurs, deux ergothérapeutes citent le **manque de connaissance et de reconnaissance** de l'ergothérapie.

« en ergo on est généralement sous-estimé et pas assez reconnu, (...) surtout en gériatrie et en EHPAD ». (Ergothérapeute A).

« On nous placarde à régler des problèmes qui sont pas forcément de notre profession donc c'est un peu compliqué, et on est souvent appelé ». (Ergothérapeute B).

Enfin, le **résident** est évoqué par deux ergothérapeutes. Les contraintes qui lui sont liées relèvent de ses troubles par rapport au comportement ou à l'humeur, de sa disponibilité, de sa fatigabilité, etc.

« alors ce serait à étudier je pense mais (...) dans une certaine mesure, je pense que la personne âgée elle-même peut être une contrainte ». (Ergothérapeute A).

Les contraintes liées au résident sont un résultat original que je ne m'attendais pas à retrouver.

C – Utilisation des modèles

Concernant les modèles, je me suis intéressée à l'expérience des ergothérapeutes au cours de leur formation et une fois diplômés puis à leur utilisation sur le terrain.

- **Expérience**

Les ergothérapeutes français et danois ont tous étudié plusieurs modèles en cours.

Modèles étudiés	France						Danemark		Total	
	A	B	J	M	T	V	E	S	n	fréquence
MCREO	X	X	X		X	X	X	X	6	75%
PPH	X		X	X	X	X			5	63%
MOH	X	X		X			X	X	5	63%
OTIPM	X				X		X	X	4	50%
CIF	X		X		X		X		4	50%
Kawa	X	X			X	X			4	50%
MCPD							X	X	2	25%
MCHCC							X	X	2	25%

Tableau X - Modèles étudiés par les ergothérapeutes (n=8)

Au Danemark, ils différencient les modèles processuels (comme l'OTIPM) et les modèles conceptuels (comme le PPH). Le Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCPD) et le Modèle Canadien d'Habilitation Centrée sur le Client (MCHCC) ne sont cités que par les ergothérapeutes danoises. Inversement, certains modèles ne sont évoqués que par les ergothérapeutes français : il s'agit du Processus de Production du Handicap et du modèle Kawa.

Trois des ergothérapeutes français sur six ont déjà utilisé des modèles en stage. Alors qu'au Danemark, les deux ergothérapeutes y ont eu recours. M explique :

« Dans tous les stages que j'ai fait je suis tombée sur des tuteurs qui n'utilisaient pas les modèles conceptuels voire qui n'en avaient jamais entendu parler. Et donc (...) à chaque fois, quand j'ai eu un cas clinique ou un rapport à (...) à créer, j'ai dû expliquer, présenter ce modèle conceptuel (...) à mes tuteurs ». (Ergothérapeute M).

Un des ergothérapeutes français a expérimenté la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) en Belgique. En revanche, aucun des ergothérapeutes interrogés n'a bénéficié de formation continue sur les modèles.

- **Lien avec la pratique**

Modèles utilisés	France						Danemark		Total	
	A	B	J	M	T	V	E	S	n	fréquence
MCREO	X	X	X			X	X		5	63%
OTIPM	X		X					X	3	38%
PPH				X		X			2	25%
CIF					X		X		2	25%
MOH			X						1	13%
MCHCC							X		1	13%
PEO			X						1	13%

Tableau XI - Modèles utilisés par les ergothérapeutes (n=8)

Quatre des ergothérapeutes utilisent au moins deux modèles dans leur pratique. Trois ergothérapeutes les citent d'ailleurs pour élaborer les plans d'intervention. Je remarque que parmi les combinaisons de modèles, le MCREO qui est un modèle « *top-down* » est utilisé avec la CIF ou le PPH qui sont des modèles « *bottom-up* ». Ceci est un résultat original.

L'ensemble des ergothérapeutes explique que les modèles choisis leur correspondent. Les autres raisons sont variées et pour deux modèles différents, certaines sont identiques. Par exemple, A -avec l'OTIPM ou le MCREO- et V -avec le PPH- estiment que le modèle utilisé permet de voir la personne dans sa globalité. T -avec la CIF- et J -avec l'OTIPM et le PEO- apprécient le fait de partir de l'occupation pour aider la personne. B utilise le MCREO pour ne pas oublier d'éléments mais aussi pour répondre aux attentes du résident et évaluer sa satisfaction, comme V. M et V ont recours au PPH car elles trouvent qu'il est simple d'utilisation. Mais M apporte un élément supplémentaire.

« ce qui me plaît beaucoup aussi c'est que je trouve qu'il permet de synthétiser toutes les informations qu'on a et de présenter rapidement la personne ou en tout cas le problème qui se pose. Et je le trouve très utile pour (...) faire cette synthèse et pouvoir la représenter aux équipes ». (Ergothérapeute M).

D'autre part, j'ai interrogé les ergothérapeutes au sujet de la spécificité des modèles qui pouvait exister en EHPAD. Qu'est-ce qui diffère au niveau de l'utilisation, contrairement à d'autres structures ? Trois ergothérapeutes français sur six pensent que le modèle est utilisé différemment en EHPAD du fait d'être sur un lieu de vie et la multiplicité des troubles.

« ce qui est difficile aussi c'est de prioriser. Généralement pour un retour à domicile en SSR, on sait vite ce qu'on va prioriser ». (Ergothérapeute B).

S pense aussi que l'OTIPM peut être utilisé dans son intégralité en EHPAD car il s'agit d'un lieu de vie.

A l'inverse, A pense que le MCREO et l'OTIPM peuvent être utilisés de la même façon.

« en fait ma trame d'évaluation, alors elle est légèrement différente, c'est normal, c'est quand même pas la même population, (...) avec les mêmes besoins ni les mêmes demandes. Mais je prends toujours la dimension occupationnelle de la personne et la dimension environnementale. Et je travaillerais avec des adultes je ferais exactement pareil ». (Ergothérapeute A).

Les ergothérapeutes ont des utilisations différentes des modèles. Certains ont un schéma en tête.

« Moi qui suis très visuel, ce schéma-là me permet souvent de comprendre les patients que je dois prendre en charge ». (Ergothérapeute B).

D'autres s'en servent pour proposer des activités.

« je me dis : « bon, je sais qu'elle aime bien faire ça au niveau occupationnel, donc je vais faire une séance avec telle activité » ». (Ergothérapeute A).

« Je pense aux tâches qui sont nécessaires pour le résident, pour qu'il soit relativement indépendant dans sa vie ». (Ergothérapeute S).

D'autres encore l'utilisent pour analyser.

« on le centre sur une capacité... une situation de handicap et c'est ça qui m'intéresse parce que (...) en EHPAD je suis sur des gens qui vont avoir (...) une plainte ou une demande principale. (...) Et donc je vais pouvoir analyser en détails d'où vient cette plainte ou cette situation ». (Ergothérapeute M).

Enfin, certains professionnels changent de modèles selon les situations rencontrées.

« [Le PPH serait pour] le premier entretien, (...) et à la fin de l'entretien « (...) qu'est-ce que vous aimeriez faire/refaire ? (...) Si y avait trois choses qu'on pourrait vous faire refaire ce serait quoi ? ». (Ergothérapeute V).

Les ergothérapeutes m'ont apporté des notions intéressantes au cours des entretiens et des questionnaires. Je vais maintenant mettre tous les éléments recueillis en lien avec mon cadre théorique afin de conclure ce travail d'initiation à la recherche.

V – Discussion

A – Synthèse des résultats

L'analyse thématique réalisée ci-dessus me permet de répondre à ma question de recherche :

Quelles sont les pratiques des ergothérapeutes français et danois concernant la transition de l'histoire occupationnelle des nouveaux résidents en EHPAD selon le modèle utilisé ?

Chaque ergothérapeute a sa vision de l'accompagnement qu'il est possible de proposer aux nouveaux résidents. Cependant, j'ai identifié grâce aux entretiens et aux questionnaires trois pratiques communes aux ergothérapeutes français et danois.

- **Dialogue avec la personne âgée pour recueillir son récit de vie**

Tout d'abord, lorsque les ergothérapeutes rencontrent la personne âgée, ils cherchent à comprendre qui elle est grâce à son histoire de vie occupationnelle. Les ergothérapeutes s'intéressent particulièrement :

- aux **rôles antérieurs** de la personne : quel était son métier, s'occupait-elle de ses enfants/petits-enfants, avait-elle une activité importante ?
- à ses **habitudes de vie antérieures** : en demandant plutôt une journée/semaine-type, ses loisirs
- à son **environnement physique et social actuel** : quelles sont les adaptations à faire, la personne peut-elle se déplacer, a-t-elle les aides-techniques nécessaires, qui y a-t-il dans l'entourage, comment se comporte l'entourage ? Mais aussi, la personne se sent-elle bien dans son environnement actuel ?
- et aux **choix occupationnels** : quelles activités la personne peut-elle faire ou non, pourquoi ? Quelles sont ses difficultés et ses ressources ?

Le recueil du récit de vie du nouveau résident est réalisé au cours d'un échange avec l'ergothérapeute. Parfois, un entretien plus formel est mené. Mais le fait de permettre à la personne âgée de raconter son histoire, amène un sentiment de bien-être comme le décrit Maud Graff (2013, p. 39).

Lorsque les ergothérapeutes entrent dans le récit de vie de la personne âgée, ils recueillent des informations précieuses qui les guident dans l'accompagnement ergothérapeutique.

Mais au préalable, les ergothérapeutes explorent les indices de vigilance avec l'admission des résidents.

- **Repérage des indices d'alerte lors de l'entrée en EHPAD**

L'entrée en EHPAD marque une transition biographique (Vincent Caradec, 2009) que nous pouvons également qualifier de rupture (Maud Graff, 2013, p. 39). C'est pourquoi les ergothérapeutes y sont attentifs tant elle a une influence sur l'histoire occupationnelle comme expliqué en introduction. Tout comme le récit de vie, le passage d'un lieu de vie à un lieu de soin est pris en compte. En effet, il peut déclencher des symptômes et donc un mal-être des nouveaux résidents. Cependant, les ergothérapeutes s'alertent sur des éléments variés. Voici les principaux :

- La **famille** : les ergothérapeutes regardent si elle est aidante ou anxiogène pour le résident,
- Les **activités** : je retrouve ici la notion des choix occupationnels développée par Maud Graff (2013). Les ergothérapeutes veillent à ce que le résident puisse faire des activités qui ont du sens pour lui,
- Les **troubles du comportement** : c'est le symptôme principal auquel les ergothérapeutes sont attentifs,
- La **transmission des informations à l'équipe** : les ergothérapeutes essaient d'avoir les mêmes données que les équipes mais souhaitent également que leurs transmissions soient entendues et respectées,
- L'**environnement physique** : le résident a-t-il la possibilité d'utiliser ses capacités au maximum afin d'être indépendant sur les activités possibles ?
- L'**adaptation du résident** : l'établissement ne peut pas être modifié selon les envies et les besoins du résident. Les ergothérapeutes se questionnent donc sur les capacités d'adaptation de ce dernier. Contrairement à Philippa Lally (2009), un des établissements compte un mois pour l'adaptation du résident.

Tous ces points reflètent autant de visions différentes de la part des ergothérapeutes au sujet de l'entrée en EHPAD. Une fois cette étape franchie, les professionnels peuvent réfléchir à un plan d'intervention. Je constatais dans l'analyse que ces plans d'intervention varient d'un ergothérapeute à l'autre. Voyons à présent comment les ergothérapeutes choisissent les activités qu'ils proposent.

- **Proposition d'activités significantes en cohérence avec l'histoire occupationnelle**

La représentation du modèle semble différente pour chacun. Mais les ergothérapeutes le choisissent par identification. D'autre part, au Danemark, les modèles sont différenciés selon s'ils sont processuels comme l'OTIPM, ou conceptuels comme le PPH. Tandis qu'en France, la vision est légèrement différente puisque nous parlons de modèles conceptuels d'une manière générale (Morel-Bracq, 2017). Certains ergothérapeutes utilisent parfois plusieurs modèles a priori incompatibles, comme le MCREO et la CIF. En effet, le premier est plutôt de nature à partir des occupations tandis que le second est initié par une limitation de capacité.

Mais les ergothérapeutes semblent se servir des modèles comme fil conducteur pour répondre à une situation précise. Peu importe le modèle utilisé, les ergothérapeutes s'intéressent aux activités que la personne peut faire. Pour cela, ils prennent en considération les éléments recueillis dans l'histoire de vie occupationnelle. Les ergothérapeutes essaient d'utiliser des activités que la personne aimait faire. Mais ils proposent également de nouvelles activités en lien avec les centres d'intérêt du résident : par exemple de la peinture pour une personne qui apprécie les activités manuelles. Enfin, les ergothérapeutes adaptent parfois des activités que le résident faisait auparavant mais n'est plus en capacité de faire.

