



Fondation hospitalière reconnue d'utilité publique par décret du 8 Juillet 1928



L'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD

Mémoire d'initiation à la recherche

DUARTE Céline
Promotion 2013/2016

STEFANIAK Pascale
Maître de mémoire

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement,

madame Pascale STEPHANIAK, ma tutrice de mémoire, pour ses précieux conseils, ses encouragements et pour le temps qu'elle m'a consacré pendant la préparation de mon mémoire,

les ergothérapeutes et les psychologues qui ont accepté de me répondre et de partager leurs expériences,

mes parents et mes sœurs pour leur soutien durant ces trois années d'études,

mes amis en particulier, Hanna TAYEB, Célia BILYCK, Eugénie RANGUIS, Manon BAGORY et Marion FONTAINE pour leur présence et leurs encouragements

Raphaël DEMEURS pour son soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PHASE EXPLORATOIRE	2
PROBLEMATIQUE	3
CADRE CONCEPTUEL	5
1. Vieillir	5
1.1 Le vieillissement et la vieillesse	5
1.1.1 Définitions	5
1.1.2 Les effets du vieillissement sur l'organisme	5
1.1.3 L'expérience de la vieillesse.....	7
1.2 Les représentations de la vieillesse.....	7
1.2.1 Représentations individuelles.....	7
1.2.2 Représentations collectives.....	8
2. L'entrée en EHPAD.....	9
2.1 L'EHPAD ?	9
2.1.1 Définition	9
2.1.2 Une démarche de qualité	10
2.2 Les raisons de l'entrée en EHPAD	10
2.2.1 Les personnes âgées accueillies	10
2.2.2 Quels sont les marges d'autonomie (sa capacité de choix) ?	11
2.3 L'entrée en EHPAD et ses bouleversements	12
2.3.1 La perte du domicile	12
2.3.2 Les changements d'habitude de vie et les bouleversements familiaux .	13

3. La résilience de la personne âgée.....	14
3.1 Définition du concept de résilience	14
3.1.1 Une ou des définitions ?	14
3.1.2 La notion du traumatisme dans la résilience.....	14
3.1.3 Les ressources internes et externes	15
3.2 La résilience du sujet âgé vivant en EHPAD.....	15
3.2.1 La résilience et le vieillissement.....	15
3.2.2 Un lien entre l'âge et la résilience ?	16
3.2.3 Un résident en EHPAD peut-il être résilient ?	16
3.3 Les facteurs favorisant la résilience	17
3.3.1 Les activités	17
3.3.2 L'aptitude à donner du sens	18
3.3.3 Un tuteur de résilience	18
4. L'ergothérapeute	19
4.1 L'ergothérapeute, un professionnel de la santé	19
4.1.1 Définition.....	19
4.1.2 L'activité pour la santé	20
4.1.3 L'ergothérapeute en EHPAD	20
4.2 L'ergothérapie et la résilience	20
4.2.1 Une relation de soin.....	21
4.2.2 Favoriser l'activité	21
4.2.3 L'ergothérapeute et le travail d'équipe.....	22
PHASE EXPERIMENTALE.....	23
1. Méthodologie des entretiens	23
1.1 Choix de la méthode	23
1.2 Méthode d'enquête	24

1.3 Population interrogée	24
1.4 Objectifs de l'enquête.....	25
2. Analyse des entretiens.....	26
2.1 Méthodologie de l'analyse	26
2.2 Orientation de l'analyse	26
2.3 Exploitation des résultats	26
LIMITE DE L'ETUDE	38
DISCUSSION	39
1. L'importance de l'évaluation en ergothérapie	39
2. L'importance des activités signifiantes et significatives.....	41
3. L'importance des techniques de positionnement	42
4. L'importance du travail d'équipe pour favoriser la résilience du résident.....	43
5. L'importance de la formation continue	43
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXE	

INTRODUCTION

Marie-Christine Adriaensen nous rappelle que « *vieillir est un phénomène universel et inévitable* » (ADRIAENSEN, 2009). Toutefois, les Hommes demeurent inégaux face aux processus de vieillissement même si pour la majorité d'entre eux, la vieillesse est une épreuve bouleversante. Le vieillissement physiologique et les maladies chroniques fragilisent la personne âgée. Elle perd ainsi certaines capacités physiques et psychiques, qu'elle avait acquises tout au long de sa vie. Ensuite, le temps qui passe, confronte la personne âgée à la mort : d'abord celle de ses proches puis, la sienne. Ainsi, elle est confrontée à une succession de deuils. Comment peut-elle se reconstruire face aux multiples deuils? Et que se passe-t-il lorsqu'elle est confrontée à l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ? En effet, s'adapter à ce nouveau lieu de vie et devenir résident est loin d'être évident.

Aussi l'EHPAD peut-il être un lieu propice à la résilience ? Dans cette recherche, je me suis intéressée au concept de résilience, qui se définit comme la capacité à rebondir face aux bouleversements. La résilience chez la personne âgée est-elle encore possible ? Parler de la résilience chez le sujet âgé est une façon de percevoir la vieillesse différemment, de manière plus sereine. Selon Boris Cyrulnik « *la résilience âgée s'oppose au préjugé de la dégradation* » (CYRULNIK, 2014).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui aide les personnes en situation de handicap à retrouver une autonomie et une indépendance dans les activités de la vie quotidienne (ANFE, 2015). C'est pourquoi, j'ai trouvé qu'il était intéressant de mettre en parallèle la résilience, l'ergothérapie et le résident en EHPAD. Ce sujet de recherche est une manière de s'interroger sur la pratique de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD, mais aussi d'admettre qu'il est possible de « rebondir » malgré l'âge et la vie en institution. Par conséquent, la question est la suivante : **l'ergothérapeute peut-il aider la personne âgée à retrouver un sens à sa nouvelle vie en institution ?**

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'aspect théorique afin de comprendre le vieillissement, l'entrée en EHPAD, le concept de résilience et l'ergothérapie. Puis, dans un second temps, nous parlerons de la méthodologie de recherche. Enfin, nous finirons par une discussion.

PHASE EXPLORATOIRE

Il paraît essentiel de connaître l'avis des psychologues sur la résilience de la personne âgée. En effet, la résilience est un concept issu de la psychologie. D'ailleurs, le psychologue a une place prépondérante dans l'accompagnement de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD. Il soutient la famille et le résident dans un travail de deuil et d'adaptation face aux bouleversements que peuvent engendrer la vieillesse et l'institutionnalisation. Au cours de la phase exploratoire, trois psychologues ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire visible en annexe (ANNEXE I). Les questions ont permis de comprendre les conditions d'entrée en EHPAD et de connaître leurs avis sur le concept de résilience.

Selon les trois psychologues, l'entrée en EHPAD est souvent un moment « *précipité* » notamment suite à une hospitalisation. C'est pourquoi, la personne âgée « *ne bénéficie que de peu de temps pour intégrer les informations qui lui sont données (...) et pour aborder sereinement ce changement de mode de vie* ». De plus, selon l'un des psychologues interrogés « *peu de personnes âgées font le choix d'entrer en institution, c'est souvent un « choix de raison »*. Cette « solution » est retardée car elle est source de culpabilité pour l'entourage (ANNEXE I).

Mais peut-on considérer l'entrée en institution comme une épreuve traumatisante ? Deux psychologues sur trois ont eu un avis favorable notamment parce que la personne « *perd ses repères* » (sa maison, ses habitudes de vie...) et parce que cette institutionnalisation peut faire « *resurgir* » des traumatismes antérieurs. En revanche, l'un des psychologues interrogés pense qu'une entrée en EHPAD n'est pas un moment traumatisant mais plutôt stressant car la personne âgée doit s'adapter aux changements. D'ailleurs, un résident s'adapte à l'EHPAD dans les 1 à 6 mois qui suivent l'admission (ANNEXE I).

Ainsi, selon l'un des psychologues le concept de résilience renvoie aux traumatismes et ne serait donc pas pertinent de l'étudier dans un contexte d'institutionnalisation. Deux autres psychologues pensent au contraire que l'entrée en EHPAD peut être facilitatrice à la résilience. En effet, « *l'EHPAD peut aider la personne à déployer ses capacités* ». Puis, cette solution peut être « *une rupture à la solitude* ».

Ainsi, les trois réponses des psychologues confirment que l'entrée en institution n'est pas anodine, c'est un moment bouleversant pour la personne âgée et sa famille.

Enfin, l'EHPAD peut être un lieu propice à la résilience à condition de prendre le résident dans sa globalité et de « *l'aider avec des choses qui lui font sens pour qu'il retrouve un nouvel élan vital* » (ANNEXE I).

PROBLEMATIQUE

L'augmentation de l'espérance de vie entraîne un vieillissement de la population française. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), « *en 2014, une femme vivait en moyenne 85,4 ans et un homme 79,2 ans* » (INSEE, 2014). En 2012, « *l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure, est estimée à 63,8 ans pour les femmes et à 62,6 ans pour les hommes* » (INSEE, 2012). Ainsi, l'avancée en âge implique des risques de santé pouvant avoir des répercussions sur la vie quotidienne. C'est pourquoi, l'augmentation de la dépendance nécessite des réponses adaptées (INSEE, 2006).

Le maintien à domicile est souvent la première solution envisagée par les personnes âgées. Selon, la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), en 2006, « *80% des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible* » (DREES, 2006). Malgré l'ancienneté de l'étude, la politique actuelle du maintien à domicile confirme cette volonté de rester chez soi. Bernard Ennuyer (ENNUYER, 2007), sociologue et ancien directeur d'un service d'aide et de soins à domicile définit le maintien à domicile comme un choix et un désir de la personne âgée. Le rapport Laroque paru en 1962 intitulé « *politique de la vieillesse* » (ENNUYER, 2007), encourage l'intégration des personnes âgées dans la société notamment pour des raisons financières. Cependant, le maintien à domicile présente ses limites lorsqu'il y a des aggravations de dépendances physiques et cognitives. D'autant plus que cela demande une implication importante de l'entourage familial.

C'est pourquoi, l'entrée en EHPAD est alors envisagée pour le sujet âgé. Seulement, la vision que la société porte sur les EHPAD n'est pas toujours positive. En effet, la plupart des personnes l'assimilent à un « *mouroir* » (DORANGE, 2005). Mais pourquoi avons-nous cette vision négative ? Peut-être parce que cet établissement, renvoie à une vie collective et à une image de dépendance. D'ailleurs, pour Bernard Ennuyer « *le domicile demeure le seul endroit où ces personnes peuvent encore*

contrôler quelque chose » (ENNUYER, 2007). Comme si l'entrée en EHPAD était une perte de liberté. Selon Thierry Darnaud (DARNAUD, 2012), l'entrée en EHPAD est vécue par la personne âgée et sa famille comme un échec. Ce constat montre que l'entrée en EHPAD est un problème, car même avant d'y entrer, la personne âgée et sa famille en ont une image négative. Comment la personne âgée peut-elle alors s'épanouir dans ce nouveau lieu de vie ?

De nombreuses familles sont concernées par l'entrée en EHPAD, comme le confirme un rapport de la DRESS publié en 2013 : « *les entrées en établissement progresseraient plus rapidement que le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile (375 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires en institution)* » (DRESS, 2013).

Durant ma deuxième année, j'ai effectué un stage en EHPAD où j'ai perçu une souffrance chez certains résidents. Ils ne semblaient plus exprimer de projet de vie, ils semblaient attendre la fin. Certains résidents paraissaient résignés. Or, l'EHPAD est un lieu de vie et non un lieu où les résidents doivent attendre la mort.

L'enquête exploratoire nous montre qu'il est possible d'être résilient dans un contexte d'institutionnalisation. Cependant, ce concept n'est pas suffisamment mis en pratique. Selon, Thomas, Berrouiget et Walter « *la résilience est aujourd'hui très étudiée, y compris chez la personne âgée, mais encore assez peu intégrée dans le champ de la clinique* » (THOMAS, BERROUIGET et WALTER, 2015). L'environnement et les personnes qui accompagnent le résident au quotidien participent au processus de résilience (DELAGE, 2014). Incontestablement, l'ergothérapeute fait partie de l'entourage professionnel du résident, lui aussi a donc un rôle à jouer, pour aider le résident à être résilient.

Mais en quoi l'ergothérapeute peut-il solliciter les facteurs de résilience chez la personne âgée vivant en EHPAD ?

Les hypothèses sont les suivantes :

- L'ergothérapeute sollicite les facteurs de résilience en s'intéressant aux activités signifiantes du résident
- L'ergothérapeute sollicite les facteurs de résilience en favorisant la participation du résident dans les activités signifiantes et significatives

CADRE CONCEPTUEL

1. Vieillir

1.1 Le vieillissement et la vieillesse

1.1.1 Définitions

Roger Fontaine dénonce une confusion faite entre les mots « vieillissement » et « vieillesse ». Le vieillissement aussi appelé sénescence « *n'est pas un état mais un processus de dégradation graduelle et différentielle* » alors que la vieillesse est un état qui « *caractérise un groupe d'âge particulier, celui des personnes de plus de 60 ans* » (FONTAINE, 2007). Mais quelles en sont ses causes ?

Les causes du vieillissement sont très diverses. Elles sont à la fois endogènes, c'est-à-dire inscrites dans notre code génétique, et exogènes, influencées par nos comportements, notre environnement. C'est pourquoi, les Hommes ne sont pas égaux face au vieillissement. Certaines pathologies peuvent l'accélérer. Il est donc nécessaire de différencier le vieillissement normal du vieillissement pathologique. Selon le dictionnaire français Larousse médical (LAROUSSE MEDICAL, 2015), le vieillissement normal est vraisemblablement génétique, il concerne tous les Hommes. En revanche, le vieillissement pathologique intervient lorsque des maladies (parkinson, cancer...) s'ajoutent au vieillissement naturel. Cependant, les deux vieillissements sont intimement liés, car les personnes âgées sont plus fragiles et donc plus sujettes aux maladies. Finalement, même si le vieillissement est naturel et inévitable, personne ne vieillit pareil. C'est pourquoi, il peut être vu de manière objective et subjective (FONTAINE, 2007).

1.1.2 Les effets du vieillissement sur l'organisme

Le vieillissement modifie le corps humain. En effet, les fonctionnalités des organes diminuent avec le temps.

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux vieillissements physiologiques de l'organisme afin de comprendre les répercussions fonctionnelles que la personne âgée subit. Bien entendu, nous ne pourrons pas être exhaustifs. Les différents vieillissements des organes présentés se fondent sur les ouvrages de Roger

Fontaine (FONTAINE, 2007) et du docteur Christophe de Jaeger (DE JAEGER, 2012) :

- Le vieillissement du système tégumentaire : la peau perd son élasticité et elle est marquée par des rides. La diminution des mélanocytes participe au grisonnement des cheveux.
- Le vieillissement du système nerveux : les scientifiques constatent une atrophie du cerveau (perte de poids et diminution du volume). De plus, la neuroplasticité (capacité des neurones à se modifier) et les neurotransmetteurs sont affectés.
- Le vieillissement du système locomoteur : la force musculaire s'affaiblit avec l'âge car la masse musculaire et la taille des jonctions neuromusculaires se réduisent. La capacité d'étirement du muscle s'amenuise entraînant ainsi des déficits d'amplitudes lors des mouvements.
- Le vieillissement du système cardio-vasculaire : le cœur perd son élasticité et sa constructibilité. Ainsi, le sujet âgé est moins tolérant face à l'effort.
- Le vieillissement du système respiratoire : la cage thoracique se rigidifie et les muscles respiratoires s'affaiblissent, il y a donc une baisse du débit respiratoire.
- Le vieillissement du système gastro-intestinal : la sénescence entraîne une modification de l'appareil bucco-dentaire, du flux salivaire et le ralentissement du transit intestinal, pouvant engendrer des troubles de la déglutition.
- Le vieillissement du système immunitaire : une diminution des cellules immunitaires rend la personne âgée plus fragile face aux agressions extérieures. Ainsi, elle est plus sujette aux maladies, ce qui aggrave le processus de vieillissement.
- Le vieillissement des organes des sens :
 - l'œil : l'acuité visuelle, la perception des couleurs, le champ visuel et l'accommodation du cristallin diminuent avec l'âge. Une personne âgée est donc plus susceptible d'avoir des troubles visuels.
 - la sphère oto-rhino-laryngologie (ORL) : la sénescence de l'audition, appelée presbyacousie entraîne une hypoacousie liée à une atrophie des structures vibratoires de la cochlée.

