



L'utilisation des contentions et la privation occupationnelle
générée chez les personnes âgées résidant en EHPAD

Travail réalisé dans le cadre de l'UE 5.3





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

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussigné-e M. DURAND Simon.....

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

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

Fait à Evreux.....

Le 6 avril 2020..... signature

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

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

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

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier Mme COLMARD P. pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche et les questionnements qu'elle a faits émerger dans ma démarche.

Ensuite, je voudrais remercier Estelle pour son soutien ainsi que ses nombreux conseils lors de la rédaction de cette initiation à la recherche.

Je voudrais remercier Hélène, Christophe, Lucie, Jean-Claude et Claudine pour leur précieuse relecture de mon écrit.

A tous mes camarades de promotion qui m'ont apporté leur aide durant toute la réalisation de ce mémoire. A Emilie tout particulièrement pour ses conseils.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à la partie expérimentale de cette recherche malgré le contexte sanitaire.

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Cadre conceptuel.....	3
2.1	Les contentions.....	3
2.1.1	Un dispositif « réglementé ».....	3
2.1.2	La réglementation chez les sujets âgés	5
2.1.3	Les contentions mécaniques dans les établissements de soin accueillant des personnes âgées	6
2.2	Les personnes âgées, une des principales populations cible des contentions	8
2.2.1	Qu'est-ce qu'une personne âgée ?	8
2.2.2	Les personnes âgées concernées par les contentions	9
2.2.3	La dimension éthique du rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des contentions chez les personnes âgées.....	10
2.2.4	L'ergothérapeute et la prévention des conséquences des contentions sur les personnes âgées démentes	11
2.3	La privation occupationnelle	13
2.3.1	Définition de la privation occupationnelle	13
2.3.2	Appréhender la privation occupationnelle en tant qu'ergothérapeute ...	17
2.3.3	Agir sur la privation occupationnelle et ses conséquences dans le cadre de la contention en ergothérapie	20
3	Question de recherche	22
4	Hypothèses.....	22
5	Cadre expérimental	23
5.1	Dispositifs méthodologique et expérimental	23
5.1.1	Choix de la méthode et de l'outil expérimental.....	23
5.1.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	23
5.1.3	Elaboration des entretiens.....	24
5.2	Présentation et analyse des résultats	26

5.2.1	Difficultés et obstacles lors de la démarche expérimentale	26
5.2.2	Données socio-démographiques	27
5.2.3	Présentation des résultats	28
5.2.3.1	Les résidents contentionnés en EHPAD	28
5.2.3.2	La privation occupationnelle.....	29
5.2.3.3	La contention et la privation occupationnelle au travers du Modèle de l'Occupation Humaine.....	30
5.2.3.4	L'ergothérapie et les conséquences occupationnelles des contentions	32
5.2.4	Analyse des résultats.....	35
5.3	Discussion.....	38
5.3.1	Vérification des hypothèses.....	38
5.3.2	Biais et limites de ma recherche.....	39
5.3.3	Impact de ma recherche sur la pratique	40
5.3.4	Perspectives envisagées	40
6	Conclusion	41
7	Bibliographie	
8	Annexes	

1 Introduction

Les contentions sont présentes dans de nombreux domaines de la santé. Cette aide technique reste méconnue et parfois utilisée de façon excessive, d'après l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) :

« Pourtant, cette pratique courante ne figure pas très souvent dans les divers programmes de formation des professionnels de santé. Probablement parce que sa seule inscription pourrait soulever des problèmes éthiques et déontologiques majeurs. En effet, cette pratique porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques, tout en ayant une efficacité souvent aléatoire. » (2000)

En effet, les contentions physiques ne font pas l'objet d'une intervention dédiée, dans mon Institut de formation en ergothérapie. Elles ne sont évoquées que dans l'enseignement « *Les dispositifs gérontologiques* » ou encore dans « *Les dispositifs liés aux aides techniques et à l'appareillage* » (SIFEF, 2010).

Malgré le peu de formation sur ce sujet lors de nos trois années d'études, les conséquences des contentions sont un axe de l'ergothérapie. « *L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité. Les objectifs sont ciblés sur le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.* » (Villaumé, 2018) L'ergothérapeute agit sur les occupations du résident. Lors de la mise en place d'une contention, ces occupations sont bousculées. Les compétences de l'ergothérapeute sont nécessaires afin de pallier les habiletés atteintes. Les complications du grand âge, comme notamment la démence, seront des éléments à prendre en compte dans la gestion de la contention.

Nous sommes amenés à croiser ce type de dispositif au cours de nos stages ou dans le cadre de notre profession. La formation nous apporte peu de connaissances, hormis quelques interventions. « *Il est à noter que les indications et les recommandations pour la conduite de cette pratique ne sont pas au programme de l'enseignement des étudiants en médecine ni des professionnels paramédicaux* » (ANAES, 2000)

Il y a une intervention en particulier, sur les dispositifs gérontologiques, qui a abordé les contentions physiques. Cette intervention m'a orienté dans mon choix de thème de mémoire. J'ai également eu l'occasion lors de mon stage de deuxième année de découvrir l'utilisation des contentions au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'ergothérapeute et le médecin, en

collaboration avec les autres professionnels de la structure, organisaient les contentions appliquées aux résidents. Lors d'un stage de troisième année en psychiatrie, j'ai eu l'occasion de voir une autre forme de contention, l'isolement. Le fonctionnement ainsi que l'application étaient différents.

Au vu de mon expérience de stage et des interventions auxquelles j'ai assisté, j'ai choisi d'aborder l'utilisation des contentions physiques chez les personnes âgées. Ces premières réflexions m'ont ramené à ma question de départ, **comment l'ergothérapeute peut limiter l'utilisation des contentions, et la privation occupationnelle générée, chez les personnes âgées ?**

2 Cadre conceptuel

2.1 Les contentions

2.1.1 Un dispositif « réglementé »

Une contention est un dispositif immobilisant sous contrainte une personne. L'expression de ce type de dispositif varie selon plusieurs critères tels que le patient, la structure d'accueil (lieux de vie pour personnes âgées, établissement psychiatrique) ou encore l'équipe médicale qui la prescrit et qui la met en place. Le matériel et le mode de contention étant variés, il est important de distinguer ceux qui existent et lequel je détaillerai dans cette recherche.

Tout d'abord, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) :

« Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécaniques.

Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.

Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. »
(2017)

Il existe également des contentions pharmacologiques (chimiques). Cela consiste à administrer au patient un sédatif pour réduire la mobilité de celui-ci, d'après Nadia Savigny-Serin (2014). Cette pratique est davantage utilisée dans les institutions psychiatriques. Je ne m'intéresserai donc pas à ce type de contention.

L'Agence Régional de Santé (ARS) d'île de France et d'autres littératures décrivent deux derniers types de contentions, celles architecturales et celles psychologiques. Concernant celles architecturales, elles sont liées à l'environnement du résident tel que les unités fermées type Alzheimer ou simplement le placement d'un résident, qui n'est pas en capacité de se déplacer, devant une table. Et celles psychologiques sont celles exercées par l'entourage humain du patient (famille, soignant). L'ARS de l'île de France en prend l'exemple « *d'injonctions collectives et répétées à la personne* » (2018).

Je vais donc m'orienter sur les contentions mécaniques. Ce terme est davantage utilisé dans la littérature que sur le terrain. Dans le deuxième contexte, les professionnels s'approprient le terme « contentions physiques ». Cependant, la littérature emploie parfois les deux termes également, pour décrire la même aide technique.

Tous ces dispositifs sont réglementés. En effet, la mise en place est généralement réalisée par les soignants mais le médecin prescrit la durée et le mode d'immobilisation. La durée maximale préconisée, chez un sujet âgé, par Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2000) est fixée à vingt-quatre heures. Une surveillance est exigée, mais aucune durée n'est précisée. La prescription doit être réévaluée et motivée afin d'être reconduite.

La psychiatrie montre un fonctionnement de prescription médicale similaire. Un psychiatre, par exemple, peut prescrire une contention après l'installation, dans un délai maximum de six heures. Passé ce délai, les soignants doivent retirer le dispositif ou lever l'isolement. Une fois la prescription médicale effective, elle doit également être revalidée toutes les vingt-quatre heures. Dans l'exemple, la structure fonctionne avec un passage des soignants deux fois par jour afin d'évaluer l'état physique et psychologique du patient, mais également pour évaluer la nécessité de reconduire une prescription dans les jours à venir. En outre l'article L3222-5-1 du code de la santé publique régit le fonctionnement d'un isolement ou d'une contention en psychiatrie.

L'ANAES a fait des recommandations pour toutes les formes de contentions, afin d'uniformiser et de donner un cadre aux pratiques. Le code de la santé publique apporte également un cadre juridique à certaines formes de contentions. Il apparaît donc que les contentions sont réglementées, parfois légiférées et surtout il existe des guides de recommandations. Les professionnels bénéficient alors de supports afin d'utiliser de façon adaptée le dispositif, malgré le manque de littérature évoqué par l'ANAES « *Contrairement aux pays nord-américains, il n'existe que très peu d'informations sur ce sujet en France* ». (2000)

Les personnes âgées sont une des populations concernées par l'utilisation des contentions. C'est la population que j'ai choisi d'étudier dans cette recherche, je vais donc développer la réglementation des contentions chez les personnes âgées.

2.1.2 La réglementation chez les sujets âgés

Il n'existe pas de loi, à ce jour, qui légifère la mise en place d'une contention chez les personnes âgées. En revanche, l'article 122-7 (mars 1994) du code pénal explique qu'un soignant est en mesure de prendre la décision d'immobiliser un patient s'il est dangereux pour lui-même ou pour les autres.

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

Afin de pallier ce « flou juridique » l'ANAES dédie des recommandations exclusives à l'utilisation des contentions chez ces personnes. Elle énonce dix critères nécessaires à la mise en place adaptée d'une contention avec cette population. Le premier critère à respecter est « *Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.* » (ANAES, 2000) Comme abordé plus haut, c'est le médecin de la structure qui réalise cette prescription. Sur ce sujet l'ANAES recommande :

« Comme toute prescription médicale, elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur. Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont détaillés dans la prescription médicale. En l'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence, cette prescription peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin. » (2000)

De plus, l'usage de la contention, au même titre que certains médicaments, peut être prescrite en « si besoin ». La mise en place de la contention est alors confiée au regard des professionnels. Leur tâche sera de mettre en place le dispositif. Cependant, la prescription détaille les indications dans lesquelles il sera nécessaire de le mettre en place. L'équipe soignante pourra donc faire la démarche, sans nécessité d'observation immédiate du médecin.

Le deuxième critère recommande que cela soit fait lors de réunion pluridisciplinaire afin d'évaluer ce que cela peut apporter comme bénéfices mais aussi comme risques. Le médecin doit formaliser les conditions d'application, mais l'ANAES recommande que la décision soit prise une fois que chaque professionnel ait apporté ses connaissances et son avis. Et l'ergothérapeute a son rôle dans cette prise de décision. Les habitudes de vie seront forcément impactées par la mise en action d'une

contention. J'expliquerai ensuite l'impact de l'ergothérapie sur les contentions. Mais d'abord, ce dispositif étant peu connu, je vais aborder plus en détail l'utilisation des contentions mécaniques dans les lieux de vie pour personnes âgées.

2.1.3 Les contentions mécaniques dans les établissements de soin accueillant des personnes âgées

Tout d'abord, l'ANAES définit la contention mécanique chez les sujets âgés comme :

« La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (2000).

Cette définition cible un point important, la contention mécanique prend des expressions différentes. Sur le terrain, la contention mécanique peut aller du drap attaché sur un fauteuil aux barrières de lit en passant par les sangles pelviennes classiques. La littérature explique qu'entre les années 2000 et aujourd'hui ces dispositifs sont de plus en plus présents dans les lieux de vie pour personnes âgées. La Haute Autorité de Santé (HAS) a donc mené un Audit Clinique Ciblée (ACC) sur l'utilisation des contentions chez les sujets âgés. Dans cet audit, le rapport met en évidence le manquement du respect des procédures chez une importante partie des établissements hospitaliers. Dans la seconde partie de l'étude, après plusieurs séquences de formations de la part de l'HAS auprès de ces centres hospitaliers, la conformité aux procédures est améliorée. Cette étude met en évidence le manque de formation autour des dispositifs de contention, qui traduit une méconnaissance et obligatoirement des erreurs dans la mise en place.

Les erreurs liées au manque de connaissance peuvent, dans certains cas, avoir des conséquences sur le résident/patient. En effet, les erreurs lors de la mise en place ou lors de l'utilisation des contentions, d'après l'ANAES (2000), causent la mort d'une personne âgée sur mille en institution. L'enjeu de formation et d'information est donc important, afin d'éviter ce risque au maximum.

De plus, l'efficacité des contentions n'est prouvée par aucune étude. Des études ont été menées afin de connaître le lien entre le risque de chutes et la contention. Les résultats de l'étude de Tinetti et Capezuti (1996) ont montré que le risque de chute

augmente chez des sujets soumis à des contentions, notamment chez les patients désorientés. La proportion de chutes graves n'augmente pas en l'absence de contention. Cependant, l'étude constate une dégradation des fonctions vitales chez les sujets contentonnés. La mise en place de l'aide technique semble donc avoir l'effet inverse de celui escompté. Or, sur le terrain, les contentions sont utilisées pour immobiliser des sujets âgés agités ou déments.

La tendance actuelle concernant les contentions tend à vouloir les utiliser le moins possible. Les études et les constats sur le terrain ont amené les professionnels à réduire leurs utilisations. En effet, l'évaluation des contraintes physiques en réadaptation et soins de longue durée dans le CHU d'Angers montre que la structure souhaite réduire l'utilisation de ce type de dispositifs. L'hôpital souhaite réduire l'utilisation et accroître le niveau de formation des soignants (Noublanche, 2018). Une tendance confirmée dans des lieux de vie accueillant des personnes âgées.

« La démence augmente fortement le risque de chute. Par rapport à une personne âgée non démente, elle double le risque de chute, multiplie par trois le risque de fractures suite à une chute et multiplie par trois la probabilité de décès à 6 mois suivant une fracture de la hanche. » (Podvin-Deleplanque, 2015)

Dans ce type de cas, qualifié comme « d'urgence médicale » dans l'article, l'auteur a recours à la contention. Il aborde les cas de contention utilisés pour « punir ». D'après lui, ces utilisations sont à bannir.

« Elle [la contention] est davantage employée chez les résidents déments (55,4 % vs 38,6%) » (Elyn A. et al, 2019) L'étude toulousaine fait une différence sur la population contentonnée. D'après les recommandations, les articles et les études, les sujets âgés déments semblent être davantage contentonnés que les autres. Une précision sur la population des personnes âgées est donc nécessaire.

2.2 Les personnes âgées, une des principales populations cible des contentions

2.2.1 Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

La personne âgée est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un individu passant soixante ans. Cependant, l'OMS apporte une précision « *Il n'existe pas de modèle-type de la personne âgée. Certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celles de nombreux jeunes de 20 ans.* » (2015). Ce qu'il faut comprendre c'est que la catégorie de population des « personnes âgées » ne peut se résumer à une limite d'âge. Dans la compensation du handicap, lorsque la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) attribue ses financements, elle distingue les personnes d'un âge inférieur à soixante ans et celles d'un âge supérieur à soixante ans. Si le handicap se déclare au-delà de cet âge charnière, c'est un autre financement qui rentre en jeu, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La Haute Autorité de Santé (HAS) quant à elle déclare « *Classiquement, la définition du sujet âgé concerne les personnes de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle.* » (2014). Malgré la volonté de l'OMS de ne pas définir de limite d'âge, car chaque individu vieillit différemment, les hautes instances doivent fixer cet âge, afin de mettre en place des financements ou encore des plans d'action.

Le concept de la personne âgée évolue constamment. En effet, afin de mieux comprendre quelle partie de la population est considérée comme « personne âgée », une analyse de l'évolution démographique est nécessaire « *Aujourd'hui, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 1/4 de la population et pourraient en représenter 1/3 en 2040.* » (santépubliquefrance, 2019). Les données démographiques françaises montrent un vieillissement de la population en corrélation avec une amélioration du système de soin. Cependant, les conditions de vieillissement de la population ne permettent pas aux personnes âgées de vieillir en bonne santé. Aujourd'hui, augmenter l'espérance de vie de la population est un objectif atteint. La problématique actuelle est davantage orientée vers un vieillissement dans de meilleures circonstances.

Le profil d'une personne qui passe de la classification « d'adulte » à « personne âgée » serait donc un individu de plus de soixante ans, ayant quelque déficit physique, possiblement retraité ou proche de la retraite et qui a déjà fait sa transition psychologique observable dans son rythme de vie. Toutes les personnes âgées

résidant en EHPAD ne sont pas contentionnées. Une précision sur le profil des personnes âgées nécessitant une contention est donc nécessaire.

2.2.2 Les personnes âgées concernées par les contentions

Afin de cibler les personnes âgées concernés par les contentions, L'ANAES dans son « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé » cible des personnes d'un âge supérieur à 65 ans, qui conservent des habiletés physiques leur permettant de se mobiliser seul et étant pris en charge dans une structure de soin.

Dans l'étude de Andrea M Berzlanovich de 2012, sur les décès dûs aux contentions, il explique quel type de patients sont sujet à ce dispositif : « *Physical restraint is used primarily for patients at risk of falling, those with motor unrest and agitated behavior, and those who manifest an intention of doing harm to themselves or are at risk of suicide.* »¹ Cet auteur expose que les patients les plus fréquemment contentionnés sont ceux qui risquent de chuter, qui sont agités ou qui présentent un risque d'auto-agressivité. Cela permet d'avoir une première idée du type de patient contentionné.

Dans l'étude de Sally B. Hardin en 2014 sur la perception des patients et de la famille à l'égard des contentions, ils résument leurs recherches dans la littérature sur les contentions :

« *The literature indicates that the most frequently reported reasons for the use of restraints in hospitalized or nursing home patients are to prevent potential physical harm to self or others ; limit movement ; maintain treatment plans ; or control patients who exhibit confusion or agitation.* »²

En effet, les patients souffrant de démence n'auront pas la conscience nécessaire pour, par exemple, ne pas se lever en cas de fracture des membres inférieurs. Grâce à ces deux études, il est désormais plus simple de savoir quel type de population est concerné par les contentions. Les personnes âgées, avec des maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, les patients/résidents

¹ La contention physique est principalement utilisée pour les patients présentant un risque de chute, ceux qui ont des troubles moteurs et un comportement agité, et ceux qui manifestent l'intention de se faire du mal ou qui risquent de se suicider. [Traduction]

² La littérature indique que les raisons les plus fréquemment rapportées de l'utilisation des dispositifs de contention chez les patients hospitalisés ou en lieux de vie sont de : prévenir les dommages physiques potentiels à soi-même ou à autrui ; limiter les mouvements ; maintenir des plans de traitement ; ou contrôler les patients qui présentent de la confusion ou de l'agitation. [Traduction]

ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), atteints de démence sévère ou encore les personnes dans un état de sénilité avancé semblent être sujettes aux contentions. Ces pathologies que l'on retrouve fréquemment dans cette population, provoquent les symptômes évoqués dans les études, comme l'agitation ou la confusion. Ces symptômes vont favoriser la mise sous contentions. Ce constat permet de cibler davantage, dans la pratique, les patients pour lesquels les contentions sont utilisées. L'ergothérapeute a un rôle dans la mise en place des contentions, chez les personnes âgées, mais son champ d'action est plus large.

2.2.3 La dimension éthique du rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des contentions chez les personnes âgées

D'après le référentiel de compétence de l'ergothérapeute, notre rôle auprès des sujets âgés contentonnés est établi. En effet, accompagner cette population dans un contexte de contention revient à mettre en jeu la compétence trois principalement (Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie). Cependant, la contention est un dispositif spécifique. Il nécessite d'approfondir ses connaissances, en plus de la formation initiale du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Dans un article sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie, Marie-Josée Drolet (Phd) décrit une situation tirée d'un témoignage d'un ergothérapeute :

« Le fils de la patiente explique son dilemme éthique à l'ergothérapeute quant à l'installation d'une mesure de contention qui, d'une part, assure la sécurité de sa mère, mais, d'autre part, bafoue sa qualité de vie, sa liberté, voire sa dignité. » (2016)

L'ergothérapeute doit dans cet exemple mettre en place la contention conformément à la demande de la famille. Néanmoins, le professionnel tout comme le fils de la résidente s'aperçoivent que les bénéfices sont inférieurs aux inconvénients. Le professionnel, dans son choix éthique devra alors réaliser la balance entre les bénéfices qu'apportent la contention et les risques qu'elle entraîne. C'est après avoir effectué cette balance et observé que la contention est nécessaire qu'il agira. Dans ce type de cas tout comme dans des cas similaires, l'ergothérapeute est confronté à un dilemme éthique. Il doit à la fois penser à la sécurité du résident, sécurité pour laquelle la contention s'imposait, dans cette situation. Mais il doit également penser aux

privations de libertés engendrées. C'est alors à l'ergothérapeute de décider, avec l'appui de l'équipe médicale, quelles éventuelles alternatives il est possible de trouver.