Par exemple, utiliser le support du Scrabble^{MD} pour travailler les fonctions cognitives et les préhensions.

Globalement, les ergothérapeutes réalisent des séances individuelles et de groupe. Les séances individuelles répondent à un besoin spécifique : l'utilisation du téléphone, ou encore le transfert lit-fauteuil par exemple. Tandis que les séances de groupe ont plus une visée de maintien des capacités actuelles et répondent donc à une problématique commune à plusieurs résidents : citons la gym douce. Cependant, des ateliers de groupe sont également possibles pour travailler sur des problématiques adaptées à chaque personne tout en permettant un objectif commun. Je pense au repas thérapeutique qui permet de travailler sur les fonctions cognitives ou motrices et en même temps sur l'aspect relationnel et la sociabilisation. Il est donc possible d'avoir à la fois un objectif individuel et commun.

En revanche, il ne faut pas oublier les nombreuses **contraintes** auxquelles les ergothérapeutes sont sujets. Si les contraintes liées à l'**institution** et au **manque de temps** sont mises en exergue, celles en rapport avec le **résident** ne doivent pas être négligées. De même, les ergothérapeutes peuvent souffrir du **manque de connaissance et de reconnaissance** de leur profession.

Je remarque que les ergothérapeutes conservent donc un lien avec le passé des nouveaux résidents avant de les amener vers le présent et parfois le futur. Ce lien est primordial à l'accompagnement de la rupture de l'histoire occupationnelle vécue par les résidents lors de l'entrée en EHPAD.

Ainsi, j'ai apporté des éléments de réponses concernant ma question de recherche. Mais qu'en est-il de la validation de l'hypothèse ?

B – Validation de l'hypothèse

Pour rappel, mon hypothèse était :

Selon le modèle utilisé, les ergothérapeutes français et danois tenteraient d'assurer ou non une continuité de l'histoire occupationnelle antérieure.

Les points abordés dans l'analyse me permettent d'étudier cette hypothèse. Plusieurs éléments me font penser que la culture danoise permet une adaptation de la structure au résident contrairement à la France. Par exemple, le fait que les danois considèrent les personnes comme des locataires en s'installant dans un appartement. Le fait aussi de permettre de garder leurs animaux de compagnie ou encore de faire le ménage selon les envies des personnes âgées. Les résultats me permettent également de conclure que les pratiques des ergothérapeutes ne dépendent pas tant des modèles utilisés puisque nous l'avons vu un peu plus haut, les pratiques sont similaires avec des modèles différents.

Elles semblent plutôt influencées par l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et le fonctionnement des établissements que ce soit en France ou au Danemark. De plus, dans les deux pays, les ergothérapeutes considèrent l'histoire de vie occupationnelle de la personne avant son arrivée en EHPAD. Ils ont notamment recours à des activités qui ont du sens pour le résident. Les nouvelles activités proposées sont parfois en lien avec les habitudes de vie antérieures et d'autres fois un désir de la personne à découvrir un autre loisir qu'elle pourra intégrer dans sa routine quotidienne.

De ce fait, je considère mon hypothèse infirmée puisque les ergothérapeutes essaient d'assurer une continuité de l'histoire occupationnelle quels que soient leur nationalité ou le modèle utilisé. Une des différences majeures entre la France et le Danemark est l'organisation des structures qui permet aux ergothérapeutes danois de considérer qu'ils interviennent directement « chez les résidents ».

Voici quelques recommandations que je peux proposer suite à cette étude.

C – Recommandations

Nous l'avons vu plus haut, les ergothérapeutes se servent de l'histoire occupationnelle pour amorcer la rupture qu'il y a entre le domicile et l'EHPAD. Mais tous les aspects de l'histoire occupationnelle ne sont pas pris en compte. C'est pourquoi je pense qu'il serait intéressant de se pencher davantage sur les éléments manquants, à savoir les événements marquants de la vie et l'environnement physique et social antérieurs. Les ergothérapeutes danoises interrogées semblent déjà l'intégrer contrairement aux ergothérapeutes français.

D'autre part, de façon idéale, les ergothérapeutes pourraient se présenter à tous les nouveaux résidents et expliquer ce qu'est l'ergothérapie. Cela leur permettrait d'interpeller les ergothérapeutes en cas de besoin et participerait également à la connaissance du métier et la reconnaissance des professionnels au sein de l'équipe.

Enfin, les institutions devraient pouvoir s'adapter aux besoins des résidents en respectant leurs capacités et en participant davantage au maintien de l'autonomie et de l'indépendance.

Il serait aussi intéressant que les ergothérapeutes prennent le temps de demander aux résidents comment ils se sentent dans leur nouvel environnement pour participer à leur bien-être.

D – Limites de l'étude

Bien sûr, ce travail de recherche comporte des limites et les résultats sont donc à manier avec précaution.

Tout d'abord, le faible nombre de participants en France et surtout au Danemark rend l'analyse des résultats difficile. Le fait aussi d'être passée par les entretiens en France et par les questionnaires au Danemark implique beaucoup moins de données dans les réponses des ergothérapeutes danoises. Tandis que les ergothérapeutes français ont pu oublier de me communiquer certains éléments. La différence culturelle également entre les deux pays et la différence de formation qui suit cette dernière dimension.

Concernant les ergothérapeutes, selon leurs années d'expérience ou encore s'ils sont à temps plein ou à temps partiel, les réponses diffèrent aussi. La désirabilité sociale est aussi à prendre en compte. Que ce soit pour les entretiens ou les questionnaires, les ergothérapeutes ont pu donner des réponses pour correspondre à mes attentes sans que ce soit pour autant avéré. D'autre part, les termes peuvent avoir été mal compris tant au niveau français que danois. En effet, la représentation des mots est différente d'une personne à l'autre.

Enfin, je ne néglige pas mon grand intérêt pour le Danemark qui a pu orienter mon analyse de manière subjective.

Conclusion

Je cherchais à aborder dans ce mémoire le domaine de la gériatrie qui attire peu les professionnels de santé et les ergothérapeutes selon les statistiques recueillies. En parlant de la transition de l'histoire occupationnelle, je souhaitais simplement redonner à la personne âgée son rôle de personne avec un vécu que nous avons parfois tendance à oublier.

Même si l'ergothérapie n'est pas toujours bien connue dans les équipes, c'est en continuant à s'intéresser au passé des résidents et à dialoguer avec les équipes que les ergothérapeutes gagneront en visibilité et en reconnaissance. En effet, au Danemark, l'ergothérapie peut sembler avoir plus de notoriété au sein du pays car la vision du travail en équipe est différente. Il n'y a pas de clivage entre les différents métiers de la santé. Chacun apporte à son niveau des informations qui peuvent être utiles à l'ensemble des professionnels mais surtout à l'accompagnement du résident. Cependant, le pourcentage d'ergothérapeutes danois par rapport au nombre d'habitants est aussi à prendre en considération : rappelons qu'il est dix fois supérieur à la France.

D'autre part, j'ai relevé de nombreuses contraintes qui freinent les ergothérapeutes dans leurs propositions auprès des résidents. Les professionnels souhaitent tous s'appuyer sur les occupations indépendamment des modèles utilisés afin de rééduquer les personnes âgées ou de maintenir leurs capacités. Mais suivant le fonctionnement global des établissements, ce n'est pas toujours possible. A partir de ces contraintes découlent des différences de pratiques d'un ergothérapeute à l'autre. Cela peut provoquer entre autres un glissement de tâches entre les professionnels de santé.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur la définition du poste d'ergothérapeute en EHPAD. Certaines associations comme l'AFEG, font une proposition de fiche de poste mais je m'aperçois qu'elle ne correspond pas aux attributions souhaitées des ergothérapeutes. D'ailleurs, les ergothérapeutes déplorent cette identification à des techniciens par l'équipe. Alors comment permettre aux ergothérapeutes d'exercer pleinement leur métier auprès des personnes âgées ?

Finalement, ce travail de recherche m'a permis de découvrir une autre culture et m'a apporté une meilleure compréhension des pratiques ergothérapeutiques. Cela m'accompagne dans la construction de mon identité de future professionnelle. Je pense que les rôles des nouveaux résidents en EHPAD ne doivent pas être négligés car c'est un aspect important de l'accompagnement dans la transition de l'histoire occupationnelle. Enfin, les professionnels

sont avant tout des ergothérapeutes, quel que soit le pays ou le modèle utilisé et ils interviennent selon l'essence même du métier à savoir l'occupation.

Bibliographie

AFEG., (2018). Ergothérapeute DE en Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). / En ligne http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf (consulté le 27 mai 2019).

Agence danoise des transports, de la construction et du logement, (2018). Plejehjem. / En ligne <https://www.borger.dk/aeldre/Aeldre-og-bolig/Bolig-til-aeldre> (consulté le 27 mai 2019).

Allegre, E., Gassier, J., (2015). 100 fiches d'animation pour les personnes âgées. / En ligne <https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf> (consulté le 27 mai 2019).

Alzheimer Conseil, (2018). Prise en charge du malade d'Alzheimer en institution. / En ligne <http://www.alzheimer-conseil.fr/prise-en-charge-du-malade-d-alzheimer-en-institution/les-unites-de-vie-protégees-en-maison-de-retraite-pour-les-malades-d-alzheimer-a20.html> (consulté le 27 mai 2019).

ANFE., (2010). Arrêté du 5 juillet 2010. / En ligne http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf (consulté le 27 mai 2019).

ANFE., (2017). AMPS - Traduction du livret. / En ligne <https://www.anfe.fr/traduction-du-livret-amps> (consulté le 27 mai 2019).

ANFE., (2018). Instituts de formation. / En ligne <https://www.anfe.fr/les-instituts-de-formation> (consulté le 27 mai 2019).

ANFE., (2018). Offres d'emploi. / En ligne <http://www.anfe.fr/component/offreemploi/?view=offres> (consulté le 6 septembre 2018).

ANFE., (2018). Qui sommes-nous. / En ligne : <https://www.anfe.fr/l-anfe/ce-qu-elle-est-2> (consulté le 27 mai 2019).

ARS., (2018). L'accompagnement des personnes âgées. / En ligne <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees> (consulté le 27 mai 2019).

Association Alzheimer, (2006). Demensplejehjem. / En ligne <https://www.demensnet.dk/mailbox/598/default.aspx> (consulté le 2 janvier 2019).

Biotop, (2018). Terminologie médicale. / En ligne <http://www.biotop.net/Terminologie/E/ergo.htm> (consulté le 27 mai 2019).

Boulmier, M., (2011). Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage. *Gérontologie et Société*, 34 (136), 29-46.

Caire, J.-M., Rouault, L., (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), dans M.-C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie*, 85 – 97. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Caradec, V., (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 3 (157), 38-45.

Country meters, (2018). Denmark Population. / En ligne <https://countrymeters.info/fr/Denmark> (consulté le 27 septembre 2018).

Country meters, (2018). France Population. / En ligne <https://countrymeters.info/fr/France> (consulté le 27 septembre 2018).

Delbès, C., (2005). Edito. *Gérontologie et société*, 28 (112), 10-11.

Descartes, R., (2016). *Le discours de la méthode*. Paris : Flammarion. (Œuvre originale publiée en 1637).

DREES., (2008). Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. / En ligne http://www.anjoudomicile.fr/media/etude_sociologique_sur_les_conditions_dentree_en_institution_des_personnes_agees_et_les_limites_du_maintien_a_domicile_083690400_1023_15062009.pdf (consulté le 27 mai 2019).

DREES., (2015). Caractéristiques des résidents. / En ligne <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (consulté le 11 novembre 2018).

DREES., (2018). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. / En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad> (consulté le 27 mai 2019).

ETF., (2018). Medlemsfordele : Hvad tilbyder Etf ?. / En ligne <https://www.etf.dk/medlemsfordele> (consulté le 27 mai 2019).

- Fisher, A., (2009). *Occupational therapy intervention process model*. États-Unis, Colorado : Three Star Press, Inc.
- Fougeyrollas, P., Boukala, M., (2009). Entretien avec Patrick Fougeyrollas. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2009/1 (45), 165-174. DOI : 10.3917/nras.045.0165
- Fougeyrollas, P., (2010). *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses universitaires de Laval.
- France 2 télévision, (2018). Maison de retraite : la solution danoise. / En ligne https://www.francetvinfo.fr/societe/prise-en-charge-des-personnes-agees/maisons-de-retraite-la-solution-danoise_2586684.html (consulté le 27 mai 2019).
- Geadah, R.-R., (2005). Choisir librement son médecin en démocratie, dans M. Chamoun (dir.), *Travaux et jours*, 31-87 (76). Beyrouth : USJ.
- Graff, M., Thijssen, M., Verstraten, P., Zajec, J., (2013). *L'ergothérapie chez les personnes âgées atteintes de démence et leurs aidants*. Paris : De Boeck Solal.
- Guihard, J.-P., (2016). Cogito ergo therapeia, dans H. Hernandez (dir.), *L'ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*, 81 – 99. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- HAS., (2007). Dénutrition personne âgée 2007 - Recommandations. / En ligne https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee (consulté le 27 mai 2019).
- IFE Nancy, (2018). Historique des Instituts de Formation en Ergothérapie. / En ligne <http://www.ergo-nancy.com/historique-metier.php> (consulté le 27 mai 2019).
- INSEE., (2016). Population par âge. / En ligne <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743> (consulté le 27 mai 2019).
- INSEE., (2018). Population par sexe et groupe d'âge en 2018. / En ligne <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474> (consulté le 27 mai 2019).
- Kalfat, H., (2009). La démarche thérapeutique en ergothérapie : outils conceptuels, diagnostic et organisation du processus de soins, dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, 85-97. Marseille : SOLAL Editeur.