Face à l'altération généralisée de ses organes, comment la personne âgée ressent-elle le vieillissement ?

1.1.3 L'expérience de la vieillesse

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015), une personne est âgée à partir de 65 ans. Mais peut-on vraiment donner un âge à la vieillesse ? Une personne de 65 ans est-elle vraiment âgée ? Ainsi, pour Roger Fontaine (FONTAINE, 2007), nous possédons plusieurs âges selon différents points de vue. Il en distingue trois :

- l' « *âge biologique* » : il correspond au vieillissement des organes. Les capacités physiques et psychiques diminuent. Ce sont des données objectives du vieillissement.
- l' « *âge social* » : il est intimement lié aux représentations sociales, aux rôles. Par exemple, l'âge du départ à la retraite. Ainsi, l'OMS renseigne un âge social.
- l' « *âge psychologique* » : il regroupe les capacités mnésiques, intellectuelles et les motivations de la personne.

De ce fait, la vieillesse est difficile à définir puisque l'un de ses indicateurs provient d'un ressenti individuel. D'ailleurs, Thierry Darnaud pense que « *la vieillesse existe le jour où elle nous empêche de réaliser les actes de notre quotidien : mais, aujourd'hui, alors que mon corps refuse d'accomplir le geste que je lui demande, je me sens vieux* » (DARNAUD, 2012). Aussi, ce sentiment est fortement influencé par notre société. Par conséquent, la vieillesse est une sensation, une représentation, mais aussi une conséquence des altérations biologiques de l'organisme. Aussi, les représentations de la vieillesse n'influenceraient-elles pas notre manière de vieillir ? Quelles représentations en avons-nous ?

1.2 Les représentations de la vieillesse

1.2.1 Représentations individuelles

Aujourd'hui, nous avons plus de chance de connaître nos grands-parents. L'augmentation de l'espérance de vie permet ainsi aux différentes générations de se

côtoyer. Aussi, la première image que nous avons de la vieillesse ne viendrait-elle pas de nos grands-parents ? En effet, les grands-parents ont une dimension symbolique (BILLE, 2002) et nous transmettent l'histoire familiale. Michel Billé dit ainsi que « *aux yeux de l'enfant, les grands-parents sont ceux qui, pourrait-on dire, parlent avec les morts : avec ceux qui sont morts depuis longtemps et que les grands-parents ont connus* » (BILLE, 2002). Finalement, pour l'auteur les grands-parents ont pour mission d'aider l'enfant à comprendre ce qu'est le sens de la vie.

De ce fait, l'aspect physique de nos grands-parents prend une place prépondérante dans nos représentations individuelles (BILLE, 2002). Généralement, les stigmates de la vieillesse sont visibles par des cheveux blancs, des rides, mais aussi par la santé physique et/ou psychique de nos grands-parents. D'ailleurs, n'auraient-elles pas une influence dans nos représentations de la vieillesse ? Par exemple, une personne qui a toujours vu ses grands-parents malades et dépendants aura sûrement une image plus négative de la vieillesse, alors que la personne qui côtoie des grands-parents actifs et indépendants sera peut-être plus susceptible d'en peindre une image plus positive. Néanmoins, nos représentations sont avant tout liées à une représentation collective (FONTAINE, 2007).

1.2.2 Représentations collectives

La représentation portée sur la personne âgée est intimement liée à celle de notre société. La littérature ne renvoie pas toujours une image positive de la vieillesse. Elle peint une image de dépendance en lien avec des problématiques de santé. Par exemple, l'une des peintures de Francisco de Goya « *Les vieilles* », exposée au © Palais des Beaux-Arts à Lille, représente une vieillesse triste et fataliste.

La vieillesse est très souvent perçue comme une succession de pertes (CRYULNIK, 2014). Elle est associée à la « *dernière étape* » de la vie où la personne âgée doit sans cesse faire face aux changements. D'ailleurs, Marie Anaut, psychologue clinicienne, parle de « *crise du vieillissement : une balance entre les pertes et les gains* » (ANAUT, 2014). Peut-on toutefois prétendre résumer la vieillesse aux pertes ?

L'augmentation de la qualité de vie tend désormais à faire changer cette représentation. Aujourd'hui la notion de bien vieillir et du « *vieillissement réussi* » émet l'idée d'une vieillesse plus sereine (AGUERRE, 2004). La vieillesse pourrait donc être perçue comme un renouvellement et non comme une décadence.

De plus, selon Marie Anaut « *du côté des gains nous pouvons relever l'augmentation du temps libre et l'absence de stress dû aux préoccupations professionnelles et aux responsabilités qui étaient liées à ces activités* » (ANAUT, 2014). Toutefois, le temps libre ne devient-il pas « pesant » une fois arrivé au grand âge ?

La vieillesse est un moment où les changements sont bouleversants, car ils sont souvent rapides et précipités. La personne âgée n'a parfois pas le temps de s'y adapter. Lorsqu'elle n'est plus capable d'effectuer ses activités habituelles, la personne se retrouve en situation de handicap (BAUM, BHORADE, GORDON et al.). Dans la sociologie du vieillissement, les sociologues parlent de « *déprise* » qui caractérise un « *processus de réorganisation dans les activités qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles : une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes (...)* » (CARADEC, 2007). L'enjeu de la vieillesse serait donc de maintenir son identité à travers ses propres activités, et ceci malgré les bouleversements biologiques et sociaux.

Ainsi, la représentation de la vieillesse est à la fois positive et négative. Mais quel est l'univers de la vieillesse en EHPAD ?

2. L'entrée en EHPAD

2.1 L'EHPAD ?

2.1.1 Définition

Un Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD), plus connu sous le nom de « *maison de retraite* » est « *une structure médicalisée ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans* » et présentant une perte d'indépendance, et/ou d'autonomie (ADMINISTRATION FRANÇAIS, 2014). Un EHPAD est une structure médico-sociale publique ou privée (entreprise privée, association...). Cette institution permet de remédier aux difficultés rencontrées par la personne âgée à son domicile (DARNAUD, 2012). L'EHPAD est

avant tout un lieu de vie, les personnes âgées y résident et sont chez eux comme l'atteste Thierry Darnaud « *ce sont les professionnels qui sont chez la personne âgée dans une chambre de maison de retraite et non l'inverse* » (DARNAUD, 2012).

Afin de répondre aux besoins du résident, une équipe pluridisciplinaire est présente au sein de cet établissement.

1.1.2 Une démarche de qualité

L'EHPAD garantit le droit des usagers et certifie une démarche de qualité pour l'ensemble des résidents. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (LEGIFRANCE, 2015) rénovant l'action sociale et médico-sociale, assure le droit des usagers vivant dans un établissement médico-social. Ainsi, l'article L311-3 de la loi du 2 janvier 2002 du Code de l'Action Sociale et de la Famille a déterminé sept droits fondamentaux de l'usager et sept outils présentés en annexe (ANNEXE II).

2.2 Les raisons de l'entrée en EHPAD

2.2.1 Les personnes âgées accueillies

L'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive (DRESS, 2014), très rares sont ceux qui entrent à l'âge de 60 ans. Selon la DRESS, en 2011, « *l'âge moyen des résidents progresse de dix ans par rapport à 2007 et atteint 85 ans* » (DRESS, 2014). Les résidents sont également de plus en plus dépendants en raison de leur grand âge et de la fréquence des maladies neurodégénératives (DRESS, 2014).

Les causes de l'entrée en EHPAD par ailleurs sont multiples. Il existe cependant des facteurs présageant l'institutionnalisation comme le précise l'INSERM (INSERM, 2007) :

- L'âge : plus la personne est âgée, plus il y a des risques de maladies, d'incapacités physiques et/ou cognitives entraînant de la dépendance et une perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.
- Les problèmes de santé : les maladies chroniques et neurodégénératives (la maladie de parkinson, les démences, la polyarthrite rhumatoïde...) rendent la personne dépendante et fragile au quotidien.

- La solitude liée au célibat ou au veuvage : une personne âgée est plus susceptible d'entrer en EHPAD suite à un « *défaut d'entourage humain* » (BOUVIER, LINCOT et REBISCOUL, 2009).
- La fatigabilité des aidants : très souvent le maintien à domicile demande un investissement important de l'entourage. L'épuisement moral et physique des aidants sont fréquemment constatés tout au long de l'accompagnement d'un parent ou d'un conjoint.
- L'inaccessibilité du domicile : bien que le logement de la personne âgée puisse être adapté en fonction de ses besoins, des contraintes financières, matérielles et législatives réfrènt parfois son adaptation.
- Les hospitalisations : la question de l'entrée en EHPAD se pose fréquemment lors d'une hospitalisation, et remet en cause le maintien à domicile.

Tous ces facteurs sont intimement liés entre eux, il n'existe pas une cause mais plusieurs causes qui engendrent par la suite un recours aux dispositifs gérontologiques tels qu'un EHPAD (KEMPER et MURTAUGH, 1991). Alors, peut-on prétendre que l'entrée en institution est un choix délibéré de la personne âgée ?

2.2.2 *Quels sont les marges d'autonomie (sa capacité de choix) ?*

Certaines personnes âgées prennent elles-mêmes la décision d'entrer en EHPAD, car vivre seul est souvent douloureux et insupportable (DARNAUD, 2012). Mais peut-on parler d'un véritable choix ? Une étude sociologique effectuée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2007) évoque la notion de négociation dans le processus de choix. La négociation désigne « *l'ensemble des interactions qui participent à la prise d'une décision (...)* » (INSERM, 2007). Les sociologues participant à l'étude de l'INSERM (INSERM, 2007) identifient quatre configurations de négociation :

- Les « de son plein gré » : la personne âgée exprime délibérément son choix. Il est très souvent motivé par les risques de chute, et la peur de vieillir. Dans ce cas, la personne âgée ne présente pas de troubles cognitifs. Mais selon les sociologues ceci reste un « *choix fait sous contrainte* ».
- Le « soutien familial négocié » : cette situation est fréquente lorsque la famille est inquiète pour le sujet âgé notamment suite à une chute. La famille remet en cause le maintien à domicile et tente de trouver une autre alternative avec

la personne âgée. Cependant, le sujet âgé « *n'a pas le rôle principal* » dans la prise de décision. Cette situation concerne généralement des personnes en perte d'indépendance.

- L'« alliance famille-professionnels » : dans ce cas précis, la personne âgée ne fait aucun choix, elle est en perte d'autonomie. Cette situation concerne les personnes ayant des troubles cognitifs.
- L'« action des professionnels » : le choix est fortement influencé par l'avis médical, la personne âgée est généralement isolée. Cette décision répond à des responsabilités professionnelles : « *protéger la personne des risques et se protéger soi-même* ».

Par conséquent, la plupart des personnes âgées ne font pas le choix d'entrer en EHPAD tout comme l'affirme l'étude de l'INSERM « *il s'agit d'un choix sous contrainte (...)* » (INSERM, 2007).

Lorsque la décision est prise d'entrer en EHPAD, la personne âgée doit faire face à de nombreux changements.

2.3 L'entrée en EHPAD et ses bouleversements

Martine Dorange psychologue en EHPAD, identifie trois craintes éprouvées par les personnes âgées à leur entrée en institution : « *changer d'environnement et d'habitudes de vie, vivre au quotidien avec des personnes vieillissantes, être oubliées par leur entourage* » (DORANGE, 2005).

2.3.1 La perte du domicile

L'entrée en EHPAD est un moment singulier pour la personne âgée car celle-ci quitte son domicile pour un nouveau lieu de vie. Lors d'une interview, Isabelle Kermorgant, psychologue en EHPAD, parle d'un « *déménagement très particulier* » pour caractériser ce moment. Pour la plupart d'entre eux, l'EHPAD sera leur « *dernière demeure* » (SENK, 2014).

De plus, Eigner Alberto affirme que « *le changement de domicile implique un travail de deuil* » (EIGUER, 2006). Ainsi, cela signifie donc que la personne âgée entame un travail de deuil dès lors qu'elle entre en institution. Afin de comprendre

l'importance et la signification d'une maison pour une personne, nous allons nous intéresser aux cinq fonctions de l'« habitat intérieur » définies par Eiguier Alberto (EIGUER, 2006) :

- 1- « **Contenance** : l'habitat familial permet de délimiter et de donner un appui aux membres de la famille ».
- 2- « **Identification** : l'habitat familial contribue au développement du sentiment d'appartenance; l'identité y trouve un repère essentiel ».
- 3- « **Continuité historique** : l'habitat familial témoigne des signes de la mémoire qui font lien. Ainsi que sur les traces historiques (...) ».
- 4- « **Créatrice** : l'habitat familial suscite la mise en œuvre d'idées, d'images (...) »
- 5- « **Esthétique** : l'habitat familial est beau »

Par conséquent, perdre sa maison reviendrait-il en quelque sorte à perdre une partie de soi-même ? La maison est un lieu signifiant pour chacun d'entre nous, un espace où nous créons des souvenirs, du sens et de l'histoire (VASSART, 2006). Ainsi, lorsque la personne âgée entre en institution, elle perd l'une de ces cinq fonctions notamment l'« *identification* » face à la vie en collectivité.

2.3.2 Les changements d'habitude de vie et les bouleversements familiaux

Un changement de lieu de vie modifie les habitudes de vie de la personne et de son entourage. Selon le Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH), une habitude de vie est « *une activité courante ou un rôle valorisé par la personne et son contexte socioculturel (...). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence* » (RIPPH, 2015). Notre quotidien est rempli d'habitudes de vie qui nous donne des repères. Les facteurs personnels (capacités physiques, psychiques...) et l'environnement de la personne permettent de perpétuer ces habitudes de vie et donc de favoriser la participation sociale (RIPPH, 2015). De plus, les habitudes de vie sont étroitement liées à celles de nos proches.

L'entrée en EHPAD est souvent un évènement douloureux pour le cercle familial de la personne âgée. Thierry Darnaud (DARNAUD, 2012), psychologue clinicien,

évoque ce bouleversement familial en parlant de « *rupture* », de « *déchirement* ». Certaines familles sont contraintes de choisir à la place de la personne âgée, elles culpabilisent donc à l'idée de « placer » leur proche en EHPAD (DARNAUD, 2012). Enfin, nous pouvons penser que lorsque la personne âgée est en « maison de retraite », les problèmes se réduisent. Or, s'il est communément admis que le placement en EHPAD est suivi d'une atténuation des problèmes, certaines familles, ont néanmoins « *l'impression que depuis que leur aîné est en maison de retraite, son état de santé se dégrade très vite* » (DARNAUD, 2012).

Face à ces bouleversements, la personne âgée peut-elle être résiliente ?

3. La résilience de la personne âgée

3.1 Définition du concept de résilience

3.1.1 Une ou des définitions ?

Il est difficile de donner une définition précise de la résilience. Selon Serge Tisseron (TISSERON, 2008), il n'existerait pas « *une résilience* » mais « *des résiliences* ». De plus, Michel Delage (DELAGE, 2014) estime que la résilience fait l'objet de nombreuses confusions. Certains auteurs tels que Norman Garmezy (GARMEZY in TISSERON, 2008) définissent la résilience en l'identifiant aux capacités d'adaptation. En revanche, Michel Delage (DELAGE, 2014) pense que la résilience n'est pas synonyme d'adaptation. L'étymologie latine du mot « résilience » renvoie à l'idée de « *rebondir* » ((FINE, 1991), (KAGAN et PELLERIN, 2014)) : c'est un renouvellement psychique positif malgré les traumatismes de la vie. Enfin, selon Boris Cyrulnik, la résilience est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'un issue négative.*» (CYRULNIK, 1999).

3.1.2 La notion du traumatisme dans la résilience

Les définitions des auteurs sur la résilience (Cyrulnik, Kagan, Pellerin, Ribes, Ploton...) évoquent toutes le traumatisme. Selon Gérard Ribes (RIBES, 2006), nous pouvons parler de résilience seulement en présence d'un traumatisme. Que

pouvons-nous dire du traumatisme ? Gérard Ribes (RIBES, 2006) évoque trois dimensions pour le définir :

- La « *sidération de la pensée* » : la personne ne comprend pas ce qu'il lui arrive.
- L' « *effraction dans l'intimité* » : c'est la fracture de son « *enveloppe psychique et physique* »
- La « *rupture sociale* » : la personne se retire de son environnement social, « *elle se perçoit stigmatisée par le traumatisme* ».