Le vécu de cet ergothérapeute n'est pas isolé. Dans l'étude de J.Guivarch en 2013 sur l'usage de la contention en psychiatrie : le vécu soignant et les perspectives éthiques montrent des ressentis de la part de psychiatre ou d'infirmier comme la frustration, la colère ou encore la culpabilité. Il est également possible d'observer des ressentis opposés comme la satisfaction ou l'absence de ressenti. Le témoignage d'une infirmière nous apprend qu'elle éprouve de la frustration de ne pas avoir pu faire autrement. Dans cette étude, le bilan des psychiatres et des infirmiers montre que la contention est « *difficile mais nécessaire* ». Ce constat est en accord avec le précédent témoignage d'un ergothérapeute, bien que les structures et les patients soient différents. Il est donc important de percevoir cette dimension autour de la mise en place des contentions. Le ressenti des soignants et plus largement des professionnels qui accompagnent le patient influe sur la contention. En effet, selon la position éthique du professionnel, l'évolution de la contention sera différente. Si le professionnel ressent de la frustration ou s'il ressent de la satisfaction concernant le suivi de la mise en place de la contention, il ne va pas accompagner le patient/résident de manière identique. Le dilemme éthique de l'ergothérapeute est d'autant plus important que les conséquences des contentions sont nombreuses.

2.2.4 L'ergothérapeute et la prévention des conséquences des contentions sur les personnes âgées démentes

Dans la durée, les contentions chez les sujets âgés ont des conséquences et les résidents/patients peuvent en souffrir. En effet, dans un premier temps ces conséquences ont des répercussions physiques. L'ANAES décrit qu'il est plus facile d'ailleurs de se représenter les conséquences physiques d'une chute que celle d'une contention. Elle identifie donc les « *troubles vésicaux et intestinaux ; atrophie musculaire ; fragilisation osseuse ; complications cutanées ; perte de mobilité, de fonctionnalité ; risque de strangulation accrue ; manque d'appétit* » comme une partie des conséquences des contentions (ANAES, 2000). Il est possible d'ajouter la grabatisation aux conséquences évoquées. D'après la littérature, la grabatisation survient lorsque le résident perd l'accès à la marche. Le résident est alors alité sur de longue durée. Ce phénomène est en lien avec une autre conséquence fonctionnelle

qu'est le syndrome de glissement. Il constitue une détérioration rapide de l'état général du résident, en lien avec un épisode aigu récent de sa maladie. Le résident adopte alors une posture passive et « *se laisse mourir* » (Bazin, 2002).

Le syndrome de glissement peut également être lié « *au décès d'une personne proche, à l'éloignement d'un membre de la famille (syndrome de glissement provoqué par une sensation d'abandon) ou à l'interruption soudaine et involontaire d'une activité longtemps pratiquée* » (Wallyn ergothérapeute, 2019).

Outre les conséquences physiques et physiologiques, les contentions provoquent des conséquences psychologiques, « *Sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation ; repli, agitation et dépression ; résignation (privation de liberté, perte de dignité) ; Dépendance accrue ; sentiment d'emprisonnement* » (ANAES, 2000). Elles auront des répercussions sur l'état physique et psychologique du résident. Les conséquences qu'auront les contentions sur le résident pourront en partie influencer le lieu de vie, que ce soient les autres résidents ou les soignants. Effectivement, toutes ces effets néfastes des contentions peuvent occasionner des troubles du comportement chez le résident. L'agitation pourra alors éventuellement perturber le lieu de vie.

Malgré l'hétérogénéité des sémiologies dans les troubles du comportement, l'agitation et l'agressivité sont des signes fréquents de l'apparition de ces troubles. Quatre types de troubles du comportement existent en institution, selon qu'ils sont liés « *à l'environnement physique (le bruit) ; à l'entourage qui n'est pas formé à la maladie ; à des stimulations excessives ou insuffisantes ; au facteur relationnel « soignant/soigné* ». » (Andreeva, 2010) Ils sont majorés par la perte de communication verbale et donc par l'incompréhension de leur interlocuteur. Selon l'INSEE, dans les signes de troubles de comportement, à l'agressivité et à l'agitation viennent s'ajouter des signes de dépression, de confusion ou de délire. (INSEE, 2006). Il est alors important de savoir que les troubles du comportement se manifesteront différemment chez chaque patient.

Un ergothérapeute peut être amené à observer ces différentes conséquences. Il pourra être alerté par l'équipe soignante d'un changement de comportement du résident. Il peut aussi le constater de lui-même lorsqu'il se rend dans le lieu de vie. La contention provoque des conséquences. Ici je vais aborder un phénomène défini en ergothérapie et provoqué par la contention mécanique, la privation occupationnelle.

2.3 La privation occupationnelle

2.3.1 Définition de la privation occupationnelle

L'ergothérapie fonde sa pratique sur les habitudes de vie du patient. Dans le paradigme actuel, le domaine de l'occupation est au centre de notre profession.

Garry Kielhofner développe le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) en 2002. Celui-ci se base sur l'hypothèse selon laquelle « *la performance occupationnelle est une force centrale dans la santé, le bien-être, le développement et le changement. [...] Selon le modèle, la participation occupationnelle naît de sa coopération avec les conditions environnementales.* » (Kielhofner, 2006 traduit par Mignet en 2017)

D'après la traduction de Marie-Chantal Morel-Bracq en 2009, Garry Kielhofner identifie le concept d'occupation humaine comme « *une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs, et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* ». Si on tente d'appliquer cela à la population étudiée, déambuler, pour un patient atteint d'une démence sévère, est donc une occupation de vie quotidienne réalisée à l'intérieur de l'EHPAD (contexte physique), régulièrement au cours de la journée (contexte temporel), habillé et chaussé (contexte socio-culturel).

Le MOH se définit en trois grandes parties, qui sont les composantes de la personne : l'Être, l'Agir et le devenir.

L'Être correspond à la personne, ici une personne âgée démente. L'Être à trois composantes. Tout d'abord, la volition, qui correspond aux valeurs, aux centres d'intérêt et aux déterminants personnels. Ensuite, il y a l'habitation, qui correspond aux habitudes de vie semi-automatique (prendre un repas, rôles dans un milieu social). Et enfin il y a la capacité de performance qui correspond aux capacités fonctionnelles décrites dans des modèles biomécaniques.

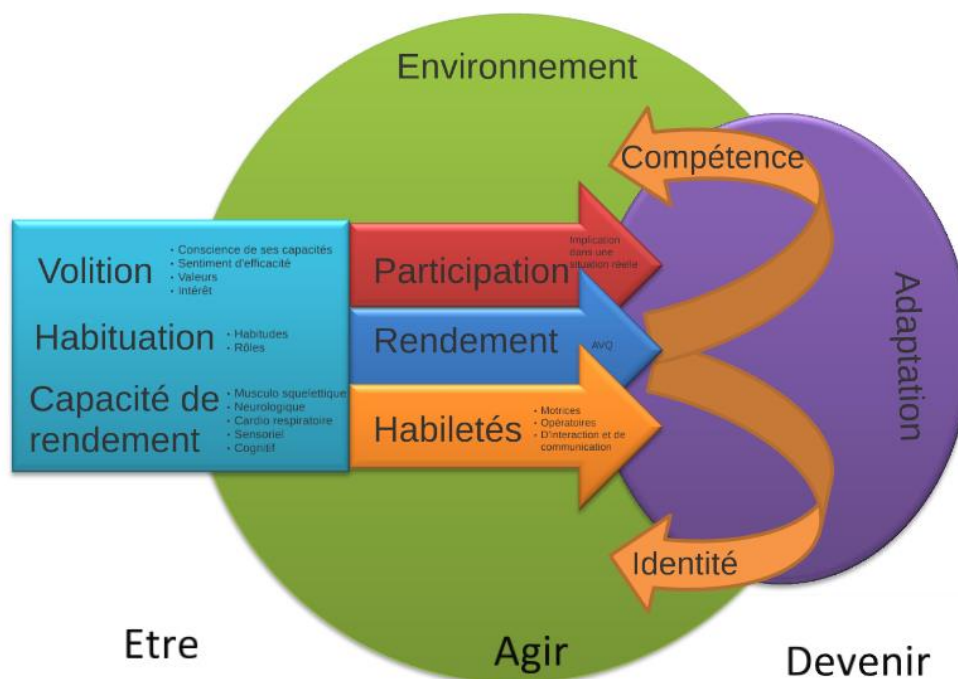
L'Agir de la personne correspond à sa participation et à sa performance. C'est ce que l'ergothérapeute va chercher à identifier chez le résident lors de son évaluation.

Enfin le Devenir est la suite logique de l'Agir. Le vécu de la personne obtenu dans l'Agir lui crée une identité occupationnelle, qui correspond au Devenir.

Ces trois grandes composantes font partie d'un environnement donné. Elles sont donc en constantes interactions entre elles, mais aussi avec l'environnement. En application, le résident possède une identité occupationnelle solide du fait de son âge avancé. Cela permet à l'ergothérapeute de pouvoir améliorer l'Agir (participation et performance) en prenant appui sur les composantes de l'Être, à savoir ses

occupations antérieures signifiantes et significatives, mais aussi les habitudes, ses capacités fonctionnelles et cognitives et ses habitudes de vie. Dans la population étudiée, certaines composantes comme les capacités fonctionnelles et cognitives seront altérées. Le schéma qui suit permet de faciliter la compréhension du modèle (Annexe I) :

Schéma 1 : Le Modèle de l'Occupation Humaine



D'après la traduction de Garry Kielhofner (2002) par Morel-Bracq (2009)

D'après le MOH, l'occupation fait donc référence au travail, aux jeux ou aux activités de la vie quotidienne dans un contexte temporel, physique et socioculturel, qui caractérisent une grande partie de la vie humaine. Chez les personnes âgées souffrant de démences, ces occupations comme les sorties à l'extérieur, la lecture ou des activités manuelles sont atteintes. En ajoutant la contention, ces occupations sont davantage bouleversées.

Afin de cibler ce qu'est l'occupation, Doris Pierce, en 2001 disait :

« Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues. »

Avec l'émergence du domaine de l'occupation, des nouveaux concepts font leur apparition dans l'ergothérapie française. La privation occupationnelle fait partie de ces nouveaux concepts. Le premier terme de celui-ci est la « privation », qui est lourde de sens. En effet, la littérature utilise fréquemment la « privation des libertés » lorsque les contentions sont mises en place. Afin de comprendre le sens du mot « privation », nous pouvons le comparer avec le mot « manque ». Il est important de distinguer le degré d'importance entre le terme « manque » et « privation », le deuxième étant plus fort que le premier, malgré leur ressemblance dans le sens. Par analogie, la « privation sensorielle » consiste à priver un individu de tout stimuli extérieur, habituellement reçu par les organes des cinq sens. Ici, la privation occupationnelle prive la capacité du résident à initier les activités. Par exemple, un résident/patient contentonné au fauteuil, qu'importe le motif, ne sera plus en mesure de réaliser pleinement certaines activités du quotidien. Lorsqu'il est immobilisé au fauteuil, il risque de ne plus pouvoir déambuler ou suivre l'animation du lieu de vie. Il est donc privé d'une partie de son indépendance. Et lorsque l'on associe le terme « privation » avec la pratique en ergothérapie d'aujourd'hui, c'est le concept de « privation occupationnelle » (« *occupational deprivation* ») qui émerge.

Le terme privation occupationnelle consiste à définir l'état dans lequel une personne n'est plus en capacité, que ce soit à cause d'un traumatisme ou sous contrainte, de s'investir pleinement dans ses occupations. Afin de définir le terme de privation occupationnelle,

Gaëlle Riou définit le terme :

« La privation occupationnelle est définie comme le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux. Ainsi, une personne privée de sa possibilité d'agir sur son environnement peut facilement glisser dans un véritable chaos intérieur. Nous pouvons même parler d'aliénation occupationnelle quand il n'y a plus de possibilité d'implication dans des activités signifiantes et significatives » (Gaëlle Riou, 2017).

Ce concept est utilisé pour des privations qui durent dans le temps. Il est à noter également que seule une intervention extérieure (qui sollicite l'intervention d'une tierce personne) constitue une privation. Un cancer par exemple, peut priver un patient de certaines occupations, seulement ce ne sera pas considéré comme une « privation occupationnelle ». Wilcock Ann Allart définit la privation occupationnelle : *« A state of preclusion from engagement in occupations of necessity and/or meaning due to factors that stand outside the immediate control of the individual. »*³ (1998) Avec cette définition, les contentions apparaissent clairement comme un dispositif qui « échappe au contrôle de l'individu ».

La privation occupationnelle générée chez un patient, de quelque manière qu'elle soit, a des conséquences. Matthew L Molineux décrit ces conséquences : *« Occupational deprivation over extended periods has been shown to have a detrimental effect on health, well-being and adaptation. »*⁴ (Molineux, 2015).

Dans cette recherche, les contentions mécaniques sont mises en lien avec la privation occupationnelle.

Cet état qu'est la privation occupationnelle est donc dû à une intervention extérieure. Elle s'exprime par la perturbation des occupations du sujet en les limitant fortement, voire en les supprimant. Cette privation des occupations entraîne des conséquences, comme des effets néfastes sur la santé ou encore sur le bien-être. La privation occupationnelle perturbe l'équilibre occupationnel. D'après Nicolas Khüne, ce qui compte dans l'équilibre occupationnel c'est que l'individu choisit et porte un jugement subjectif sur des caractéristiques de l'activité, qui sont à mettre en équilibre. Ces caractéristiques d'activité s'opposent (gratifiante/non gratifiante ; choisie/imposée ; exigeante/simple). Ce jugement est ancré dans les valeurs et dans la signification que la personne accorde à ces activités. Ce jugement subjectif semble

³ Un état d'interdiction de s'engager dans des occupations de nécessité et / ou de sens en raison de facteurs qui échappent au contrôle immédiat de l'individu. [Traduction]

⁴ La privation occupationnelle exercée sur des périodes prolongées a prouvé qu'elle a un effet néfaste sur la santé, le bien-être et sur le développement

corrélé au jugement que l'individu porte par ailleurs sur son état de santé. Nicolas Kühne décrit l'équilibre comme une harmonie vers laquelle nous devons tendre (Kühne, 2017). C'est lorsque cet équilibre est altéré qu'une privation occupationnelle est constatée. En effet, chez des sujets âgés ayant une démence et présentant des troubles neurocognitifs, il est d'autant plus important de permettre cet équilibre, afin de ne pas aggraver les troubles.

Une privation occupationnelle occasionnera une restriction de participation occupationnelle. La participation est définie comme « *L'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » (Meyer, 2013b, p. 16). Cet engagement est difficile à observer chez des sujets présentant une démence avancée. Leur communication étant fortement atteinte, il faudra que l'ergothérapeute soit attentif aux moindres manifestations de la part du résident. Les deux concepts, de privation et de participation occupationnelle ont donc une relation de cause à effet. L'équilibre occupationnel est quant à lui impossible à atteindre quand une privation importante est en cours. La privation induit une restriction de participation ainsi qu'une rupture de l'équilibre occupationnel. Le rôle de l'ergothérapeute sera d'agir sur la privation occupationnelle et ses conséquences ainsi que sur la participation et l'équilibre occupationnel.

2.3.2 Appréhender la privation occupationnelle en tant qu'ergothérapeute

. L'ergothérapeute peut agir afin de permettre la participation occupationnelle, mais aussi pour permettre au résident de retrouver son équilibre occupationnel, tout cela afin de réduire cette privation occupationnelle. C'est pourquoi il sera important pour lui de connaître les occupations qui sont signifiantes et significatives pour son résident. « *L'activité signifiante reflète le sens donné par la personne à l'activité et l'activité significative, le sens social attribué par l'entourage à l'activité.* » (Poriel, 2018). C'est lorsqu'il aura connaissance de celles-ci qu'il sera en capacité de mesurer la privation occupationnelle et d'orienter son accompagnement.

Au travers du Modèle de l'Occupation Humaine, l'ergothérapeute va aborder la participation occupationnelle du résident contentonné. Dans ce courant de pensée, afin de mesurer les différentes sphères occupationnelles, les professionnels utilisent des outils d'évaluation en lien avec ces concepts. Afin d'évaluer tout ou partie de la participation occupationnelle du résident contentonné, j'ai choisi de baser ma réflexion

sur un des outils. Je vais m'inspirer du Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) (« *Outil de Dépistage du Modèle de l'Occupation Humaine* » (Mignet, 2016)) pour tenter de mesurer la privation occupationnelle. (Voir annexe II)

Dans ce travail de recherche, je vais donc montrer une application possible du MOHOST. Cet outil permet d'évaluer les composantes vues dans le MOH, comme l'Être et l'Agir, mais aussi l'environnement du résident. (Voir annexe III). Cet outil apporte à l'ergothérapeute une visualisation globale du résident. Les résultats mettront en évidence les habiletés qui sont encore fonctionnelles, ainsi que les axes de prise en soin sur lesquels l'ergothérapeute devra agir.

Le MOHOST est basé essentiellement sur l'observation. Il mesure la participation occupationnelle du patient dans ses activités de la vie quotidienne. La grille de cotation commence par un recueil de données ainsi qu'une analyse des freins et des leviers, qui est réalisée en amont de la cotation. La grille de cotation se décompose en vingt-quatre items. Vingt items mesurent la participation du résident et quatre l'influence de l'environnement (Voir annexe II). Chaque item se cote selon quatre niveaux d'appréciation de la part du professionnel. Le niveau le plus élevé correspond à « facilite la participation occupationnelle », ensuite « permet la participation occupationnelle », après « Limite la participation occupationnelle » et le dernier niveau de cotations « Empêche la participation occupationnelle ». Les niveaux de cotation sont détaillés pour chaque item afin d'aider le professionnel à coter au plus juste.

Certains items comme « l'intérêt », dans sa cotation la plus haute (facilite la participation occupationnelle) se manifeste par « Passionné, curieux », « plein de vie », « essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, semble satisfait. ». Cette cotation de « l'intérêt » est observable par l'ergothérapeute, même chez des sujets âgés déments. En effet, bien que les habiletés de communication puissent être déficitaires, l'intérêt du résident peut se manifester autrement. L'expression de son visage peut témoigner de son intérêt, un changement d'habitudes de vie ou d'environnement associé à une baisse de la thymie peut également montrer que la routine précédente était davantage plaisante pour le résident. Un autre item intitulé « Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites. » pourra également être mesuré dès le début de l'accompagnement. Effectivement, lors d'une mise sous contention et dès lors que le patient souhaite se lever alors que les recommandations médicales l'interdisent, il n'évalue pas de façon juste ses capacités. Les items nécessitant la mise en place d'activité productives (« *travail, études* » (Vallée, 2009)) nécessiteront une attention particulière. L'activité productive pourra

être remplacée par une activité productive à la vie de l'EHPAD. Par exemple, le thérapeute pourra inclure le résident dans les tâches liées au repas commun. Le professionnel observera alors si le résident est en capacité de participer dans une occupation productive, ainsi que de se saisir d'un rôle.

Afin que la cotation soit la plus précise possible, la majorité des items se cotent uniquement sur l'observation du résident, dans son environnement, par le thérapeute, sans intervention de ce dernier. La population étudiée dans cette recherche, des personnes âgées démentes contentionnées, ne seront pas en mesure de valider la totalité des items dans leurs cotations maxima. Les items comme « Utilisation de la voix » ainsi que les autres items nécessitant une communication verbale pour l'évaluation seront probablement déficitaires. L'ergothérapeute devra tenir compte de ces difficultés dans sa cotation. La pathologie du résident ainsi que la mise en place de la contention impliquent que des items soient déficitaires. Néanmoins, chercher à identifier la participation antérieure ainsi que les activités signifiantes et significatives du résident permettront à l'ergothérapeute de mettre en place des solutions et ainsi agir sur la privation occupationnelle et ses conséquences.