Kielhofner, G., (2002). *Model Of Human Occupation* (3e ed). États-Unis : Lippincott Williams & Wilkins (Œuvre originale publiée en 1985).

Lally, P., (2009). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 998–1009. DOI : 10.1002/ejsp.674

Larousse, (2018). *Le petit Larousse illustré 2019*. Paris : Éditions Larousse.

Larousse, (2019). Transition. / En ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transition/79157> (consulté le 27 mai 2019).

Law, M., (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1), 9-23.

Légifrance, (2010). Chapitre IV : Personnes handicapées. / En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100922> (consulté le 27 mai 2019).

Légifrance, (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. / En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=20180927> (consulté le 27 mai 2019).

Légifrance, (2013). Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées. / En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027778812> (consulté le 27 mai 2019).

Légifrance, (2014). Article 102 du Code Civil. / En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006117683&cidTexte=LEGITEXT000006070721> (consulté le 27 mai 2019).

Légifrance, (2016). Article L 189 de la loi du 14 juillet 1905. / En ligne https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F4DEE648F395DED3BF46AA540F36DEE0.tplgfr28s_2?idArticle=LEGIARTI000006794459&cidTexte=LEGITEXT000006074068&categorieLien=id&dateTexte=20161231 (consulté le 27 mai 2019).

Leroy, M.-F., (2011). Quand l'institution est domicile, dans CREAS., (dir.), *Manières d'habiter : qu'est-ce que le domicile ?*. Paris.

Meeus, P., (2009). Ergothérapie et animation en institution pour personnes âgées, dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, 365-370. Marseille : SOLAL Editeur.

Mignet, G., et al., (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010), dans M.-C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie*, 72 – 85. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Ministère de la santé et des personnes âgées, (2014). Bekendtgørelse om plejehjem og beskyttede boliger. / En ligne <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=166658> (consulté le 27 mai 2019).

Ministère des Solidarités et de la Santé, (2018). Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme. / En ligne <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi> (consulté le 27 mai 2019).

Ministères économiques et financiers, (2017). Qu'est-ce que la silver économie ou économie des seniors ?. / En ligne <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition> (consulté le 27 mai 2019).

Morel-Bracq, M.-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (2e ed) Paris : De Boeck Supérieur (Œuvre originale publiée en 2015).

Morel-Bracq, M.-C., (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé, dans J.-M. Caire, A. Schabaille., (dir.), *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. 6. Paris : ANFE.

Municipalité d'Aalborg, (2015). FREMTIDENS DEMENSPLEJEHJEM. / En ligne <https://www.aalborg.dk/usercontrols/AalborgKommune/Referater/Pdf.aspx?pdfnavn=16500076-13820919-1.pdf&type=bilag&pdfid=36489> (consulté le 27 mai 2019).

Nony, I., (2011). Anthropologie du domicile, dans CREAS., (dir.), *Manières d'habiter : qu'est-ce que le domicile ?*. Paris.

OMS., (2017). Santé mentale et vieillissement. / En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sant%C3%A9-mentale-et-vieillessement> (consulté le 27 mai 2019).

ONU., (1948). La Déclaration universelle des droits de l'homme. / En ligne <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html> (consulté le 27 mai 2019).

Pierce, D., (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Service public, (2017). Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad). / En ligne <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763> (consulté le 27 mai 2019).

Service public, (2018). Qu'est-ce que la grille Aggir ?. / En ligne <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229> (consulté le 27 mai 2019).

Sorita, E., (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne ?. *Ergothérapies*, Octobre 2016 (63), 13-21.

Sorita, E., (2017). Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie, dans M.-C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie*, 141 – 150. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Tétréault, S., Guillez, P., (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Universalis, (2018). Ergon. / En ligne <https://www.universalis.fr/dictionnaire/ergon/> (consulté le 27 mai 2019).

Usinger, L., (2016). At flytte på plejehjem. / En ligne <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/diverse-problemstillinger/at-flytte-paa-plejehjem/> (consulté le 27 mai 2019).

WFOT., (2012). About occupational therapy. / En ligne <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy> (consulté le 27 mai 2019).

WFOT., (2018). Human Resources Project 2018. / En ligne <http://www.wfot.org/resourcecentre.aspx> (consulté le 27 septembre 2018)

Annexes

Annexe 1 – Fiche « Questions orientées OPHI-II »

D'après Graff (2013, p.308-311)

Cette fiche est la version simplifiée de l'organigramme C de l'OPHI-II destinée à la personne atteinte de démence.

Routine quotidienne

Pouvez-vous décrire une journée ordinaire de semaine ?

- Est-ce différent le weekend ?
- Est-ce que cette routine vous convient ?
- Qu'est-ce qui vous (dé)plaît ?

Décrivez-moi une bonne journée et une mauvaise journée.

Qu'est-ce qui est le plus important dans votre routine ?

Quelles sont les activités essentielles dont vous ne pouvez vous charger ?

Aviez-vous une autre routine quotidienne avant ?

Qu'est-ce que vous aimeriez changer au niveau de votre routine actuelle ?

Avez-vous des loisirs ?

Quels loisirs faisaient partie de votre routine auparavant ?

Qu'est-ce qui ne doit surtout pas changer dans votre routine ?

Rôles

Pouvez-vous me parler un peu de vous ?

- Travaillez-vous ? Avez-vous une activité bénévole ?
- Êtes-vous en charge d'enfants ou de petits-enfants, d'un conjoint, d'un compagnon ou autre ... ?

Avez-vous travaillé par le passé ?

Pourquoi avez-vous choisi cet emploi/ce type de travail/ces études ?

En quoi consiste votre travail/tâche de soins ?

Pour quelle raison principale le faites-vous ?

Pour quelle raison n'avez-vous pas travaillé ?

Assumez-vous des rôles en tant qu'ami, bénévole, participant régulier à une activité ?

Avez-vous un rôle en tant que femme au foyer/homme au foyer ?

Faites-vous partie d'une association/organisation religieuse ?

Avez-vous une activité de prédilection ?

- Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
- Quel genre d'activités pratiquez-vous ?
- Comment avez-vous commencé ?
- Pourquoi faites-vous cela ?
- Est-ce uniquement pour votre plaisir ou pour d'autres raisons ?

Environnement occupationnel

Pouvez-vous me parler un peu de votre habitation/environnement ?

- Quel est le type d'habitation ?
- Que pensez-vous de votre environnement ?
- Pouvez-vous vous déplacer dans votre habitation ?
- Disposez-vous de tout ce qui est nécessaire pour ce que vous voulez faire ?
- Vous arrive-t-il de vous y ennuyer ?
- Êtes-vous stimulé par l'environnement ?

Quelles sont vos tâches/ responsabilités dans la famille ?

Vivez-vous avec quelqu'un ?

- Quelles activités effectuez-vous ensemble ?

Quand vous avez besoin d'aide pour quelque chose, pouvez-vous compter sur le soutien de votre famille/conjoint/de la personne qui habite avec vous ?

- Pouvez-vous me donner un exemple ?

Loisirs

Comment passez-vous votre temps libre le plus souvent ?

Que faites-vous pour votre plaisir ? Quelle est votre activité principale pour vous détendre et vous amuser ?

Où le faites-vous ?

Avec qui partagez-vous vos loisirs ou vous amusez-vous ?

Rôle principal productif (si la personne travaille/fait du bénévolat)

Pouvez-vous me parler de votre environnement de travail ?

- Que pensez-vous de votre environnement de travail ?
- Quelles sont vos tâches principales ?
- Vous arrive-t-il d'y être stressé ?
- Quels sont vos rapports avec vos collègues ?
- Est-ce qu'il y a quelqu'un qui rend votre travail plus difficile ou stressant ?
- Quand vous avez besoin d'aide pour quelque chose, pouvez-vous compter sur le soutien de vos collègues ?

Activités/choix occupationnels

Êtes-vous en mesure de réaliser les activités qui comptent pour vous ?

Quelle était pour vous la meilleure période de votre vie ?

- Pouvez-vous me parler de cette période ?

- Pourquoi était-ce une si bonne période ?

Quelle était pour vous la plus mauvaise période de votre vie ?

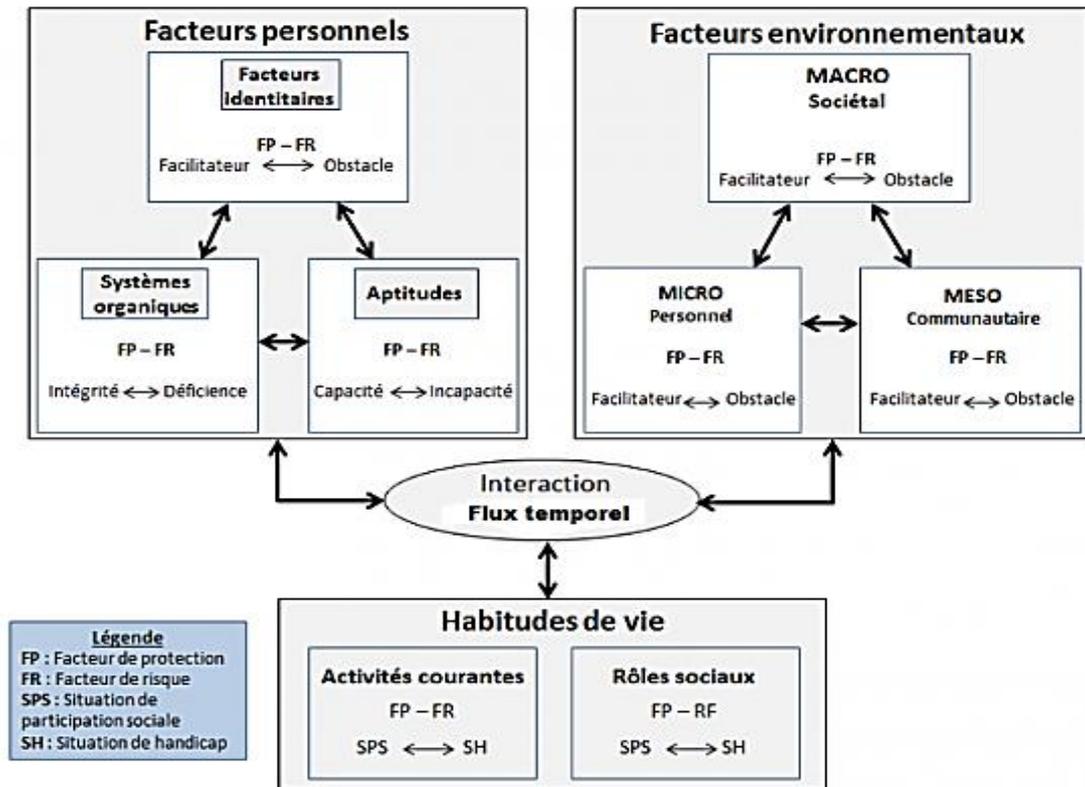
- Pouvez-vous me parler de cette période ?
- Pourquoi était-ce une si mauvaise période ?

Si vous pouviez changer l'avenir, que feriez-vous ?

- Qu'est-ce que vous aimeriez vraiment faire ?