En revanche, pour Serban Ionescu (SENK, 2012) la résilience ne doit pas seulement être assimilée aux traumatismes. Lors d'une interview, Serban Ionescu s'explique sur le sujet : « *contrairement à une opinion assez répandue, le mot « résilience » ne renvoie pas seulement aux traumatismes psychiques (...) ainsi, l'adversité peut prendre la forme d'un événement traumatique comme le tsunami ou peut être chronique comme lorsqu'on est en situation de chômage de longue durée.* » (SENK, 2012).

3.1.3 Les ressources internes et externes

L'histoire et les expériences construisent les ressources individuelles d'une personne. Puis, l'environnement (social, physique) prend une place prépondérante dans l'expression de ses ressources internes, si celui-ci est sécurisant et positif, il favorisera les ressources individuelles pour faire face aux bouleversements (CYRULNIK, 2014). En résumé, le processus de résilience se met en place à l'aide de ressources internes et de ressources externes (DELAGE, 2014).

3.2 La résilience du sujet âgé vivant en EHPAD

3.2.1 La résilience et le vieillissement

La résilience a beaucoup été étudiée chez les enfants. D'ailleurs, Emmy Werner, considérée comme la pionnière du concept de résilience, s'est longtemps intéressée au développement des enfants ayant vécu des bouleversements (TISSERON, 2008). Par la suite, des chercheurs (Cyrułnik, Delage, Ribes, Anaut,

Ionescu...) ont commencé à orienter leurs études chez la personne âgée résiliente. Lors d'une interview, Boris Cyrulnik (MARTIN, VINCENT et SPIRE, 2009) précise que la vieillesse n'est pas un traumatisme. Ce n'est pas la vieillesse en tant que telle qui est bouleversante, mais toutes les pertes qu'elle engendre (la perte d'un proche, la perte des capacités physiques...). En 2014, Boris Cyrulnik rappelle que « *cette résilience doit être considérée comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes* » (CYRULNIK, 2014).

3.2.2 Un lien entre l'âge et la résilience ?

La résilience est possible à tout âge, même à un âge avancé. D'ailleurs lors d'un entretien en 2012 avec la journaliste du Figaro Pascale Senk, Serban Ionescu parle d'une étude effectuée en Suède et en Belgique montrant que « *le niveau de résilience augmente avec l'âge* » (SENK, 2012).

3.2.3 Un résident en EHPAD peut-il être résilient ?

L'EHPAD peut-il être un lieu opportun à la résilience malgré la dépendance, les deuils et le contexte d'institutionnalisation ? Le cadre de vie et l'environnement humain sont essentiels dans le développement et la stimulation de la résilience (CYRULNIK, 2014). Ainsi, l'EHPAD peut être un lieu encourageant et incitant à « rebondir » à condition de rendre ce lieu sécurisant et facilitateur au développement individuel des résidents.

Que se passe-t-il quand celui-ci est négligé ? L'institutionnalisation peut fragiliser la personne âgée. Brouillet Denis et Deborah Dressaire (BROUILLET et DRESSAIRE, 2006) exposent dans leur étude, une corrélation entre l'institutionnalisation des personnes âgées et la difficulté pour verbaliser ses émotions et utiliser son imagination. De plus, ils démontrent que le résident abandonne au fur et à mesure les stratégies de « faire face ». Pour les auteurs, il est important de préserver l'imagination et le rêve à l'aide de projets au sein de l'institution.

Dans une interview, Louis Ploton indique que les personnes âgées peuvent retrouver une nouvelle « énergie » dans un EHPAD, mais tout ceci dépend des situations de vie personnelles (SENK, 2014). C'est pourquoi, parler de la résilience dans ce

contexte institutionnel est cohérent, puisque cela est possible. La résilience doit être au centre du projet de la personne, comme l'atteste Hazif-Thomas (HAZIF-THOMAS, 2015) « *cette brasse de résilience peut aussi être au cœur d'un projet de sollicitation (...)* ». Mais, quels sont les facteurs facilitant la résilience ?

3.3 Les facteurs favorisant la résilience

3.3.1 Les activités

Les facteurs de résilience sont différents selon l'histoire de chacun (PLOTON et SERVIAN, 2014). Cependant, ils se développent à travers les activités et l'entourage. Selon Jean-Marie Barbier, « *l'activité est l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif (...)* » (BARBIER, 2015).

Les activités permettent de fonder les compétences nécessaires à la résilience comme la créativité, l'humour et la sociabilité. Marie Anaut (ANAUT, 2014) souligne l'importance de la créativité et de l'humour dans le processus de résilience. La créativité, c'est la capacité à inventer, à développer l'imaginaire (LAROUSSE, 2015). Elle s'exprime lors des activités dans lesquelles la personne s'investit. Incontestablement, il est possible d'être à la fois créatif en cuisinant, en dessinant, en écrivant ou en faisant bien d'autres activités (ANAUT, 2014). Par exemple, une personne âgée qui apprécie de faire du tricot pour ses petits-enfants, stimulera sa créativité en choisissant les couleurs ou les motifs. Puis, lorsqu'elle offrira sa création, celle-ci se sentira valorisée. Finalement, pouvoir créer est une manière de donner un sens à sa vie, de laisser des empreintes de son passage (ANAUT, 2014).

L'activité en groupe génère des liens sociaux et peut rassembler les personnes autour d'un projet commun.

En outre, l'utilisation de l'humour est bénéfique. Une personne âgée qui se sert de l'humour relativisera plus facilement ses difficultés. Cela aura pour effet de favoriser ses relations sociales (ANAUT, 2014). Il est donc fondamental d'être en interactions avec les autres afin de se sentir utile, de pouvoir imaginer et créer, pour « rebondir ».

La motivation est également un critère essentiel dans le processus de résilience. Selon Hazif-Thomas Cyril « *la motivation renvoie au sens et un goût du mouvement*

de la vie, de l'élan vital » (HAZIF-THOMAS et THOMAS, 2014). Ainsi, la personne âgée doit pouvoir trouver du sens aux activités afin qu'elle ait l'envie et le plaisir d'y participer.

Enfin, pour Yves Kagan et Jérôme Pellerin les activités doivent être réalisables pour la personne âgée: « *la résilience est alors possible à condition de ne pas mettre en échec la personne en attendant d'elle ce qu'elle ne peut plus faire* » (KAGAN et PELLERIN, 2014).

3.3.2 L'aptitude à donner du sens

Chacun a besoin de donner du sens aux souvenirs et cela, est d'autant plus vrai en vieillissant (DELAGE, 2014). Une personne âgée a plus d'expériences de vie, de souvenirs, et donc d'autant plus de choses à partager (CHAN, CHAN, LAM et al, 2009). Ainsi, Boris Cyrulnik montre l'importance de « l'activité narrative » dans ce processus de résilience, « *chez la personne âgée, l'identité narrative est plus forte que jamais (...) avec l'âge, elle veut comprendre ce qui s'est passé. Ainsi, les deux mots clés de la résilience, l'affect et le sens* » (CYRULNIK, 2014). Cette activité narrative s'allie de photos, de lettres, de musiques, d'un atelier, d'un groupe d'échange etc. ((DELAGE, 2014), (CHAN, CHAN, LAM et al, 2009)). Prendre le temps d'écouter la personne âgée est essentiel, car elle a besoin de faire le « *bilan de sa vie* » afin de créer de nouveaux projets (ANAUT, 2014).

3.3.3 Un tuteur de résilience

Pour qu'une personne âgée soit résiliente, elle a besoin des autres (KAGAN et PELLERIN, 2014). En effet, comme nous l'avons vu préalablement, les ressources internes s'expriment à l'aide d'un appui extérieur (PLOTON et SIRVAN, 2014). Afin d'entrer dans un processus de résilience la personne âgée aurait besoin d'un tuteur. D'après la définition du dictionnaire Larousse un tuteur est « *une personne qui sert d'appui, de soutien, de protection* » (LAROUSSE, 2015). Le tuteur de résilience est valorisant, c'est une personne ressource pour la personne âgée. Jacques Gaucher et Gérard Ribes le définissent comme quelqu'un dont le « *regard porté sait se détourner des stéréotypes de fragilité, pathologie, dépendance (...)* », et expliquent que « le

tuteur est un facilitateur par la parole et par ses actes (...) » (GAUCHER et RIBES, 2014)

Qui sont les tuteurs de résilience ? D'après Ploton (PLOTON, 2012), tout le monde peut-être tuteur de résilience à condition de soutenir et rassurer la personne. Ainsi, un soignant, un proche peuvent être des tuteurs pour la personne âgée et peuvent interagir ensemble. Michel Delage (DELAGE, 2014) identifie quatre cercles de résilience qui interfèrent conjointement. Ils sont représentés par un schéma visible en annexe (ANNEXE III).

Une personne âgée est donc capable d'entrer dans un processus de résilience à l'aide de ses ressources personnelles mais aussi des ressources extérieures. Un résident en EHPAD est en permanence en interaction avec les soignants, ils peuvent donc être des tuteurs de résilience pour celui-ci. Pour conclure, le modèle « Casita » de Lecomte et Vanistendael (LECOMTE et VANISTENDAEL in TISSERON, 2008) qui s'inspire de la pyramide de Maslow, résume les différentes composantes de la résilience en utilisant la métaphore d'une maison (ANNEXE IV).

4. L'ergothérapeute

4.1 L'ergothérapeute, un professionnel de la santé

4.1.1 Définition

L'ergothérapie est une branche du paramédical, méconnue du grand public. L'étymologie de ce mot en dit long sur son action. En effet, l'ergothérapie provient du grec « *ergon* » qui désigne activité et « *therapia* » qui signifie « soin », le soin par l'activité (CNRTL, 2015). Ainsi, les ergothérapeutes pratiquant cette discipline sont des professionnels de santé qui s'intéressent aux activités humaines. L'ergothérapeute permet aux personnes en situations de handicap de continuer leurs activités tout en prenant en compte le sujet dans sa globalité (ANFE, 2015).

4.1.2 L'activité pour la santé

Afin de comprendre ce que nous entendons par activité dans l'ergothérapie, nous définirons en premier lieu les différents termes désignant l'activité. Le mot « *occupation* » est employé par les ergothérapeutes anglophones alors que les ergothérapeutes francophones parlent d' « *activités signifiantes et significatives* » (LEONTIEV in MOREL-BRACQ, 2013). Les « *activités significatives* » ont une valeur sociale, par exemple prendre sa douche et s'habiller. Les « *activités signifiantes* » quant à elles, ont du sens pour la personne, comme les loisirs. Ces activités sont essentielles pour l'Homme, et sont une manière d'exister à travers le regard des autres, de se sentir valorisé et utile dans la société ((TROUVE, 2011), (EAKMAN, 2012)). D'ailleurs, selon Francine Ferland, l'activité serait un « *besoin fondamental d'agir, (...) aussi nécessaire à l'humain que boire et manger* » (FERLAND, 2014).

4.1.3 L'ergothérapeute en EHPAD

L'EHPAD est une structure dans laquelle vivent des personnes âgées présentant des restrictions de participation dans leurs activités. Ils présentent des situations de handicap suite à une perte d'indépendance et/ou d'autonomie. L'ergothérapeute intervient dans cet établissement, pour que la personne âgée puisse continuer ses activités de la vie quotidienne. Ses missions sont très diverses, il intervient auprès du résident et de l'ensemble de l'équipe. Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG), ses missions sont les suivantes : « *Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents. Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort, de sécurité* » (AFEG, 2015).

4.2 L'ergothérapie et la résilience

Nous ferons ici le choix de ne pas associer l'ergothérapeute à un tuteur de résilience. D'une part parce que plusieurs personnes soutiennent le sujet âgé dans le processus de résilience. D'autre part parce qu'il est difficile pour l'ergothérapeute de se prétendre tuteur de résilience. En effet, selon Ploton et Sirvan « *quelles que soient les bonnes volontés et les intentions des tiers, la résilience reste une alchimie*

entre les différents acteurs qui n'est pas reproductible, et que nul ne pourra s'autoproclamer « tuteur labellisé » » (PLOTON et SIRVAN 2014). Cependant, l'ergothérapeute favorise des facteurs de résilience à travers ses compétences spécifiques et par un travail interprofessionnel.

4.2.1 Une relation de soin

L'ergothérapeute doit disposer de compétences relationnelles notamment parce que son travail est au cœur des relations humaines. La relation de soin est centrale dans l'accompagnement du résident. En effet, pour Philippe Barrier, il est primordial de « *soigner la relation* » car c'est justement « *la qualité de la relation qui va faire la qualité des soins* » (BARRIER, 2010). Selon une étude effectuée par la fondation Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé (MACSF, 2014), la communication et l'écoute seraient les principales clés pour entretenir une « bonne relation ». Pour Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre (BIOY, BOURGEOIS et NEGRE, 2003), l'empathie c'est-à-dire la capacité à se mettre à la place de l'autre, favorise la communication entre soignant et soigné. Le langage corporel (le ton de la voix, le regard, la posture...) est tout aussi essentiel dans une relation de soin (BIOY, BOURGEOIS et NEGRE, 2003). Le relationnel permettra d'installer une confiance entre le soignant et le soigné. En effet, en prenant le temps d'écouter le résident, l'ergothérapeute favorisera l'intersubjectivité du résident. Toute l'équipe soignante est d'ailleurs concernée par la « qualité de la relation ». Pour conclure, Michel Delage affirme que les professionnels de santé peuvent « *constituer un niveau de résilience (...)* » mais « *cela nécessite de pouvoir être attentif à une clinique relationnelle, c'est-à-dire à une clinique capable de réfléchir à l'intersubjectivité* » (DELAGE, 2014).

4.2.2 Favoriser l'activité

L'ergothérapeute favorise l'activité humaine à travers plusieurs de ses compétences. Tout d'abord, il évalue les besoins et les capacités du résident. En effet, selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute (MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT, 2010), il procède à des entretiens, des évaluations afin d'établir avec le résident des objectifs ergothérapeutiques. Ces

évaluations et entretiens permettent de connaître l'histoire du résident, ses besoins, ses habitudes de vie, d'appréhender son individualité.

Une fois les évaluations terminées, l'ergothérapeute analyse l'activité. Il se pose alors plusieurs questions sur celle-ci : Que va-t-elle apporter au résident ? Que représente-t-elle pour celui-ci ? Quelles capacités physiques et cognitives va-t-il avoir besoin de solliciter pour réaliser l'activité ? Quelle posture doit-il avoir ? (MOREL, 2006)

De plus, l'ergothérapeute réalise « *des soins et des activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion sociale* » (MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT, 2010), pour que la personne puisse avoir « *un certain contrôle de sa vie* » dans cette activité (MOREL, 2006). Il s'appuie sur les ressources internes de la personne âgée et lui apporte des stratégies adaptatives, notamment dans les gestes de la vie quotidienne (ANFE, 2015) avec par exemple la préconisation d'aides techniques. Finalement, comme l'atteste Boris Cyrulnik un « *bon fonctionnement ne veut pas dire retour à l'état antérieur, il peut signifier aussi acceptation de la perte et l'optimisation compensatoire de ce qui fonctionne encore bien* » (CYRULNIK, 2014). Ainsi, retrouver une activité et des habitudes de vie significatives et significatives pour la personne améliore l'estime de soi et donne du sens à la vie (MOREL, 2006).

4.2.3 L'ergothérapeute et le travail d'équipe

Les professionnels qui mobilisent leurs compétences vers des objectifs communs réalisent un travail interprofessionnel (BIOY, BOURGEOIS et NEGRE, 2003). Le travail de l'ergothérapeute est en partie cohérent parce qu'il s'inscrit dans une dynamique interprofessionnelle.

PHASE EXPERIMENTALE

La réalisation d'une enquête expérimentale a permis de vérifier les hypothèses sur le terrain ainsi que de mettre en parallèle la théorie et la pratique.

1. Méthodologie des entretiens

1.1 Choix de la méthode

Une méthode qualitative a été choisie lors de cette recherche afin de saisir pleinement l'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD. Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été réalisés.