Afin de compléter son observation, comme décrit par Gladys Mignet (2016), l'ergothérapeute peut envisager d'aller chercher des informations manquantes auprès de l'équipe soignante, afin de se faire une représentation de la participation du résident, antérieure à la contention et à la démence, par exemple. Les soignants pourront également noter des éventuels changements dans « l'intérêt » que porte le résident à ce qui l'entoure. Afin de coter au plus juste cet item, la famille pourra nous apporter des éléments de réponses. L'ergothérapeute peut s'appuyer à la fois sur ses propres connaissances du résident, comme évoqué plus haut, mais aussi sur les connaissances qu'a la famille vis-à-vis de son proche. En effet, la famille ne nous permet pas d'évaluer la participation ni la privation occupationnelle, en revanche elle nous apporte des éléments de réponses sur les habitudes antérieures du patient/résident, ainsi que sur d'éventuels changements depuis la mise sous contention. Cet entretien avec la famille vient compléter les éléments recueillis par l'observation.

Lorsque l'ergothérapeute observera que la privation occupationnelle est importante, il pourra faire l'hypothèse que certaines conséquences des contentions comme les troubles du comportement ou le syndrome de glissement seront majorés.

Aux connaissances cliniques indispensables de l'ergothérapeute vient s'ajouter le regard spécifique de l'ergothérapie. Dans ce type de situation, le professionnel devra

s'accorder du temps afin d'analyser le comportement du résident. Gladys Mignet (2016) explique par exemple que le temps d'observation du MOHOST varie selon les structures et les difficultés des patients. Cette observation devrait durer plusieurs semaines (entre deux et trois). Un changement de comportement, durant cette phase d'observation, chez un résident contentonné peut indiquer une privation occupationnelle.

Dans sa quête de mesure de la privation occupationnelle, l'ergothérapeute bénéficie d'un appui majeur en présence de l'équipe pluriprofessionnelle. C'est une précieuse ressource puisque les professionnels sont au contact du résident toute la journée et dans des moments intimes comme la toilette ou le lever. Leur expertise quant aux modifications de comportement et d'état psychologique à la suite d'une mise en place d'une contention sera nécessaires dans la détection de la privation occupationnelle.

Quantifier la privation occupationnelle chez des sujets âgés déments est complexe. Dans la littérature, je n'ai pas trouvé de bilan normé permettant de mesurer la privation occupationnelle. Pour l'ergothérapeute, se baser sur le MOHOST peut l'aider à la quantifier. Il va mesurer la participation, ce qui indirectement lui permettra de juger l'importance de la privation. Chercher à identifier la participation antérieure ainsi que les activités signifiantes et significatives du résident permettront à l'ergothérapeute de mettre en place des solutions et ainsi agir sur la privation occupationnelle et ses conséquences.

2.3.3 Agir sur la privation occupationnelle et ses conséquences dans le cadre de la contention en ergothérapie

Dès lors que l'ergothérapeute a évalué l'Être, l'Agir et l'environnement, il va agir sur la privation occupationnelle. Pour cela, l'ergothérapeute met en jeu ses connaissances sur l'activité. Au regard de la littérature étudiée, j'é mets l'hypothèse que la mise en place des activités signifiantes par l'ergothérapeute en dehors de ses séances individuelles ou collectives aurait un impact sur la privation occupationnelle. Cette solution prend en compte toutes les composantes du résident. L'Être, puisque proposer des activités signifiantes va solliciter la volition du résident, par la mise en jeu de sa motivation et de ses centres d'intérêt. La capacité de performance occupationnelle sera améliorée au fur et mesure de l'activité. Quant à la participation occupationnelle, elle sera de fait majoré. Mettre en place ces activités a également un

impact sur l'Agir. Enfin, réaliser ces activités permettra au résident de retrouver une partie de son identité occupationnelle et donc d'améliorer son bien-être. Grâce à son observation et au recueil de données des occupations antérieures, l'ergothérapeute sera en capacité de proposer des activités signifiantes. L'ergothérapeute privilégiera cette orientation thérapeutique lorsqu'il constate une privation avec une restriction de participation et une rupture de l'équilibre occupationnel. L'ergothérapeute constatera que son efficacité de la prise en charge sera efficace si la mise en place de ces activités signifiantes réduit la privation occupationnelle et les conséquences liées à la contention. Réévaluer à l'aide du MOHOST.

Une autre solution serait, d'agir sur la composante globale de « l'environnement » matériel. En effet, l'ergothérapeute est régulièrement sollicité dans les EHPAD pour parfaire l'indépendance des patients avec leur fauteuil roulant. Les difficultés occupationnelles observées pourraient être réduite avec une installation adaptée. L'étude approfondie de l'installation afin d'adapter le positionnement et la propulsion sont un élément de réponse. Cependant, il faut garder à l'esprit que les résidents contentonnés dans le temps et en situation de privation occupationnelle sont dans un état de démence sévère, avec des troubles associés. L'apprentissage de nouvelles technologies ou dispositif de propulsion (environnement) est donc à préconiser en prenant en compte les difficultés cognitives. L'ergothérapeute privilégiera ces solutions lorsque les capacités cognitives restantes le permettent, tout en réévaluant régulièrement d'abord la sécurité du patient/résident, mais aussi en vérifiant que cette action ne met pas en danger les autres résidents. Le positionnement est à évaluer et vérifier chez tous les sujets âgés, d'autant plus chez ceux contentonnés. L'ergothérapeute devra également veiller à ce que l'environnement global du résident soit adapté. Sa chambre, sa salle de bain ou encore le lieu de vie nécessitent un regard attentif afin de maximiser l'indépendance ainsi que l'autonomie. En effet, contentonné, le résident peut perdre une partie de son autonomie de choix. Par exemple, s'il n'a qu'une seule activité à sa disposition il ne pourra plus faire de choix. Or si l'environnement est adapté pour lui permettre de choisir entre plusieurs activités, le résident conserve une partie de son autonomie.

Enfin, dans le but d'agir sur deux sphères, une dernière solution pourrait être mise en place. Dans un premier temps, la sphère de l'Être, pour agir sur les habitudes des résidents, il faudra agir sur les habitudes des soignants. Dans un second temps, agir sur la composante globale de « l'environnement » humain en sensibilisant les soignants. Lorsque la contention est mise en place et que la privation

est avérée, l'ergothérapeute peut effectuer cette sensibilisation. Des actes simples comme ne pas mettre les freins peuvent réduire la privation occupationnelle. Le rôle de l'ergothérapeute sera d'expliquer et de montrer ces actes simples à l'équipe. Il devra également la sensibiliser au concept de la privation occupationnelle. L'ergothérapeute pourrait utiliser cette solution en complément de la seconde. Les éléments de ma recherche définis, je vais désormais mener une étude de terrain afin de confronter mes hypothèses à la pratique d'ergothérapeutes exerçant dans un EHPAD.

3 Question de recherche

Au regard de ma littérature et afin de mener cette recherche sur le terrain, je pose ma question de recherche :

Comment l'intervention en ergothérapie peut réduire la privation occupationnelle générée par des contentions mécaniques lorsque celles-ci sont indispensables chez les personnes âgées en EHPAD ?

Lorsqu'un résident âgé souffre d'une démence sévère, plusieurs facteurs combinés nécessiteront une contention. Elle sera encadrée mais entrainera des conséquences. L'objectif de l'ergothérapeute sera de réduire la privation provoquée par la contention pour en limiter les conséquences. L'étude expérimentale s'orientera donc autour de ces aspects, en prenant en compte le résident dans sa globalité, afin de répondre aux deux hypothèses présentées ci-après.

4 Hypothèses

A partir de la question de recherche et de l'étude de la littérature, je formule deux hypothèses que je vais expérimenter par la suite :

Hypothèse 1 : La privation occupationnelle générée par les contentions mécaniques chez les personnes âgées est réduite lors de la mise en place d'activités significatives dans les lieux de vie des résidents.

Hypothèse 2 : La privation occupationnelle générée par les contentions mécaniques chez les personnes âgées est réduite lorsque l'environnement est adapté pour permettre un accès aux activités significatives.

5 Cadre expérimental

5.1 Dispositifs méthodologique et expérimental

5.1.1 Choix de la méthode et de l'outil expérimental

Dans cette partie, je vais expliquer la méthode que j'ai décidé d'utiliser ainsi que les raisons pour lesquelles je l'ai choisie. Afin de mener ma recherche j'ai choisi la méthode qualitative. « *Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions.* » (Laurence Kohn, 2014). C'est pour cette raison que j'ai utilisé cette méthode. Je recherchais un outil me permettant de pouvoir recueillir les impressions et les ressentis des professionnels, via des questions ouvertes. J'ai opté pour la méthode qualitative dans le but d'obtenir la perception que les ergothérapeutes ont de la privation occupationnelle ainsi que de la contention. « *L'un des points forts de la recherche qualitative est qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans situations artificielles ou expérimentales* » (Laurence Kohn, 2014). C'est une autre raison pour laquelle j'ai adopté cette méthode. J'ai voulu laisser libre cours à la réflexion des ergothérapeutes, tout en recueillant des propos bruts, mais riches de sens. Je comparerai ensuite les données ainsi obtenues en les confrontant à ma conceptualisation. Je dégagerai ainsi des résultats qui me permettront de valider ou d'invalider mes hypothèses.

5.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de définir ma population cible lors de ma phase expérimentale, j'ai défini des critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, les ergothérapeutes interrogés devaient répondre à trois critères. Ils doivent être ergothérapeutes diplômés d'état, afin que leurs réponses soient en adéquation avec la recherche. De plus, ils doivent exercer dans un EHPAD français. En effet, ma recherche porte uniquement sur l'accompagnement des résidents contentonnés liés à la culture française. Enfin, les ergothérapeutes doivent accompagner des résidents contentonnés dans leur pratique quotidienne. Dans mes demandes d'entretiens, j'ai, au préalable, exprimé ces critères, afin de ne pas interroger des professionnels qui ne rentrent pas dans mes critères de recherche. Pour vérifier que ces critères étaient respectés, j'ai également fait figurer dans l'introduction de mon guide d'entretien trois questions concernant les critères d'inclusion.

5.1.3 Elaboration des entretiens

Afin d'utiliser la méthode qualitative j'ai élaboré un guide d'entretien. Le guide d'entretien me permet d'être cohérent entre les différents entretiens. Toutefois, la forme semi-directive de l'entretien m'autorise à naviguer à travers les différentes questions si besoin, ainsi que d'adapter les questions selon l'interviewé. Ces entretiens ont pour but d'invalider ou de valider mes hypothèses.

Tout d'abord, ce guide d'entretien comprend les formulations d'usage ainsi que l'introduction du sujet et les thèmes abordés. J'explique aux ergothérapeutes que l'entretien portera sur l'ergothérapie, la contention et les personnes âgées, la privation occupationnelle et les activités signifiantes. Je leur évoque après leur droit de retrait ainsi que les conditions d'anonymisation des données. Ensuite, je pose aux ergothérapeutes les questions me permettant de vérifier les critères d'inclusion. Une fois posées, je commence l'entretien avec les questions portant sur ma recherche. Dans un premier temps, je demande aux ergothérapeutes de se présenter, afin d'obtenir les données socio-démographiques ainsi que de relier les réponses aux pratiques de chacun. Ma deuxième question porte sur les profils de résidents qui sont contentonnés dans les structures des ergothérapeutes. Les réponses obtenues me permettront de mieux comprendre le fonctionnement des structures des ergothérapeutes ainsi que de savoir quels résidents seront impactés par la privation occupationnelle. La troisième question concerne cette privation occupationnelle. Je demande aux ergothérapeutes ce que ce terme évoque pour eux, pour, dans un premier temps, savoir leurs degrés de connaissance vis-à-vis du concept. Ensuite, je leur demande s'ils ont déjà constaté cette privation occupationnelle et si oui comment ils l'ont identifiée. Cette question me permet de savoir si un ergothérapeute a utilisé le MOHOST tel que je l'ai décrit dans mon cadre conceptuel. Il se peut aussi qu'ils utilisent des outils d'évaluation occupationnelle. La quatrième question me permet de savoir quel(s) lien(s) les ergothérapeutes font entre la privation occupationnelle et les contentions. La réponse des professionnels me permettra de savoir s'ils identifient des éléments comme une restriction de participation ou une rupture de l'équilibre occupationnel (Voir annexe IV). La cinquième question concerne mes deux hypothèses. En effet, je demande aux ergothérapeutes comment, dans leurs pratiques, font-ils pour limiter les conséquences occupationnelles des contentions. Après leurs réponses, je pose ma sixième question, qui aborde ma première hypothèse. Je leur expose mon raisonnement qui consiste à penser que la mise en

place d'activités significantes en dehors des séances individuelles ou collectives va réduire la privation occupationnelle. Leurs réponses me permettront de savoir s'ils ont déjà mis en place ce type d'activités et s'ils ont constaté une réduction de la privation occupationnelle. De plus, pour compléter cette question, je leur demande comment les professionnels font pour repérer les activités significantes. Cette question me permet de savoir à nouveau s'ils ont déjà eu l'occasion d'utiliser des outils d'évaluation occupationnelle. Elle me permettra également de savoir s'ils récupèrent les informations concernant les activités significantes par un autre moyen. Enfin, la dernière question concerne ma seconde hypothèse. Je demande aux professionnels s'ils ont constaté ou non que l'adaptation de l'environnement a une influence sur la privation occupationnelle. Afin de faciliter les présentations des résultats de ma phase exploratoire, je vais exposer par thématique les réponses recueillies. Je précise que seulement sept des huit entretiens réalisés apparaîtront dans la présentation et l'analyse des résultats.

Afin de faciliter la lecture des résultats, j'ai créé un tableau regroupant les différentes questions posées, reliées avec les réponses attendues lors des entretiens. (Voir annexe V). Ce tableau me permet de regrouper par thématique les réponses que j'attends lors des entretiens, ce qui facilitera la comparaison lors de l'analyse.

Toutes les données récoltées au cours des entretiens seront présentées sous formes de résultats et par la suite critiqués. Afin de faciliter la lecture de ces résultats, j'ai catégorisé les réponses obtenues par thématiques. Dans les colonnes se trouvent les réponses des professionnels selon les thématiques des questions et dans les lignes les réponses par ergothérapeute. La couleur de police des réponses est identique lorsque les thèmes de réponses sont similaires. Les réponses dont la police d'écriture est en noir sont les réponses isolées. Tous les résultats qui figurent dans ce tableau sont issues des propos des ergothérapeutes interrogés. Regrouper les réponses m'a permis de mettre en évidence les éléments de réponses qui apparaissent régulièrement ainsi que de les comparer entre elles (Voir annexe VI).

5.2 Présentation et analyse des résultats

5.2.1 Difficultés et obstacles lors de la démarche expérimentale

Lors de l'élaboration de l'entretien guidé, la principale difficulté fût de formuler des questions suffisamment ouvertes pour ne pas influencer les réponses, tout en les formulant de façon à répondre aux hypothèses.

« Dans un « entretien guidé », les questions sont posées au répondant. La pertinence et l'ordre des questions doit être appréciés avec les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux questionnaires. La liste des questions à poser s'appelle alors le guide d'entretien. Il est nécessaire avant le premier entretien de s'assurer du fait que leur formulation est correcte par rapport à la recherche, dénuée d'ambiguïté, exprimées dans un langage adapté, non inductrices des réponses, et que les questions sont posées dans un ordre qui facilite l'entretien. » (Roussel, 2005)

J'ai plusieurs fois reformulé les questions de mon guide d'entretien afin d'être au plus proche de ces différents critères.

Le principal obstacle rencontré lorsque j'ai mené ma phase expérimentale fût le confinement imposé par les conditions sanitaires actuelles. En effet,

« Dans le contexte d'évolution de l'épidémie de COVID 19, il a été décidé un renforcement des restrictions de visites dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, du fait de la vulnérabilité particulière des publics concernés.

Dans les EHPAD et les USLD, l'intégralité des visites de personnes extérieures à l'établissement est suspendue. » (Ministère des solidarités et de la santé, 13/03/2020).

De ce fait, ma présence dans les EHPAD afin de mener ma phase expérimentale initialement prévue était impossible. J'ai donc été contraint de réaliser des entretiens téléphoniques. Si j'ai choisi la méthode des entretiens pour mener ma recherche, c'est en partie pour ce contact visuel qu'ils apportent. A contrario, l'entretien téléphonique ne permet pas cet échange visuel. De mon point de vue, il perd alors une partie de son intérêt. La réponse de l'interviewé est importante, mais son faciès ainsi que sa réaction physique le sont tout autant. Ne pas pouvoir se rendre dans les EHPAD a également entravé la récupération des formulaires de consentement. Effectivement, lorsque l'entretien se déroule en présentiel, il est facile pour l'étudiant d'imprimer un exemplaire, de le faire compléter par le professionnel et de le récupérer.

Or, dans mon cas, la récupération du formulaire de consentement se fait par e-mail. La démarche est plus contraignante, ce qui a occasionné des difficultés pour tous les récupérer.

De plus, des problèmes techniques comme une perte de réseau ou de mauvaise compréhension des questions liées au téléphone peuvent arriver. Les professionnels ne sont également pas toujours disponibles durant cette période. Malgré ces difficultés et ces obstacles, j'ai obtenu des données relatives à ma recherche. Afin de les analyser de façon précise, je vais d'abord introduire les résultats en présentant les données socio-démographiques de la population interrogée.

5.2.2 Données socio-démographiques

Dans un premier temps, pour présenter la population d'ergothérapeutes interrogés, je vais exposer les données concernant l'âge. Au cours de la phase expérimentale, je me suis entretenu avec 8 ergothérapeutes. Un entretien est, cependant, à considérer différemment. Tout d'abord, l'âge le moins élevé est de 24 ans et l'âge le plus élevé est de 44 ans. La médiane d'âge des professionnels interrogés est de 28 ans et la moyenne de 30 ans. L'âge moyen ainsi que l'âge médian indique que la population cible est relativement jeune.

Ensuite, concernant les dates d'obtention des diplômes d'état en ergothérapie, la date la plus récente est d'un an et la date la moins récente est de 23 ans. La médiane pour la date d'obtention du diplôme est de 4 ans et la moyenne est de 8 ans. La majorité des ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme récemment, c'est-à-dire il y a moins de 6 ans (six ergothérapeutes). Deux ont quant à eux obtenus leur diplôme il y a plus de 10 ans.

Enfin, le confinement lié à la situation sanitaire m'ayant contraint à faire des entretiens téléphoniques, j'ai interviewé des ergothérapeutes de toutes les régions. Certains sont de Normandie, d'autres du grand Est et certains sont du sud de la France. La géographie des pratiques de la population interrogée est donc hétérogène. En résumé, la population d'ergothérapeute que j'ai interrogé pratique dans des zones géographiques différentes. Dans l'ensemble, les ergothérapeutes sont récemment diplômés et globalement jeunes. Le profil des ergothérapeutes interrogés défini, je vais présenter les résultats obtenus.

5.2.3 Présentation des résultats

5.2.3.1 Les résidents contentionnés en EHPAD

Dans un premier temps, j'ai posé cette question aux ergothérapeutes : Quel(s) profil(s) de résidents sont contentionnés dans votre EHPAD ? Les professionnels semblent d'abord tous s'accorder pour décrire un profil type : le patient chuteur. En effet, 6 ergothérapeutes sur 7, soit 86%, décrivent ce profil. E1 dit : « *Les résidents qui sont à risques de chutes* » tout comme E4 qui complète :

« Ça va être souvent être des personnes qui peuvent présenter une désorientation, qui se pensent capable de de marcher et qui du coup, bah sont à risque de chute en fait, c'est principalement le risque de chute de tout manière. ».

Effectivement, 6 des 7 ergothérapeutes interrogés, soit 86%, évoquent les troubles dans le profil des résidents contentionnés. Le groupe de mots « qui se pensent capable de marcher » fait référence à un trouble dont souffrent les résidents contentionnés, les troubles cognitifs. E1 ajoute sur le profil de ses résidents « *Des résidents qui ont des troubles cognitifs [...] qui ont eu une opération récente et qui n'ont pas d'appui autorisés* ». E2 semble accompagner le même type de résident :

« Le cas classique, c'est la personne, démente, qui a des troubles apparentés, qui a chuté, qui s'est fracturé le col du fémur et qui a été traité par un clou gamma sans appui pendant 6 semaines. Et la personne comprend pas du tout qu'elle n'a pas le droit de se lever. Donc elle se met en danger. ».

E8 décrit également un profil similaire : « *Des résidents qui chutent régulièrement et généralement, ils sont aussi déments.* ». La majorité des ergothérapeutes interrogés définissent le profil des résidents contentionnés comme chuteurs et déments (5 sur 7 disent observer les deux chez leurs résidents). Les troubles cognitifs identifiés nécessitent une contention car ils ne sont pas en capacité de juger leur santé physique et donc de se protéger en restant assis.