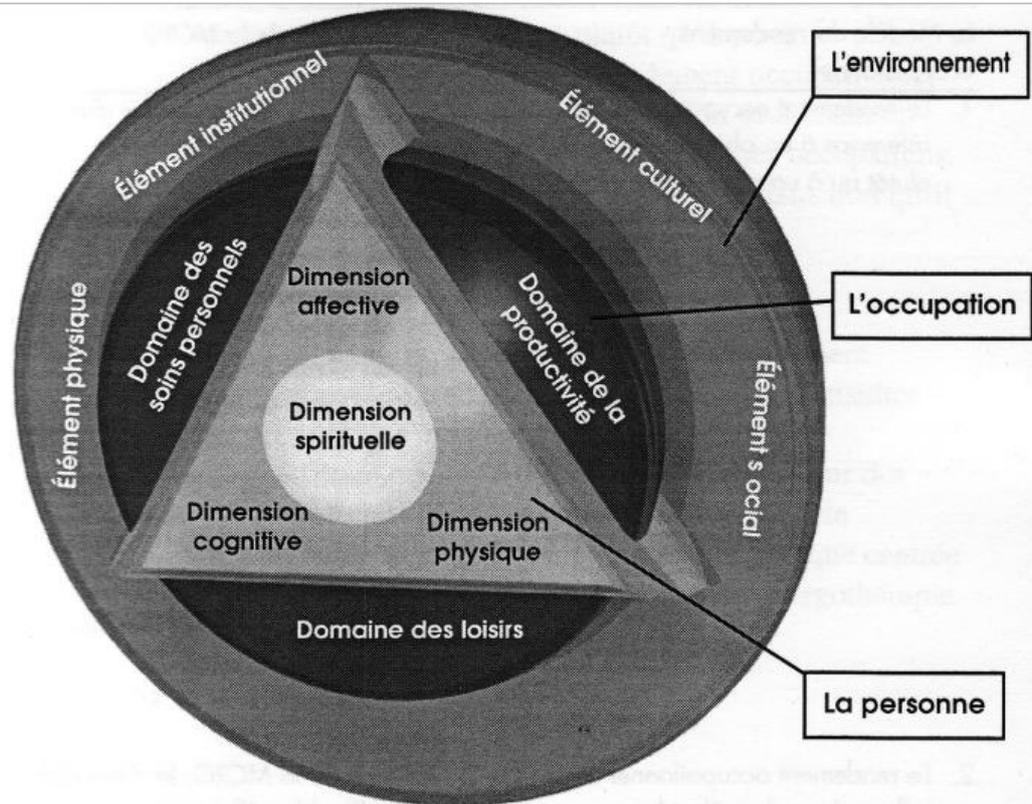
Qu'est-ce que vous considérez comme le plus grand échec de votre vie ?

Annexe 2 - Modélisation du MDH-PPH 2



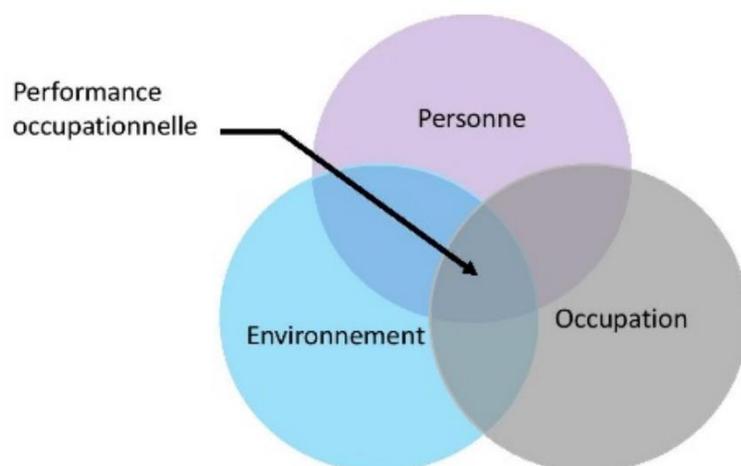
D'après Fougeyrollas (2010, p. 175)

Annexe 3 – Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels



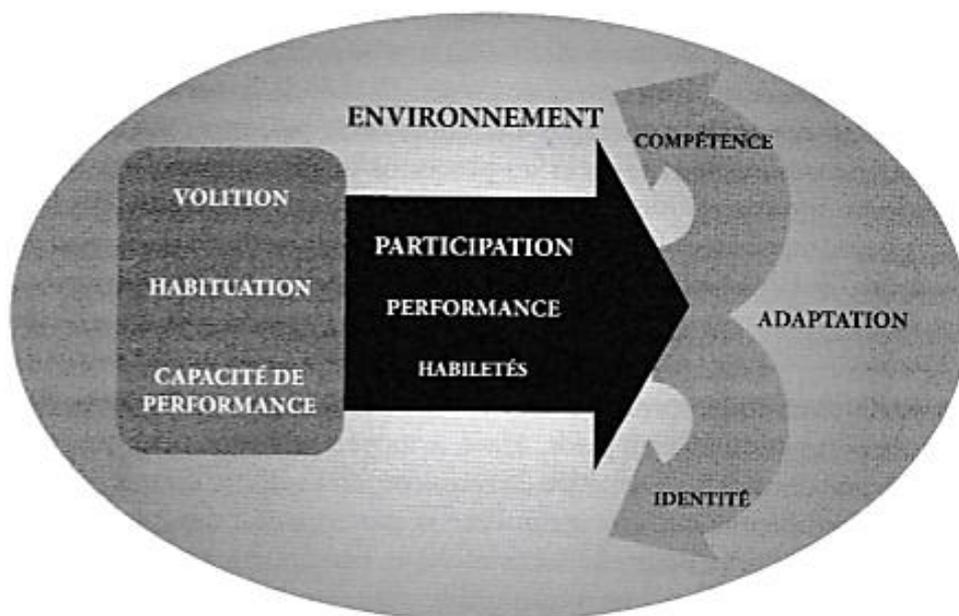
Tiré de *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. © ACE, 1997.

Annexe 4 – Schématisation du modèle Personne-Environnement-Occupation



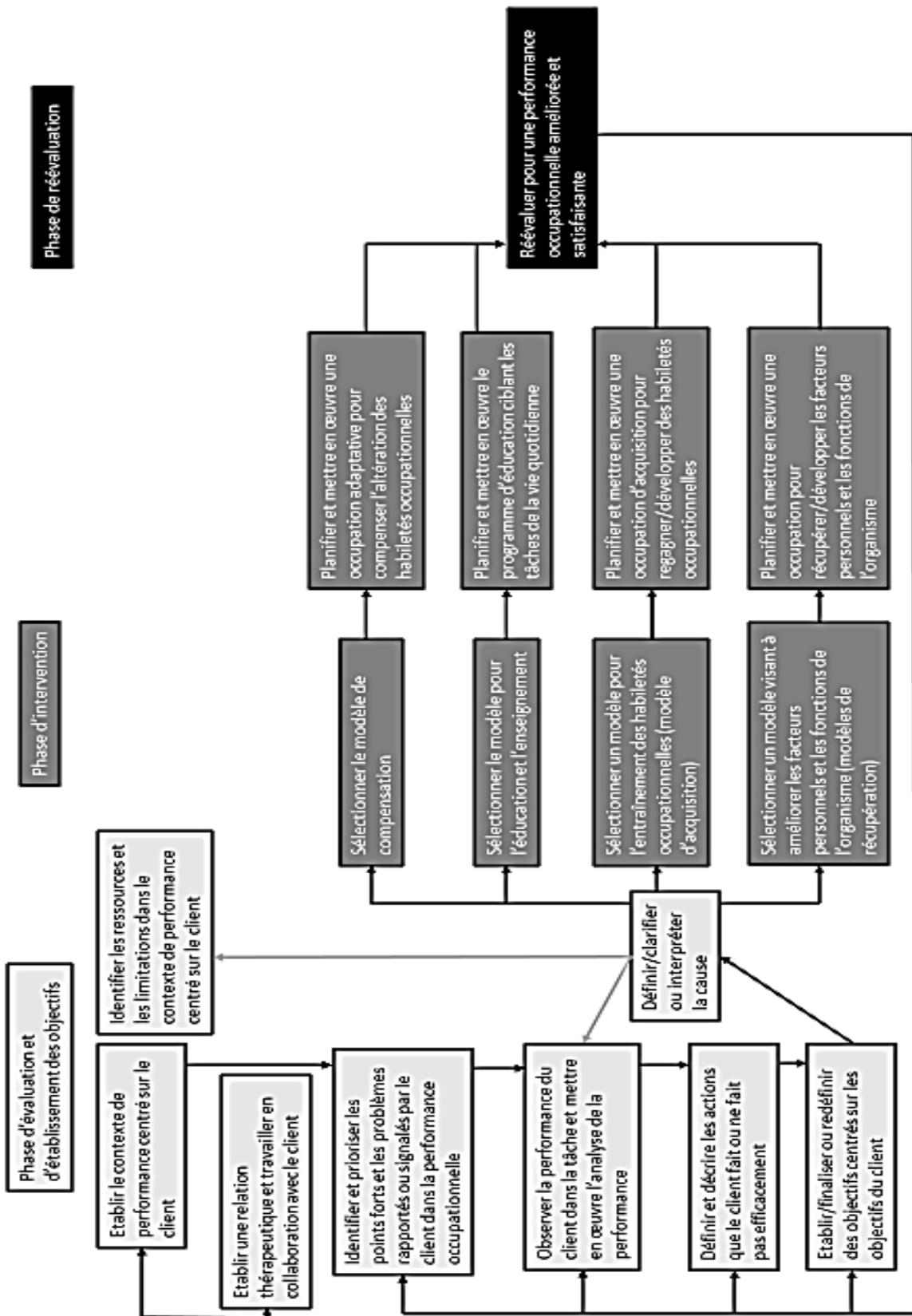
Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996)

Annexe 5 – Traduction du schéma du processus d'adaptation occupationnelle, Modèle de l'Occupation Humaine



Annexe 6 – Modèle du processus d'intervention en ergothérapie OTIPM

D'après Sorita (2017, p. 144)



Annexe 7 – Fiche de poste d'un ergothérapeute en EHPAD

FICHE 1



afeg
Association Française des
Ergothérapeutes en Gériatrie
French Association of Occupational Therapy in Geriatrics

**Ergothérapeute DE
en Etablissement
Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes
[EHPAD]**

IDENTIFICATION DU POSTE

Emploi type Ergothérapeute DE
Filière Soins
Position 2
Niveau 1 (Technicien)

PRÉSENTATION

L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.

Ses techniques prennent en charge les différents facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap, l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques.

L'ergothérapie repose sur une démarche scientifique, fait appel à des techniques éprouvées, ainsi, l'ergothérapeute peut mettre sa méthode et son savoir au service d'une démarche qualité de l'établissement.

L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité.

Missions

- / Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents.
- / Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.

Missions spécifiques

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne

- / Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (rééducation, stratégies de compensation, aides techniques, aménagements de l'environnement).
- / Accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (outils de communication, formations).

Réadaptation de la mobilité et des transferts

- / Améliorer, maintenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation ergomotrices, des aménagements, des aides techniques, des ateliers d'activité physique.

Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)

- / Renforcer, stimuler les capacités cognitives restantes, développer les stratégies de compensation lors des activités de la vie quotidienne (aides techniques, modification des activités et de l'environnement, ateliers de stimulation de groupe).

Prévention et traitement des risques de chute

- / Préconisation d'aménagements de l'environnement et d'aides techniques.
- / Rééducation, réadaptation posturale et des stratégies sécuritaires lors des activités de la vie quotidienne, ateliers équilibre et prévention des chutes.
- / Programmes d'alternatives aux contentions.

Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés

- / Préconisation, réglage et adaptation des fauteuils roulants.
- / Préconisation, réalisation d'aides techniques à la posture.
- / Préconisation, réalisation de dispositifs d'aides à la prévention et au traitement des escarres.

Aides techniques

- / Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilité, l'équilibre, les repas, la toilette, l'habillage, les loisirs, la cognition...
- / Aménagement de la chambre et des lieux de vie.

Assurer la formation, le conseil, l'éducation

- / Des soignant(e)s : ergomotricité, prévention des troubles musculo-squelettiques, accompagnement des sujets Alzheimer et maladies apparentées, accompagnement des troubles sensoriels et moteurs.
- / Des stagiaires : assurer l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.

Participer à une démarche qualité

- / Assurer la continuité des soins, rendre compte de son intervention et de ses résultats aux différents intervenants.
- / Assurer une veille professionnelle, appliquer les connaissances actualisées en gériatrie.