Cette méthode paraît être la plus appropriée pour répondre à la problématique. En effet, selon Geneviève Imbert (IMBERT, 2010) « *le processus de la recherche qualitative s'avère (...) particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé, de la psychologie (...)* », dans la mesure où la méthode qualitative favorise les échanges humains et l'intersubjectivité. Elle permet de recueillir un ensemble de données riches et diversifiées toute en introduisant un contact direct avec notre interlocuteur, permettant ainsi de saisir ses perceptions, ses idées et ses ressentis. Dans un entretien semi-directif, la personne s'exprime librement autour de thèmes orientés. Selon De Ketele et Roegiers, les données recueillies sont donc de « *bonnes qualités* » (DE KETELE et ROEGIERS in IMBERT, 2010).

Par ailleurs, lors de l'enquête, il a été souhaitable de rencontrer les ergothérapeutes sur leur lieu de travail afin de pouvoir appréhender au mieux leurs comportements non verbaux et leur environnement. Une rencontre en face à face paraissait essentielle pour établir une relation de confiance entre l'enquêteur et la personne interrogée et ainsi favoriser la richesse des échanges.

Les ergothérapeutes réalisent régulièrement des entretiens pour connaître le patient, le résident dans sa globalité. C'est pourquoi, en tant que futur ergothérapeute, il semble nécessaire de maîtriser ce procédé. Au cours des entretiens, Geneviève Imbert indique que « (...) *le chercheur doit être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite tout en gardant la « juste distance »* » (IMBERT, 2010). En effet, l'écoute, la

curiosité et la patience ne sont-ils pas des compétences nécessaires au métier d'ergothérapeute ?

1.2 Méthode d'enquête

Préalablement aux entrevues, un guide d'entretien a été établi (ANNEXE V). Ce guide a été élaboré en incluant systématiquement la question de recherche initiale, à savoir : **en quoi l'ergothérapeute peut-il solliciter les facteurs de résilience chez la personne âgée vivant en EHPAD ?** Chaque question comporte un objectif spécifique relatif à l'étude (ANNEXE VI). La formulation des questions a été attentivement rédigée afin de ne pas influencer sur les réponses des ergothérapeutes. Puis, des questions ouvertes ont été rédigées pour que ces derniers puissent s'exprimer librement.

Les interrogations ont été classées en trois thématiques : renseignement général, intervention de l'ergothérapeute en EHPAD et ressenti du résident en ergothérapie.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes sont interrogés sur leur expérience professionnelle. Puis, ils sont questionnés sur leurs missions auprès des résidents, de la famille et de l'équipe. Enfin, le dernier thème évoqué, permet d'apprécier l'avis de l'ergothérapeute sur le ressenti de la personne âgée lorsqu'elle participe en ergothérapie. Pendant l'entretien, des questions de relance sont utilisées par l'enquêteur afin d'approfondir la réflexion d'un thème. Le guide d'entretien a été validé par le maître de mémoire.

Un formulaire de consentement (ANNEXE VII) a été distribué à chaque personne interrogée afin de garantir le respect de l'anonymat et la confidentialité des réponses. De plus, ce formulaire a permis de s'assurer de leur accord écrit, pour l'enregistrement des échanges. Chaque ergothérapeute a été contacté par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous et cinq entretiens ont été réalisés.

1.3 Population interrogée

Pour cette enquête, des ergothérapeutes ont été interrogés afin de connaître l'ensemble des facteurs de résilience qu'ils sollicitent auprès du résident.

Les critères d'inclusion sont les suivants : les **ergothérapeutes travaillant dans un EHPAD**.

Les critères d'exclusion sont les suivants : les **ergothérapeutes ne travaillant pas dans un EHPAD**

Pour des raisons d'organisation, seuls les ergothérapeutes travaillant dans la région Normandie et Ile de France ont été contactés, principalement ceux en contact avec l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse (IFELM), via les terrains de stage. Un ergothérapeute a également été sollicité par le biais d'un réseau social.

Tous les professionnels contactés, ont accepté de nous rencontrer et de nous accueillir sur leur lieu de travail. Le temps des entretiens ont durée de trente minutes à une heure.

1.4 Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de la recherche est d'appréhender l'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD afin de découvrir les facteurs de résilience qu'il sollicite chez le résident. A travers la partie conceptuelle, nous avons compris l'importance de l'environnement humain dans le processus de résilience. Incontestablement, l'ergothérapeute en fait partie. C'est pourquoi, ses compétences auprès de la personne âgée doivent être identifiées afin de comprendre quels sont les facteurs de résilience. Il faudra donc nous intéresser aux objectifs et aux moyens de son intervention auprès du résident.

De plus, il est souhaitable de montrer la spécificité d'un ergothérapeute vis-à-vis des autres professionnels. Quels sont les objectifs et les moyens caractéristiques de son intervention ?

Des exemples concrets de prise en charge ont été recherchés au cours des entretiens. Il paraît essentiel de saisir le cheminement (le but, les objectifs, les moyens, l'organisation...) de son intervention pour identifier l'apport de l'ergothérapeute dans le processus de résilience chez le résident.

2. Analyse des entretiens

2.1 Méthodologie de l'analyse

L'enregistrement des entretiens a permis d'effectuer une analyse fine et détaillée. En effet, les expressions et les mots utilisés par les interlocuteurs ont été retranscrits tels quels. Les enregistrements ont été écoutés à plusieurs reprises afin de retranscrire fidèlement les échanges. La transcription intégrale des entretiens et leur relecture attentive ont permis de mieux se les approprier.

Une analyse transversale a été privilégiée pour l'exploitation des résultats. Les cinq entretiens ont été mis en commun et un ensemble de thèmes précis a été exploité parmi ceux qui avaient été abordés par les personnes interrogées. Ainsi, un classement par thématique a été fait à l'aide d'un code couleurs, comme celui-ci :

Ergothérapeute 1 Ergothérapeute 2 Ergothérapeute 3 Ergothérapeute 4 Ergothérapeute 5

Ce code couleurs a permis d'identifier les ergothérapeutes qui s'exprimaient. Après ce classement, une analyse précise a été effectuée. En effet, les similitudes et les spécificités de chaque entretien ont été étudiées. Toutes les entrevues ont été riches et constructives à l'étude.

2.2 Orientation de l'analyse

Dans notre analyse, nous ferons le lien entre les compétences de l'ergothérapeute et les facteurs favorisant la résilience. Puis, nous nous attacherons à la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et le résident.

En d'autres termes, dans cette analyse nous nous intéresserons au rapport qu'il y a entre l'intervention de l'ergothérapeute et la résilience du résident.

2.3 Exploitation des résultats

Présentation des ergothérapeutes interrogés

Les personnes interrogées possèdent des expériences différentes en EHPAD. Afin de préserver l'anonymat, elles seront nommées ergothérapeute 1, 2, 3, 4 et 5.

L'ergothérapeute 1 est une femme, diplômée depuis juin 2015, elle travaille en EHPAD depuis huit mois et c'est son premier poste. Elle l'occupe à temps plein.

L'ergothérapeute 2 est une femme, diplômée depuis 1997, elle exerce en EHPAD depuis 2005 à mi-temps, c'est une création de poste. Le reste du temps elle travaille dans une autre structure de type SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) en gériatrie.

L'ergothérapeute 3 est un homme, diplômé depuis 1999. Il exerce en EHPAD depuis 2008. Il travaille à mi-temps dans deux EHPAD différents.

L'ergothérapeute 4 est une femme, diplômée depuis cinq ans et demi. Elle a toujours travaillé dans un EHPAD. Elle possède deux mi-temps, dans deux EHPAD différents.

L'ergothérapeute 5 est un homme, il exerce à mi-temps en EHPAD depuis 2008. Le reste du temps, il travaille dans un autre type d'établissement.

A l'issue des cinq entretiens, leurs compétences à solliciter certains facteurs de résilience ont été mise en évidence.

La thérapie par et pour l'activité

Lorsqu'ils sont interrogés sur leurs missions auprès du résident, les cinq ergothérapeutes évoquent la mise en place de soins par l'activité. En effet, l'activité prend une place prépondérante dans la stimulation des facteurs de résilience. Elle est le fondement de l'ergothérapie, comme l'exprime l'un des ergothérapeutes interrogés, « *forcément, je ne suis pas ergothérapeute pour rien, il y a de l'activité dans mes missions* » (ergothérapeute1). De plus, les ergothérapeutes favorisent la participation du résident dans les activités. « *L'une de mes missions c'est le retour à l'activité ou poursuivre une activité et voir les objectifs personnels de chaque résident pour l'emmener vers l'activité* » (ergothérapeute 5). Ainsi, ils mettent en place des ateliers collectifs et des suivis individuels auprès des résidents.

L'ergothérapeute met en place des ateliers collectifs

Sur les cinq ergothérapeutes interrogés, quatre (*ergothérapeute 1, 2, 4, 5*) mettent en place un atelier équilibre au sein de l'établissement. Les objectifs formulés par les quatre professionnels sont les suivants : maintenir les capacités résiduelles du

résident, favoriser son indépendance dans les actes de la vie quotidienne et diminuer les chutes. Puis, ils précisent que cet atelier va aussi créer des liens sociaux, des échanges et de l'entraide. *« En atelier équilibre, ils vont se motiver entre eux. Quand il y a un résident qui fait un exercice et qui dit « oh, non je ne vais pas y arriver, je suis fatigué », les autres membres du groupe répondent « mais si, allez, c'est bien ce que vous faites ». Ils sont vraiment dans l'entraide et dans l'encouragement»* (ergothérapeute 1). *« Dans un groupe, l'objectif est de créer un moment de convivialité, d'essayer de créer des bons souvenirs »* (ergothérapeute 2). Manifestement, selon les quatre ergothérapeutes, la convivialité et l'ambiance du groupe sont des objectifs essentiels pour favoriser la participation des résidents.

Par ailleurs, trois des personnes interrogées (ergothérapeutes 1, 2, 5) mettent en place des ateliers cuisine. Au regard des ergothérapeutes, le groupe cuisine est très apprécié par les résidents. L'ergothérapeute 2, dit en organiser régulièrement : *« l'atelier cuisine marche très bien en EHPAD, car ça rappelle les odeurs de la maison, redonne confiance aux gens, car ils retrouvent des capacités antérieures. J'en ai fait plein, ça leur donne un rôle social »* (ergothérapeute 2). Durant l'activité, l'ergothérapeute 1 accompagne deux résidents pour faire les courses. Ainsi, selon ses dires, cette sortie est non seulement essentielle pour garder un rôle social, mais surtout pour garder un lien avec l'extérieur.

Deux ergothérapeutes (ergothérapeute 2, 5) mettent également en place un atelier, appelé réminiscence. *« On choisit un thème par exemple, « comment on s'occupait des enfants dans le temps » etc. Finalement, on essaye de trouver des objets du passé. Tout revient, les résidents se souviennent de tous les objets (...). Ça fait sens pour eux. Ils sont libres dans la parole. Le principe c'est de laisser venir, il ne faut pas forcer »* (ergothérapeute 2). L'ergothérapeute 5, vient à l'atelier avec une valise remplie d'objets. *« Dedans (...), je peux mettre des photos, des objets (...) »*. Ainsi, selon les deux ergothérapeutes leurs objectifs sont les suivants : rappeler aux résidents leurs activités passées, favoriser l'échange, le partage d'expériences et stimuler la mémoire. Incontestablement, cet atelier favorise l'activité narrative, les résidents parlent de leur histoire.

L'ergothérapeute 3 travaille avec les résidents autour d'un grand projet. *« La psychomotricienne et moi mettons en place un projet un peu « fou », mais qui commence à bien prendre forme. Donc, on est parti pour créer une comédie musicale, de théâtre avec les résidents pour le mois de juin, ce qui donne la mise en*

place de plusieurs ateliers différents (atelier danse, atelier chorale, atelier rythme et percussion, ateliers de décors et de création de costume...) » (ergothérapeute 3). A travers ce discours nous pouvons identifier plusieurs objectifs. Tout d'abord, stimuler la créativité et l'imagination. Puis, fédérer les résidents autour d'un même projet.

En conclusion, à travers ces divers exemples d'interventions collectives de l'ergothérapeute, nous retrouvons des objectifs essentiels au processus de résilience : stimuler la créativité, l'imagination, favoriser les liens sociaux, préserver un rôle social et le lien avec l'extérieur, fédérer les résidents autour d'un même projet.

Les ergothérapeutes réalisent des interventions individuelles mais ils leur manquent du temps

L'ensemble des ergothérapeutes expriment un manque de temps considérable pour effectuer des suivis individuels. « *En étant à mi-temps, c'est très difficile de faire des prises en charge individuelles* » (ergothérapeute 3). C'est pourquoi, ils interviennent ponctuellement. Les cinq ergothérapeutes déclarent voir le résident seul pour travailler les transferts, aménager la chambre, optimiser l'installation au lit et au fauteuil, dans l'objectif de favoriser le bien-être du résident. D'ailleurs, lors de l'entretien, l'ergothérapeute 4 évoque toute l'importance de ce travail : « *l'installation, le positionnement font partie de mes missions. Quand le résident arrive et qu'il a besoin d'un fauteuil roulant adapté, je m'en occupe. Le matériel est très important. Par exemple, si le fauteuil casse, après la personne n'aura plus aucune confiance* » (ergothérapeute 4).

De plus, deux des personnes interrogées (ergothérapeute 2, 3) pratiquent la méthode du snoezelen dans l'objectif de diminuer la douleur et les troubles du comportement de certains résidents. « *C'est bien pour la gestion de la douleur ou les troubles des comportements. C'est aussi un moment où ils verbalisent, ils parlent du passé, ça évoque des souvenirs. Il y a des thèmes, la mer, la forêt... Ça leur rappelle beaucoup de choses* » (ergothérapeute 2).

Par ailleurs, les cinq ergothérapeutes interviennent pour des toilettes thérapeutiques. Trois d'entre eux sont formés à la méthode Humanitude[®]. « *Je suis formée à Humanitude[®], donc je suis interpellée pour aider aux toilettes quand les gens sont très agressifs etc...pour essayer de trouver la bonne méthode (être à deux, mettre*

de la lumière...), on s'est rendu compte qu'avec la musique préférée des gens, la toilette est plus facile et plus agréable pour la personne » (ergothérapeute 2).

Les ergothérapeutes citent également d'autres exemples de prise en charge individuelle et regrettent de ne pas pouvoir en faire régulièrement. Ils citent notamment le « *travail de l'écriture* », « *la reprise d'une activité signifiante (le crochet) auprès d'une résidente* » (ergothérapeute 1), « *la rééducation des préhensions par l'intermédiaire d'activités manuelles* » et « *prise en charge individuelle pour un fauteuil roulant électrique* » (ergothérapeute 2).

L'ergothérapeute 4 déplore ce manque de temps et explique tout ce qu'elle aurait voulu mettre en place : « *J'aurais voulu mettre en place de la rééducation à l'écriture, mais le temps manque. Je l'ai fait avec une dame un mois ou deux. Toutes les semaines, on travaillait sur des exercices de graphisme pour qu'elle arrête de trembler. La dame voulait pouvoir signer ses chèques toute seule. C'est vraiment une activité significative, quotidienne, elle veut faire des chèques à ses enfants et à ses petits-enfants pour leur faire des cadeaux, sauf que pour ça, il faut qu'elle puisse signer et remplir son chèque toute seule. D'où le travail d'écriture* » (ergothérapeute 4).

Ainsi, les ergothérapeutes interviennent rarement dans des prises en charge individuelles par manque de temps. Lorsque nous leur en demandons les raisons, les cinq répondent, que le positionnement et la gestion du matériel leur prennent un temps considérable. De plus, rappelons-le, quatre ergothérapeutes travaillent à mi-temps (ergothérapeute 2, 3, 4, 5). Ils mettent en évidence l'importance d'un suivi cohérent de l'intervention. « *La prise en charge individuelle, le problème c'est qu'elle ne pourrait pas être suivie. Il n'y a donc pas de sens, car faire pour faire n'est pas cohérent* » (ergothérapeute 3).

Manifestement, les suivis individuels en ergothérapie sont essentiels pour prendre en compte l'intersubjectivité du résident, un facteur essentiel à la résilience. « *En individuel, on travaille vraiment les activités qui ont du sens pour la personne* » (ergothérapeute 2). Plusieurs mots reviennent durant les cinq entretiens pour qualifier les suivis individuels : « *désirs du résident* », « *besoins du résident* », « *globalité de la personne* ». Deux professionnels (ergothérapeutes 3, 4) pensent que durant une prise en charge individuelle, l'ergothérapeute prend plus le temps d'écouter la personne âgée. « *En individuel, l'objectif, c'est l'écoute, stimuler les*

facteurs personnels du résident. Je prends vraiment le temps de l'écouter » (ergothérapeute 3). « *A la fois on est pris sur le planning mais d'un côté quand je me libère une heure, je peux passer une heure entière avec le résident* » (ergothérapeute 5).