Deux ergothérapeutes sur sept (30%) mentionnent également que leurs résidents sont contentionnés lorsqu'un appui sur les membres inférieurs n'est pas autorisé à la suite d'une fracture à une opération. E1 décrit : « *Fracture du col du fémur avec un appui non autorisé et des résidents qui ont des troubles de la mémoire. Ou bien une agitation et on risque de compromettre l'efficacité de l'opération, pour éviter qu'il se déplace.* » et E2 complète : « *Qui a été traité par un clou gamma sans appuis*

pendant 6 semaines. Et la personne elle comprends pas du tout qu'elle n'a pas le droit de se lever. »

Il y a également 25% d'entre eux qui donnent des raisons diverses comme E6 « *Pour les fauteuils roulants sur mesure, il faut également une contention dessus au cas où la personne se télescope avec une autre, ou qu'elle sorte dehors, il faut qu'elle soit attachée.* » ou E2 qui évoque l'apprentissage de nouvelles techniques ou aide techniques :

« Ça va être la personne qui ne va plus réussir à marcher sans aide technique, qui a aussi des troubles cognitifs, à qui on introduit par exemple un déambulateur, avec lequel il marche plutôt bien accompagnée. Mais lorsqu'il est seul, il ne va jamais le prendre, parce que c'est un apprentissage nouveau, donc c'est foutu. Et dans ces cas-là, la personne elle oublie qu'elle a des troubles de la marche et là elle tombe, elle tombe, elle tombe. Et alors en général, on laisse, on fait attention, on met dès fois des contentions déguisées, comme un fauteuil avec une tablette devant, un adaptable un peu coincé ».

Le profil de résident contentonné correspond à, dans les structures des ergothérapeutes interrogés, un résident chuteur, avec des troubles cognitifs et parfois pour des raisons autres.

5.2.3.2 La privation occupationnelle

Dans un second temps, j'ai demandé aux ergothérapeutes : Dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ? J'ai posé cette question dans le but de recueillir leurs connaissances sur le concept et l'application dans leur pratique.

Pour cinq ergothérapeutes sur sept (70%), la privation occupationnelle représente un frein aux activités ainsi qu'à la vie quotidienne. Des termes comme « restriction » ou « empêche » sont mentionnés. Pour E1, la privation occupationnelle c'est : « *La restriction pour réaliser les activités qui sont plaisantes pour le résident, qui font partie de leurs habitudes de vie* ». Pour E2, la privation occupationnelle consiste à « *Priver la personne de tout acte volontaire. Elle peut pas changer ses points d'appuis, elle peut pas se lever, elle peut pas aller faire pipi, elle peut rien faire.* » E5 explique que « *Pour moi, la privation occupationnelle, c'est empêcher une personne de pouvoir avoir une occupation.* » Les ergothérapeutes interrogés définissent tous la privation occupationnelle au regard leur pratique quotidienne.

Je leur ai ensuite demandé : La constatez-vous lors de la mise en place des contentions ? A cette question, 86% des ergothérapeutes interrogés constatent la privation occupationnelle lors de la mise sous contention. A contrario, 14% ne la constatent pas.

Et pour les 86% ayant répondu oui, je leur ai demandé : Comment identifiez-vous cette privation ? 40% identifie par observation du résident (changement de comportement, verbalisation). E6 dit : « *Par de l'observation* » et E2 précise les éléments observés : « *Par les troubles du comportement qu'elle engendre. [...] Soit tu te laisses glisser, sois tu deviens agressif, soit tu te mets à délirer* ». E4 identifie la privation occupationnelle par « *les verbalisations de la personne* ».

30% disent l'identifier par une limitation des déplacements du résident. E8 et E5 ont des réponses proches, ils évoquent tous les deux des « *réductions dans les déplacements* » comme signes d'une privation occupationnelle.

Les résultats montrent que la privation occupationnelle est constatée par 86% des ergothérapeutes interrogés, contre 14% qui ne la constatent pas. 40% des ergothérapeutes l'identifient grâce à leur observation simple du résident, 30% précisent qu'ils l'identifient lorsqu'ils remarquent une réduction dans les déplacements. Les 30% restant correspondent à une réponse autre.

5.2.3.3 La contention et la privation occupationnelle au travers du Modèle de l'Occupation Humaine

La prochaine question portait sur le thème du Modèle de l'Occupation Humaine. J'ai demandé aux ergothérapeutes : Quel(s) lien(s) faites-vous entre contention et privation occupationnelle ?

Tout d'abord, 4 ergothérapeutes sur 7 (55%) évoquent une restriction de la liberté dans les occupations et dans la vie quotidienne. E2 déclare : « *Le fait d'être attaché t'empêche de faire ce que tu veux* » et E4 dit aussi : « *Contentionner quelqu'un, c'est le fait de l'attacher et donc, bah de le priver de sa liberté* ». E6 complète en disant ceci :

« *Si on attache une personne qui déambule et qui chute, c'est quand même une personne qui a une activité. [...] Et le fait de pas pouvoir déambuler ça empêche d'accéder à d'autre chose. Donc le fait d'asseoir une personne, de le*

contentionner, souvent loin d'une table, d'objets ou de téléphone quoi que soit et ben on empêche la personne d'accéder à toute occupation. »

Puis je leur ai demandé : Et quel(s) lien(s) faites-vous entre ces deux éléments et le Modèle de l'Occupation Humaine ? Pour la seconde partie de la question, concernant le MOH, les sept ergothérapeutes, soit 100% n'utilisent pas le modèle. Parmi les réponses, 3 le connaissent mais ne le pratiquent pas, soit 40%. E1 dit « *[Le MOH] Dans la pratique pas beaucoup...* ». E4 dit, à propos du modèle : « *Le MOH je l'ai plus en tête, parce qu'en fait dans la pratique, là où je travaille, bah..., voilà...* » et E8 répond « *Tu sais moi j'ai fait mes études en Belgique. Du coup là-bas, on n'utilise pas trop ce modèle-là.* ».

Quatre (60%) ne connaissent pas suffisamment le modèle ou pas du tout. E2 a répondu : « *Alors moi tu sais je suis une vieille ergo, ça me parle pas.* » et E7 ne répond pas à ma question car elle ne le connaît pas.

Quatre ergothérapeutes sur sept (60%) utilisent cependant du vocabulaire en lien avec le modèle. E8 à propos des conséquences des contentions sur les résidents : « *Ils [les résidents] sont restreints dans leurs activités* ». E1 explique ne pas utiliser non plus le modèle dans la pratique, pourtant elle dit : « *on peut observer que la contention peut entrainer [...] un désir moins important à participer à des activités.* » E4 développe en disant : « *Donc le fait d'asseoir une personne, de le contentionner, souvent loin d'une table, d'objets ou de téléphone quoi que soit et ben on empêche la personne d'accéder à toute occupation.* » Enfin E7 parle de « *limitation de participation dans des activités* ».

De plus 2 ergothérapeutes sur 7 (30%), E2 et E8 s'accordent à dire que le lien entre contention et privation occupationnelle au travers du MOH passe par l'entrave de mouvements volontaires. Selon E2 : « *Tu peux pas pousser ton fauteuil, c'est difficile. Tu peux pas te lever, tu peux pas changer tes points d'appuis, tu peux pas aller faire pipi si tu veux. Fin pour moi, c'est une entrave à des mouvements volontaires.* » Au vu des réponses obtenues, les ergothérapeutes interrogés ne semblent pas conceptualiser leur pratique à l'aide du Modèle de l'Occupation Humaine. Seuls 40% des ergothérapeutes le connaissent. Malgré cela, 60% utilisent un vocabulaire proche de celui utilisé dans le MOH.

5.2.3.4 L'ergothérapie et les conséquences occupationnelles des contentions

Tout d'abord, j'ai posé cette question : Comment agissez-vous sur les conséquences occupationnelles des contentions ? Poser cette question me permet de connaître le type d'accompagnement évoqué spontanément par les ergothérapeutes.

Afin de pallier les conséquences occupationnelles, 4 ergothérapeutes sur 7 (60%) disent axer leurs accompagnements autour d'une levée de la contention. E1 explique le fonctionnement de son EHPAD : « *Lever la contention, parce que nous dans notre EHPAD, on retire les contentions* », E4 complète en expliquant : « *Je travaille avec une kiné sur un projet qui a pour but justement de réduire l'utilisation des contentions.* ».

Deux ergothérapeutes sur sept (30%) mettent en place un accompagnement similaire, en individualisant leur prise en soin. E1 décrit donc deux éléments qu'elle met en place pour limiter les contentions : « *J'essaie de privilégier des séances individuelles plutôt qu'en groupe, [...] je vais plutôt faire des activités en chambre ou bien de type snoezelen.* ». Afin de réduire la restriction de participation occupationnelle, E7 dit donc : « *Je vais les solliciter du coup plus sur d'autres tâches* ».

Deux ergothérapeutes sur sept (30%) axent également leur prise en charge sur l'adaptation de l'environnement. Pour pouvoir réduire les conséquences occupationnelles des contentions, E2 essaie de « *trouver du matériel adapté* » afin de maintenir au maximum la capacité de déplacement du résident.

A nouveau deux ergothérapeutes sur sept (30%) effectuent une prévention auprès des équipes soignantes de leur EHPAD. E6 décrit le fonctionnement sa structure :

« *Il y a tout ce qui est préventif auprès de l'équipe. Donc avec le médecin co, mes deux médecins co vu que je suis sur deux établissements, on passe beaucoup de temps à expliquer aux équipes qu'on contentionnera pas une personne juste parce qu'elle chute.* »

E6, quant à elle, est la seule ergothérapeute à faire bénéficier ses résidents du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) disponible dans son EHPAD. Cela lui permet de proposer des activités. 60% des ergothérapeutes évoquent donc spontanément un travail autour de la levée de la contention. Ils mentionnent également des prises en charge individualisées ainsi qu'un travail de prévention sur les risques des contentions auprès des équipes.

L'avant dernière question concernait ma première hypothèse. Dans la première partie de la question, je demandais aux ergothérapeutes : Dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activité signifiante réduit la privation occupationnelle et ses conséquences, qu'en pensez-vous ? A cette question, tous les ergothérapeutes répondent oui, soit 100%. E5 dit être « *tout à fait d'accord* » car selon elle « *Bah oui, parce que souvent les résidents ils sont agités, ils se lèvent, ils déambulent, ils tombent, parce qu'en fait ils ne sont pas occupés.* ». E7 semble être d'accord également, mais elle nuance sa réponse : « *Le but n'est pas de les contraindre non plus dans ce qu'ils ont envie de faire, à moins que ça ne les mette en danger, ou que ça ne mette en danger les autres.* »

De plus, trois ergothérapeutes sur sept soit 40% ont déjà mis en place ce type d'activités au sein de leur structure. E1 dit adapter l'occupation en fonction du résident : « *Si la promenade n'est pas possible, bah j'essaye de faire une promenade en fauteuil roulant. En essayant de répondre aux besoins de la personne qui est de sortir, j'essaye de l'adapter tout en maintenant la contention.* ». Afin de réduire la privation occupationnelle, E2 met en place une activité cuisine « *Ça marche très bien. Parce que ça c'est une activité très antérieure surtout chez les femmes* ». En ce qui concerne E4, la mise en place d'activité signifiante, en dehors des séances d'ergothérapie, n'est pas son objectif pour limiter la privation occupationnelle « *Pour l'instant, le but c'est vraiment de réduire la contention* » En revanche elle dit :

« *Mais il y a des cas où on n'a pas le choix, enfin « pas de choix », voilà..., on s'entend que la contention est au final dans la balance bénéfice-risque presque nécessaire. Et oui enfin ça me paraît super important de pouvoir leur proposer des activités qui leur plaisent, bah des activités signifiantes et bah pour leur permettre d'avoir un meilleur équilibre occupationnel.* »

Je leur posais ensuite cette question : Comment repérez-vous ces activités signifiantes ? Cette question me permettait de connaître la méthode des ergothérapeutes pour repérer les activités signifiantes chez leurs résidents. En effet, les réponses obtenues me permettraient de savoir si l'adaptation du MOHOST proposé dans mon cadre conceptuel était d'ores et déjà utilisé par des ergothérapeutes. Les réponses me permettraient également de savoir si les interviewés utilisent éventuellement d'autres outils d'évaluation occupationnelle afin de repérer les activités signifiantes.

A cette question, 4 professionnels sur 7 (60%) font un entretien avec le résident seul ou accompagné de sa famille. E7 déclare :

« Lorsqu'un nouveau résident arrive on fait un entretien avec lui et sa famille pour savoir qu'est-ce qu'il faisait chez lui, qu'est-ce qu'il faisait même avant et qu'il ne fait plus aujourd'hui. Donc pour avoir une connaissance de ses centres d'intérêt, de ses goûts. »

E8 complète : *« Ah bah si c'est possible en dialoguant avec le résident quand c'est possible »*.

De plus, trois ergothérapeutes sur sept, soit 40% effectuent un recueil de données en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident en EHPAD. E1 répond : *« On fait un recueil de données avec la psychologue, l'infirmière coordinatrice et moi-même, pour vraiment connaître les centres d'intérêt et les habitudes de vie du résident »*. E2 semble recueillir les informations elle aussi à l'aide *« d'un bilan d'entrée, le PAP »* en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, trois ergothérapeutes sur sept (40%) sont attentifs à l'histoire de vie du résident pour connaître ses activités significatives. E5 dit *« le projet de vie, qui permet de dire si ..., il aimait quoi comme activité »* et E7 rajoute : *« Ce qu'il aimait bien faire auparavant et regarder ce qui est encore possible de faire, par rapport à leurs activités passées. »*. Les réponses obtenues me permettront de valider ou d'invalider ma première hypothèse, ainsi que d'avoir une idée du type de méthode mise en place pour recueillir les activités significatives. Pour résumer, afin de savoir quelles sont les activités significatives de leurs résidents, les ergothérapeutes font passer des entretiens individuels, font des recueils de données en équipe pluridisciplinaire ou bien portent leur attention sur le parcours de vie du résident.

Enfin, la dernière question que j'ai posée est : L'adaptation de l'environnement influence-t-elle la privation occupationnelle et ses conséquences ? Si oui, comment ? Pourquoi ?

100% des ergothérapeutes répondent oui à cette question. Trois ergothérapeutes sur sept (40%) relient cette question à la précédente en disant que l'adaptation de l'environnement est un premier pas vers l'activité. E7 semble penser que l'adaptation de l'environnement aura une influence sur la privation occupationnelle : *« C'est important que l'environnement soit adapté et que l'espace permette justement la réalisation des activités »*. E6 décrit un exemple d'aménagement :

« Souvent la disposition d'une chambre classique c'est le lit au milieu, peu d'espace pour circuler en fauteuil alors qu'on est contentonné du coup on accède pas au téléphone, quand il y a la famille qui appelle c'est un peu embêtant. On a plus accès à la sonnette, on a plus accès à de l'eau, on a plus accès à la télécommande. Du coup il arrive souvent qu'on doive réaménager la chambre, mettre le lit un peu plus contre le mur pour pouvoir dégager de l'espace. [...] Donc heu oui oui bien sûr qu'il faut aménager l'environnement pour permettre à la personne d'accéder aux activités. »

Deux ergothérapeutes sur 7 (30%) me disent adapter le fauteuil du résident, E2 explique :

« Si tu mets quelqu'un qui se lève toutes les 5 minutes, avec un fauteuil roulant, avec des cales pieds et pis que tu enlèves pas les palettes, il va tomber par-dessus. Si tu as observé qu'il était en podal, qu'il se déplaçait avec ses pieds, si t'as enlevé les cales pieds, il tombera pas. »

E2 décrit un autre exemple d'adaptation, celle de la chambre. 30% des ergothérapeutes mentionnent l'adaptation de la chambre :

« Si j'ai quelqu'un qui a un petit périmètre de marche et que je le mets dans une chambre très éloigné, très vite il va se casser la figure, parce qu'il va être trop loin, il va être fatigué, il y a des risques de chute. Si cette personne, dès le début, elle est installée dans la chambre qui est la plus proche de la salle à manger, il aura des petits parcours à faire, il va pouvoir préserver son autonomie. »

A cette question, 100% des ergothérapeutes répondent que l'adaptation de l'environnement a un impact sur la privation occupationnelle. Certains professionnels répondent adapter l'environnement pour permettre les activités, d'autres adaptent le fauteuil du résident pour limiter la privation occupationnelle et ils adaptent aussi la chambre. Tous ces résultats obtenus sont désormais à synthétiser et à mettre en relation avec la partie conceptuelle.

5.2.4 Analyse des résultats

Je vais analyser les résultats au regard de la littérature étudiée. Tout d'abord les profils de résidents contentonnés dans les EHPAD décrits par les ergothérapeutes sont en partie cohérents avec la partie conceptuelle. Les sept ergothérapeutes interrogés accompagnent des résidents contentonnés et expliquent que certaines

situations nécessitent une contention. L'appui non autorisé à la suite d'une fracture ou bien à la suite d'une opération est mentionné par les ergothérapeutes. Le profil de trouble neurocognitif sévère est toujours mentionné par les professionnels. C'est l'association de ces deux éléments qui motive une mise sous contention. Néanmoins, le risque de chute est omniprésent dans les réponses des ergothérapeutes (86%). Alors que cette cause ne fait pas partie de celle décrite comme nécessaire dans la littérature. Ce résultat fait partie des réalités de terrain qui n'apparaissent pas dans les recommandations des bonnes pratiques mais qui transparait parfois dans la littérature.

Lorsque la contention est mise en place, une privation occupationnelle est générée. La quasi-totalité des ergothérapeutes interrogés constatent cette privation occupationnelle, malgré une méconnaissance de celle-ci. Certains décrivent la privation occupationnelle selon leurs propres mots, d'autres utilisent des termes davantage orientés « occupation ». Certains mentionnent les troubles du comportement comme signes de cette privation, d'autres des signes de dégradation fonctionnelle. Ces résultats concordent avec les littératures évoquées. Une ergothérapeute apporte une réponse qui n'est pas en accord avec les réponses des autres professionnels. En effet, celle-ci dit ne pas constater de privation occupationnelle lors de la mise sous contention. Or, dans la partie conceptuelle je me suis appuyé sur la littérature pour montrer que lorsqu'une contention est mise en place, une privation occupationnelle est générée. Cette réponse est en dehors des constats de cette recherche.

En ce qui concerne les résultats obtenus sur la thématique du Modèle de l'Occupation Humaine, ils sont homogènes. La quasi-totalité évoquent une méconnaissance du modèle. De plus, aucun ne mentionne utiliser d'outils d'évaluation occupationnelle. Ma recherche portant sur l'identification de la privation grâce à cet outil, les résultats à cette question ne correspondent pas tout à fait à ma recherche. Je m'interroge donc sur le fait que les ergothérapeutes, n'évoquant pas les outils d'évaluation occupationnelle pour mesurer la privation occupationnelle, n'apprécient pas à sa juste valeur cette privation.

Lorsque les ergothérapeutes s'expriment sur leurs accompagnements des résidents contentonnés, la mise en place d'activités significatives n'est pas mentionnée spontanément. En revanche, plus de la moitié des approches thérapeutiques évoquées par les professionnels interrogés s'organisent autour d'une levée de la contention. Ce résultat contraste avec le but premier de mon étude qui est d'évaluer les options thérapeutiques en ergothérapie pour des contentions qui ne peuvent pas

être levées. Je peux émettre l'hypothèse, étant donné que tous les ergothérapeutes qui proposent de lever la contention, ont au préalable identifié le risque de chute comme motif de la contention, essaient de lever la contention car le motif de mise sous contention n'est pas adapté.

Lorsque j'évoque les activités signifiantes, je constate que certains ergothérapeutes maîtrisent le terme, mais que d'autres moins. Certains répondent en mettre en place lors de séance d'ergothérapie, comme des activités cuisine. Un seul dit laisser à disposition des activités signifiantes pour le résident, il le mentionnera dans la question concernant l'adaptation de l'environnement : « *Qu'ils aient accès facilement..., à s'ils aimaient bien dessiner, par exemple, à des cahiers de mandala, etcétera* ». Approfondir la recherche sur les raisons qui motivent les ergothérapeutes à ne pas mettre en place ces activités pourrait faire l'objet d'une étude approfondie.