FICHE 1

> afeg.asso.fr > afeg.ergo@aliceadsl.fr

Annexe 8 : Description des établissements français

Ergothérapeutes français	Description
A	<p>Cinq bâtiments/services d'environ 40 résidents, PASA</p> <p>Unité Alzheimer</p> <p>Unité pour personnes en situation de handicap entre 60 et 75 ans : polyhandicap, déficience intellectuelle, troubles psychiatriques...</p>
B	Deux bâtiments
J	<p>Un bâtiment avec trois ascenseurs</p> <p>Rez-de-Jardin : personnes autonomes</p> <p>Premier étage : personnes avec des troubles psychiatriques</p> <p>Deuxième étage : personnes moins autonomes</p> <p>Troisième étage : unité protégée</p>
M	<p>Un bâtiment avec trois étages, PASA</p> <p>Premier étage : personnes dépendantes</p> <p>Deuxième étage : unité cantou</p> <p>Troisième étage : personnes moins dépendantes</p>
T	Un bâtiment de trois services avec une unité fermée, PASA
V	<p>Un bâtiment sur trois étages</p> <p>Rez-de-chaussée : salle d'animation, salle de restaurant, salle de soins infirmiers, un, parc + un secteur fermé</p> <p>Premier et deuxième étage : salle d'animation, salle de restaurant, salle de soins infirmiers</p> <p>Troisième étage : secteur fermé</p>

Annexe 9 : Description des établissements danois

Ergothérapeutes danois	Description
E	Un bâtiment de quatre étages et un sous-sol avec cuisine, vestiaires, bureau, toilettes et salles de réunions)
S	Deux bâtiments : -une section de dépistage de la démence pour vingt résidents (quinze permanents, cinq temporaires) -un EHPAD « classique »

Annexe 10 – Guide d’entretien

Thèmes	Questions	Relances
Accompagnement des nouveaux résidents	1) Combien d’entrées avez-vous réalisé depuis que vous travaillez ici ? 2) Comment accueillez-vous les résidents en EHPAD ? 3) De quelle façon élaborez-vous les plans d’intervention ? 4) Y a-t-il des choses que vous aimeriez proposer aux résidents mais que vous n’êtes pas en mesure de proposer avec les contraintes institutionnelles ?	- transition de domicile : à quoi êtes-vous attentifs lors du changement de lieu de vie ? - bilan d’entrée : quelles évaluations utilisées, pour dépister quoi ? - importance des occupations antérieures : à quels éléments vous intéressez-vous ?
Utilisation d’un modèle conceptuel	5) Quelle est votre expérience avec les modèles conceptuels ? 6) Parlez-moi du modèle avec lequel vous travaillez.	- expérience en IFE - expérience à l’étranger - formation continue - spécificités en EHPAD - raisons du choix
Profil des ergothérapeutes	7) Parlez-moi de vous et de votre expérience en EHPAD. 8) Pouvez-vous m’en dire plus sur la structure dans laquelle vous travaillez ?	- année d’obtention du diplôme - formation continue

Annexe 11 – Entretien avec une ergothérapeute française

Lauriane : Bonjour.

M : Bonjour.

Lauriane : Merci de m’ avoir accordé un entretien dans le cadre de mon mémoire de recherche. Cet entretien est enregistré avec votre accord.

M : Oui.

Lauriane : Les données seront anonymisées.

M : Très bien.

Lauriane : Vous pourrez avoir accès à la retranscription si vous le souhaitez. L’enregistrement audio sera supprimé dans un délai de six mois après ma soutenance orale.

M : D’accord.

Lauriane : Donc tout d’abord je voulais vous demander, donc actuellement vous travaillez en EHPAD. Est-ce que vous avez une idée du nombre d’entrées effectuées euh... depuis que vous travaillez ?

M : Alors, euh... de tête, y a eu une soixantaine d’entrées en un an et demi. Je vous reconfirmerai ça d’ici quelques jours, je vais avoir à nouveau accès à mon poste. Je vais regarder sur le logiciel et j’enverrai un SMS avec le nombre précis.

Lauriane : OK, super. D’accord. Et euh... comment les résidents sont accueillis en EHPAD ? Qu’est-ce qui... Qu’est-ce qui est mis en place à leur arrivée ?

M : Alors, euh... dans un premier temps y a l’entretien de préadmission où ils rencontrent deux professionnels, en général c’est la cadre de santé et la psychologue. Euh... il peut arriver que ce soit moi ou alors une infirmière aussi.

Lauriane : D’accord.

M : Euh... C’est... je pense le plus important, c’est là qu’on... apprend le plus d’informations sur les besoins de la personne et sa façon de vivre avant, son histoire, ses antécédents.

Lauriane : Oui.

M : C'est là aussi où on a vraiment... ça peut durer une ou deux heures voire plus donc on a vraiment le temps de poser beaucoup de questions à la famille et récupérer un maximum d'informations sur ce qu'ils attendent de nous.

Lauriane : D'accord.

M : Ensuite, ça peut être assez rapide l'admission.

Lauriane : Oui.

M : Euh... Alors j'ai oublié de dire on a une grille pour la préadmission. On a une grille avec des tas de questions à poser, ce qui permet de faire le tour de tous les sujets sans en oublier un seul.

Lauriane : D'accord.

M : L'admission ensuite, le moment où ils arrivent. Euh... on a un protocole mais on le suit très peu. Disons que euh... ça se fait plutôt avec les personnes qui vont être présentes à ce moment-là. Ça peut être même euh... la secrétaire, qui voit avec eux. Alors on leur fait signer un contrat. On leur parle des... des quelques règles de vie ou de ce qui y a ici comme euh... les droits de sortie, la gestion du linge, les repas, les médicaments. Y a ensuite l'infirmière, l'IDE de l'étage qui vient voir la personne.

Lauriane : Oui.

M : Donc qui présente les lieux, qui vient dans sa chambre avec le nom, l'endroit où prendre le repas. Et en quelques jours, donc ça peut être fait le jour même ou le lendemain et des fois ça peut prendre une semaine. Y a une toilette évaluative. En fait la première aide à la toilette qui est suivie avec une grille précise pour vraiment lister qu'est-ce que la personne a besoin et quels sont les objectifs qu'on va suivre pendant les toilettes. En général, c'est « maintien des capacités ».

Lauriane : D'accord. Et donc ça oui, c'est pour... Donc ça concerne l'ensemble de l'équipe. Et vous en tant qu'ergothérapeute, qu'est-ce que vous mettez en place à l'arrivée des résidents ?

M : Euh... alors... le plus tôt possible j'interviens pour ce qui est du matériel. Euh... si y a un risque d'escarres, le choix du matelas, des coussins... Si y a besoin d'une aide technique à la mobilité, un fauteuil ou une canne, des choses comme ça. Je suis amenée à voir ça

entièrement seule avec le résident. Et... euh... je... Sur un autre registre, alors ça peut être le jour-même mais en général je décale un petit peu sur quelques jours. Je prends le temps de passer euh... un entretien avec la personne. Donc je vais la voir en général en chambre.

Lauriane : Oui.

M : Euh... je m'inspire du BME : Bilan Modulaire en Ergothérapie. Euh... j'utilise plus la feuille mais globalement c'est parce que j'ai presque tout en tête. Mon but principal est de retracer avec la personne l'histoire de vie, ses envies, ses projets, d'où est-ce qu'il vient, qu'est-ce qui lui est arrivé, euh... Donc en même temps je teste euh... est-ce qu'il a la mémoire de son trajet ? Est-ce qu'il a conscience de ses déficiences physiques qui souvent viennent d'être « revues à la baisse » ? Euh... c'est pas toujours le cas qu'ils se rendent compte de ça. Et puis euh... quand je vais un peu au-delà j'évalue la mobilité, que ce soit le fait de pouvoir se déplacer ou alors la mobilité des membres supérieurs, le fait de pouvoir lever les bras, attraper des objets. Euh... je m'inspire... y a un bilan qui utilise la mobilité du membre supérieur, où on leur demande quelques gestes fonctionnels. Je vérifie s'il peut utiliser le matériel courant : la sonnette d'appel, la brosse à dents, des choses comme ça.

Lauriane : D'accord.

M : Et quand il y a besoin aussi je fais une évaluation du repas : comment il arrive à prendre le repas seul et est-ce qu'il a besoin d'une aide particulière, que ce soit un minimum d'outils ou alors au niveau des stimulations. Parce qu'il y a beaucoup de gens qui vont pas forcément tout de suite avoir le... l'habitude de porter des aliments à la bouche. Mais si on leur montre juste le geste et que je transmets à l'équipe que je... qu'il peut le faire seul, l'équipe va du coup essayer de le faire manger seul. Inversement, euh... il peut arriver que quelqu'un euh... n'ait plus cette habitude et dans ce cas, l'équipe eux-mêmes vont donner à manger et l'habitude est très rapidement perdue et il va plus du tout chercher à le faire lui-même. Euh... quand y a besoin je fais passer le MMS mais c'est en général la psychologue qui s'en occupe au bout de... un mois à peu près.

Lauriane : Oui.

M : Parce que... on laisse un mois d'adaptation. Le premier mois on dit que c'est la période d'adaptation, c'est le moment où la plupart des tests qu'on va réaliser on sait qu'ils ne sont pas forcément fiables dans le temps ensuite. Ils sont... Ils peuvent être utiles sur le moment

mais faudra en refaire un ensuite. Et sinon, euh... bon ça fait un moment que j'essaie de le mettre en place, l'évaluation du risque d'escarres. J'aimerais, moi mettre en place l'échelle de Braden. Euh... pour l'instant elle est encore très peu utilisée donc euh... c'est plus une évaluation de... l'état de sa peau et de sa façon de... de se mobiliser. Est-ce qu'il en a déjà fait ? Voilà.

Lauriane : Oui donc vous passez par euh... donc par des mises en situation quand vous pouvez, euh... par le MMSE, et là vous êtes en train de mettre en place une évaluation pour le risque d'escarres. Est-ce qu'il y a d'autres outils que vous utilisez pour... en évaluations ?

M : Euh... Non. C'est vraiment que de la... enfin essentiellement de la mise en situation mais pas... enfin c'est de la mise en situation réelle quoi. J'accompagne la personne au repas, j'accompagne la personne à la toilette. Euh... on peut pas vraiment faire semblant surtout que beaucoup de personnes âgées ont des troubles cognitifs donc euh... je peux pas leur dire de faire semblant, il faut qu'il y ait un but, qu'il soit réel et compréhensible pour eux.

Lauriane : D'accord.

M : Donc euh... c'est comme ça que j'évalue l'autonomie.

Lauriane : Oui. OK. Et donc quand ils arrivent en EHPAD, à quoi faites-vous attention par rapport au changement de lieu de vie ?

M : Euh... Alors, ça peut être très différent selon les personnes. Savoir est-ce que... j'ai des données antérieures ou pas qui ont été récoltées pendant la préadmission.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... Alors, plus que le changement de lieu de vie, ce sur quoi on se concentre c'est l'adaptation à ce nouveau lieu de vie puisque on n'a pas forcément toutes les données de la façon dont ils vivaient avant. Euh... je peux pas beaucoup appréhender le changement, je m'intéresse surtout à comment ils s'adaptent à ce nouvel environnement.

Lauriane : Oui.

M : Euh... Pendant l'entretien du BME, la première page elle demande beaucoup l'histoire antérieure donc moi ça me permet d'avoir déjà une idée de comment il vivait avant, et je pense aussi que pour le... la continuité de son histoire et son bien-être, ça lui fait déjà du bien de retracer comment il était, comment il est arrivé là. Une continuité... et puis se tracer

lui-même en me décrivant la continuité de son histoire. Ensuite, ça peut me donner une idée d'informations en plus et donc ce à quoi je fais attention c'est que toutes les informations qui ont pu être récupérées soient transmises à l'équipe entière. Que ce soit les aides-soignants, les infirmières, c'est un travail qui peut prendre facilement quelques semaines parce que le... les équipes changent donc il faut que les données entières soient transmises. Euh... par exemple euh... Par exemple, un monsieur pour qui j'ai fait l'entretien de préadmission, j'ai appris que sa femme est décédée y a une dizaine de jours et il avait tendance à la chercher un petit peu même s'il ne l'exprime pas clairement. C'est le genre de données que je transmets à l'équipe afin qu'ils sachent qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qu'ils cherchent et comment réagir. Comment il... comment... pas forcément lui rappeler mais l'amener à se rappeler en lui posant des questions qu'il sache qu'est-ce qui se passe.

Lauriane : D'accord. Et donc dans l'histoire de vie est-ce que vous pourriez me préciser les éléments auxquels vous vous intéressez lors des entretiens par exemple ?

M : Euh... alors euh... je demande plusieurs choses qui je pense ont une importance pour la personne c'est-à-dire euh... qu'est-ce qu'il a fait dans sa vie, est-ce qu'il est allé à l'école, quel était son travail, euh... sa famille, ses enfants.

Lauriane : Oui.

M : Ça je le demande pour resituer la personne mais... bon je l'utilise en général pas beaucoup ensuite.

Lauriane : OK.

M : Ce que je demande aussi, qui moi, je pense c'est important pour la personne mais moi ça me donne des données sur ce qu'il a l'habitude de faire, et ce qu'il a envie. Si euh... est-ce qu'il cuisinait lui-même, est-ce qu'il allait encore faire les courses, est-ce qu'il sort beaucoup, est-ce qu'il préfère plutôt rester chez lui, et euh... est-ce qu'il aime jouer, est-ce qu'il arrive à s'orienter dans l'espace et le temps ? Est-ce qu'il aime le sport ? Quelle image il a de lui-même et des accidents qu'ont pu lui arriver ? Ça c'est quelque chose qui m'intéresse aussi beaucoup.

Lauriane : Oui.

M : Je peux par exemple tomber sur quelqu'un qui a eu des opérations au genou qui peut complètement oublier donc il n'arrive pas à se déplacer mais il ne comprend pas pourquoi.