Ainsi, c'est parce que l'ergothérapeute s'intéresse à ce que la personne aime (activités signifiantes) et à son histoire, qu'il arrive à favoriser des facteurs essentiels à la résilience, c'est-à-dire l'intersubjectivité et l'activité narrative.

Le choix des activités

Selon les cinq ergothérapeutes, les activités en ergothérapie sont proposées en fonction des besoins, des envies, des capacités et des objectifs personnels du résident. Puis, deux ergothérapeutes nous expliquent que les soignants peuvent orienter le choix des activités dès qu'ils remarquent de réels besoins. L'ergothérapeute 5 dit que le matériel mis à disposition par la structure, oriente considérablement le choix des activités. Enfin, pour deux ergothérapeutes, la prescription médicale participe au choix.

Mais les activités sont-elles choisies par les résidents ? Les cinq ergothérapeutes interrogés précisent que les activités proposées ne sont pas imposées. Cependant, dans une intervention individuelle, l'ergothérapeute laisse choisir le résident alors que dans une intervention collective, il propose et ajuste en fonction des besoins, des envies et des remarques des résidents : « *Pour les ateliers collectifs, on propose aux résidents, on n'impose pas, mais parfois, on oriente et on leur explique ce que cela peut leur apporter (...)* » (ergothérapeute 3). Toutefois, les résidents gardent tout de même une marge d'autonomie par exemple, pour l'atelier théâtre organisé par l'ergothérapeute 3 : « *l'histoire on l'a travaillé avec les résidents, pour savoir de quoi ils avaient envie qu'on parle dans cette histoire et puis après on a essayé de mettre tout cela en forme pour créer une représentation finale* » (ergothérapeute 3). Néanmoins, à travers les prises en charge individuelles, l'ergothérapeute prend en compte plus aisément l'intersubjectivité du résident. « *Quand c'est de l'individuel, c'est plus facile de laisser choisir les résidents (...)* » (ergothérapeute 4).

Ainsi, lors de l'activité, l'ergothérapeute prend en compte les envies et la parole du résident. La personne âgée est actrice et lorsqu'elle ne l'est pas, elle bénéficie tout de même de l'ambiance du groupe. Une personne âgée qui choisit l'activité trouvera

du sens à celle-ci, elle sera motivée et donc plus à même à entrer dans un processus de résilience.

L'ergothérapeute travail avec l'équipe

Les ergothérapeutes réalisent des formations auprès des équipes

Tous les ergothérapeutes interrogés effectuent des formations auprès des équipes. L'ergothérapeute 2 pense qu'il est très important de former les équipes pour un suivi cohérent et pour remédier au manque de temps. *« Je trouve que le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD est essentiellement dans la formation parce qu'il n'est pas toujours là »* (ergothérapeute 2). Quatre ergothérapeutes sur cinq font des formations sur l'utilisation du matériel, les transferts et les risques d'escarre. Deux ergothérapeutes participent activement sur des groupes de travail. *« Je suis la référente d'un groupe sur le travail d'équipe, il s'appelle « grâce à chacun donner encore plus le sourire aux résidents ». Tout le monde y participe, il y a la lingère, des agents de service hospitalier, des aides-soignants, des infirmières. C'est un groupe où on va essayer de monter une formation sur la communication, le travail en équipe »* (ergothérapeute 1).

Le travail d'équipe et la co-thérapie

Les cinq ergothérapeutes interrogés mettent en avant le travail d'équipe. Tout d'abord, les ateliers mis en place par les ergothérapeutes sont fréquemment organisés en co-thérapie avec un autre professionnel. Par exemple, les ergothérapeutes 1, 3, 5 organisent les ateliers collectifs en co-thérapie avec un autre professionnel : *« On est toujours au moins deux intervenants durant les ateliers »* (ergothérapeute 3). Puis, l'ergothérapeute 2 rappelle que l'ergothérapeute est amené à travailler avec l'ensemble des professionnels.

Enfin, deux enquêtés (ergothérapeute 2, 4) nous parlent de la collaboration de l'ergothérapeute avec l'animateur, notamment dans les ateliers collectifs. Ainsi, aux yeux des ergothérapeutes 2 et 4, leur travail avec l'animateur est complémentaire et intéressant. Finalement, les ergothérapeutes possèdent des connaissances sur le handicap et la réadaptation, permettant ainsi d'adapter le matériel et l'environnement, selon les besoins et les difficultés du résident. *« Avec l'animatrice*

nous sommes complémentaires. Elle a des connaissances sur la technique de l'activité notamment avec la peinture... Et moi, je vais adapter le pinceau, lui dire qu'il faut plutôt un pinceau avec un manche gros pour une prise globale... Afin que le résident fasse l'activité dans les meilleures conditions » (ergothérapeute 4).

Nous avons vu précédemment que le travail et la cohésion d'équipe permet de favoriser des facteurs de résilience et de réfléchir ensemble à l'individualité du résident. L'ergothérapeute sollicite ainsi des facteurs de résilience à l'aide d'un travail interprofessionnel.

L'ergothérapeute recueille les informations concernant le résident et évalue ses situations de handicap

Incontestablement, tous les ergothérapeutes interrogés recueillent l'histoire de vie du résident. Avant d'effectuer une intervention, ils s'intéressent aux habitudes du résident et à ce qu'il aime. Pour cela, les cinq personnes interrogées se renseignent auprès du résident lors d'un entretien puis à l'aide d'un questionnaire d'accueil. Ensuite, quatre personnes sur cinq parmi les enquêtés disent s'informer auprès de la famille lorsqu'il leur manque des informations essentielles. Tous les interrogés s'accordent à dire que le recueil de ces informations est indispensable pour connaître l'intersubjectivité du résident, pour la mise en place d'un suivi individuel et/ou collectif et pour favoriser la participation du résident. « *Dans l'atelier réminiscence, il faut bien connaître l'histoire de vie des personnes au sein du groupe. Par exemple, certaines personnes âgées ont perdu des enfants donc ça va nous orienter dans le choix des thèmes » (ergothérapeute 2). « Il faut que les résidents y trouvent un sens pour favoriser la participation à l'activité, il y a une motivation qui est importante dans cas là » (ergothérapeute 3).*

Les cinq ergothérapeutes évaluent les situations de handicap du résident afin d'adapter l'activité en fonction de ses capacités. « *J'évalue l'autonomie et l'indépendance de la personne afin d'adapter cette activité et favoriser sa participation » (ergothérapeute 2). « Avant de faire une activité, j'évalue les capacités du résident pour qu'il ne soit pas mis en échec...Il faut que les activités quotidiennes soient adaptées » (ergothérapeute 4).* D'ailleurs, avant de mettre en place un atelier collectif, l'ergothérapeute évalue et connaît les résidents. Chaque atelier possède des objectifs précis selon les résidents qui participent. Les cinq ergothérapeutes

pensent qu'une évaluation des capacités des résidents prévient la mise en échec. « *Dans l'atelier théâtre nous avons « exclu » les gros troubles du comportement ou les troubles cognitifs de compréhension, ceux qui ont une compréhension trop altérée, ils seront en échec. Là on a un petit groupe de huit résidents et c'est un groupe fermé. Nous voulons qu'un travail évolutif se mette en place. Selon les différents ateliers nous n'avons pas mis les mêmes critères d'inclusion, car les objectifs ne sont pas les mêmes et nous ne voulons pas les mettre face à des situations d'échecs* » (ergothérapeute 3). L'ergothérapeute 4 organise un atelier pour des résidents présentant des restrictions d'activités dues à un handicap. « *Dans l'atelier dessin, on prenait des résidents qui ne pouvaient plus participer aux activités du reste de la maison parce que c'était trop compliqué à suivre. Des mots croisés pour ces personnes-là ce n'était plus possible, elles étaient là qu'en passif. Donc soit parce qu'au niveau cognitif ça devenait trop compliqué soit parce qu'ils avaient des troubles visuels ou auditifs (...)* » (ergothérapeute 4).

Ainsi, à travers l'évaluation l'ergothérapeute cherche à adapter les situations, les activités en fonction des difficultés du résident. Il ne demandera jamais à une personne âgée de faire ce qu'elle ne peut plus faire. En évitant la mise en échec, il rappelle à la personne âgée qu'elle est encore capable de faire des choses différentes. L'ergothérapeute valorise le résident et le reconforte dans ses capacités. L'estime de soi est essentielle pour rebondir quel que soit l'âge.

L'ergothérapeute remédie à la contention physique

Selon Boris Cyrulnik, pour prétendre favoriser le processus de résilience du sujet âgé, il « *importe de repérer les facteurs d'anti-résilience* » (CYRULNIK, 2014). La contention physique n'empêche-t-elle pas la résilience ? Comment pouvons-nous prédire la résilience chez le résident lorsque celui-ci n'est plus libre de ses faits et gestes ? D'après notre enquête, les ergothérapeutes cherchent des alternatives à la contention physique des résidents. En effet, les ergothérapeutes 2 et 5 disent avoir une mission importante dans sa réduction. D'ailleurs, ils en font l'un de leurs objectifs d'intervention en EHPAD. « *L'autre objectif de notre mission, c'est vraiment de lutter contre le principe de contention* » (ergothérapeute 5).

L'ergothérapeute possède des connaissances sur le matériel et évalue son suivi

L'ergothérapeute 5 conteste ouvertement ce principe. Pour lui, la contention est une solution de facilité. *« Il y a le réflexe des équipes, de dire, bon voilà, cette personne a besoin de contention. Nous, on va faire en sorte de trouver une autre solution (...) »*. De plus, l'interviewé 5 avertit sur la mise en place du matériel. En effet, il rappelle que *« l'aide technique peut-être facilitatrice pour le déplacement, (...) mais en EHPAD, ça peut être aussi un moyen de contention indirect »* (ergothérapeute 5). Pour l'ergothérapeute 5, il faut se méfier de l'aide technique, elle peut entraîner une perte d'indépendance. Ainsi, l'ergothérapeute détient une mission importante dans le suivi de l'aide technique afin d'évaluer si celle-ci est toujours aussi bénéfique. Ce savoir permet donc, de limiter la contention physique et de favoriser l'indépendance du résident.

L'ergothérapeute possède des connaissances dans les techniques de positionnement et d'installation

De plus, la connaissance des techniques de positionnement et d'installation des ergothérapeutes permet de pallier la contention comme nous le précise l'ergothérapeute 2 : *« souvent on m'appelle, on me dit que Mr X pose problème et qu'il va falloir l'attacher. Lorsque je joue sur le positionnement, souvent on n'attache pas »* (ergothérapeute 2). Par ailleurs, le travail de l'ergothérapeute avec les familles semble essentiel pour réduire l'utilisation de la contention. En effet, de nos jours, les familles sont de plus en plus procédurières. C'est pourquoi, le risque de chute du résident est de moins en moins toléré. Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute serait d'informer les familles, des risques de la contention comme l'exprime l'ergothérapeute 2 : *« pour les contentions, il y a aussi un gros travail à faire avec les familles. Parfois, elles demandent qu'on attache la personne, car elles ne veulent pas que le résident « se casse la figure », alors mon travail c'est de leur expliquer tous les méfaits de la contention. Je leur explique que le risque existe partout. Il est mieux de prendre le risque de chute que le risque de dégradation, du syndrome de régression psychomotrice ou d'une grabatisation »*.

Seuls deux ergothérapeutes sur cinq ont évoqués leurs missions contre le principe de contention. Cependant, ces deux ergothérapeutes détiennent une longue

expérience dans le domaine de la gériatrie. Ainsi, en s'intéressant au principe de contention, l'ergothérapeute agit contre un facteur d'anti-résilience.

Le résident apprécie d'aller en ergothérapie

D'après les cinq ergothérapeutes interrogés, généralement, le résident apprécie d'aller en ergothérapie même s'il ne l'identifie pas toujours comme tel.

Les personnes âgées se sentent valorisées en ergothérapie : il n'y pas de notion d'échec

Tous les ergothérapeutes interrogés s'accordent à penser que si le résident apprécie d'aller en ergothérapie, c'est parce qu'il se sent valorisé à travers les activités. L'ergothérapeute adapte l'activité en fonction des besoins et du handicap de la personne âgée. Ainsi, il n'y a pas de notion d'échec. « *Même s'il ne l'identifie pas comme de l'ergothérapie, je pense qu'il apprécie d'aller aux ateliers, car on fait en sorte que cela soit adapté à lui, il se sent donc valorisé* » (ergothérapeute 4).

La disponibilité de l'ergothérapeute dans l'écoute et un moment privilégié avec le résident

Trois ergothérapeutes sur cinq pensent que le résident se sent bien en ergothérapie car, il se sent écouté et parce qu'il passe un moment privilégié avec le thérapeute. D'ailleurs, malgré les contraintes de temps, trois ergothérapeutes disent prendre le temps lorsqu'ils sont avec le résident. « *Paradoxalement, je n'ai pas le temps, mais quand je suis avec les résidents, ou le résident je prends mon temps pour les écouter...mais je vois moins de gens* » (ergothérapeute 2).

La personne âgée trouve du sens aux activités

Les résidents trouvent du sens aux activités, c'est pourquoi ils aiment aller en ergothérapie. Deux d'entre eux pensent que c'est l'une des raisons qui favorise le plaisir du résident à venir en ergothérapie. « *La personne y trouve généralement une satisfaction, car on fait attention à ce que l'activité ait du sens pour elle. L'ambiance est bonne. Donc les deux critères que je note c'est l'empathie que je dois avoir et pas d'échec, on rassure la personne car elle est encore capable de faire des choses* » (ergothérapeute 4).

Par conséquent, le résident trouve du sens, de l'écoute et se sent valorisé en ergothérapie. Ainsi, s'il apprécie d'aller en activité, il sera plus à même d'agir au quotidien et à prendre du plaisir. N'est-ce pas important dans la résilience ?

L'ergothérapeute contribue à l'adaptation de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD

Les cinq ergothérapeutes pensent contribuer à l'adaptation du résident face à son entrée en EHPAD.

L'ergothérapeute voit la personne âgée dès son entrée, pour des aménagements quotidiens

Selon les enquêtés 2,4 et 5, l'ergothérapeute aide la personne âgée à s'adapter à sa nouvelle vie en institution parce qu'il rencontre le résident dès son entrée, pour l'aménagement de la chambre, les installations et les différentes adaptations nécessaires. *«Oui, dans la mesure où on intervient dans les choses très quotidiennes. (...) ils nous identifient tout de suite et souvent dès le début »* (ergothérapeute 4).

Cependant, ce constat semble présenter ses limites, car selon les ergothérapeutes 2, 3 et 4, ils n'ont pas le temps de voir tous les résidents dès leur arrivée. *« Je ne vois pas tous les résidents à leur entrée en EHPAD, car ils sont beaucoup »* (ergothérapeute 3). Trois ergothérapeutes sur cinq souhaiteraient participer aux visites de préadmissions. Selon eux, l'ergothérapeute aurait toute sa place, car cela lui permettrait d'identifier les habitudes de vie du résident. *« Je me bats pour assister aux visites de pré-admission. A mon avis, si l'ergothérapeute y participe, on aura plus d'information utile et pertinente pour nos prises en charge »* (ergothérapeute 1).

L'ergothérapeute s'intéresse aux habitudes de vie du résident

D'après trois personnes interrogées, ils participent à son adaptation car tout comme l'équipe, l'ergothérapeute s'intéresse aux habitudes de vies. *« Nous voyons les habitudes de vie antérieures pour essayer que ça colle au mieux en EHPAD(...). L'ergothérapeute à sa place là, pour essayer que le cadre de vie soit le plus rassurant pour la personne âgée et le plus ressemblant à ce qu'elle avait avant »* (ergothérapeute 5).