Lorsque j'ai demandé aux ergothérapeutes si l'adaptation de l'environnement influençait la privation occupationnelle, tous ont répondu oui. Ils ont davantage développé cette réponse que la précédente. J'ai ressenti que les professionnels se sont davantage approprié cette pratique, que celle qui consiste à mettre en place des activités signifiantes. De fait, il y a plus de diversité dans les techniques d'accompagnement et plus d'assurance dans la description des procédés. Les ergothérapeutes interrogés semblent mieux maîtriser ce sujet que le précédent. Ceci peut s'expliquer en partie par la nouveauté que constitue le domaine de l'occupation, alors que l'adaptation de l'environnement fait depuis longtemps partie du cœur de métier de l'ergothérapeute.

Pour conclure les résultats, E5, à la fin de l'entretien, m'a fait remarquer :

« *C'est très intéressant, ça me permet aussi moi, de penser à des..., à une approche à laquelle je ne pensais pas forcément quand je m'occupe des résidents. Donc, je pense que je vais regarder un petit plus, c'est vrai, moi je pense surtout en termes de mouvement, pas forcément en termes d'activité.* ».

Cette réponse démontre que la recherche que je mène aborde la contention sous un angle différent. Bien sûr, les contentions sont utilisées en cas d'extrême nécessité. Mais lorsqu'elles sont en place, l'ergothérapeute devra agir, notamment sur la privation occupationnelle. Mon entretien a permis à cette ergothérapeute de se questionner sur sa pratique. Cela montre que les hypothèses que j'avance peuvent amener à faire réfléchir certains professionnels. Les résultats obtenus nécessitent d'être discutés.

5.3 Discussion

Dans cette partie je vais discuter de mes résultats afin de valider ou d'invalider mes hypothèses, mais aussi de mettre en évidence les biais ainsi que les limites de ma recherche.

5.3.1 Vérification des hypothèses

Tout d'abord, mener cette recherche sur le terrain m'a permis de proposer mes hypothèses aux ergothérapeutes interrogés. En effet, la première hypothèse que j'ai tenté de vérifier est « *La privation occupationnelle générée par les contentions mécaniques chez les personnes est réduite lors de la mise en place d'activités significatives dans les lieux de vie des résidents.* ». Au regard des réponses obtenues par les ergothérapeutes interrogés, cette hypothèse peut difficilement être validée. En effet, 100% des ergothérapeutes ont répondu qu'ils pensaient que la mise en place d'activités significatives pouvait réduire la privation occupationnelle chez des sujets âgés contentionnés. Cependant, malgré ces réponses, une seule ergothérapeute sur les sept interrogés, soit 15%, semble mettre en place ce type d'activités. Les réponses favorables obtenues sont donc à nuancer en fonction de la pratique des ergothérapeutes. Il est difficile d'évaluer l'impact d'un projet thérapeutique sur ses résidents lorsqu'on ne le propose pas dans sa structure.

La seconde hypothèse que j'ai voulu vérifier est « *La privation occupationnelle générée par les contentions mécaniques chez les personnes est réduite lorsque l'environnement est adapté pour permettre un accès aux activités significatives.* » Les ergothérapeutes se sont tous accordés (100%) à dire que l'adaptation de l'environnement permettrait de réduire la privation occupationnelle. Une partie de l'hypothèse semble valider. Néanmoins, une seule ergothérapeute fait le lien entre les deux hypothèses :

« *De toute façon, en ergo et en EHPAD avec la personne âgée, on comment dire, on nous sollicite beaucoup pour de l'installation au fauteuil et de la contention aussi. Heu mais en fait l'installation c'est un premier pas vers l'activité. Il faut aussi adapter cet environnement.* »

La réponse de cet ergothérapeute répond à la phase exploratoire que j'ai menée. En effet, cela montre que la privation occupationnelle peut être réduite par l'installation au fauteuil. Mais aussi que l'intervention de l'ergothérapeute va plus loin, il peut agir sur la privation occupationnelle grâce aux activités significatives. Cette réponse montre

que les mises en place d'activités significatives est plus efficace lorsque l'environnement est adapté à ces activités. Or, dans les résultats obtenus, la majorité des ergothérapeutes privilégient l'adaptation de l'environnement sans penser aux activités significatives à mettre en place ensuite. Je pense donc que ma première hypothèse ainsi que la seconde hypothèse ne sont pas validées. Il serait nécessaire d'interroger davantage d'ergothérapeutes pratiquant les sciences de l'occupation afin de valider mes hypothèses. Une étude auprès de résidents contentionnés pour mesurer l'évolution de la privation occupationnelle en fonction des solutions proposées permettrait également de tester à nouveau mes hypothèses.

5.3.2 Biais et limites de ma recherche

Au cours de ce travail de recherche, des éléments ont limité ma recherche. Tout d'abord, le nombre relativement restreint d'entretiens que j'ai mené. En effet, les réponses obtenues au cours des sept entretiens ne sont pas exhaustives. Je ne peux pas généraliser mes résultats à la pratique des ergothérapeutes exerçant dans des EHPAD français.

De plus, le contexte sanitaire actuel induit des limites. Tout d'abord, le fait de ne pas pouvoir directement me rendre dans les EHPAD m'a empêché de récolter certaines informations. Je n'ai pas pu voir l'environnement de travail des ergothérapeutes interrogés, la disposition de l'EHPAD dans lequel évolue le professionnel. Cet élément est important à connaître puisque les locaux ainsi que l'ambiance générale de la structure indiquent un début d'élément de réponse. Le matériel à disposition de l'ergothérapeute est un élément visuel repérable lors d'une visite. De plus, l'entretien téléphonique limite, par sa nature uniquement auditive, l'échange entre l'interviewer et l'interviewé. En effet, dans les entretiens téléphoniques, l'écoute active est difficile. Afin de montrer à l'ergothérapeute interrogé que je comprends l'idée qu'il développe et que je suis son raisonnement, je suis contraint de lui couper la parole. De plus, au téléphone, il est difficile de différencier un blanc signifiant une réflexion de la part de l'ergothérapeute avant de répondre et un blanc signifiant qu'il n'a pas compris le sens de la question. De plus, ma position de chercheur est nouvelle et elle a probablement limité ma recherche. Je n'ai jamais réalisé auparavant de travaux de recherche. L'exercice de la passation d'entretien est complexe et comprends des subtilités. Dans l'éventualité où je serais amené à me réentretenir avec des ergothérapeutes sur un sujet de recherche, je serais plus expérimenté. Je serais plus serein lors des

passations et mes questions de relance seraient éventuellement plus adaptées aux professionnels que j'interroge.

Concernant les biais de mon étude, tout d'abord six ergothérapeutes sur sept n'ont pas été en capacité de répondre aux questions concernant le Modèle de l'Occupation Humaine. En effet, certains n'ont pas été formés sur les modèles conceptuels, pour des raisons de formation initiale différente de celle d'aujourd'hui. D'autres connaissent le modèle mais ne conceptualisent pas leur pratique à l'aide de ce modèle, et n'utilisent pas non plus d'outils d'évaluation en lien avec le modèle. Les réponses obtenues aux questions concernant le MOH et les activités signifiantes sont alors biaisées. Ces biais et limites pourraient être corrigés lors d'une éventuelle poursuite de mon étude.

5.3.3 Impact de ma recherche sur la pratique

Mon travail de recherche aborde la contention selon un angle inhabituel. Les recherches menées à ce jour se concentrent sur comment limiter au maximum la contention et trouver des alternatives à celle-ci. Cependant, les ergothérapeutes d'aujourd'hui, comme montré dans les résultats, doivent appréhender la contention dans leur pratique. Mener une recherche sur d'éventuelles solutions à la privation occupationnelle permet de tester des accompagnements et de savoir s'ils peuvent être adaptés.

Pour ma future pratique, mener cette recherche m'a permis de me documenter sur la contention et ses conséquences, ainsi que sur l'outil d'évaluation de la participation occupationnelle (MOHOST). J'ai également approfondi mes connaissances sur la privation occupationnelle, ce qui m'a permis de comprendre ce phénomène. Si demain je devais accompagner un sujet âgé dément contentonné, j'utiliserais cet outil afin de me rendre compte de son apport. Je testerais également les activités signifiantes pour savoir si elles réduisent la privation occupationnelle.

5.3.4 Perspectives envisagées

Dans l'objectif de poursuivre ce travail de recherche, j'aimerais mener une étude de terrain, dans un EHPAD. Mener cette seconde recherche me permettra de retravailler autour de ma question de recherche et de mes hypothèses. Cette étude serait menée auprès de résidents présentant des pathologies neuro-dégénératives et qui sont contentonnés. Dans cette étude, j'évaluerais tout d'abord la participation

occupationnelle des résidents à l'aide du MOHOST. Grâce à cette évaluation, je tirerais des premières conclusions concernant la privation occupationnelle des résidents. Ensuite je mettrais en place des activités significatives à disposition des résidents. Ils auront alors accès à ces activités en dehors des séances d'ergothérapie. Après cela, je réévaluerais la participation occupationnelle, grâce au MOHOST. Cela me permettrait de voir l'évolution du résident dans ses occupations, l'évolution de sa participation occupationnelle et donc l'évolution de sa privation occupationnelle.

D'autre part je pourrais mener une seconde étude en parallèle, dans un autre EHPAD. Cette fois-ci je mesurerais toujours la participation occupationnelle à l'aide du MOHOST, au préalable également. Mais ensuite j'adapterais l'environnement des résidents contentionnés, et laisserais un temps d'apprentissage au résident, pour permettre l'accès aux activités significatives. Je réévaluerais ensuite la participation occupationnelle afin de constater si la privation occupationnelle est réduite ou non. Les résultats obtenus me permettront de comparer l'efficacité de mes deux hypothèses, et de savoir si une des deux obtient un meilleur résultat en comparant les scores des MOHOST ainsi que mon impression sur l'évolution des résidents. Les résultats me permettront également de savoir si lorsque l'environnement du résident est adapté en fonction des activités significatives mises en place, la contention est toujours nécessaire, même dans les situations à risque.

6 Conclusion

. Je pense donc que ce travail de recherche permet de donner des éléments de réponses aux ergothérapeutes exerçant dans des EHPAD utilisant des contentions. Aujourd'hui, l'approche des contentions tend vers une levée de celles-ci. Pourtant, les sept ergothérapeutes interrogés dans cette étude évoquent des situations nécessitant une contention. Ma recherche essaie d'apporter des éléments de réponses aux ergothérapeutes se questionnant sur ce qu'ils pourraient mettre en place afin de réduire la privation occupationnelle chez leurs résidents.

Pour ouvrir ce travail de recherche, je vais aborder un dernier entretien réalisé. Cet entretien concerne un ergothérapeute annexe travaillant dans un EHPAD français, mais n'accompagnant pas de résident contentionné puisque ce professionnel lutte contre la mise en place des contentions. Bien que le profil de l'interviewé ne rentre pas

complètement dans mes critères de recherche, le professionnel aborde tout de même la contention dans sa pratique. Son point de vue me permet de comparer et de nuancer ma recherche. En effet, mon étude portait sur les situations extrêmes, nécessitant une contention. Je cherchais à montrer quel accompagnement en ergothérapie est possible lorsque la contention est mise place. Seulement, l'interrogé considère que ces situations n'existent pas. L'EHPAD ainsi que l'équipe pluridisciplinaire travaillent ensemble afin de ne mettre aucun résident sous contention, même dans les situations extrêmes.

« Alors, on ne les empêche pas de se lever, on est terrible nous. On ne les empêche pas de se lever, donc bah ça arrive, on n'est pas des « wonder woman », donc le lit au plus bas, lit Alzheimer au plus bas, matelas au sol. [...] Et dès qu'elle se mobilise, on essaye de la lever, juste tenir debout, la faire marcher, voilà. C'est la politique de l'établissement. »

Cet entretien m'a fait prendre du recul vis-à-vis de mon étude. Sept ergothérapeutes sur huit sont amenés à accompagner des résidents contentonnés, donc l'étude concerne la majorité des ergothérapeutes interrogés. Cependant, une ergothérapeute parvient à ne pas avoir recours à la contention. Pour autant cela ne signifie pas que ses résidents ne sont jamais en situation de privation occupationnelle. Finalement, la privation occupationnelle chez des sujets âgés dément n'est pas uniquement due à la contention. Lorsque le résident n'a pas accès à ses occupations, de quelques manières que ce soit, l'ergothérapeute peut constater une rupture d'équilibre occupationnel ainsi qu'une restriction de participation. Le concept de privation occupationnelle peut s'observer dès lors que le sujet n'a plus accès à des activités signifiantes et à ses occupations, qu'il souffre de pathologies neurodégénératives ou qu'il soit sain. Le rôle de l'ergothérapeute serait alors de repérer et de limiter au maximum la privation occupationnelle des résidents de la structure. Limiter cette privation peut améliorer la qualité de vie et le bien être des résidents dans leur quotidien.

7 Bibliographie

0210Aagliss2002.pdf. Consulté 30 mars 2020, à l'adresse

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0210Aagliss2002.pdf>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>

Andreeva, V., Dartinet-Chalmey, V., Kloul, A., Fromage, B., & Kadri, N. (2011). « Snoezelen » ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(61), 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.09.003>

Aurore, H. (2014). *Haute Autorité de santé*. 44.

Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3), 27-32. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>

Bien vieillir. Consulté 8 janvier 2020, à l'adresse [/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir](#)

Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N., & Maislin, G. (1996). Physical Restraint Use and Falls in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(6), 627-633. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb01822.x>

Code de la santé publique—Article L3222-5-1, L3222-5-1 Code de la santé publique.

Code pénal—Article 122-7, 122-7 Code pénal.

Cppa_-_rapport_final_.pdf. Consulté 8 janvier 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cppa_-_rapport_final_.pdf

de Sardan, J.-P. O. (2000). Le « je » méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417. <https://doi.org/10.2307/3322540>

- Doc_num.pdf*. Consulté 16 avril 2020, à l'adresse http://www.myobase.org/doc_num.php?explnum_id=12177
- Formulaire_mohost.pdf*. Consulté 2 avril 2020, à l'adresse https://www.deboecksuperieur.com/system/files/ressources/fichier/2017/129/formulaire_mohost.pdf
- Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, 39(4), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.02.004>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation : Theory and application* (4th ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Mooc5_Contention_22dia_16.pdf*. Consulté 8 janvier 2020, à l'adresse https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*.
- Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.
- Podvin-Deleplanque, J., Dreuil, D., Huvent, D., & Puisieux, F. (2015). Prévention des chutes en EHPAD. *La Revue de Gériatrie*, 8.

Pradines, B. *Etude sur la fin de la vie en EHPAD en Occitanie*. Gériatrie Albigeois. Consulté 8 janvier 2020, à l'adresse <http://geriatrie-albigeois.over-blog.com/2019/09/etude-sur-la-fin-de-la-vie-en-ehpad-en-occitanie.html>

Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie: De la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 135(3), 104. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>

Roussel, P., & Wacheux, F. (2014). *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. De Boeck Supérieur.

Sophie, N., Cecile, M., Lucie, T. N., Baptiste, M. J., Marie, S. A., & Alaa, G. (2010). 212 Evaluation of physical restraints in rehabilitation and long term care in the CHU of Angers. *BMJ Quality & Safety*, 19(Suppl 1), A116-A117. <https://doi.org/10.1136/qshc.2010.041624.69>

Vallée, C., Rollin, F., Briand, C., Hébert, L., Nader, A.-M., & Petitclerc, L. (2009). *RECHERCHE ET RÉDACTION*. 17.

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation : Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

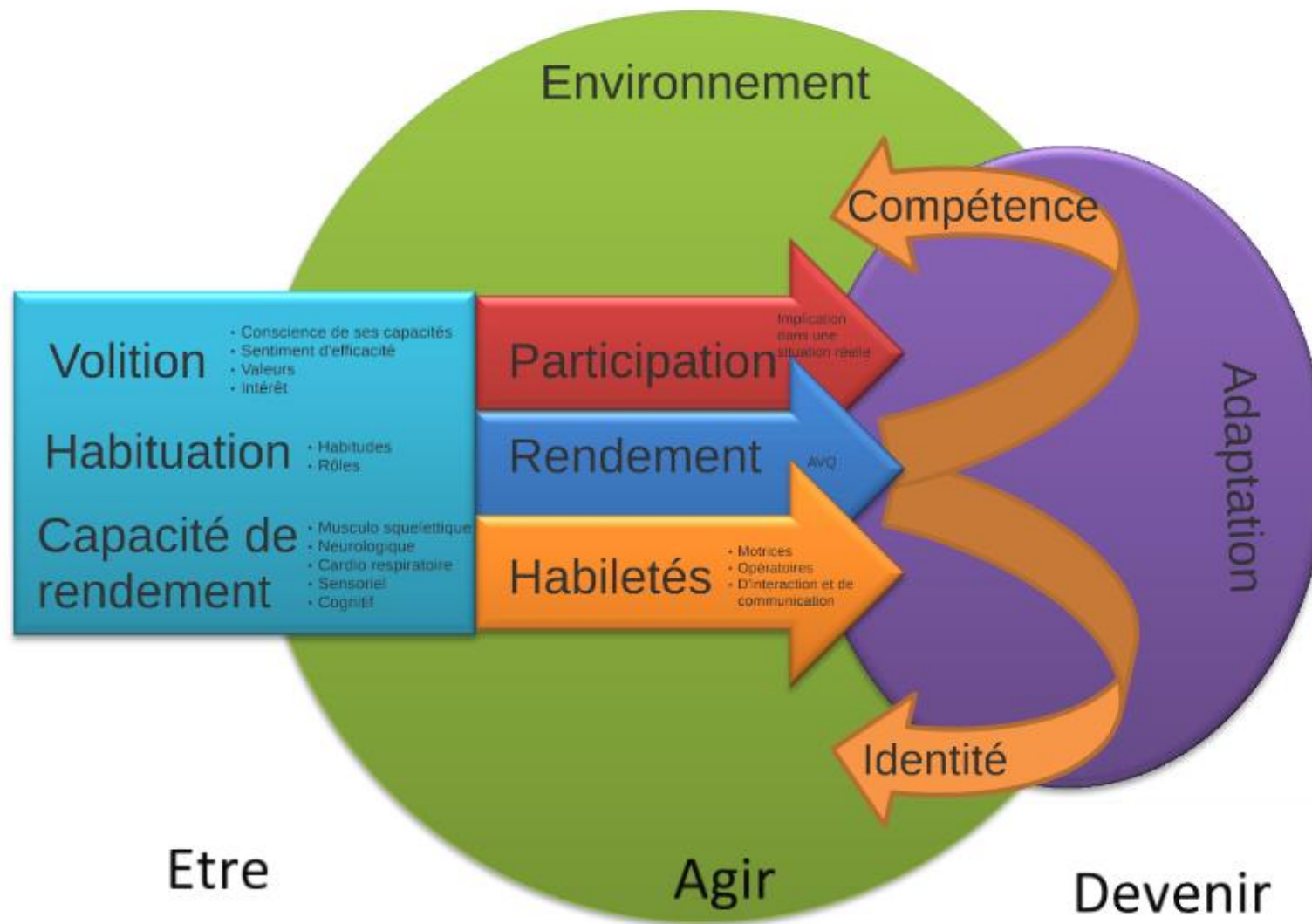
Whiteford, G. E. (2005). Understanding the Occupational Deprivation of Refugees : A Case Study from Kosovo. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 78-88. <https://doi.org/10.1177/000841740507200202>

WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf. Consulté 8 janvier 2020, à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186469/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf?sequence=1

8 Annexes

Annexe I - : Le Modèle de l'Occupation Humaine	1
Annexe II - Grille de cotation du MOHOST.....	2
Annexe III - Schéma représentant les 6 sections de cotation du MOHOST mises en parallèle avec le schéma du MOH, d'après Gladys MIGNET.	6
Annexe IV - Liens et relations entre contention, privation occupationnelle, équilibre occupationnel et participation occupationnelle.	7
Annexe V - Tableau des questions du guide d'entretien en fonction des réponses attendues.....	8
Annexe VI - Tableau des questions du guide d'entretien en fonction des réponses des ergothérapeutes interrogés	9
Annexe VII - Formulaire de consentement	10
Annexe VIII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 1	13
Annexe IX - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 2.....	19
Annexe X - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 3, l'ergothérapeute annexe ..	35
Annexe XI - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 4.....	43
Annexe XII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 5.....	51
Annexe XIII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 6.....	59
Annexe XIV - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 7	68
Annexe XV - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 8	74

Annexe I : Le Modèle de l'Occupation Humaine, d'après la traduction de Garry Kielhofner (2002) par Morel-Bracq (2009).



Annexe II - Grille de cotation du MOHOST

MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool)

Outil d'évaluation de la participation occupationnelle

copyright : Gary Kielhofner, Kirsty Forsyth, Sue Parkinson (traduit par Gladys Mignet) (2017). MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. De Boeck Supérieur.