Lauriane : D'accord. Est-ce que vous... vous accordez aussi une importance particulière à l'environnement antérieur ?

M : Ben... je n'ai pas beaucoup d'accès sur ce qui était l'environnement antérieur. Donc euh... j'essaie. Enfin, j'essaie de savoir d'où ils venaient, est-ce que c'était plutôt la ville ou un petit village ce qui me donne une vague idée pour ce qui est de l'intérieur et de l'extérieur mais en général je peux pas savoir grand-chose d'autre. Euh... Quand je peux, quand je rencontre la famille mais c'est toujours un hasard. Mais quand je rencontre un proche je vais le voir et je lui demande effectivement quelles étaient les habitudes de la personne et avec qui il vivait s'il vivait avec quelqu'un. Ce qui fait partie de l'environnement intérieur, pareil c'est... c'est les éléments les plus importants auxquels je peux avoir accès.

Lauriane : D'accord. Et est-ce que vous vous intéressez... donc vous me donniez l'exemple de la... du décès de la femme d'un... d'un résident. Est-ce que vous vous intéressez aux éléments marquants de la vie de la personne ?

M : Euh... Oui mais... les éléments dont il va me faire part.

Lauriane : D'accord.

M : S'il parle de la naissance ou du décès d'un proche, s'il me parle d'un déménagement c'est... C'est un peu la personne elle-même qui va choisir les éléments marquants dont il va me parler. Y en a qui peuvent s'attarder sur une hospitalisation bien antérieure, c'est que celle-ci a été un événement marquant pour la personne et c'est important de le savoir. Mais euh... Par contre s'il y a eu un élément que moi je jugerais marquant mais que la personne ne me parle pas ben je... enfin... c'est une donnée importante à avoir mais je vais moins m'appuyer dessus.

Lauriane : Et par rapport aux occupations antérieures de la personne est-ce que vous vous intéressez aux choix de la personne ? Enfin ce qui a fait qu'elle a été amenée à faire telle ou telle occupation au cours de sa vie ?

M : Euh... Ce qui l'a amenée à faire ce choix. Non, je ne pose pas la question sauf si ça me semble adapté. Mais bon quand ils me parlent de leur métier ou de leurs activités annexes je... Je leur demande si ça leur plaît, si y a quelque chose qui peut être réutilisé ensuite dans l'EHPAD mais sinon je ne cherche pas à savoir pourquoi ils ont fait ça.

Lauriane : D'accord, OK. Et euh... et donc vous disiez que vous vous occupiez dans un premier temps du matériel. Est-ce que vous élaborez un plan d'intervention pour euh... prendre soin de la personne ?

M : Euh... Alors... D'abord y a à savoir, est-ce que j'ai eu vraiment une indication pour m'occuper de cette personne. Par exemple, il arrive quelquefois que le médecin me fasse une ordonnance qui précise « rééducation du membre sup » ou quelque chose comme ça donc euh... Là j'ai directement une orientation.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... sinon le plan d'intervention je le fais... je l'élabore beaucoup avec l'équipe. En réunion, s'ils me disent qu'ils ont un problème avec ce résident pendant la toilette, le repas ou... ou quoi que ce soit. Je m'inspire de ce que l'équipe va me dire. Mais sinon, ce qui... me... ce que j'utilise le plus c'est ce que le résident va pouvoir me dire lui-même. Euh... ce qu'il a envie.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... en utilisant justement le modèle conceptuel du PPH.

Lauriane : OK. Et donc vous faites euh... vous faites aussi de la rééducation ?

M : Alors euh... j'appellerais pas vraiment ça de la rééducation même si ça s'en rapproche, parce que mon but n'est quasiment jamais de récupérer.

Lauriane : D'accord.

M : C'est vraiment plus de l'entretien.

Lauriane : OK.

M : Et par l'entretien y a aussi souvent le fait euh... pour que la personne expérimente ce... ce dont elle se plaint et qu'elle puisse elle-même exprimer son... son problème et en quoi ça l'embête et c'est plus ça qui m'intéresse, que la personne puisse mieux connaître ses capacités et... éventuellement avec les capacités qu'il a, qui vont la plupart du temps pas être meilleures, pas s'améliorer. Comment adapter son quotidien en fonction de ses capacités ?

Lauriane : D'accord. Donc c'est plutôt des séances individuelles que vous proposez ?

M : Euh... oui. Oui. Quand y a une indication précise, c'est une séance individuelle. Ce qui se rapproche de la rééducation, c'est une séance individuelle. Euh... j'en fais très peu. Je dois être à trois, quatre résidents par semaine sur des séances de... aller, 20 minutes à 40 minutes, par semaine, par personne.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... là ça se rapproche de la rééducation. Sinon moi je propose aussi quand je peux des ateliers de groupe.

Lauriane : Oui.

M : Où là je m'inspire plus... j'aimerais m'inspirer plus de la vie quotidienne dans des activités de potager, de journal, dans des activités d'expression par euh... par l'écriture ou alors des formes de réminiscence, avoir un sujet, lire le journal. Et l'objectif principal c'est la plupart du temps la sociabilisation entre les membres.

Lauriane : D'accord. Et ce sont les résidents qui choisissent les groupes auxquels ils veulent assister ?

M : Euh... Alors je... Je repère un besoin chez un ou deux résidents qui me donne l'idée de faire un groupe.

Lauriane : D'accord.

M : Je réfléchis comment faire ce groupe. Je fais un petit projet thérapeutique et je réfléchis à qui pourrait en bénéficier, pour qui ce serait utile. Je me fais une liste qui va aller jusqu'à quinze personnes. Et après je vais demander à ces quinze personnes est-ce qu'ils auraient envie de faire ce groupe, ce qui en général me donne à la fin un groupe de cinq personnes, sachant que pour tous les groupes, que ce soit les groupes thérapeutiques que j'organise ou alors l'animation simple faite par le service d'animation, euh... A chaque nouvelle séance on peut tomber sur quelqu'un qui avait pourtant apprécié la dernière séance et qui nous dit « ah non, pas aujourd'hui, aujourd'hui je suis fatigué, aujourd'hui j'ai pas envie ». Et euh... je... y a jamais aucune obligation. On peut insister de temps en temps quand on sait que ça fait du bien mais sinon on n'oblige pas la participation donc c'est pour ça aussi que c'est bien d'avoir une liste d'une dizaine de personnes même si au final on se retrouve à trois, quatre, cinq.

Lauriane : Oui. D'accord. Et est-ce que vous auriez un exemple de séance individuelle que vous avez proposé à un résident par rapport à un besoin ?

M : Oui, bien sûr. J'en ai même deux qui seraient assez intéressants là qui me viennent à l'esprit. Euh... y a un résident qui est arrivé dont le médecin m'avait fait justement la prescription de... bon je sais plus ce qu'il avait mis sur la prescription. Bon, en tout cas ce résident venait d'un centre de rééducation dans lequel il avait été décrit comme dépressif et pas engagé dans sa rééducation, qui était la marche. Donc il est arrivé... C'était une prothèse de hanche. Il est arrivé en fauteuil roulant. Et en discutant avec lui il s'avère que lui ce qui le gêne le plus c'est sa déficience euh... son déficit d'amplitude de l'épaule droite, pour un droitier. Et... si tu veux, c'est l'image de soi qu'il avait dans la toilette et on lui fait tout et il est pas d'accord et il aimerait en faire plus. Donc j'ai eu... j'ai fait des séances individuelles avec lui, un peu face à un miroir pour euh... voir son amplitude d'épaule et comparer. Ensuite de la rééducation où vraiment... un peu renforcement musculaire ou l'utilisation des amplitudes entières des articulations. Sachant que y avait pas vraiment de lien. C'était plus lui pour répondre à sa demande. Il a aussi exprimé beaucoup de choses sur son... sur son... son histoire de vie des derniers mois et j'ai pu l'accompagner trois, quatre fois à la toilette où j'ai pu voir avec lui bon bah qu'est-ce qui peut faire lui-même et qu'est-ce qui peut pas faire lui-même. Y avait quand même une partie de l'hygiène qu'il pouvait pas faire mais y avait des choses comme le rasage qu'il pouvait faire en s'aidant de la main gauche. Bon j'ai transmis ça à l'équipe. Lui il était très content, très fier de pouvoir faire ça lui-même. Et une fois... Après quelques mois, une fois que tout ça était mis en place, eh ben j'ai remarqué... Je lui avais proposé quand il venait me voir, je le faisais marcher un petit peu parce que c'était quand même ce qu'il y avait de plus important suite à sa prothèse de hanche. Mais en fait ça... ça a jamais été l'objet de mes séances mais suite à tout ce que j'ai fait à côté pour sa demande de membre supérieur, il se retrouvait lui-même à utiliser son déambulateur tout seul, de temps en temps, régulièrement dans la journée. Donc en fait, en séance avec moi j'ai répondu à son besoin de membre supérieur mais ensuite seul, il a eu l'envie de remarcher alors que dans sa rééduc visiblement il ne voulait jamais sortir de son lit.

Lauriane : Ah oui, d'accord.

M : Euh... une autre chose c'est pour une personne hémiplegique qui a vraiment... Alors c'est surtout la main qui est complètement fermée. Le coude, l'épaule ça va. Elle arrive à

faire des transferts seule donc ça va, elle est en kiné. Euh... Elle, elle est venue me voir pareil pour me demander de s'occuper de sa main. Elle était à deux ans et quelques de son AVC donc y a franchement pas d'amélioration que je peux espérer mais pareil j'ai répondu à sa demande. Je lui fais des mobilisations passives, j'en profite pour vérifier l'état de la peau qui est souvent pas génial. Je fabrique des petites... c'est même pas des orthèses, c'est de la mousse à mettre entre les doigts quand la peau est abîmée. Et puis ça fait un moment dans la semaine comme ça d'une vingtaine de minutes où on peut discuter et avec elle en fait, mon objectif thérapeutique principal il est plus sur l'expression de son handicap parce qu'elle vit très mal le fait d'être dépendante, elle pense tout le temps qu'elle va pouvoir rentrer chez elle, enfin chez sa fille alors que sa fille lui a dit que c'était pas possible. Et en fait, pendant ce temps où je m'occupe de sa main, l'objectif thérapeutique il est plus de l'amener à exprimer elle-même : « ah oui, c'est vrai que ma fille m'a dit qu'elle ne voulait pas que je rentre, c'est vrai que quelque part, je suis bien ici parce que on m'aide ». Voilà.

Lauriane : D'accord. Et donc par contre vous n'avez pas de salle d'ergothérapie ?

M : Si. J'ai... Bah, j'ai un bureau, j'ai un grand bureau qui sert de salle d'ergothérapie. Euh... C'est là-bas que je prenais le monsieur. Bon ça reste... c'est une grande pièce qui sert à stocker du matériel que ce soit fauteuil, matériel d'animation, des jeux... et les contentions aussi donc c'est un endroit dans lequel il peut y avoir... je suis facilement dérangée quand je fais une séance dedans mais ça me dérange pas plus que ça.

Lauriane : D'accord. Et est-ce qu'il y a des... des activités ou des choses que vous aimeriez proposer aux résidents mais que vous ne pouvez pas à cause de contraintes institutionnelles ?

M : Euh... oui. Oui et non. Les contraintes institutionnelles ne sont pas claires en soit. J'ai pas de contrainte hiérarchique, pas de contrainte médicale, j'ai pas de contrainte législative presque. Euh... je suis sur un poste extrêmement libre et en soit je pourrais faire à peu près n'importe quoi tant que je me débrouille pour le mettre en place. La contrainte de l'institution elle est plus compliquée. Elle est sur la difficulté justement de tout mettre en place et de... et de pas déranger l'équipe voire... même je pourrais avoir besoin d'eux. Quelque chose de tout bête mais pour faire un groupe, par exemple il faut aller chercher cinq personnes, il faut qu'elles soient disponibles à ce moment-là.

Lauriane : D'accord. Et donc toutes les activités que... que les résidents aimeraient faire, vous êtes en mesure de leur proposer ?

M : Euh... pas toutes non. Y a une question de temps aussi, de planning, d'emploi du temps.

Lauriane : D'accord.

M : Y a beaucoup d'activités que j'aimerais faire et que j'arrive pas à faire mais c'est plus euh... par manque de temps pour organiser cette activité, rassembler le matériel et avoir un moment à moi... deux heures de libre pour pouvoir mettre cette activité en place comme il le faut. Parce qu'après j'ai tout le reste du... de mon poste à assurer. La gestion du matériel, l'adaptation du positionnement, il peut y avoir des... des formes d'urgence là-dedans auxquelles je dois répondre rapidement et... ça peut être un frein à mettre en place dès les grandes activités de groupe comme ça.

Lauriane : D'accord. Et donc tout à l'heure vous me disiez que vous utilisez actuellement le PPH.