Pour trois des ergothérapeutes interrogés, les ateliers qu'ils mettent en place aident le résident à mieux vivre son entrée en EHPAD car les ateliers stimulent les relations sociales. L'ergothérapeute 3 explique l'importance de la participation des résidents, dans les activités proposées en institution. Pour cela, « *il faut que les résidents y trouvent un sens* ». Il donne un exemple, « *il y a un résident qu'on voit sur plusieurs ateliers et qui posait problème, il voulait partir, il n'avait pas envie de rester à l'EHPAD et là il s'investit beaucoup dans les ateliers, du coup il ne parle plus du tout de son départ. Il a retrouvé un certain goût à la vie* » (ergothérapeute 3). Finalement, deux des ergothérapeutes concluent en expliquant que l'ergothérapeute a une vision globale de la personne âgée et c'est ce qui permet d'aider le résident à s'adapter à son nouveau lieu de vie. L'adaptation n'est pas synonyme de résilience mais c'est sûrement le premier pas à faire avant de rebondir vers de nouveaux projets.

Les entretiens montrent que l'ergothérapeute sollicite les facteurs de résilience en s'intéressant aux activités signifiantes du résident et en favorisant sa participation dans les activités signifiantes et significatives. **Nos hypothèses sont donc validées.** Cependant, les ergothérapeutes possèdent d'autres compétences dans la sollicitation des facteurs de résilience.

LIMITE DE L'ETUDE

Cette étude se confronte à des limites. L'entretien semi-directif est un outil chronophage. Premièrement, parce que les entrevues sollicitent une organisation importante. Il faut trouver un consensus entre le chercheur et les enquêtés pour convenir d'un rendez-vous. Ainsi, il faut s'adapter aux contraintes de temps des personnes interrogées. Puis, le chercheur doit se déplacer sur les lieux de rendez-vous. Le périmètre géographique est donc restreint.

Par ailleurs, les ergothérapeutes peuvent s'exprimer librement, les rencontres durent donc longtemps. La durée des retranscriptions et de l'analyse est donc longue et demande d'être attentif aux mots qu'utilisent les interlocuteurs.

Ainsi, seulement cinq entretiens ont été réalisés. Sans compter que sur les cinq ergothérapeutes interrogés, seul un ergothérapeute travaille à temps-plein dans le même établissement. Les missions et les problématiques d'un temps-plein ne sont donc pas les mêmes qu'un temps-partiel. Dans cette recherche tous thèmes abordés durant les entretiens n'ont pas pu être étudiés. Enfin, il aurait été pertinent d'interroger des résidents en EHPAD car rappelons-le, nous nous intéressons à leur processus de résilience.

Par conséquent, notre échantillon de terrain n'est pas suffisant. Il est donc impossible de généraliser la conclusion.

DISCUSSION

Au vu des entretiens, l'ergothérapeute possède plusieurs compétences dans la sollicitation des facteurs de résilience. Tout d'abord, parce que sa première préoccupation est l'activité humaine. Puis, parce que dans ses interventions, il s'intéresse à l'intersubjectivité du résident. A travers cette partie, nous discuterons de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute en lien avec les facteurs de résilience.

1. L'importance de l'évaluation en ergothérapie

L'évaluation est le point de départ de l'intervention de l'ergothérapeute. En effet, à travers les recueils de données et les bilans, l'ergothérapeute cherche à appréhender l'individualité du résident. En procédant de cette manière, l'ergothérapeute reconnaît que chaque personne est différente et qu'il est donc nécessaire de pratiquer une évaluation afin d'adapter son intervention en fonction des besoins et des capacités du résident. Il s'informe des habitudes de vie antérieures du résident à l'aide d'un questionnaire d'accueil et d'un entretien ergothérapeutique. Lorsqu'il lui manque des informations, il n'hésite pas à contacter la famille. Le lien qu'entretient l'ergothérapeute avec les proches est essentiel, car il permet de prendre en compte le résident dans sa globalité. La famille constitue l'histoire de vie du résident. C'est pourquoi, il est cohérent d'intégrer l'entourage lors des entretiens ergothérapeutiques.

De plus, l'ergothérapeute adapte les activités de la vie quotidienne en fonction des capacités du résident afin d'éviter toute notion d'échec chez ce dernier. L'évaluation permet de proposer des activités qui ont du sens pour la personne âgée afin que celle-ci prenne du plaisir à participer aux activités.

Enfin, ce qui différencie l'ergothérapeute de l'animateur dans la mise en place d'un atelier est la capacité de l'ergothérapeute à évaluer le handicap.

Mais quels sont les bilans utilisés par l'ergothérapeute afin d'évaluer le handicap ? L'une des limites de notre recherche se trouve ici. En effet, les ergothérapeutes n'ont pas été questionnés sur les différents types de bilans utilisés. Cependant, certains ergothérapeutes ont évoqué le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou encore la Mesure Indépendance Fonctionnelle (MIF). D'autres ont parlé de l'observation. Mais peut-on dire que l'observation est une évaluation ? N'y aurait-il pas un risque d'interprétation ? Manifestement, l'observation fait partie du processus de recueil de données, mais des bilans doivent venir la compléter.

Il paraît intéressant d'utiliser des auto-évaluations de manière à impliquer le résident dans sa prise en charge. Par exemple, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) permet de prendre en compte la parole du résident. En effet, le résident y énonce ses objectifs ergothérapeutiques en expliquant au thérapeute ses difficultés du quotidien. Cet outil permet également de se renseigner sur les activités significatives du résident. En revanche, la MCRO présente des limites lorsque le résident est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au stade avancé. La MCRO demande des capacités cognitives car le résident doit être capable de communiquer et d'identifier ses problèmes du quotidien. C'est pourquoi, il paraît intéressant d'intégrer l'entourage lors de la passation du bilan pour pallier les difficultés cognitives du résident.

Il serait également très intéressant d'exploiter davantage le modèle kawa en EHPAD. La personne âgée y retrace son parcours de vie à travers la métaphore de la rivière. Cet outil favorise des facteurs de résilience car il privilégie une activité narrative.

2. L'importance des activités signifiantes et significatives

L'EHPAD est un lieu de vie au même titre qu'une maison. Il est donc important d'y conserver certaines activités malgré l'entrée en institution. A ce titre, l'exemple de la cuisine est parlant : c'est une activité caractéristique d'un lieu de vie et comme le disaient deux ergothérapeutes interrogés, les odeurs qui s'en répandent rappellent des souvenirs et rendent le lieu agréable.

La cuisine est une activité significative pour la majorité des résidents et signifiante pour certains d'entre eux. Il ne s'agit pas de faire un repas élaboré, mais de favoriser la participation des résidents, même quand il s'agit de faire un gâteau. D'ailleurs, si un résident ne verse que de la farine, il aura tout de même été acteur. Finalement, les activités significatives rappellent aux résidents qu'ils sont encore capables d'agir, de réaliser des choses du quotidien, malgré leurs difficultés. Cela leur redonne le plaisir de faire ainsi que le goût des saveurs et des odeurs.

D'autres activités sont essentielles, notamment celles qui ont du sens pour la personne âgée. Un résident présentant une situation de handicap peut rencontrer des restrictions de participation dans ses activités signifiantes. Dans ce cas-là, l'ergothérapeute l'aide à retrouver une activité qui lui apportera les mêmes bénéfices.

L'ergothérapeute détient un rôle prépondérant dans le maintien de ces activités : il est sensibilisé aux activités humaines et à l'impact qu'elles ont sur la santé. L'un des ergothérapeutes interrogés, disait « *la vie c'est vraiment le mouvement, d'où l'importance de les stimuler à travers l'activité* ». C'est par l'activité que le résident sollicitera sa créativité, son imagination et des liens sociaux qui sont des facteurs essentiels à la résilience comme l'exprimait Marie Anaut (ANAUT, 2014).

Seulement, avec les contraintes institutionnelles, certaines activités deviennent plus difficiles à mettre en place telles que l'atelier cuisine. Les normes d'hygiène et de sécurité y deviennent notamment de plus en plus strictes.

En revanche, d'autres activités significatives peuvent être préservées, par exemple mettre la table ou bien débarrasser. Il est primordial de faire participer le résident à toutes les activités de la vie quotidienne même si sa participation est minime. Il se sentira ainsi acteur et valorisé d'agir dans son environnement.

L'une des compétences de l'ergothérapeute est de former et d'informer. Il pourrait donc être intéressant de sensibiliser l'équipe soignante sur l'importance de la participation du résident dans les activités signifiantes et significatives.

3. L'importance des techniques de positionnement

En EHPAD, l'ergothérapeute est très souvent assimilé à deux missions : la gestion du matériel médical (fauteuil roulant, déambulateur...) et la technique de positionnement. Certaines personnes interrogées ont d'ailleurs le sentiment de ne pas pouvoir exploiter toutes leurs compétences au sein de l'établissement. Les compétences de l'ergothérapeute en matière de valorisation de l'activité humaine y sont peu sollicitées et se réduisent à des problématiques de positionnement ou de réglage de fauteuil. Or, nous savons que l'activité est primordiale, pour solliciter les facteurs de résilience.

Néanmoins, les entretiens ont bien montré l'importance du positionnement pour le bien-être du résident et pour sa participation aux activités. Une personne bien positionnée sera plus à même à agir au quotidien. D'ailleurs, les deux missions énoncées ci-dessus favorisent la résilience notamment parce qu'elles aident à remédier à l'utilisation de la contention. Lorsqu'une personne âgée présente des troubles du comportement elle exprime une souffrance qu'elle ne peut expliquer autrement. Ainsi, l'ergothérapeute s'intéresse à son environnement et tente de comprendre les raisons de cette souffrance. Finalement, l'ergothérapeute remédie à un facteur d'anti-résilience et trouve des alternatives à l'utilisation de la contention.

Enfin, dans sa formation, l'ergothérapeute est sensibilisé aux troubles musculo-squelettiques, c'est pourquoi il peut former l'équipe aux techniques de manutention, favorisant ainsi le bien-être des professionnels et du résident.

4. L'importance du travail d'équipe pour favoriser la résilience du résident

Les différents entretiens ont montré que l'ergothérapeute travaille avec différents professionnels. L'ergothérapeute ne disposant pas de toutes les compétences nécessaires, des ateliers collectifs sont notamment mis en place en co-thérapie avec un autre professionnel. Les différentes observations des deux professionnels sont ensuite mises en relation de manière holistique. L'organisation d'ateliers en co-thérapie favorise un regard pluridisciplinaire et semble donc particulièrement pertinente.

De plus, les ergothérapeutes interrogés s'impliquent dans des groupes de travail, organisés par l'institution. Ce travail d'équipe est essentiel dans la sollicitation des facteurs de résilience, puisque ensemble les différents professionnels réfléchissent à l'intersubjectivité du résident notamment à travers le projet personnalisé.

D'autres groupes de travail permettent de réfléchir à des axes d'amélioration avec l'objectif de garantir une démarche de qualité.

5. L'importance de la formation continue

La formation continue enrichie la pratique professionnelle et la consolidation des connaissances théoriques est essentielle pour une intervention riche et diversifiée. En effet, un ergothérapeute dispose d'une formation initiale qu'il doit pouvoir renouveler régulièrement afin d'améliorer son intervention. Par exemple, trois des ergothérapeutes interrogés sont formés à la méthode d'Humanitude[®], fondée sur le concept de bienveillance (GINESTE et MARESCOTTI, 2007). Cette méthode privilégie la communication entre le soignant et le résident. Elle semble particulièrement intéressante pour solliciter la résilience du sujet âgé puisque nous avons vu que le relationnel doit être au cœur de la prise en charge.

CONCLUSION

L'EHPAD est un lieu propice à la résilience de la personne âgée lorsque les professionnels, par leurs compétences, rendent ce lieu sécurisant et facilitateur au développement individuel du résident. La personne âgée est capable de rebondir même si elle est atteinte d'une pathologie invalidante. Elle peut trouver un sens à sa nouvelle vie en institution, par des projets qui lui font sens.

Cette initiation à la recherche montre que l'ergothérapeute sollicite des facteurs de résilience, car il soutient la personne âgée dans ses activités. D'une part, la compétence de l'ergothérapeute à évaluer ses handicaps lui permet d'adapter les activités en fonction de ses capacités physiques et cognitives. Les objectifs élaborés en ergothérapie sont réalistes. Cela préserve l'estime de soi puisque le résident prend conscience de ses possibilités. Par conséquent, il garde la maîtrise de son environnement. D'autre part, l'ergothérapeute prend en compte ce qui fait sens au résident. Si les activités lui sont significatives, il prendra du plaisir. Par conséquent, le résident participera davantage aux activités quotidiennes. Les ateliers proposés en ergothérapie sont diversifiés et sollicitent des facteurs de résilience comme les liens sociaux, la créativité et l'imagination.

L'ergothérapeute organise régulièrement des ateliers en co-thérapie avec un autre professionnel ce qui favorise un suivi global du résident. Puis, il dispose de compétences techniques en matière de positionnement et d'installation permettant de diminuer l'utilisation de la contention. Le positionnement améliore le bien-être du résident, ce qui facilite sa participation dans les activités quotidiennes. Enfin, l'ergothérapeute travaille avec une équipe pluridisciplinaire dans l'objectif d'un accompagnement cohérent et holistique du résident.

Enfin, l'ergothérapeute s'intéresse à l'intersubjectivité du résident. Il l'aide à être indépendant et autonome dans les activités de la vie quotidienne.

Cependant, l'ergothérapeute dispose-t-il de toutes les conditions de travail nécessaires pour accompagner le résident, en sachant qu'actuellement il reste encore peu présent en EHPAD ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ADRIAENSEN M-C., RETSYLAM E. *La personne âgée face au deuil : Comment lui venir en aide ?* Bruxelles : De Boeck, 2009, 165 p.

ANAUT Marie. *Créativité, humour et résilience avec l'avancée en âge*. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.19-38

AGUERRE Colette. *Le vieillissement « réussi » : une forme de résilience à l'âge avancé?* [en ligne]. In LEJEUNE A. *Vieillesse et résilience*. Marseille : SOLAL, 2004, p.47-69. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=u7qh69eqehYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=le+vieillesse> (Consulté le 10/08/15)

BARRIER Philippe. *La blessure et la force : la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Paris : PUF, 2010, 192 p.

BARRIER Jean-Marie. *Saisir l'activité !* In MOREL-BRACQ M-C., TROUVE E., OFFENSTEIN E. et al. *L'activité humaine : un potentiel pour la santé*. Belgique : De Boeck, 2015, p.35-41.

BIOY Antoine, BOURGEOIS François et NEGRE Isabelle. *Communication soignant-soigné : Repère et pratiques* [en ligne]. Paris : Bréal, 2003, 143p. Disponible sur : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=6GEw4v_EsKQC&oi=fnd&pg=PA15&dq=Antoine+Bioy,+Fran%C3%A7oise+Bourgeois+et+Isabelle+N%C3%A8gre+&ots=ZpPy0Fpfdi&sig=2rSQokVHHvbJQqUBNjnx2BYkhac#v=onepage&q=Antoine%20Bioy%20Fran%C3%A7oise%20Bourgeois%20et%20Isabelle%20N%C3%A8gre&f=false (Consulté le 02/02/2016)

CYRULNIK Boris. *Un merveilleux malheur*. Paris : éd. Jacob, 1999.

CYRULNIK Boris. *Résilience âgée ?* In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p. 7-17

- DARNAUD Thierry. *L'entrée en maison de retraite*. Paris : ESF, 2012, 192 p.
- DELAGE Michel. *Famille et résilience dans le vieillissement*. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.53-70.
- DE JAEGER Christophe .*Les techniques de lutte contre le vieillissement*. 5^{ème} éd. Paris : PUF, 2012, 128p.
- FERLAND Francine. *L'activité au cœur du développement de la personne*. In MOREL-BRACQ M-C., TROUVE E., OFFENSTEIN E. et al. *L'activité humaine : un potentiel pour la santé*. Belgique : De Boeck, 2015, p.35-41.
- FONTAINE Roger. *Psychologie du vieillissement*. (2^{ème} édition). Paris : Dunod, 2007, 191p.
- GAUCHER Jacques et RIBES Gérard. Le travail psychique de résilience chez l'âgé. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.211-223
- KAGAN Yves et PELLERIN Jérôme. Grand âge, âgisme et résilience. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.243 – 272
- MARTIN Nicolas, SPIRE Antoine et VINCENT François. *La résilience : Entretien avec Boris Cyrulnik*. Le bord de l'eau. Paris, 2009, p.111
- MOREL-BRACQ Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Bruxelles : de Boeck SOLAL, 2013, p.173.
- PERUCHON Marion. *Les ressorts psycho-dynamiques de la résilience dans le vieillissement*. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.189-209
- PLOTON Louis. *Tuteur de résilience*. In CYRULNIK Boris et JORLAND Gérard. *Résilience connaissances de base*. Paris : Odile Jacob, 2012, p50-62
- PLOTON Louis et SIRVAN Serge. En guise de conclusion. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p.275-281

HAZIF-THOMAS Cyril, THOMAS Philippe. Motivation, résilience et avancée en âge. In PLOTON Louis et CYRULNIK Boris. Résilience et personnes âgées. Paris : Odile Jacob, 2014, p.167-188

TISSERON S. *La résilience*. Paris : PUF, 2008,128p.