Nom : Age : Date de naissance :/...../..... Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Eléments médicaux	Ergothérapeute :..... Signature : Date du 1 ^{er} contact :/...../..... Date de l'évaluation :/...../..... Cadre des interventions :.....
---	--

Echelle de cotation	F P L E	Facilite la participation occupationnelle Permet la participation occupationnelle Limite la participation occupationnelle Empêche la participation occupationnelle
----------------------------	------------------	---

ANALYSE DES FORCES ET DES LIMITES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SOMMAIRE DES COTATIONS

Motivation pour l'occupation	Profil d'occupation							Habilités de communication et d'interaction				Habilités opératoires			Habilités motrices			Environnement					
Auto-évaluation des aptitudes	Attente de réussite	Intérêt	Choix	Routine	Adaptabilité	Rôles	Responsabilité	Habilités non-verbales	Conversation	Utilisation de la voix	Relations	Connaissance	Organisation dans le temps	Organisation de l'espace	Résolution de problèmes	Posture et mobilité	Coordination	Force et effort	Energie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupationnelles
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

MOTIVATION POUR L'OCCUPATION

Auto-évaluation des aptitudes Compréhension des forces et des limites actuelles Juste confiance en ses habiletés Juste perception de sa compétence Conscience de sa capacité	F	Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites.
	P	Tendance modérée à sous/surévaluer ses habiletés, reconnaît certaines de ses limites.
	L	Sans soutien, a des difficultés à comprendre ses forces et ses limites.
	E	Ne se questionne pas sur ses habiletés, échoue à estimer ses aptitudes de façon réaliste. <i>Commentaires :</i>
Attente de réussite Optimisme et espoir Sentiment d'efficacité personnelle Sentiment de contrôle et sentiment d'identité personnelle	F	Anticipe la réussite et recherche des défis, optimiste quant aux obstacles à surmonter.
	P	A un certain espoir de réussir, croyance en soi adéquate, mais a quelques doutes, peut avoir besoin d'encouragement.
	L	Requiert un soutien pour garder son optimisme afin de surmonter les obstacles, pauvre sentiment d'efficacité personnelle.
	E	Pessimiste, se sent désespéré, abandonne face à des obstacles, n'a pas le sentiment de contrôler la situation. <i>Commentaires :</i>
Intérêt Plaisir Satisfaction Curiosité Participation	F	Passionné, curieux, « plein de vie », essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, semble satisfait.
	P	A des centres d'intérêt adéquats qui guident ses choix, a quelques occasions de réaliser ses centres d'intérêt.
	L	Difficulté à identifier ses centres d'intérêt, l'intérêt est de courte durée, ambivalent quant au choix d'occupations.
	E	S'ennuie facilement, incapable de cerner ses centres d'intérêt, apathique, manque de curiosité même avec du soutien. <i>Commentaires :</i>
Choix Investissement approprié Disposition au changement Sens des valeurs et signification Préférences et buts	F	Préférences claires et sens de ce qui est important, motivé pour travailler à l'atteinte des buts occupationnels.
	P	Généralement capable de faire des choix, peut nécessiter des encouragements pour fixer et travailler à l'atteinte des buts.
	L	Difficulté à identifier ce qui est important ou à fixer et à travailler à l'atteinte des buts, inconstant.
	E	Ne peut définir de but, impulsif, confus, les buts sont irréalisables ou basés sur des valeurs antisociales <i>Commentaires :</i>

PROFIL D'OCCUPATION

Routine Équilibre Organisation des habitudes Structure Productivité	F	Capable d'aménager une routine d'activités quotidiennes organisée et productive.
	P	Généralement capable de maintenir ou de suivre un programme quotidien organisé et productif.
	L	Difficulté à organiser sans soutien des routines d'activités quotidiennes équilibrée et productives.
	E	Routine chaotique ou vide, ne peut soutenir les responsabilités et les buts, routine désordonnée. <i>Commentaires :</i>
Adaptabilité Anticipation du changement Réaction habituelle au changement Tolérance au changement	F	Anticipe le changement, modifie ses actions ou sa routine afin de répondre à la demande (flexible/conciliant).
	P	Généralement capable de modifier ses comportements, peut avoir besoin de temps pour s'adapter, hésitant.
	L	Difficulté à s'adapter au changement, réticent, passif ou réagit habituellement de façon démesurée.
	E	Rigide, incapable d'adapter ses routines ou de tolérer le changement. <i>Commentaires :</i>
Rôles Identité liée aux rôles Variété de rôles Sentiment d'appartenance Implication	F	S'identifie à une variété de rôles qui lui procurent un sens identitaire et un sentiment d'appartenance.
	P	S'identifie généralement à un ou plusieurs rôles, lesquels lui procurent un certain sentiment d'appartenance.
	L	Identification limitée à des rôles, trop de rôles ou conflit entre les rôles, pauvre sentiment d'appartenance.
	E	Ne s'identifie à aucun rôle, peu d'exigences reliées aux rôles, aucun sentiment d'appartenance. <i>Commentaires :</i>
Responsabilité Compétence liée aux rôles Répond aux attentes Remplit ses obligations S'acquitte de ses responsabilités	F	Réalise les activités de façon fiable et répond aux attentes liées aux obligations inhérentes aux rôles.
	P	Assume la majorité des responsabilités, répond à la plupart des attentes, s'acquitte de la majorité des obligations liées aux rôles.
	L	Sans soutien, difficulté à répondre aux attentes et à remplir les obligations liées aux rôles.
	E	Aptitude limitée à répondre aux exigences des activités et aux obligations, incapable de réaliser des activités liées aux rôles. <i>Commentaires :</i>

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION	
Habiletés non-verbales Contact visuel Gestuelle Orientation du corps Proximité	F Langage corporel approprié (voire spontané) à la culture et aux circonstances. P Généralement capable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié. L Difficulté à contrôler/démontrer un langage corporel approprié (à retardement / limité / désinhibé). E Incapable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié (absent / discordant / dangereux / agressif). <i>Commentaires</i> :.....
Conversation Être informatif Initier et poursuivre Contenu du discours Langage	F Initie, entretient et poursuit une conversation, et donne les informations de façon appropriée (clair / direct / ouvert). P Généralement capable d'utiliser un langage ou des signes pour échanger efficacement de l'information. L Difficulté à initier, poursuivre une conversation, ou à donner des informations (hésitant/brusque/limité/hors sujet). E Ne communique pas ou donne des informations de façon inappropriée, atypique ou décousue. <i>Commentaires</i> :.....
Utilisation de la voix Intonation Articulation Volume Rythme	F Intelligible, articule, ton, volume et rythme appropriés. P Utilisation de la voix généralement appropriée sur le plan du ton, du volume et du rythme. L Difficulté à s'exprimer (marmonne / débit de parole rapide / monotone). E Incapable de s'exprimer (incompréhensible / trop faible ou fort / trop rapide ou trop lent). <i>Commentaires</i> :.....
Relations Coopération Collaboration Rapport à autrui Respect	F Sociable, apporte du soutien, conscient des autres, maintient l'engagement, amical, est facilement en relation avec les autres. P Généralement capable d'être en relation avec les autres et démontre la plupart du temps une conscience des besoins des autres. L Difficulté à coopérer ou crée peu de relations positives. E Incapable de coopérer avec les autres ou de créer des relations positives. <i>Commentaires</i> :.....

HABILETES OPERATOIRES	
Connaissance Chercher et retenir l'information Savoir quoi faire dans une activité Savoir comment utiliser les objets	F Cherche et retient l'information pertinente, sait comment utiliser les outils de façon appropriée. P Généralement capable de chercher et retenir l'information et sait comment utiliser les outils. L Difficulté à savoir comment utiliser les outils, difficulté à demander de l'aide ou retenir de l'information. E Incapable d'utiliser les connaissances/outils, ne retient pas l'information, demande très souvent la même information. <i>Commentaires</i> :.....
Organisation dans le temps Initier Terminer Séquencer Concentration	F Maintient sa concentration, débute, séquence et termine les occupations aux bons moments. P Généralement capable de se concentrer, d'initier, de séquencer et de terminer les occupations. L Concentration fluctuante ou facilement distrait, difficulté à initier, séquencer et terminer. E Incapable de se concentrer, incapable d'initier, de séquencer ou de terminer les occupations. <i>Commentaires</i> :.....
Organisation de l'espace Arranger l'espace et les objets Propreté Préparation Rassembler les objets	F Cherche efficacement, rassemble et range les outils/objets requis pour l'occupation (propre). P Généralement capable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets requis. L Difficulté à chercher, à rassembler et à ranger les outils ou objets, semble désorganisé/désordonné. E Incapable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets <i>Commentaires</i> :.....
Résolution de problèmes Jugement Adaptation Prise de décision Réactivité	F Fait preuve d'un bon jugement, anticipe les difficultés et trouve des solutions réalisables (rationnel). P Généralement capable de prendre des décisions selon les difficultés qui surviennent. L Difficulté à anticiper, à s'adapter aux difficultés qui surviennent, cherche à être rassuré. E Incapable d'anticiper et de s'adapter aux difficultés qui surviennent et prend des décisions inappropriées. <i>Commentaires</i> :.....

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES MOTRICES

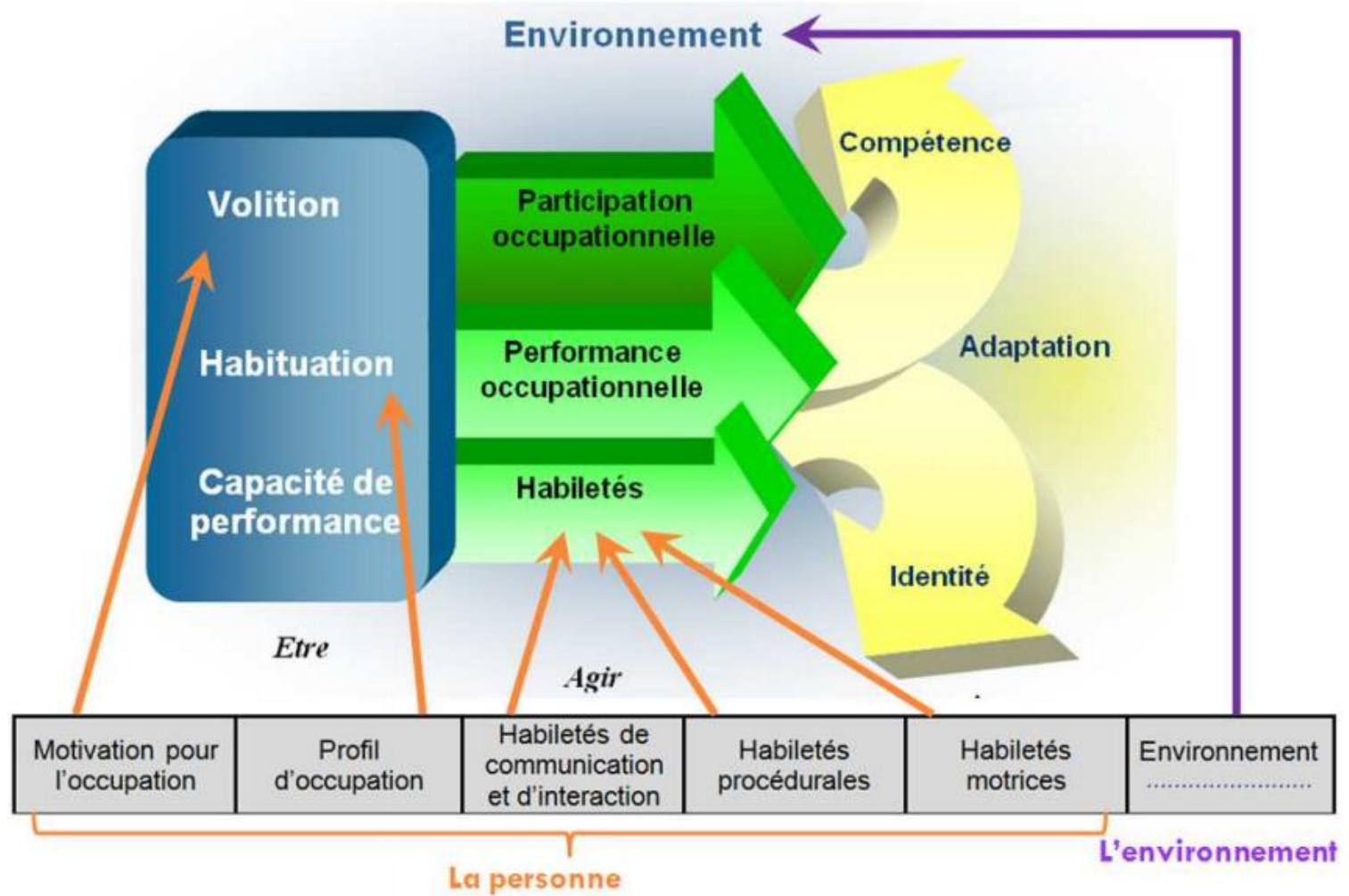
Posture et mobilité Se stabiliser S'aligner Se positionner S'équilibrer Marcher Attendre Se pencher Se transférer	F Stable, se tient droit, indépendant, flexible, bonne gamme de mouvement (voire agile). P Généralement capable de maintenir sa posture et sa mobilité dans l'occupation, de façon indépendante ou avec aides techniques. L Parfois instable malgré l'utilisation d'aides techniques, lent ou y parvient avec difficulté. E Très instable, incapable d'attendre quelque chose et de se pencher ou incapable de marcher. Commentaires :
Coordination Manipulation aisance du mouvement Fluidité Habiletés motrices fines	F Coordonne les différentes parties de son corps entre elles, fait des mouvements fluides et harmonieux (peut être adroit). P Une certaine maladresse ou rigidité cause des interruptions mineures dans l'occupation. L Difficulté à coordonner ses mouvements (gauche / tremble / maladroit / rigide). E Incapable de coordonner, de manipuler et de faire des mouvements fluides. Commentaires :
Force et effort Saisir Manier Déplacer Soulever Transporter Calibrer	F Saisit, déplace et transporte les objets en sécurité avec une force et vitesse adéquates (peut être fort). P La force et l'effort sont généralement suffisants pour la plupart des tâches. L Difficulté à saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse adéquates. E Incapable de saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse appropriées. Commentaires :
Énergie Endurance Rythme Attention Résistance	F Maintient des niveaux d'énergie appropriés, capable de maintenir le rythme tout au long de l'occupation. P L'énergie peut être légèrement faible ou élevée par moment, capable d'ajuster son rythme dans la plupart des tâches. L Difficulté à maintenir son énergie (se fatigue facilement/signe de fatigue/facilement distrait/agité). E Incapable de maintenir son énergie, inattentif, léthargique, inactif ou hyperactif. Commentaires :

ENVIRONNEMENT

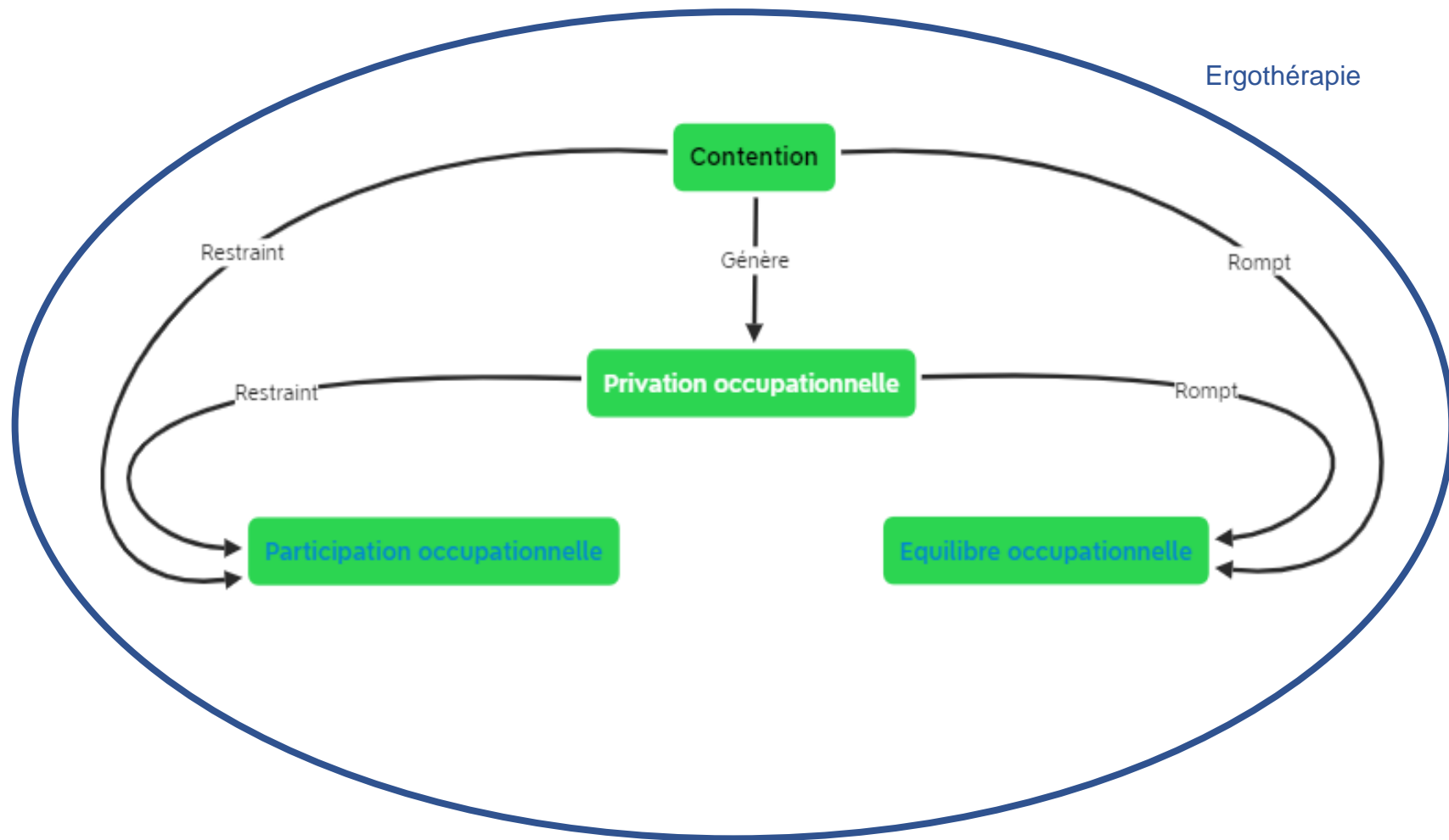
Environnement où les habiletés ont été évaluées:.....

Espace physique Lieux pour les soins personnels, les activités productives et de loisirs Intimité et accessibilité Stimulation et confort	F L'espace offre toutes sortes de possibilités, favorise et stimule des occupations valorisantes. P L'espace est généralement adéquat, permet de réaliser les occupations quotidiennes. L Offre peu de possibilités et réduit la performance dans les occupations valorisantes. E L'espace restreint les possibilités et empêche la performance dans les occupations valorisantes. Commentaires :
Ressources physiques Ressources financières Équipement et outils Biens et moyens de transport Sécurité et indépendance	F Permettent d'atteindre facilement les buts occupationnels, l'équipement et les outils sont appropriés. P Permettent généralement l'atteinte des buts occupationnels, peuvent présenter certains obstacles. L Limitent la capacité à atteindre les buts occupationnels en sécurité, l'équipement et les outils sont inadéquats. E Ont un impact majeur sur la capacité à atteindre les buts occupationnels, risques élevés dus à un manque d'outils. Commentaires :
Groupes sociaux Dynamique familiale Ami(e)s et soutien social Climat de travail Attentes et implication	F Les groupes sociaux offrent un soutien concret, les valeurs et attitudes favorisent un fonctionnement optimal. P Permettent généralement d'offrir un soutien mais peuvent montrer une « sous » ou une « sur » implication. L Offrent un soutien limité ou nuisent à la participation; certains groupes sont soutenant et d'autres non. E Ne favorisent pas la participation en raison d'un manque d'intérêt ou d'une implication inappropriée. Commentaires :
Exigences occupationnelles Exigences des activités (soins personnels, productivité et loisirs) Normes culturelles Construction des activités	F Les exigences des activités correspondent bien aux aptitudes, aux centres d'intérêt, à l'énergie et au temps disponibles. P Généralement cohérentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie et le temps disponibles et peuvent présenter des défis. L Quelques incohérences évidentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie ou le temps disponibles. E Globalement, incohérentes avec les aptitudes, les activités sont trop ou pas assez exigeantes. Commentaires :

Annexe III-Schéma représentant les 6 sections de cotation du MOHOST mises en parallèle avec le schéma du MOH, d'après Gladys MIGNET.