M : Oui.

Lauriane : J'aimerais en savoir un peu plus sur votre expérience avec les modèles, que ce soit à l'institut de formation ou à l'étranger, a posteriori du diplôme.... ?

M : Euh... Alors à l'IFE, c'était avant le diplôme.

Lauriane : Oui.

M : Pendant l'IFE, je me souviens que de trois modèles.

Lauriane : D'accord.

M : Le PPH, que j'ai toujours utilisé en fait. Je me souviens du MOH. On avait eu plusieurs cours là-dessus. On avait... on avait utilisé... Il me semble qu'il fallait demander à la personne de citer cinq activités et de les hiérarchiser. Euh... le... Moi je l'ai trouvé long à mettre en place, assez laborieux. Et... Voire même un peu déconnecté de la réalité en fait. Sauf si on tombe sur un patient qui a l'esprit scientifique et qui a envie de hiérarchiser ses activités. Je trouve que... sinon c'est... c'est... voilà c'est vraiment déconnecté de la réalité que de demander à quelqu'un de classer comme ça des choses. La réalité c'est je pense plus complexe que ça en général.

Lauriane : Oui.

M : Euh... Je me souviens d'un troisième modèle qui... est plus ancien. J'ai même plus son nom en tête. Euh... c'est un souvenir très vague. Moi je me suis surtout... j'ai toujours utilisé le Processus de Production du Handicap. Bah comme beaucoup de gens au début j'avais du mal à comprendre le modèle conceptuel donc je me suis investie dans celui-ci. Et plus je l'utilise plus j'ai eu de facilités à l'utiliser et j'ai pu rapidement en tirer des choses utiles donc... je me suis un peu expertisée avec ça. Euh... il me correspond tout à fait pour mon expérience en EHPAD mais... Peut-être que ailleurs, en rééducation, je pense par exemple où faut être plus... euh... cartésien je dirais, c'est possible que je change à ce moment-là.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... j'ai pas eu d'expérience à l'étranger, j'ai pas eu de formation continue sur les modèles conceptuels.

Lauriane : OK. Et est-ce que vous pensez qu'il y a des spécificités du PPH en EHPAD ?

M : Euh... Je sais pas si c'est une spécificité du modèle. C'est plus une question de comment on l'utilise. Moi ce qui me plaît dans ce modèle c'est que je le trouve simple et orientable dans le sens où... On va pouvoir le centrer... il est centré sur une situation de handicap donnée à la croisée entre les capacités, les habitudes, l'environnement. Et en fait... plutôt que de tout décrire et être inondée sous des tonnes d'informations, celui-ci on le centre sur une capacité... une situation de handicap et c'est ça qui m'intéresse parce que... en EHPAD je suis sur des gens qui vont avoir euh... une plainte ou une demande principale.

Lauriane : Oui.

M : Et donc je vais pouvoir analyser en détails d'où vient cette plainte ou cette situation. Ou alors l'équipe me parle d'un problème mais pareil je vais pouvoir voir avec la personne, voir tous les facteurs de cette situation de handicap et pouvoir travailler sur une précise. C'est ça que je veux dire quand je trouve qu'il est orientable. Ensuite, moi ce qui me plaît beaucoup aussi c'est que je trouve qu'il permet de synthétiser toutes les informations qu'on a et de présenter rapidement la personne ou en tout cas le problème qui se pose. Et je le trouve très utile pour euh... pour voilà, pour faire cette synthèse et pouvoir la représenter aux équipes, aux médecins...

Lauriane : D'accord.

M : J'ai oublié de vous dire avant l'IFE, enfin avant le diplôme...

Lauriane : Oui ?

M : Euh... Dans tous les stages que j'ai fait je suis tombée sur des tuteurs qui n'utilisaient pas les modèles conceptuels voire qui n'en avaient jamais entendu parler. Et donc euh... à chaque fois, quand j'ai eu un cas clinique ou un rapport à présenter... à créer, j'ai dû expliquer, présenter ce modèle conceptuel aux... à mes tuteurs.

Lauriane : D'accord. Et donc déjà en stage vous présentiez le PPH aux tuteurs, c'est ça ?

M : Oui. Oui, oui parce que moi j'en avais besoin dans mon rapport, mon rapport fallait que je le présente aux tuteurs... J'en ai eu quelques uns qui ont compris pourquoi je l'utilisais, qui ont trouvé ça bien fait une fois que je l'avais fait. J'en ai peut-être un tuteur ou deux qui m'ont dit qu'ils essaieraient d'utiliser ça de temps en temps mais j'ai aussi eu un tuteur ou deux qui m'ont dit qu'ils ne comprenaient pas pourquoi il fallait se prendre la tête avec ce genre de choses.

Lauriane : D'accord. Et donc pour terminer l'entretien j'aimerais que vous me parliez un petit peu de votre expérience en EHPAD et de vous aussi... En quelle année vous avez été diplômée par exemple ?

M : Alors moi j'ai été diplômée en 2016 en octobre il me semble. J'avais un stage à rattraper donc je me suis retrouvée avec un autre stage en juillet, ce qui au final est une très bonne chose même si j'ai eu besoin de travailler rapidement. Le fait d'avoir un stage en plus, mine de rien ça... J'ai vu que ça rajoutait quelque chose en plus dans l'expérience.

Lauriane : D'accord. C'était un stage en EHPAD ?

M : C'était de la rééducation en gériatrie.

Lauriane : D'accord.

M : J'ai pas fait un seul stage en EHPAD même si j'en avais très envie.

Lauriane : D'accord.

M : Parce que ça m'intéressait mais je me disais que ce serait peut-être bien de voir... ce monde en stage avant d'y être confrontée dans ma pratique mais bon. Au final ça s'est pas fait mais c'est pas très grave.

Lauriane : Et donc l'EHPAD dans lequel vous travaillez actuellement c'est votre premier poste ?

M : Oui.

Lauriane : D'accord. Et donc vous y travaillez depuis le diplôme ?

M : Oui. Depuis novembre 2016. Oui, j'ai commencé à chercher du travail un peu avant mon diplôme et au final j'ai commencé mon premier jour cinq jours après l'obtention du diplôme.

Lauriane : D'accord. Et donc actuellement vous êtes à temps complet, à temps partiel ?

M : Je suis à temps complet dans cet EHPAD.

Lauriane : OK.

M : Je suis seule sur mon poste.

Lauriane : Ouais. Et au niveau du personnel est-ce que vous pourriez me dire sans me préciser forcément le nombre mais quel personnel médical/ paramédical est présent sur la structure ?

M : Oui, bien sûr. Alors on a... quatre médecins salariés, pas à temps complet mais euh... ils viennent ponctuellement, ils sont salariés de l'établissement. On a une psychologue, alors je crois pas qu'elle est à temps complet. On a deux kinés, y en avait qu'un quand j'ai commencé, à temps complet. On a un grand service d'animation. Elles sont trois maintenant. Je travaille beaucoup avec eux, je trouve ça très utile. Et euh... vu que moi je suis beaucoup sur... sur... Mon poste est très libre. J'ai pas de... supérieur direct. La cadre de santé, les médecins, ne sont pas mes supérieurs. On m'a présenté le poste comme ça. Donc je suis vraiment autonome sur les tâches que je fais dans l'EHPAD. Donc 120 résidents. Par contre euh... dans ma façon de travailler et par rapport aux besoins, je passe beaucoup de temps sur l'évaluation des contentions. Sur euh... la prévention d'escarres et sur la gestion du matériel, c'est-à-dire essentiellement du positionnement au fauteuil roulant. Euh... y a 70 personnes en fauteuil roulant sur les 120 là. Du coup, j'ai pas l'impression de faire autant d'activités que j'aimerais mais... je compense en quelque sorte par le travail avec le service d'animation. En général c'est les animatrices qui m'aident à mettre en place une activité et après je les laisse poursuivre sans moi. Donc c'est plus défini comme une activité thérapeutique vu qu'il n'y a plus la présence d'un thérapeute mais ça n'empêche pas que...

ayant participé et étant en contact avec les personnes je pense qu'il y a clairement une thérapie qui peut se faire pendant ces moments d'activités.

Lauriane : Il y a un PASA ?

M : Oui. J'ai... C'est ce que j'allais décrire. Alors, on a... Pour être claire, il y a trois étages dans cet EHPAD, qui est plutôt organisé en fonction du niveau de dépendance. C'est-à-dire que au troisième y a très peu de personnes en fauteuil roulant et y a pas beaucoup besoin d'aide donc y a beaucoup moins d'aides-soignants et l'infirmière est moins présente et c'est un étage où j'interviens très peu. Inversement, le premier étage où y a le plus grand niveau de dépendance, enfin le deuxième est pas mal non plus, j'y passe beaucoup de temps, j'y ai beaucoup travaillé. Y a une petite unité cantou.

Lauriane : Oui.

M : Vous connaissez le cantou, enfin le principe ?

Lauriane : Oui... pour les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer par exemple ?

M : Oui. Alors on est plus sur des démences apparentées Alzheimer. Euh... Dans notre cantou, on a une... on a une règle qu'on a déposé dans notre structure, qui est qu'on ne veut pas de fauteuil roulant. Il faut que ce soit des gens qui ont une déambulation complètement libre. Y a quatorze places à cet endroit. J'interviens au moins un repas et une activité par semaine mais sinon je peux y aller en plus si les autres ont besoin.

Lauriane : Oui.

M : C'est une unité fermée donc même si on peut tout à fait faire sortir les résidents pour les emmener à des activités. Et on a un PASA. Alors le PASA chez nous il est ouvert cinq jours par semaine. Il a son aide-soignante et son ASH attribuées chaque jour. Ça peut être une AVS à la place de l'aide-soignante aussi. Et y a des intervenants extérieurs en quelque sorte. Enfin, c'est pas vraiment des intervenants. Euh... le PASA il est destiné à des résidents de l'étage qui vont y aller pendant la journée.

Lauriane : D'accord.

M : Euh... y en a qui n'y vont que le matin, y en a qui vont toute la journée, y en a qui viennent que pour le repas. Ça dépend de l'indication thérapeutique mais ça dépend aussi de

la volonté du résident. Euh... Pour l'intégrer il faut faire des évaluations en étage qui sont chapotées par la psychologue et un des médecins. Des NPI.

Lauriane : NPI c'est-à-dire ?

M : C'est le nom de l'évaluation NPI, je sais plus à quoi ça correspond. C'est une évaluation des troubles du comportement.

Lauriane : Ah, d'accord.

M : Le PASA, on le destine à des troubles du comportement qui la plupart du temps posent problème à un étage et le but des activités qui sont proposées au PASA ou en tout cas de ce petit lieu de vie à part où y a toujours présence d'un soignant, c'est de pas utiliser de thérapie médicamenteuse. C'est utiliser la thérapie par l'activité, par la présence du soignant. Euh... on a une psychomotricienne qui intervient une journée par semaine rien que pour ce PASA. On a une psychologue en plus qui est dédié aussi un jour par semaine rien que pour ce PASA. Euh... et puis y a une animatrice et moi j'interviens alors ça dépend des moments. Comme le cantou en fait, un repas, une activité par semaine là-dessus.

Lauriane : OK.

M : Sinon... du fait de mon poste, je sers aussi beaucoup de lien entre ce qui se passe au PASA et ce qui se passe dans les étages. Et puis communiquer avec l'ensemble de l'équipe qui puisse avoir un suivi, une continuité. Un exemple clair, y a deux personnes... Au PASA y a pas de contention et si possible on les fait sortir du fauteuil roulant même s'ils ont des très gros troubles de l'équilibre. Y a deux personnes qui sont tout le temps attachées au fauteuil roulant en étage et quand elles sont au PASA, on les détache, on les fait sortir du fauteuil, et juste parce que y a toujours quelqu'un, le risque de chute est presque inexistant. Euh... y a une de ces personnes qui a la chorée de Huntington, euh... elle est assez jeune, elle se mobilise bien. Elle a des moments qui me fait vraiment penser à un risque de chute. Pourtant, au PASA, elle peut passer la journée debout sans tomber, elle met la table. Et quand on la fait retourner en étage on se rend compte qu'il y a encore des soignants qui ne savent même pas qu'elle peut marcher. Sinon, une dernière petite chose, autre chose à dire sur cet EHPAD, on... On essaie de travailler, euh... avec euh... l'humanité. Alors c'est une espèce de philosophie, façon de fonctionner. On a des formations là-dessus.

Lauriane : D'accord.

M : Qui sont comment dire... une marque déposée... euh... C'est des formations d'une semaine, on essaie que toute l'équipe soit formée, ce qui n'est jamais possible puisque l'équipe tourne. Mais, bon. Pendant ces formations par exemple on est amené à faire la toilette d'un résident, y compris pour du personnel comme l'assistante de direction, la secrétaire, l'animation. Ça nous permet de... de voir autrement le travail qui est fait et de faire.