Articles :

BAUM Carolyn, BHORADE Anjali, GORDON Mae et al. Cognitive, Visual, Auditory, and Emotional Factors That Affect Participation in Older Adults [en ligne].

American Journal of Occupational Therapy. 2010, vol.64, n°4, p.570-579. Disponible sur : <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1854545> (Consulté le 14/12/2015)

BOUVIER Gérard, LINCOT Liliane et REBISCOUL. Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial [en ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC11k_VE43Insti.pdf (Consulté le 20/01/2016)

BILLE Michel. A quoi servent les grands-parents ? Des grands-parents pour introduire au « sacré » [en ligne]. *Dialogue*. 2002, n°158, p.3-10. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2002-4-page-3.htm> (Consulté le 27/12/2015)

BROUILLET Denis et DRESSAIRE Déborah. Effets de la vie en institution des personnes âgées sur leurs stratégies de faire face et sur leur difficulté à verbaliser leurs émotions (alexithymie) [en ligne]. *Bulletin de psychologie*. 2006, n° 486, p.605-613. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-6-page-605.htm> (consulté le 03/10/2015)

CARADEC Vincent. L'épreuve du grand âge [en ligne]. *Retraite et société*. 2007, n°52, p.11-37. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-11.htm> (Consulté le 12/11/2016)

CHAN Jessica, CHAN Echo, LAM Flora et al. Occupational therapy in the integrated elderly and community support services for the Elderly in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2009, n°19, p. 27-30. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569186109700415> (Consulté le 12/01/2016)

DORANGE Martine. Entrée en institution et paroles de vieux [en ligne]. *Gérontologie et société*. 2005, n° 112, p. 123-139. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-123.htm> (consulté le 07/10/2015).

EAKMAN Aaron. Measurement Characteristics of the Engagement in Meaningful Activities Survey in an Age-Diverse Sample [en ligne]. *American Journal of Occupational Therapy*. 2012, Vol. 66, n°2, p20-29. Disponible sur : <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1851565> (02/02/2016)

ENNUYER Bernard. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » [en ligne] *Gérontologie et société*.2007, n°123, p.153-167. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm> (consulté le 20/12/2015)

EIGUER Alberto. L'inconscient de la maison et la famille [en ligne]. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2006, n°37, p.23-33. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-2-page-23.htm> (Consulté le 10/12/2015)

FINE Susan. *Resilience and Human Adaptability: Who Rises Above Adversity?* [en ligne]. *American Journal of Occupational Therapy*. 1991, Vol.45, n°6, p.493-503. Disponible sur : <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1876620&resultClick=3> (Consulté le 02/10/2016)

HAZIF-THOMAS Cyril, BERROUIGET Sofian et WALTER Michel. Le sujet âgé résilient. *Soins gérontologie*.2015, n° 113, p.35-36.

IMBERT Geneviève. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie » [en ligne]. *Recherche en soins infirmiers*. 2010, n°102, p. 23-34. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm> (consulté le 15/04/2016).

KEMPER Peter et MURTAUGH Christopher. Lifetime use nursing home care. [en ligne] *The new journal of medicine*, 1991, vol. 324, n° 9, p. 595-598. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102283240905> (consulté 15/04/2016)

RIBES Gérard. Résilience et vieillissement [en ligne]. . *Reliance*. 2006, n° 21, p. 12-18. Disponible sur : <http://www.cairn.info/> (consulté le 10/10/2015)

SENK Pascale. «Notre niveau de résilience augmente avec l'âge» [en ligne]. *Le Figaro*. 2012. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/01/13/17052-notre-niveau-resilience-augmente-avec-lage> (consulté le 31/10/2015)

SENK Pascale. L'entrée en maison de retraite, cap psychologique [en ligne]. *Le Figaro*. 2014. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/20/22516-lentree-maison-retraite-cap-psychologique> (Consulté le 31/10/2015)

SENK Pascale. Il est très important de préparer l'entrée en maison de retraite psychologique [en ligne]. *Le Figaro*. 2014. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/20/22517-il-est-tres-important-preparer-lentree-maison-retraite>

TROUVÉ Eric. L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées ? *ErgOTHérapies*.2011, n° 44, p.39-53. (Consulté le 15/01/2016)

VASSART Sabine. Habiter [en ligne]. *Pensée plurielle*. 2006, n°12, p.9-19. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2006-2-page-9.htm> (Consulté le 10/12/2015)

Autres références :

AFEG. Rubrique Accueil [en ligne]. Disponible sur: <http://www.afeg.asso.fr> (Consulté le 13/10/2015)

ANFE. Rubrique la profession. [En ligne] Disponible sur <http://www.anfe.fr/> (consulté le 2/09/2015)

DREES. *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005* [en ligne]. N°491. DRESS, 2006, 8 p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=18282&page=decimal/dec2012315/dec2012315_p15.htm (Consulté le 12/10/2015)

DRESS. *Projection des populations âgées dépendantes* [en ligne].N°43. DRESS, 2013, p.3-27. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf> (Consulté le 12/10/2015)

DRESS. *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011* [en ligne]. (n°899) Paris : DRESS, 2014, 6 p. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2015/01/DREES-R%C3%A9sidents-dEHPAD-en-2011.pdf> (Consulté le 04/12/2015)

OMS. *Vieillesse et qualité de vie* [en ligne]. OMS, Disponible sur : <http://www.who.int/topi> (Consulté le 30/08/2015)

INSEE. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040* [en ligne]. INSEE, 2006 p.613-619. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf (consulté le 12/10/2015)

INSEE. *Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé* [en ligne]. INSEE, 2012, 2p. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/dossiers/dev-durable/dev-durable-711.pdf> (consulté le 12/10/2015)

INSEE. *Espérance de vie-mortalité* [en ligne]. INSEE, 2014 p.34-35 Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2014/T14F036/T14F036.pdf> (Consulté le 12/10/2015)

INSERM. *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile*. [en ligne]. INSERM, 2007, 18 p. Disponible sur : <http://www.orsmip.org/tlc/documents/syntheseDREES.pdf> (consulté le 20/11/2015).

MACSF. *Étude Fondation MACSF / Harris Interactive : la relation de communication patient-soignant* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/7786/47305/version/1/file/dossier-presse-etude-fondation-macsf-harris-interactive.pdf> (Consulté le 12/02/2016)

MOREL Marie-Chantal. *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie* [en ligne]. Bordeaux : université Victor Segalen Bordeaux 2 U.F.R des sciences de l'Homme, 2006, 49 p. Disponible sur : <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf> (Consulté 13/12/2015)

RIPPH. Rubrique « qu'est-ce-que le MDH-PPH ? » Disponible sur : <http://ripph.qc.ca/fr/mdh-pph> (Consulté le 28/11/2015)

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapie [en ligne]. BO Santé-Protection sociale-solidarité n°2010/7 du 15 août 2010, p.163-289. Disponible sur : http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
(Consulté 16/10/2015)

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [en ligne]. BO Service-Public le 19/03/2014. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763> (Consulté le 10/11/2015)

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 [en ligne]. BO Legifrance le 3/01/2002, p.124.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>. (Consulté le 12/11/2015)

GLOSSAIRE

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MMSE : Mini-Mental State Examination

MIF : Mesure Indépendance Fonctionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIPPH : Réseau International sur le Processus de la Production du Handicap

ANNEXES

ANNEXE I : Questions / réponses auprès de psychologues travaillant en EHPAD.....	1
ANNEXE II : Tableau représentant les droits fondamentaux de l'utilisateur et ses outils conformément à la loi du 2 janvier 2002.....	5
ANNEXE III : Les différents cercles de la résilience	6
ANNEXE IV : La « CASITA » selon De Lecomte et Vanistendael.....	7
ANNEXE V : Guide d'entretien pour la phase expérimentale	8
ANNEXE VI : Justification des questions posées en entretien	11
ANNEXE VII : Formulaire de consentement.....	13

ANNEXE I : Questions / réponses auprès de psychologues travaillant en EHPAD

Bonjour, je m'appelle Céline Duarte, je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. J'ai choisi de m'intéresser à la résilience de la personne âgée qui entre en EHPAD (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante). Serait-il possible de répondre à quelques questions à propos de ce sujet? Vos réponses me seront très utiles pour la poursuite de mes recherches. Cela prendra environ 10 minutes. Les réponses sont anonymes.

Psychologue 1

Psychologue 2

Psychologue 3

1. La personne âgée est-elle souvent bien préparée à cette entrée en EHPAD ?

Majoritairement non. Il arrive encore souvent que la famille, se sentant coupable de ne pas maintenir le proche à la maison, n'ose pas dire clairement qu'il s'agit d'un séjour de longue durée. Par ailleurs, l'entrée en EHPAD résulte fréquemment de troubles cognitifs. Une préparation est alors difficile.

Il est difficile de faire des généralités chaque situation est unique : cela dépend de la personne, de son âge (entrer en EHPAD à 60 ans est différent de rentrer en EHPAD à 90 ans), de son histoire, de son environnement (physique, social), de l'EHPAD, du contexte d'entrée...

Cela dépend aussi de ce que l'on entend par être préparé : être bien informé ? Adhérer à l'orientation ? Avoir organisé son entrée ? Avoir choisi et visité préalablement l'EHPAD ?

Dans notre établissement, un grand nombre d'entrées sont faites à la suite d'une hospitalisation sans retour à domicile entre la sortie d'hospitalisation et l'entrée en EHPAD et souvent de manière précipitée. Dans ces conditions, la personne ne bénéficie que de peu de temps pour intégrer les informations qui lui sont données, organiser son entrée, ou prendre le recul nécessaire pour aborder sereinement ce changement de mode de vie.

Je pense qu'il y a encore du chemin à faire. De nombreux dispositifs comme le CLIC, la MAIA aident à préparer l'entrée en EHPAD, mais cela est encore insuffisant.

L'entrée en EHPAD restera toujours un « choc », une rupture pour la personne âgée. Les familles repoussent le plus possible cette entrée. Bien souvent, elle est source de culpabilité pour la famille, il prenne une décision difficile. Certaines familles disent : « je m'étais promis de ne pas mettre mon parent en EHPAD, je n'ai pas eu le choix, j'ai attendu jusqu'au bout mais le domicile devenait dangereux ». C'est pourquoi, l'entrée en EHPAD est souvent faite en urgence, après une hospitalisation par exemple. Peu de personnes âgées font le choix d'entrer en institution, c'est souvent un « choix de raison », c'est « plus prudent, plus raisonnable pour ma sécurité, et puis mes proches sont fatigués ». Lorsqu'une personne âgée présente des troubles cognitifs, la capacité de choisir est souvent compromise.

L'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tard car de nombreux dispositifs favorisent le maintien à domicile. De plus, nous nous apercevons que les résidents sont de plus en plus âgés et dépendant. Dans certaines situations familiales, nous constatons des secrets face à l'institutionnalisation, certains proches disent que ce placement est temporaire, pour que la personne âgée se repose. L'entrée en EHPAD n'est pas souvent bien préparée. Ce n'est pas rien d'entrer en institution.

2. Selon vous, l'entrée en EHPAD peut-elle être considérée comme une épreuve traumatisante pour la personne âgée ?

Oui, à plus d'un titre : déménagement (source de stress quel que soit l'âge...), perte des repères, des habitudes, du sentiment d'utilité, des objets auxquels la personne tenait, de l'intimité...vie en collectivité, horaires institutionnels...et concrétisation du fonctionnement d'une étape de vie, souvent la dernière.

Un traumatisme est provoqué par un évènement brutal qui met en danger l'intégrité physique ou psychique d'un individu (annonce d'une maladie grave, deuil, viol, torture, attentat, déportation, guerre, abandon...). Devant un traumatisme, la personne réagit par une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur.

Une entrée en EHPAD aussi rapide soit-elle n'apparaît pas brutalement et ne met pas l'individu en situation de danger. Elle ne peut pas, à mon sens, être définie comme traumatisante pour la personne âgée en général. C'est un stress qui va demander à la personne de recruter de nombreux processus psychologiques lui permettant de s'adapter à son nouveau mode de vie. Bien sûr, théoriquement, il peut arriver que dans des conditions très particulières (et peu éthiques), une entrée en

EHPAD génère un traumatisme psychique chez la personne mais je n'en ai jamais observée.

L'entrée en EHPAD peut-être traumatisant. Vivre en institution est bien différent de sa maison. Tout d'abord, les normes incendie, les normes de sécurité limitent les meubles personnels et freinent la liberté de la personne.

3. Au bout de combien de temps une personne âgée est-elle considérée comme adaptée à sa nouvelle vie en institution ?

En général, la personne s'adapte dans les 1 à 3 mois qui suivent son entrée, parfois plus rapidement. C'est ce délai qui peut interpeller quant à une inadaptation le cas échéant.

Lors d'un stress, on estime qu'il n'est pas pathologique de rencontrer des difficultés d'adaptations dans les 6 mois qui suivent la disparition du stress.

Si le changement de mode de vie (déménagement) constitue le facteur de stress de la personne entrant à l'EHPAD, il sera donc possible d'affirmer qu'elle s'est adaptée à ce changement après 6 mois de vie en EHPAD.

Notre médecin dit qu'entre 3 mois et 4 mois, une adaptation est visible. Cependant, beaucoup de choses conditionnent l'adaptation. Certaines familles mentent, « cache la vérité » par peur de faire du mal. Or nous ne pouvons pas cautionner le mensonge car le résident ne peut pas déployer correctement ses capacités d'adaptation. Quand il y a des non-dits, le résident est désorienté.

4. Selon vous, une personne âgée peut-elle faire preuve de résilience lors de son entrée en institution ?

Oui. Certaines personnes choisissent elles-mêmes d'entrer en institution, sentant leur dépendance augmenter. D'autres arrivent à « prendre le bon côté des choses » et à nouer des relations avec d'autres résidents et/ou le personnel, qui leur sont enrichissantes. Ça peut réellement être un élément de rupture face à la solitude de certains.

Le concept de résilience renvoi à celui de traumatisme psychique, donc pour moi il n'est pas pertinent dans le contexte de l'entrée en institution (cf. réponse à la question 2). Les personnes que j'accompagne dans l'établissement mettent en œuvre des stratégies d'adaptation plus ou moins efficaces visant à faire face au stress des changements de leur vie.

Oui, la personne âgée peut faire preuve de résilience à son entrée en EHPAD. Une personne qui n'a jamais été sociable et qui est très anxieuse peut retrouver une nouvelle dynamique à son entrée en institution. L'EHPAD peut aider la personne à déployer ses capacités. Parfois, la vie en collectivité peut-être bénéfique contre la solitude. L'entrée en EHPAD est aussi un moment où la personne âgée fait le bilan de sa vie, nous devons prendre le temps de l'écouter. De plus, à travers les activités, l'ensemble de l'équipe aide le résident à renouer avec des parties de lui-même, à se découvrir de nouvelles envies. C'est important de prendre en compte le résident dans sa globalité, de l'aider à trouver des choses qui lui font sens pour retrouver un nouvel élan vital. Le projet de vie de la personne âgée doit être plein de petites choses réalisables. Favoriser le plaisir, le bien être au quotidien est déjà une grande chose. Actuellement, j'organise avec la psychomotricienne un atelier que nous avons nommé « hobbies et compagnie ». Le principe c'est de faire une création autour de leur passion (peinture, collage, écriture...). Cet atelier stimule la créativité, l'autonomie (pouvoir choisir de faire) et les échanges relationnels.

Avez-vous des choses à ajouter ou des questions ?

Non, si ce n'est qu'un travail autour de l'admission avec le future résident et/ ou sa famille permettent souvent d'ouvrir les réelles possibilités d'une meilleurs adaptation.