Annexe IV - Liens et relations entre contention, privation occupationnelle, équilibre occupationnel et participation occupationnelle.



Annexe V – Tableau des questions du guide d’entretien en fonction des réponses attendues

Guide d’entretien	Questions sur les critères d’inclusions :	Questions 1 :	Questions 2 :	Questions 3 :	Questions 4 :	Questions 5 :	Questions 6 :	Questions 7 :
	<p>Êtes-vous ergothérapeute diplômé d’état ?</p> <p>Exercez-vous dans EHPAD français ?</p> <p>Accompagnez-vous des résidents contentionnés ?</p>	Pouvez-vous vous présenter ?	Quel(s) profil(s) de résidents sont contentionnés dans votre EHPAD ?	<p>Dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu’évoque-t-elle pour vous ?</p> <p>La constatez-vous lors de la mise en place des contentions ?</p> <p>Comment identifiez-vous cette privation ?</p>	<p>Quel(s) lien(s) faites-vous entre contention et privation occupationnelle ?</p> <p>Et quel(s) lien(s) faites-vous entre ces deux éléments et le Modèle de l’Occupation Humaine ?</p>	Comment agissez-vous sur les conséquences occupationnelles des contentions ?	<p>Dans ma recherche, j’avance que la mise en place d’activité signifiante réduit la privation occupationnelle et ses conséquences, qu’en pensez-vous ?</p> <p>Comment repérez-vous ces activités signifiantes ?</p>	L’adaptation de l’environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ? Si oui, comment (en le réduisant ou en l’augmentant) ? Pourquoi ?
Réponses attendues	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	Données sociaux démographique : Age, date de diplôme, région de pratique	Pathologies neurodégénérative associé à un situation d’urgence comme une opération à la suite d’une fracture du col du fémur avec impossibilité d’appuis	<p>Privation = Intervention extérieure ; Impact dans les occupations ; Rupture d’équilibre occupationnel ; restriction de participation</p> <p>Oui</p> <p>Outil d’évaluation occupationnel tel que le MOHOST</p>	<p>Une contention provoque quasi systématiquement une privation occupationnelle ; privation occupationnelle peut accentuer les conséquences des contentions (troubles du comportement) ;</p> <p>Impact de la contention et de la privation occupationnelle sur l’être et l’agir ; la contention et la privation occupationnelle modifie les habitudes, la volition</p>	Connaître la pratique des ergothérapeutes ; Savoir si certains vont spontanément me répondre qu’ils mettent en place des activités signifiantes	<p>Invalidation ou validation de l’hypothèse, connaître l’avis des ergothérapeute sur ma première proposition ; Savoir s’ils connaissent ce type d’activités et s’ils ont eu l’occasion de les mettre en place</p> <p>Outils d’évaluation occupationnel ; Observation ; Connaître leur pratique</p>	<p>Invalidation ou validation de l’hypothèse, connaître l’avis des ergothérapeute sur ma seconde proposition ; Savoir comment ils adaptent l’environnement pour limiter la privation occupationnelle ; Savoir quels intérêt ils trouvent à adapter l’environnement</p>

Annexe VI – Tableau des questions du guide d’entretien en fonction des réponses des ergothérapeutes interrogés

	Questions 1 :	Questions 2 :	Questions 3 :	Questions 4 :	Questions 5 :	Questions 6 :	Questions 7 :
E1	Donnée sociaux démographique	Risques de chutes ; troubles cognitifs ; troubles fonctionnels ; appuis non autorisés (fractures)	Restriction activités et habitudes de vie Oui Impossibilité pour le résident de faire ses activités habituelles	Contention à un impact sur l’activité Ne pratique pas le modèle	Lever la contention ; Privilégier les séances en individuelles ; Activités sensorielle	D’accord Déjà mis en place ce type d’activités ; adapté les occupations à la contention Recueil de donnée fait par chaque professionnel ; demande de consentement auprès du résident	Pour moi oui
E2		Démence ; chute ; appuis non autorisés ; contentions dans une structure précédente	Actes volontaires ; limitation mobilité fonctionnelle Oui Troubles du comportement ; agressivité ; dépression ; hallucinations	Être attaché t’empêche de faire ce que tu veux ; entrave mouvements volontaires Vieille ergo, les modèles ne lui parlent pas ; Les résidents ont moins envie, dépression agressivité	Former les équipes sur les effets néfastes des contentions ; Détacher la contention ; Mobiliser les soignants pour maintenir des activités ; Adaptation de l’environnement	D’accord avec ça Déjà mis en place ce type d’activités ; Met en place des activités cuisine pour les femmes (dit signifiantes) ; Bilan d’entrée en ergothérapie ; PAP en équipe	Oui évidemment Adapter au périmètre de marche pour limiter le risque de chute et donc la mise sous contention ; adapter le fauteuil ; adapter la disposition de la chambre
E3		A part					
E4		Désorientation ; Risque de chute ; agressivité	Autonome et indépendante dans les activités de vie quotidienne Oui	Être attaché prive de la liberté Ne se souviens plus du modèle	Réduire les contentions, limiter l’utilisation	Oui Ne met pas en place ce type d’activités ; Proposer des activités pour favoriser l’équilibre occupationnel	L’adaptation de l’environnement va influencer la mise sous contention et donc la privation occupationnelle

			Verbalisations du résident ; gestes			Entretiens avec la personne	
E5	Résident chuteur ; positionnement fauteuil	Empêcher une personne de pouvoir accéder à ses occupations ; Autonome dans le choix et indépendant dans les occupations ; privation de déplacement Oui Limitation des déplacements	Dépend de la durée de la contention : Si mise en place pour une durée courte (réhydratation), privation réduite Ne connaît pas assez le modèle.	Trouver du matériel adapté	Tout à fait d'accord Les activités permettent de réduire le nombre de contentions Projet de vie ; histoire de vie ; communication du résident dans sa vie de <u>tout</u> les jours	Bah oui La contention c'est une privation de mouvement donc si l'environnement est adapté, moins de privation	
E6	Patient chuteur, chute ; Pathologies neurodégénérative, personne démente ; Fauteuil roulant sur mesure	Résident qui « gêne » Oui Par observation	Déambulation = activité, donc contention prive l'activité ; contentonné loin des objets (sonnette, télécommande, verre d'eau) empêche les occupations Ne connais pas suffisamment le modèle	Prévention auprès de l'équipe ; Réserver des plages horaires aux contentions ; adaptations du fauteuil ; Activités au PASA	Je suis totalement pour Signifiant et significatif même ; Montessori ; Difficile de récupérer les infos, résident communique peu ; Travail pluridisciplinaire ; Histoire de vie ; Pas de bilan	Tout à fait Adaptation de la disposition de la chambre ; Installation au fauteuil ; environnement premier pas vers l'activité	
E7	Troubles cognitifs ; troubles de l'équilibre ;	Ne participe pas aux activités comme les autres résidents ; Non	Incapable de se déplacer donc mise à l'écart Pas de réponse à la questions ; modifie	Sollicitation sur d'autres tâches/activités possible	Oui oui Réponse hors sujet Entretien avec le résident ; et avec la	Oui Adapter l'environnement modifie l'intégration dans	

				la participation selon le type d'activité ; limite l'équilibre fonctionnel		famille pour récupérer son histoire de vie	un groupe ; l'environnement doit permettre la réalisation des activités
E8		Chute régulièrement ; déments	Ne peuvent plus faire des activités de la vie quotidienne / Restreint dans leurs activités Oui Limitations dans les déplacements	Perte d'autonomie car contentonné au fauteuil N'a pas en tête le modèle, études à l'étranger	Pas mettre de contention pour éviter la perte d'autonomie	Je pense que t'as raison Retravailler la marche si c'était signifiant pour eux ; Activité cuisine Dialoguer avec le résident ; Ou avec la famille ; activités passées	Oui, je pense que oui Adaptation de la disposition de la chambre ; Mettre à disposition des activités (dessin par exemple) ; l'environnement est une des choses principales qui va agir sur les activités signifiantes

Entretien de recherche

Sur la privation occupationnelle générée par les contentions mécaniques chez les personnes âgées résidant en EHPAD

Dans le cadre du travail d'initiation à la recherche en ergothérapie à l'institut de formation La Musse

Formulaire de consentement

- J'accepte de participer et de répondre aux questions posées lors de l'entretien de Simon DURAND, étudiant à l'institut de formation en ergothérapie La Musse, afin de lui permettre de mettre en évidence les liens entre les contentions et la privation occupationnelle chez les sujets âgés
- J'ai bien noté qu'aucune de mes données personnelles ne seront ni diffusées, ni publiés dans ce travail ou dans d'autres circonstances et que les réponses seront anonymisées
- J'accepte que cet entretien soit enregistré afin de permettre l'analyse
- J'ai noté que l'enregistrement sera détruit après ce travail de recherche
- J'ai pris connaissance de mon droit de stopper cet entretien si je le souhaite
- Je suis libre de me retirer à posteriori de l'expérimentation si j'en ressens le besoin
- J'ai accès aux résultats si je le souhaite à l'adresse mail :
durand.simonds@gmail.com

Fait le/...../..... à

Signature

Annexe VIII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 1

S.D : Alors du coup pendant l'entretien on va parler d'ergothérapie, des personnes âgées, des contentions, de la privation occupationnelle et des activités significatives. Donc déjà pour me présenter un peu je suis actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie et dans le cadre de mon travail de recherche, je vous ai sollicité afin de mener la partie expérimentale de celle-ci. Cet entretien sera sous forme semi directive et durera 25 minutes environ. Au cours de ma recherche, je me suis intéressé aux personnes âgées contentionnés en EHPAD et aux conséquences suite à la mise en place de celles-ci. Vous êtes libre de vos réponses ainsi que d'interrompre cet entretien à tout moment. Avec votre permission, il sera enregistré pour permettre la retranscription et une fois terminé les données enregistrées seront détruites. Toutes données utilisées lors de la retranscription seront anonymisées. Je vais maintenant démarrer l'entretien en commençant par vous poser plusieurs questions sur la forme de votre pratique afin de vérifier les critères d'inclusion. Déjà êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E1 : Oui je suis ergothérapeute diplômé d'état.

S.D : Parfait exercez-vous dans un EHPAD français ?

E1 : Oui, j'exerce dans un EHPAD français, tout à fait.

S.D : Et, accompagnez-vous des résidents contentionnés ?

E1 : Exactement.

S.D : D'accord alors première question est-ce que vous pourriez vous présenter ?

E1 : Je suis E1, ergothérapeute depuis juillet 2016. Depuis mon diplôme, j'exerce en EHPAD, j'ai exercé dans différents EHPAD. Donc voilà, je suis salarié à 80% à ce jour.

S.D : D'accord, quels profils de résidents sont contentionnés dans votre EHPAD ?

E1 : Les résidents qui sont à risques de chutes, des résidents qui ont des troubles cognitifs.

S.D : Ok

E1 : Des résidents qui peuvent avoir des soucis au niveau de leur..., par exemple qui sont hypotoniques ou qui ont eu une opération récente et qui n'ont pas d'appui autorisé par exemple.

S.D : D'accord ok, donc pas d'appui autorisé, ça serait quoi comme type..., ça serait genre pour des factures par exemple ?

E1 : Exactement, fracture du col du fémur avec un appui non autorisé et des résidents qui ont des troubles de la mémoire. Ou bien une agitation et on risque de compromettre l'efficacité de l'opération, pour éviter qu'il se déplace.

S.D : D'accord ok, Dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E1 : La restriction pour réaliser les activités qui sont plaisantes pour le résident, qui font partie de leurs habitudes de vie, qui font qu'elles sont les personnes qu'elles sont, enfin des activités qu'elles font depuis longtemps avant même leur entrée en EHPAD.

S.D : D'accord, est-ce que vous l'avez constaté lors de la mise en place des contentions ?

E1 : Oui.

S.D : Et du coup comment identifiez-vous cette privation ?

E1 : Je l'identifie par exemple sur des résidents qui ont pour habitude de se balader le matin, typiquement et qui ne peuvent pas ..., je reviens sur l'appui non autorisé..., et qui ont parfois des difficultés à comprendre pourquoi pendant un certain temps elles n'ont plus accès à leur habitude de vie, de se balader dans le jardin. Ça peut être aussi des activités, voilà, un résident qui va participer à un groupe, notamment un groupe « prévention des chutes », et puis bah-là, suite à une opération ou une agitation, ne peut pas puisqu'elle est contentionnée. Le fait que, par exemple, d'aller aux toilettes la nuit, et qu'il y a des barrières de lit parce qu'il y a un risque de chute la nuit, bah c'est une privation de l'activité aussi.

S.D : D'accord ok, quel lien faites-vous entre contention et privation occupationnelle ?

E1 : Quel lien je fais ?

S.D : Quel lien, oui.

E1 : Alors, quel lien je fais entre la contention et la privation occupationnelle. Bah, pour moi elles ont un impact, les contentions ont un impact sur les occupations du résident.

S.D : Ça serait un lien de causalité, par exemple chez qui ? Qu'est-ce qui entraîne l'autre ? Dans quel sens ça s'organise ?

E1 : Qui a un impact sur l'autre ?

S.D : Oui par exemple.

E1 : Est-ce que c'est la contention qui a un impact sur l'activité ou l'activité qui a un impact sur la contention ?

S.D : Oui.

E1 : Moi je dirais que c'est plutôt la contention qui a un impact sur l'activité

S.D : D'accord ok.

E1 : Parce que, d'après moi, on peut trouver des solutions, on peut réfléchir à des solutions autres pour maintenir l'activité du résident.

S.D : D'accord et quel lien faites-vous entre ces deux éléments, donc la contention et la privation occupationnelle et le modèle de l'occupation humaine ?

E1 : Le modèle de l'occupation humaine ... ?

S.D : Le MOH, est-ce que vous avez l'habitude de l'utiliser un petit peu ?

E1 : Dans la pratique pas beaucoup.

S.D : Est-ce que par exemple des termes comme l'équilibre occupationnel, la participation, c'est des choses que vous avez l'habitude d'observer quand il y a une contention, une privation occupationnelle quand vous observez l'équilibre occupationnel ou la participation ?

E1 : Est-ce que ça a un impact...

S.D : Oui voilà, est-ce qu'il y aurait un impact ? Est-ce que les contentions et la privation occupationnelle ont un impact sur l'équilibre et la participation ?

E1 : Oui je pense, notamment, puis on peut observer que la contention peut entraîner parfois des syndromes, des syndromes dépressifs et du coup, un désir moins important à participer à des activités, voilà.

S.D : D'accord ok, et comment agissez-vous sur les conséquences occupationnelles des contentions ?

E1 : J'essaye de trouver des solutions autres, j'essaye quand c'est possible de lever la contention, parce que nous dans notre EHPAD, on retire les contentions sous surveillance, selon les profils des résidents.

S.D : D'accord.

E1 : Donc j'essaye au maximum de le faire pour pouvoir vraiment faire en sorte que le résident participe à l'activité et puis se sentir plus libre de ses mouvements sous surveillance.

S.D : D'accord.

E1 : Voilà, comment j'essaye de limiter l'impact de la privation occupationnelle.

S.D : Et quand les contentions sont obligatoires, quand il y a une contention, par exemple, vous évoquiez les fractures du col du fémur, quand la contention est obligatoire, comment vous faites pour agir sur les conséquences ?

E1 : J'essaye de privilégier plutôt des séances individuelles qu'en groupe, pour vraiment être concentré et attentif aux demandes du résident. De faire des activités plus adaptées qu'en groupe, parce que malheureusement en groupe, on ne peut pas s'adapter aux besoins de chacun. Donc voilà, je vais plutôt faire des activités en chambre ou bien des activités de type snoezelen.

S.D : D'accord. Dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activité significative réduit la privation occupationnelle, qu'en pensez-vous ?

E1 : Tu peux me reformuler ta question ?

S.D : Dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activité significative réduit la privation occupationnelle, qu'en pensez-vous ?

E1 : Bah, je suis d'accord avec toi.

S.D : D'accord, est ce que vous avez eu l'occasion de mettre en place des activités significatives avec des patients chez qui vous auriez observé une privation occupationnelle ?

E1 : Oui, tout à fait. En m'habituant sur les modes de vie et sur les ..., pas les loisirs mais sur les centres d'intérêts des résidents. J'essaye de les adapter, bah par exemple, typiquement si la promenade n'est pas possible, bah j'essaye de faire une promenade en fauteuil roulant. En essayant de répondre aux besoins de la personne qui est de sortir, j'essaye de l'adapter tout en maintenant la contention. Si on reprend l'exemple de l'appui non autorisé.

S.D : D'accord, comment vous faites pour repérer les activités significatives chez un résident contentonné ?

E1 : Alors il faut savoir que pour chaque entrée, on fait un recueil de données avec la psychologue, l'infirmière coordinatrice et moi-même pour vraiment connaître les centres d'intérêt et les habitudes de vie du résident. Et du coup, on est vigilant lorsqu'il y a une mise en contention, qui est réfléchi en équipe. Et on reprend vraiment le

questionnaire qu'on a posé au résident. Donc ce sont des entretiens que l'on fait individuellement. Chaque professionnel voit le résident à son entrée.

S.D : D'accord

E1 : On le voit aussi puisqu'on fait une demande de consentement à la mise en place de la contention. Et du coup, ça nous permet de savoir s'il y a un impact sur les habitudes de vie du résident et si il a des demandes particulières. Par exemple, il souhaite qu'on maintienne une activité avec la mise en contention qu'il ne peut plus faire aujourd'hui.

S.D : D'accord. L'adaptation de l'environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E1 : Bah pour moi oui. Typiquement pour moi, on peut limiter la mise en contention en adaptant l'environnement. Parce que chez nous, on peut, il peut y avoir une décision médicale de mettre un résident sous contention. Par exemple, s'il déambule et donc il y a un risque de chute. Mais je suis d'avis que si on adapte l'environnement, on limite le risque de chute et que la mise sous contention peut être évitée ou du moins limitée dans le temps. Et donc limiter la privation occupationnelle du résident.

S.D : D'accord, et donc vous pensez qu'en général ça la réduit ou ça l'augmente.

E1 : la privation occupationnelle ?

S.D : oui, est ce que l'adaptation de l'environnement va plutôt réduire ou augmenter le ... ?

E1 : Pour moi, elle va réduire.

S.D : Ok, bah j'ai terminé. Est-ce que vous avez pu vous exprimer comment vous le vouliez durant l'entretien ?

E1 : Oui, tout à fait, oui j'ai pu m'exprimer comme je le voulais. Pour moi le sujet des contentions est très important en EHPAD, ça ne doit pas être pris à la légère. Il faut vraiment qu'on réfléchisse comment on peut limiter les contentions, parce qu'effectivement ça a un impact sur les occupations des résidents. Donc oui, j'ai pu tout à fait m'exprimer comme je le souhaitais.

S.D : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

E1 : Qu'au-delà des contentions physiques, en EHPAD on ne peut pas réfléchir aux contentions environnementales, puisque typiquement chez nous on a un ESA. Est-ce qu'un ESA ne peut pas être considéré également comme une contention en elle-même.

S.D : C'est tout à fait considéré comme une contention architecturale.

E1 : Exactement.

S.D : D'accord, donc l'entretien est terminé, je coupe l'enregistrement.

Annexe IX - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 2

S.D : C'est parti, voilà donc je vais d'abord vous introduire un peu le le sujet, ce dont on va parler et puis après on démarrera les questions. Déjà, moi je suis en troisième année, je réalise cet entretien dans le cadre d'un travail de recherche.

E2 : Oui.

S.D : Je m'intéresse aux contentions, aux personnes âgées, à l'ergothérapie et la privation occupationnelle et aux activités signifiantes.

E2 : D'accord et tu es en étude de quoi ? En étude d'ergothérapie ?

S.D : En étude d'ergothérapie oui.

E2 : D'accord ok.

S.D : Donc vous êtes libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment.

E2 : Ouais.

S.D : Avec votre permission, heu, il sera, l'entretien sera enregistré pour permettre la retranscription et une fois terminé, les données seront détruites.

E2 : D'accord.

S.D : Toutes les données que je vais utiliser seront anonymisées.

E2 : Ok.

S.D : Je vais vous envoyer par mail le formulaire de consentement

E2 : Oui.

S.D : Et puis dès que vous serez prête, nous allons démarrer l'entretien

E2 : Ok.

S.D : Est-ce que vous avez des questions avant ?

E2 : Heu non. Non du tout.