Lauriane : D'accord. Et donc à part l'humanité est-ce que vous avez eu d'autres formations après le DE ?

M : Euh... oui. Au sein de mon établissement, c'est des formations internes à l'établissement. Euh... J'ai eu deux jours sur le temps du repas.

Lauriane : OK.

M : L'importance du repas et comment améliorer ce temps-là, que ce soit au niveau nutritionnel pur, capacité de nutrition mais aussi tout l'aspect social qui est derrière. Et sinon, au sein de l'humanité on fait un peu de gestes et postures. Et sinon j'ai eu une autre formation. Euh non... c'était pas une formation gestes et postures mais... Le but de cette formation était de créer une dizaine de délégués du CHSCT en quelque sorte. Ça nous apprenait, c'est ce qu'on voit d'ailleurs dans la formation d'ergothérapie. On nous apprenait chacun à... étudier un peu notre travail et notre façon de faire physiquement pour l'améliorer, mentalement aussi. On a vu aussi les courbes de la disponibilité sociale, émotionnelle qu'on peut avoir sur une journée, de façon à mieux se rendre compte quelles sont les périodes qui peuvent être critiques pour chacun. Et le but est que l'ASH, l'AS, l'infirmière... on a pris dix personnes de... de... de postes différents. J'avais un rôle un peu à part, j'étais à côté de la formatrice parce que j'avais déjà vu ça et j'étais plus à-même de le voir et puis après mon rôle va être d'amener ça aux autres mais le but était voilà de créer des délégués qui vont pouvoir remettre en question leur façon de travailler pour l'amener au reste de leur corps... professionnel.

Lauriane : Est-ce que vous parlez de la formation PRAP ?

M : Non. Ce n'était pas la formation PRAP mais je pense que dans l'objectif ça s'y rapprochait beaucoup.

Lauriane : D'accord. OK. Et d'autres euh... vous pensez à d'autres formations ?

M : Euh... non y a eu que ces trois-là : l'humanité, le repas et la formation gestes et postures.

Lauriane : D'accord. Ça marche.

M : Ah si y a eu une quatrième, au tout début, pareil une semaine. Euh... il me semble... C'était entre autre comment gérer les troubles du comportement. On avait... Je me souviens qu'on avait vu une technique de réancrage. Ça s'appelle pas vraiment réancrage. Comment... comment réagir avec quelqu'un qui est en danger de démence... une crise de démence.

Lauriane : D'accord. C'est noté.

M : Ah, et on parlait aussi beaucoup de comment créer du lien avec les familles.

Lauriane : OK. D'accord. L'entretien est à présent terminé. Je ne sais pas si vous avez des questions ?

M : Non, dans l'ensemble non, si ce n'est... mais on en avait déjà parlé, que j'aimerais avoir... pouvoir lire le mémoire quand il sera terminé.

Lauriane : Oui, avec plaisir. Je pourrai vous l'envoyer sans souci et je vous enverrai également la retranscription de l'entretien dès qu'il sera terminé.

M : Très bien, bon courage.

Lauriane : Merci (rires).

M me précise a posteriori de l'entretien que sur une équipe de 80 soignants, après deux ans et demi de poste, elle est une des dix plus anciennes. Aussi, la formation évoquée était bien la PRAP2S. Elle a également fait une formation de trois jours (au lieu d'une semaine indiquée dans l'entretien) intitulée « Relations Familles / Résidents / Personnel ». M me précise également qu'elle a effectué 75 entrées en deux ans et demi.

Annexe 12 – Réponses aux questions du guide d’entretien par une ergothérapeute danoise – S (traduction libre)

1) Combien d’entrées avez-vous réalisé depuis que vous travaillez ici (approximativement) ?

Entre 10 et 20.

2) Comment accueillez-vous les résidents en EHPAD ?

Ce sont généralement les SSA ou l’infirmier qui accueillent le résident et réalisent l’entretien quand il emménage dans l’EHPAD. Dans le service temporaire où les résidents peuvent rester pour une urgence, une évaluation ou encore du répit, il y a aussi un court entretien sous forme de checklist à l’arrivée des résidents. S’ils sont admis en EHPAD de façon permanente, il y a aussi un entretien avec la famille.

La façon dont ils viennent jusqu’à l’EHPAD varie. Souvent, ils ne sont accompagnés que par leur famille, à moins que leur état de santé soit trop mauvais. Dans ce cas, ils peuvent utiliser un moyen de transport médicalisé (ambulance).

De nouveaux résidents emménagent régulièrement, comme nous avons aussi un département temporaire où des résidents peuvent venir en séjour en vue d’un répit, d’une évaluation ou pour une urgence. Ici, cela peut varier de quelques jours à un an par exemple. Parfois, ils vont dans une maison permanente avec nous ou dans un autre EHPAD. D’autres fois, ils rentrent à la maison. Mon rôle est d’évaluer leurs fonctions et en même temps que mes autres collègues (infirmières et des services sociaux et de santé) d’évaluer ce qui est le mieux pour eux à l’avenir et ce qu’ils veulent. Je vais habituellement parler avec eux, le cas échéant prendre le petit déjeuner ou le café avec eux. De cette façon, je les accueille, me présente et j’ai une première impression de qui ils sont. Je ne sais pas exactement combien de résidents sont venus depuis que je travaille ici.

Je me renseigne bien sûr toujours sur la vie du résident. Famille, travail et ainsi de suite. De cette façon, j’ai une image des rôles du résident, son entourage et sa motivation. De plus, parce que nous aimerions tous que le résident se sente bien avec nous, il est donc agréable d’avoir un aperçu des activités que les résidents considèrent importantes et auxquelles il est habitué - par exemple, si le ménage est significatif alors nous pouvons plier le linge ensemble ou si c’est important d’être à l’extérieur, il peut être important de se promener avec le résident. Je n’utilise pas un bilan d’entrée particulier, mais il y a un endroit spécifique dans notre

système d'enregistrement, où nous pouvons remplir des informations sur les ressources des résidents, la motivation, l'entourage et les centres d'intérêts. Cet outil est d'une grande aide, lorsque nous rencontrons le résident pour la première fois.

Je n'accueille pas tous les résidents. Je suis seule pour réaliser mes fonctions comme les troubles de la déglutition et les évaluations des fonctions. C'est pourquoi les SSA s'en occupent. Je vois les résidents qui emménagent et doivent être évalués.

Je m'intéresse souvent au lieu de vie antérieur. Généralement aussi pour déterminer s'ils doivent rentrer chez eux ou aller dans un autre établissement. Je peux aussi demander si je souhaite en savoir plus sur les tâches ménagères et les centres d'intérêt que le résident avait jusqu'à maintenant ; est-ce le jardin qui était significatif ou est-ce les tâches domestiques en intérieur ?

3) De quelle façon élaborerez-vous les plans d'intervention ?

Quand je rencontre les résidents, je regarde si je peux faire quelque chose pour eux (une évaluation, une activité ou une adaptation de l'environnement et du quotidien), c'est donc mieux pour eux et le personnel est avec eux. Je ne peux pas toujours faire quelque chose, en fonction des infirmiers. Je parle habituellement avec mes collègues qui sont dans l'équipe qui s'occupe du résident. Ils peuvent aussi avoir des idées sur la façon dont je peux aider le résident. Mon intervention fait typiquement partie de la vie quotidienne. Parfois, je peux offrir une activité supplémentaire si ça peut me donner une image du niveau de fonctions du résident.

4) Y a-t-il des choses que vous aimeriez proposer aux résidents mais que vous n'êtes pas en mesure de proposer avec les contraintes institutionnelles (par exemple, aller au musée) ?

Ce serait agréable d'avoir du temps et des ressources pour offrir du temps à tous les résidents pour faire des activités qu'ils trouvent significatives tous les jours mais il n'y a pas toujours assez de ressources pour cela. En outre, nous sommes très attachés à ne pas surstimuler les résidents comme la plupart d'entre eux ont une démence depuis longtemps. J'aimerais que nous nous focalisions plus à conserver un niveau neutre de stimulations et passer de bons moments avec eux sans avoir peur de les surstimuler.

5) Quelle est votre expérience avec les modèles ? Parlez-moi du modèle avec lequel vous travaillez.

En pratique, je ne travaille pas avec beaucoup de modèles. J'en ai bien sûr beaucoup en tête, à la suite de mes études (l'analyse d'activité, l'OTIPM, concepts du MOH, le MCREO, la MCPP, la MCHCC, ADL-taxonomy (bilan)). L'ADL-taxonomy est notamment au gros plan dans notre système d'enregistrement. Quand j'y pense, je pense que l'OTIPM va bien dans mon travail et la dynamique. J'observe les ressources et les limites et trouve s'ils ont besoin de compensations, des aides techniques ou de l'aide. Souvent, il y a des moyens de compensation et parfois de l'entraînement aussi.

Si je travaillais en hôpital je ferais aussi une évaluation des fonctions mais les processus seraient plus courts et je pense que je ferais seulement la première partie de l'OTIPM en identifiant les ressources et les contraintes. C'est à la municipalité de rééduquer et d'évaluer l'avenir du résident quand il arrive.

7) Parlez-moi de vous et de votre expérience en EHPAD.

J'ai été diplômée en juin 2018 et j'ai commencé à travailler ici une semaine après. J'ai travaillé depuis le 1er juillet 2018.

8) Pouvez-vous m'en dire plus sur la structure dans laquelle vous travaillez ?

Nous avons de la place pour environ 40 résidents. Nous avons une section de dépistage de la démence avec 15 résidents permanents et 5 résidents temporaires. De plus, nous avons un EHPAD classique avec 20 résidents. Je suis la seule ergothérapeute, le reste est constitué d'aides-soignants et d'assistants de soins, d'un infirmier et de quelques animateurs.

J'ai eu une formation sur les troubles de la déglutition qui traite des méthodes de détection et d'évaluation de la dysphagie. De plus, j'ai eu une formation sur la démence qui m'a apporté plus de connaissances sur la démence et des outils pour communiquer et travailler avec la démence.

Entrée en EHPAD :

Un regard franco-danois sur la transition de l'histoire occupationnelle des résidents

Mots-Clés :

Ergothérapie – Transition – Nouveaux Résidents – EHPAD – Modèle – Histoire de Vie Occupationnelle – France – Danemark

Contexte : Les ergothérapeutes français et danois utilisent différents modèles dans leurs pratiques qui semblent avoir une influence sur la valeur accordée à l'histoire occupationnelle des nouveaux résidents en EHPAD. Objectif : Le but de cette étude est de savoir comment les ergothérapeutes accompagnent la transition entre le domicile et l'EHPAD en France et au Danemark, selon le modèle utilisé. Méthode : Une étude préalable a été menée auprès de 53 ergothérapeutes français qui travaillent en EHPAD afin de connaître les modèles les plus utilisés en France. Par la suite, j'ai réalisé une étude qualitative à l'aide de six entretiens semi-directifs en France et de deux questionnaires au Danemark. Résultats : Certains des ergothérapeutes qui utilisent des modèles différents réfléchissent de la même manière concernant l'accompagnement. Cependant, les ergothérapeutes français tentent d'intégrer les activités de vie quotidienne (AVQ) et les occupations antérieures à leurs interventions tandis que ces AVQ et occupations antérieures sont au centre de la prise en soin des ergothérapeutes danois. Conclusion : Les modèles ne semblent pas avoir d'influence sur la pratique des ergothérapeutes français et danois en ce qui concerne la transition de l'histoire occupationnelle. En effet, l'accompagnement semble dépendre de l'identité des ergothérapeutes mais aussi des contraintes institutionnelles dans les deux pays.

Lauriane Villain

Sous la direction de Madame Estelle Hernandez

Admission to the nursing home :

A French-Danish eye on the transition of residents' occupational life history

Keywords:

Occupational Therapy – Transition – New Residents – Nursing Home – Framework – Occupational Life History – France - Denmark

Context: French and Danish occupational therapists (OTs) use different models in their practice that seem to have an influence on the value given to new residents' occupational life history in nursing homes. Objective: The aim of this study is to know how the OTs accompany the transition between home and nursing home in France and in Denmark, according to the model used. Method: A preliminary quantitative study was conducted with 53 French OTs who work in a nursing home in order to know what models are the most used in France. Afterwards, I made a qualitative study with six semi-directive interviews in France and two questionnaires in Denmark. Results: Some of the OTs who use different models have the same way of thinking concerning the care. However, French OTs attempt to integrate activities of daily living (ADLs) and previous occupations to their practice whereas these ADLs and previous occupations are in the center of Danish OTs' care. Conclusion: The models do not seem to have an influence on the practice of French and Danish OTs related to the transition of occupational life history. Indeed, the care appears to depend on the identity of the OTs and the institutional constraints, no matter if it is in France or in Denmark.

Lauriane Villain

Supervised by Mrs Estelle Hernandez