Non

Non

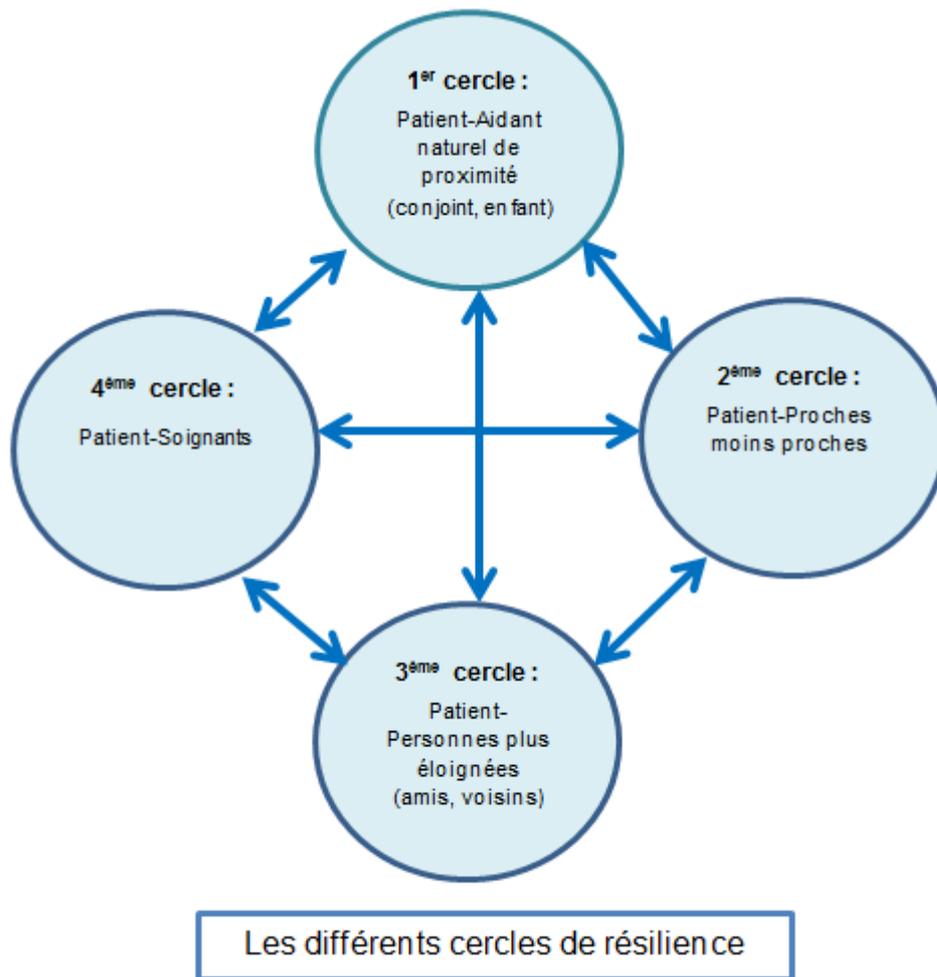
Je vous transmets mes coordonnées pour toutes informations supplémentaires :
celineduarte1@hotmail.fr

Je vous remercie pour votre collaboration et le temps que vous avez consacré aux questions.

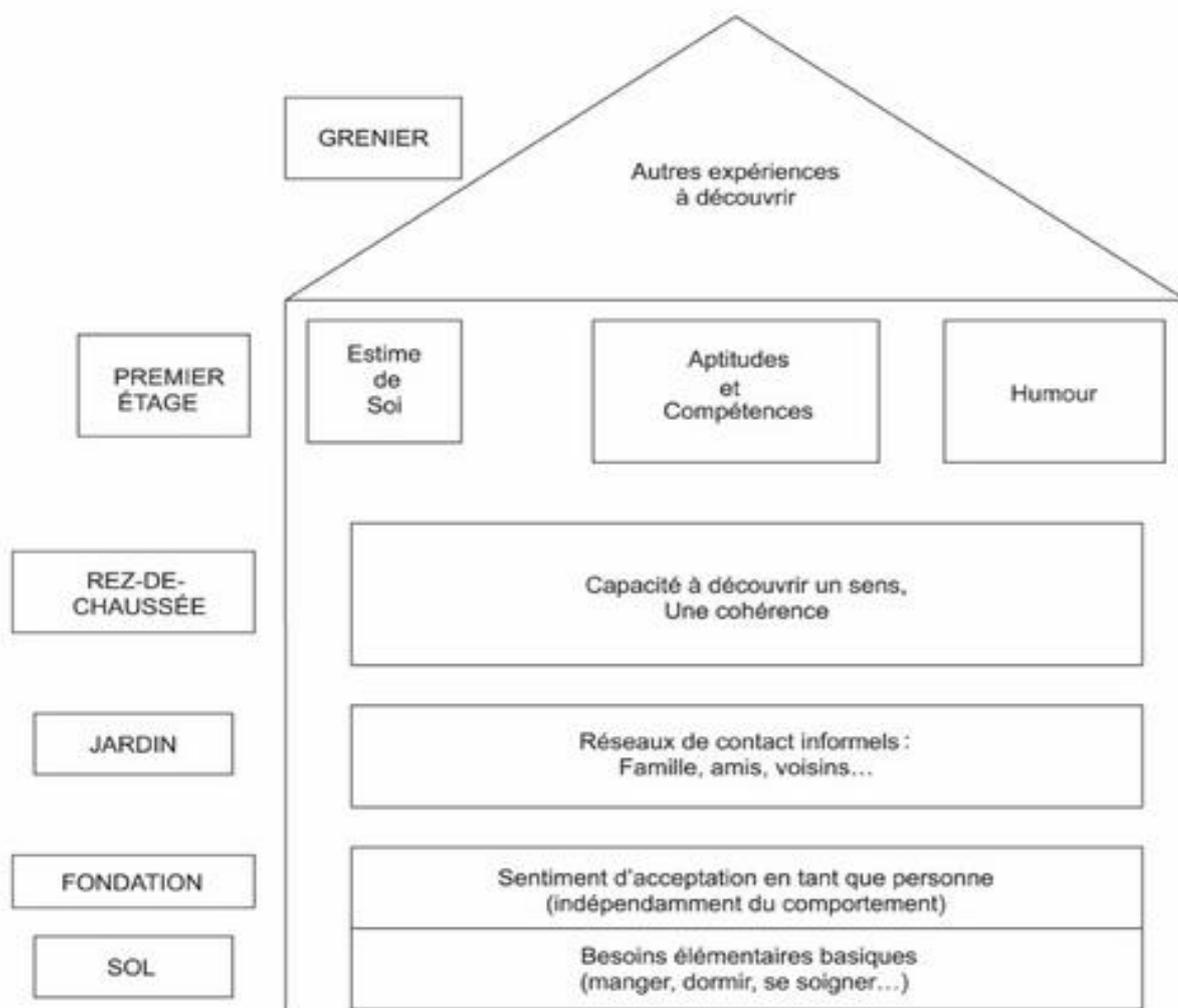
ANNEXE II : Tableau représentant les droits fondamentaux de l'utilisateur et ses outils conformément à la loi du 2 janvier 2002 (LEGIFRANCE, 2015)

<u>7 droits fondamentaux</u>	<u>7 outils fondamentaux</u>
1- Respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le livret d'accueil ➤ La charte des droits et des libertés ➤ Le contrat de séjour ➤ Le conciliateur/médiateur ➤ Le règlement de fonctionnement de l'établissement et du service ➤ Le projet d'établissement ou de service ➤ Le CVS (Conseil de la vie Sociale) ou autre forme de participation des usagers
2- Libre choix entre les prestations domicile/établissement	
3- Prise en charge et accompagnement individualisé et de qualité respectant un consentement éclairé	
4- Confidentialité des données concernant l'utilisateur	
5- Accès à l'information	
6- Information sur les droits fondamentaux et voies de recours	
7- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement	

ANNEXE III : Les différents cercles de la résilience



ANNEXE IV : La « CASITA » selon De Lecomte et Vanistendael
(LECOMTE et VANISTENDAEL in TISSERON, 2008)



Source : <http://www.cairn.info/la-resilience--9782130586609-page-37.html>

ANNEXE V : Guide d'entretien pour la phase expérimentale

Guide d'entretien

Introduction :

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Céline Duarte. Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation la Musse près de Evreux.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je me suis intéressée à la résilience chez la personne âgée vivant dans un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD).

La résilience est la capacité d'une personne à « rebondir » malgré les bouleversements et ceci est facilité par des facteurs, des moyens.

Thème de cet entretien :

Dans cet entretien, je m'intéresse essentiellement à votre pratique professionnelle au sein de l'EHPAD. Il n'y a donc pas de mauvaise réponse.

Rappels des consignes de l'entretien :

L'entretien respecte l'anonymat, je ne transmettrai aucun renseignement permettant de vous identifier.

Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ?

Vous avez le choix de répondre ou non aux différentes questions. L'entretien peut être interrompu à tout moment, si vous le souhaitez.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez.

Questions en lien avec la thématique :

Renseignement général :

1) Depuis combien temps êtes-vous ergothérapeute en EHPAD ?

Intervention de l'ergothérapeute :

2) Quelles sont vos missions au sein de cet établissement ? (Avec le résident, l'équipe...)

Questions de relance :

- Faites-vous des prises en charge collectives/individuelles ?

3) Qu'est-ce qui vous oriente vers des interventions individuelles plutôt que collectives ?

Questions de relance :

- Selon vous, quels sont les principaux objectifs d'une prise en charge collective ? Quels types d'ateliers collectifs faites-vous ? Pourriez-vous me donner des exemples ?
- Selon vous, quels sont les principaux objectifs d'une prise en charge individuelle ?

4) En fonction de quoi proposez-vous les activités en ergothérapie ?

Question de relance :

- Les activités proposées sont-elles choisies par le résident ?

5) Quels liens avez-vous avec la famille du résident ?

Si vous en avez, dans quel but souhaitez-vous les rencontrer ?

Ressenti des résidents en ergothérapie :

- 6) **Selon vous, est-ce-que les personnes âgées apprécient d'aller en ergothérapie ? Si oui, pourquoi selon vous aiment-ils venir en ergothérapie ?**

- 7) **Pensez-vous contribuer à l'adaptation de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD ? et si oui, en quoi ?**

Conclusion :

Avez-vous des éléments à ajouter ou des questions ?

Je vous transmets mon adresse e-mail si vous le souhaitez

Je vous remercie pour votre collaboration et le temps consacré à cet entretien

ANNEXE VI : Justification des questions posées en entretien

Renseignement général

Question 1 :

Depuis combien temps êtes-vous ergothérapeute en EHPAD ?

→ Objectif de la question :

Cette question permet de connaître l'expérience de l'ergothérapeute interrogé.

Intervention de l'ergothérapeute

Question 2 :

Quelles sont vos missions au sein de cet établissement ? (avec le résident, l'équipe...)

Faites-vous des prises en charge collective/individuelle ?

→ Objectifs de la question :

Cette question permet d'appréhender l'ensemble des missions de l'ergothérapeute en EHPAD afin d'identifier ses compétences dans la stimulation des facteurs de résilience.

Question 3 :

Qu'est-ce qui vous oriente vers des interventions individuelles plutôt que collectives ?

- *Selon vous, quels sont les principaux objectifs d'une prise en charge collective ? Quels types d'ateliers collectifs faites-vous ? Pourriez-vous me donner des exemples ?*
- *Selon vous, quels sont les principaux objectifs d'une prise en charge individuelle ?*

→ Objectifs de la question :

Cette question permet de comprendre les objectifs des interventions de l'ergothérapeute auprès du résident. Il est souhaitable d'avoir des exemples concrets de prises en charge individuelles et collectives afin d'identifier précisément les facteurs de résilience.

Question 4 :

En fonction de quoi proposez-vous les activités en ergothérapie ?

- *Les activités proposées sont-elles choisies par le résident ?*

→ **Objectifs de la question :**

Cette question permet de connaître les critères qui influencent l'ergothérapeute dans le choix de l'activité. En effet, les facteurs de résilience sont stimulés, notamment lorsque la personne trouve du sens dans l'activité.

Question 5 :

Quels liens avez-vous avec la famille du résident ? Si vous en avez, dans quel but souhaitez-vous les rencontrer ?

→ **Objectifs de la question :**

La famille prend une place prépondérante dans la stimulation de la résilience. C'est pourquoi, il est intéressant de connaître la collaboration entre l'ergothérapeute et la famille.

Ressenti des résidents en ergothérapie

Question 6 :

Selon vous, est-ce-que les personnes âgées apprécient d'aller en ergothérapie ? Si oui, pourquoi selon vous aiment-ils venir en ergothérapie ?

→ **Objectifs de la question :**

Cette question permet d'apprécier l'avis de l'ergothérapeute sur le ressenti de la personne âgée. Le ressenti du résident dans l'activité est essentiel. Effectivement, lorsqu'il prend du plaisir à venir en atelier, cela favorise sa participation dans l'activité et stimule les facteurs de résilience.

Question 7 :

Pensez-vous contribuer à l'adaptation de la personne âgée lors de son entrée en EHPAD ? et si oui, en quoi ?

→ **Objectifs de la question :**

L'adaptation n'est pas synonyme de résilience mais elle y contribue fortement.

Formulaire de consentement destiné aux ergothérapeutes

Titre de l'étude :

La résilience chez le résident en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Objectifs de l'entretien :

Appréhender la pratique de l'ergothérapeute dans un EHPAD

Explorer les moyens ergothérapeutiques mis en place auprès du résident

Déroulement de l'entretien :

Au cours de cet entretien, vous avez le choix de répondre ou non aux différentes questions. L'entretien peut être interrompu à tout moment, si vous le souhaitez.

Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ?

Oui

Non

Confidentialité :

L'entretien respecte l'anonymat, je ne transmettrai aucun renseignement permettant de vous identifier.

Les données de cet entretien seront utilisées pour la phase expérimentale du mémoire.

L'enregistrement audio sera supprimé en septembre 2016.

Contact :

Pour toutes autres questions, vous pouvez me contacter par téléphone au 06.37.34.42.36 ou par courriel à l'adresse suivante : celineduarte1@hotmail.fr

Consentement :

Je, _____ (nom et prénom),
déclare avoir pris connaissance du présent formulaire.

Signature de la participante ou du participant :

Fait à _____, le _____

Déclaration de responsabilité pour l'étudiante-chercheuse :

Je, _____, m'engage à respecter les obligations
énoncées dans ce document.

Signature de l'étudiant :

Fait à _____, le _____

L'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD

Céline DUARTE

Mots clés : EHPAD, résidents, résilience, ergothérapeute

Résumé :

L'entrée en institution engendre de nombreux bouleversements pour la personne âgée. Elle doit faire face une à succession de deuils : d'abord la perte de ses capacités physiques et/ou cognitives, puis la perte de son domicile et les changements de ses habitudes de vie. L'environnement et les professionnels de santé qui accompagnent le résident peuvent l'aider à entrer dans un processus de résilience. Ainsi, ce mémoire a pour objectif de répondre à la problématique suivante : en quoi l'ergothérapeute peut-il solliciter les facteurs de résilience chez la personne âgée vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ?

La méthodologie des entretiens semi-directifs permet de recueillir un ensemble de données riches et diversifiées afin de saisir pleinement l'intervention de l'ergothérapeute auprès du résident. Cette étude montre ainsi que les ergothérapeutes sollicitent des facteurs de résilience par leur compétence à évaluer et à adapter l'activité au handicap du résident favorisant ainsi la participation dans ses activités significatives et significatives.

Title : occupational therapy and resilience of the elderly living in retirement home

Keywords : retirement home, residents, resilience, occupational therapist

Retirement home admission produces many disruptions for the elderly. They have to go through a lot of grief. First a physical and/or cognitive capacity loss; then the loss of their home, the change of their lifestyle. The environment and health professional who surround the residents can help them to get into a process of resilience. Thus, this paper's aim is to answer the following question : how can the occupational therapist attract the resilience factors with the elderly living in retirement home?

The methodology of semi-structure interviews allows to collect a set of rich and diverse data to fully understand the intervention of the occupational therapist with the resident. This study shows that occupational therapists attract resilience factors thanks to their skills to evaluate and adapt the activity to the disabled resident. Thus, the occupational therapist encourages participation in his/her meaningful and significant activities.