S.D : Ok. Déjà, êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E2 : Ah oui, depuis 1997.

S.D : Exercez-vous dans EHPAD français ?

E2 : Oui.

S.D : D'accord. Et accompagnez-vous des résidents contentionnés ?

E2 : Heu oui.

S.D : D'accord parfait.

E2 : Il n'y en a pas énormément, je lutte contre la contention.

S.D : D'accord. Déjà dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu ?

E2 : Heu oui. Donc moi je suis ergo depuis 1997.

S.D : D'accord

E2 : J'ai, heu, exercer dans différents domaines en commençant par la neurologie, adulte, enfant. Heu, après j'ai créé pas mal de postes depuis 20 ans, j'ai créé 4-5 postes en ergothérapie. Et là ça fait plusieurs années, à un moment j'ai fait de la neuro, avec de la réadaptation de traumatisé crânien et je suis vraiment en gériatrie depuis 2005.

S.D : D'accord.

E2 : Ça fait 15 ans.

S.D : D'accord.

E2 : J'ai créé un poste il y a 15 ans dans une EHPAD, moi en général c'est des EHPAD avec des Soins de Suite et Réadaptation et des unités de médecine.

S.D : D'accord.

E2 : Il y a les 3 en général.

S.D : D'accord.

E2 : Et donc pendant 13 ans j'ai été sur un établissement où il y avait EHPAD, SSR, donc il y avait 120 lits d'EHPAD, 15 lits d'SSR, un SSIAD etc. Après j'ai créé des postes sur d'autres petites EHPAD à chaque fois c'est des temps partiels. Et depuis 2 ans je

suis dans un hôpital du nord de la France, que ici. Il y a 200 lits d'EHPAD, 25 lits de soins de suite et 15 lits de médecine.

S.D : D'accord. Très bien.

E2 : Voilà.

S.D : Et donc parmi tous ces résidents quel(s) profil(s) sont contentionnés ?

E2 : Quel(s) profil(s) sont contentionnés ? Alors heu, les trois quarts du temps : troubles cognitifs.

S.D : D'accord.

E2 : Ça ça peut être un point commun, parce que par exemple, le cas classique c'est la personne, démente, qui a des troubles apparentés, qui a chuté, qui s'est fracturé le col du fémur et qui a été traité par un clou gamma sans appuis pendant 6 semaines. Et la personne elle comprend pas du tout qu'elle n'a pas le droit de se lever.

S.D : Très bien.

E2 : Donc elle se met en danger, et c'est pour ça qu'en général il faut mettre les contentions pelviennes. C'est un des cas de figures. Un autre cas de figure ça va être la personne qui ne va plus réussir à marcher sans aide technique, qui a aussi des troubles cognitifs, à qui on introduit par exemple un déambulateur, avec lequel il marche plutôt bien accompagné. Mais lorsqu'il est seul, il ne va jamais le prendre, parce que c'est un apprentissage nouveau, donc c'est foutu. Et dans ces cas-là, la personne elle oublie qu'elle a des troubles de la marche et là elle tombe, elle tombe, elle tombe. Et alors en général, on laisse, on fait attention, on met des fois des contentions déguisées, comme un fauteuil avec une tablette devant, un adaptable un peu coincé, tu vois des choses comme ça.

S.D : Oui.

E2 : Et puis au bout d'un moment, des fois, le patient pousse tout ça et on est obligé de mettre une contention pelvienne.

S.D : D'accord.

E2 : Alors des fois je mets des fauteuils en podal pour essayer de donner des « déambulation sur roulette », mais il ne faut surtout pas mettre de pelvienne avec sinon il va essayer de se lever et il se retrouver avec le fauteuil sur le dos.

S.D : Oui.

E2 : Et donc souvent il y a des chutes, des chutes, des chutes et au bout d'un moment on doit protéger la personne parce qu'on a des arcades sourcilières qui sont ouvertes, on risque d'avoir des traumatismes crâniens, alors on essaye des fois de mettre le casque pour protéger la tête, les coques au niveau des hanches pour que si la personne tombe elle ne tombe pas sur son col fémoral.

S.D : D'accord.

E2 : Voilà ça ce sont des dérives.

S.D : D'accord.

E2 : Mais par exemple un dément le casque il l'enlève.

S.D : Oui.

E2 : Tu vois, la culotte, bon si ça la gêne la personne, tu peux te retrouver avec les coques sur la table de nuit. Donc c'est souvent, les troubles du comportement. C'est quand même un tronçon commun, je dirais.

S.D : D'accord, ok.

E2 : Là si tu veux en médecine en ce moment avec le COVID, heu c'est une catastrophe assez humaine je trouve. Parce que on se retrouve avec des vieux isolés donc c'est un pléonasme et en médecine par exemple là moi j'ai des gens qui arrivent, ils sont très agités. Ils ont été attachés dans d'autres structures, avant nous, les chutes en ce moment ils ont d'autres chats à fouetter. Et là ils arrivent chez nous, il y a un monsieur qui est arrivé vendredi, il était attaché sur un brancard !

S.D : D'accord.

E2 : Donc là après c'était un lion en cage. On a essayé de le détacher mais on a eu beaucoup de mal.

S.D : Et oui.

E2 : Et là j'ai mis un cocoon dans le lit parce que sinon il passe par-dessus les barrières. Des fois voilà..., une autre condition ça serait si la personne a été attachée avant, il faut faire un sevrage de cette contention, et là c'est compliqué.

S.D : D'accord, ok.

E2 : Mais on l'a fait nous hein. Ici nous la politique c'est de ne pas attacher les gens.

S.D : D'accord.

E2 : Je vécu dans d'autres EHPAD des situations inverses avec des médecins qui voulaient absolument attacher tout le monde.

S.D : D'accord, ok. Vous avez eu l'occasion de voir différentes situations.

E2 : Les troubles cognitifs pour répondre à ta question ça serait déjà un tronçon commun avec la personne qui ne comprend pas qu'elle n'a pas le droit de se lever seule.

S.D : D'accord. Dans ma recherche moi je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E2 : Ah beh, tout aha ! Parce qu'en fait avec une contention par exemple, tu privas la personne de tout acte volontaire. Elle peut pas changer ses points d'appuis, elle peut pas se lever, elle peut pas aller faire pipi, elle peut rien faire. Et dans 90% des cas ça déclenche une grande agressivité.

S.D : D'accord, oui, ok. Donc du coup vous l'avez déjà constatez-vous lors de la mise en place des contentions ?

E2 : Ah oui ! Presque à chaque fois.

S.D : D'accord.

E2 : Là il y a un effet, tu sais des fois les filles elles ont des alternatives, c'est mettre la tablette au fauteuil. Et bah elles observent quand même que quand tu mets la tablette, la personne elle a qu'une envie c'est de l'enlever, c'est comme les barrières de lit.

S.D : Oui. Et comment vous l'identifiez alors, cette privation ?

E2 : Bah par les troubles du comportement qu'elle engendre.

S.D : D'accord, ok.

E2 : Parce qu'à partir du moment où tu ne peux pas bouger, où tu ne peux pas ..., tu as une entrave à ta liberté de mouvement, et bien tu deviens agressif, quand tu ne deviens pas dépressif, il y a plusieurs modes. Soit tu te laisses glisser, soit tu deviens agressif, soit tu te mets à délirer. Nous on a un monsieur il s'est mis à délirer avec la contention pelvienne. C'est un monsieur qui tombait tombait tombait, on a été obligé de mettre la pelvienne. On l'a vite enlevée parce que dans son histoire de vie on s'est rendu compte que ce monsieur avait fait la guerre d'Algérie où il y avait perdu une phalange, il a donc été torturé. Tu te rends compte tout ce que ça rappelle notre contention ? Il s'est mis à avoir des hallucinations et qu'il n'avait pas auparavant, malgré ses troubles cognitifs. Et donc on a cherché, avec la psychologue, dans son

histoire de vie, et puis tout d'un coup on a eu un éclair et on s'est dit « c'est pas possible, il a été torturé en Algérie ». Cette contention lui rappelle ça. Dans son délire, en effet, il était là-bas. Donc on a tout de suite enlevé ça et on a plus eu d'hallucinations.

S.D : D'accord.

E2 : Et on a tous pris le risque qu'il chute.

S.D : D'accord.

E2 : Y compris le médecin, les soignants, la famille. C'est une prise de risque collégiale. De toute façon pour décider de choses comme ça, c'est des décisions pluridisciplinaires.

S.D : D'accord.

E2 : On est obligé.

S.D : D'accord.

E2 : C'est trop dur de décider de ça tout seul.

S.D : Très bien. Donc du coup quel(s) lien(s) vous faites entre la contention et la privation occupationnelle ?

E2 : Et bah le fait d'être attaché t'empêche de faire ce que tu veux.

S.D : D'accord.

E2 : Tu peux pas pousser ton fauteuil, fin c'est difficile. Tu peux pas te lever, tu peux pas changer tes points d'appuis, tu peux pas aller faire pipi si tu veux. Fin pour moi, c'est une entrave à des mouvements volontaires.

S.D : Et du coup quel(s) lien(s) faites-vous entre les deux, contentions et privation occupationnelle et le Modèle de l'Occupation Humaine ?

E2 : Oh là, alors là je comprends pas.

S.D : Bah quand vous mettez en relation la privation occupationnelle, vous observez ..., vous avez parlez de troubles du comportement, de changements de points d'appuis. Et ça comment vous pouvez l'observer au travers du Modèle de l'Occupation Humaine ?

E2 : Heu, c'est modèle de l'occupation humaine que j'ai du mal à cerner. Qu'est-ce que tu appelles par ça ?

S.D : Le MOH.

E2 : Alors moi tu sais je suis une vieille ergo, ça me parle pas.

S.D : D'accord bah c'est plus ... Par exemple si vous avez observé des ruptures d'équilibre occupationnel, des restrictions de participation ?

E2 : Ah bah oui oui, t'as des gens qui ont moins envie forcément, il y a un syndrome de glissement qui s'installe.

S.D : D'accord.

E2 : D'abord l'agressivité c'est un des premiers trucs qui ressortirait et ensuite heu, un syndrome de glissement.

S.D : D'accord.

E2 : Avec moins d'envie, de la fatigue. Parce que le problème c'est que si tu immobilises un corps d'une personne âgée, les capacités motrices s'en vont. Elles fondent comme neige au soleil.

S.D : Oui.

E2 : Et donc après pour les récupérer... Parce que normalement les discours c'est de dire heu, qu'il faut enlever la contention plusieurs fois par jour, faire marcher les gens ... Oui bah tu parles, ça c'est pas fait ça hein. Donc du coup les gens, même des fois à table, moi je dis aux filles à table quand la personne elle est avec vous, autour de la table avec plein d'autres gens, vous pourriez les surveiller il faut enlever la contention. Bah nan ça s'est pas fait. Donc heu, c'est de la théorie mais en pratique si t'es pas derrière c'est pas fait. Donc la personne elle perd ses capacités motrices, par manque d'utilisation de son corps.

S.D : Et du coup comment vous faites pour agir sur ces conséquences-là ?

E2 : Et bah moi j'explique, il y a beaucoup de formation, faut expliquer tous les désavantages de la contention, tout ce que la personne va perdre. Alors après ce qui fait peur à tout le monde c'est la prise de risque de la chute, avec la fracture, le trauma crânien, tu vois c'est ça.

S.D : Oui.

E2 : Donc quand on a pas le choix et qu'on est obligé de protéger la personne contre elle-même il faut absolument que ce soit qu'à des moments de la journée. Quand la fille elle peut pas y aller parce qu'elle est toute seule pour 20 personnes et que le patient est tout seul dans son coin, là ok on la met. Mais heu quand on est avec la personne on détache, quand on mange on détache, il faut qu'il y ait des gens missionnés dans la journée pour détacher et faire marcher. Voilà il faut qu'il y ait tout un protocole qui va avec. C'est pas on met la contention et puis on arrête. Voilà, c'est « essayer c'est l'adopter » non, ça marche pas. Il faut toujours y revenir, il faut toujours la remettre en question.

S.D : D'accord.

E2 : Et moi en général ils sont pas attachés longtemps.

S.D : D'accord.

E2 : Parce que j'essaye de ... De toute façon, les filles elle sont formées au fait aussi que c'est délétère, tu vois, elles les voient dégrader c'est pas leur but non plus.

S.D : Nan c'est sûr.

E2 : Par contre il faut vachement parler avec les familles. Parce que quand les familles elles arrivent et qu'elles voient la patiente avec des ecchymoses etc, pour elles c'est un manque de soins.

S.D : Oui.

E2 : Alors que pour moi laisser quelqu'un marcher même s'il tombe c'est bien plus bienveillant que de l'attacher toute la journée sur un fauteuil.

S.D : D'accord.

E2 : Mais la famille elle a pas toujours... Ils comprennent pas toujours ça. Il faut beaucoup former les équipes et les familles.

S.D : D'accord. D'accord.

E2 : Et il faut que la prise de risque elle soit collégiale et que le médecin il soit d'accord avec toi, c'est vraiment une politique d'établissement, tu peux pas faire ça tout seul.

S.D : D'accord. Moi au cours ...

E2 : Après il y a une autre façon ... Les gens sont attachés aussi des fois pour un autre motif, mais celui-là en ergo tu le fais vite sauter, c'est quand les gens sont mal installés et qu'ils glissent.

S.D : D'accord. Oui.

E2 : C'est des gens à qui on veut mettre des pelviennes parce qu'ils glissent. Mais ça quand tu as une ergo dans une structure normalement ces contentions-là elles existent plus.

S.D : Oui.

E2 : Parce que tu mets les clématis, en position ... Alors je sais que c'est une forme de contention mais c'est quand même mieux que la sangle pelvienne. Donc tu utilises la déclive, tu changes les positions, tu changes de fauteuil. Si c'est des glissades, si c'est des contentions liées à des problèmes de positionnement. Avec les coussins qui ont une butée d'abduction, avec les ... il y a quand même plein de choses qui existent, avec les tapis antiglisse que je mets, les « one-way » là.

S.D : Oui.

E2 : Sur l'assise, tout ça ça vient pallier et souvent on détache grâce à ça.

S.D : D'accord.

E2 : Mais par exemple moi dans l'EHPAD où j'ai travaillé à mi-temps là heu, une fois par semaine pendant quelques années heu, j'en ai détaché plein comme ça ! Parce que sur 70 il y avait 25 contentions.

S.D : Ah quand même.

E2 : J'ai détaché plein de gens parce que c'était des contentions de positionnement. Il y avait pas de matériel alors j'ai fait acheter, ils ont accepté. J'ai changé les positions na na na, la contention n'était plus nécessaire. Le médecin n'a jamais voulu les enlever. Parce que il avait peur. Il sortait son parapluie. Il fait une chute le week-end, il est tout seul, c'est lui qui vient. Si la personne est attachée il aura pas à être appelé.

S.D : D'accord.

E2 : Il y a ça sur le terrain hein. Donc du coup tu te retrouves heu ... Si toi tu as fait ton travail, tu as montré par A+B que tu pouvais détacher la personne parce que tu as trouvé autre chose pour améliorer son installation. Si la personne qui prend la décision, le risque, le prescripteur ne t'écoute pas tu peux rien faire.

S.D : Oui c'est sûr oui.

E2 : Moi j'ai été confronté à ça. J'avais un quart des patients qui étaient attachés. Et puis à un moment il y a un confort des équipes hein. C'est plus confortable hein. T'es pas toujours en train de ramasser les gens, t'es pas toujours en train de les remonter dans les fauteuils. Voilà faut faire attention hein.

S.D : Oui c'est sûr oui clairement oui.

E2 : Bah oui hein. T'as des déviances hein.

S.D : Moi...

E2 : En 20 ans franchement, on détache beaucoup beaucoup. Il y a 20 ans, il y avait beaucoup plus de contentions qu'aujourd'hui.

S.D : Ça évolue.

E2 : Oh bah heureusement hein. Il y a de plus en plus d'ergo dans les EHPAD, donc nous on doit tous avoir à peu près le même discours. Et puis notre action, le fait de réinstaller les gens, de tout ce que l'on fait en prévention, nos activités motrices qu'on organise, la rééducation qui est de plus en plus présente, avec les APA et tout ça dans les EHPAD ça fait que bah on, on renforce l'équilibre présent, on le maintient et ça fait que y a pas de chutes. Tu vois tout ça ça va ensemble.

S.D : D'accord, oui.

E2 : Et puis on dit « oh là là, attendez madame machin » quand les gens rentrent en EHPAD, si tu veux c'est un travail de longue haleine. Quand les gens rentrent en EHPAD, du jour au lendemain, ils marchaient chez eux, dans leur maison, ils marchaient sur de petits parcours. Manque de bol ils sont dans la chambre 25, qui est à je sais pas combien de distance de la salle à manger. Cette personne-là, à partir du jour où elle va rentrer en EHPAD, elle va être mise dans un fauteuil roulant pour faire le trajet entre la chambre et la salle à manger, parce que c'est trop long. Et là il faut dire « non, non ! Soit vous l'accompagnez, sur une partie, vous mettez le fauteuil pour finir le parcours. Soit une fois arrivé à la salle à manger, le fauteuil il reste devant la salle, et la dame elle marche pour aller à sa place » Puis dans la journée elle marche dans sa chambre et tout ça. Le fauteuil, c'est un fauteuil juste pour les déplacements longs. Et ça dès le départ il faut être vigilants. Alors il y a plein d'idées, il y a des codes, tu vois ce fauteuil-là est « pastille rouge » Pastille rouge c'est juste pour les déplacements longs. C'est-à-dire que la personne elle a pas besoin d'y être toute la journée. Parce que sinon ça va très très vite. Du coup la dame elle marche plus et le lendemain elle est par terre. Parce que quand elle va vouloir se lever pour faire pipi, et bah elle va avoir perdu de la motricité.

S.D : Effectivement oui. D'accord.

E2 : Tout ça ça va ensemble, c'est-à-dire si tu fais des bilans d'autonomie, quand les gens ils arrivent, à peu près des rendez-vous de préadmission en EHPAD et que tu connais à peu près leur autonomie antérieure, tu di oulala attention, cette dame là

elle marche encore dans sa maison de là à là. Et dès l'entrée en EHPAD il faut essayer de les garder, tout de suite.

S.D : D'accord. D'accord

E2 : Moi pour moi tout ça c'est ...

S.D : D'accord.

E2 : Donc quand t'as une ergo qui se pose ce genre de question, ou des rééducateurs ou des trucs sportifs, bah forcément après ça retarde le moment où la personne va perdre de l'autonomie et de l'équilibre et va chuter. Tu vois ça retarde l'échéance.

S.D : D'accord oui. Ok. Moi dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activité signifiante réduit la privation occupationnelle et ses conséquences, qu'en pensez-vous ?

E2 : Je suis d'accord avec ça. C'est quoi pour toi une activité signifiante ?

S.D : Pour moi une activité signifiante ça va être retrouver, essayer de rendre à un résident une activité qu'il avait l'occasion de faire par le passé et qui lui procurait du plaisir, qui lui procurait satisfaction.

E2 : D'accord donc heu une activité ... quelle qu'elle soit une activité occupationnelle.

S.D : Quelle qu'elle, qu'elle soit productive ou non.

E2 : S'il aimait le jardin, tu vas lui faire faire du jardin, si elle aimait la cuisine tu vas lui faire faire de la cuisine.

S.D : Exactement, qu'elle soit productive ou qu'elle ne soit pas productive.

E2 : D'accord.

S.D : Juste que l'activité apporte satisfaction au résident.

E2 : D'accord.

S.D : Est-ce que vous vous avez déjà eu l'occasion d'en mettre en place dans votre heu.

E2 : Ah oui oui moi activité cuisine ça marche très bien. Parce que ça c'est une activité très antérieure surtout chez les femmes.

S.D : D'accord oui.

E2 : Et puis ça les rend, et puis à partir du moment où si par exemple la personne elle est sous contention et que tu l'as sous surveillance et bah pendant que tu fais ton activité tu enlèves tout.

S.D : D'accord. Et est-ce que vous avez essayé de mettre en place ce type d'activité en dehors des prises en charge ? C'est-à-dire laisser à disposition par exemple du linge dans les lieux de vie et que les résidents contentonnés puissent être amenés à plier le linge pour réaliser des activités...

E2 : Alors moi je fais pas mais les animatrices qui le font, les aides-soignantes qui le font oui. Par exemple des gens un peu déments qui ont tendance à déambuler partout, avant ... s'ils ont pas de troubles de l'équilibre ils sont bien sûr pas attachés, nous on a des unités protégées dans lesquelles ils vont mais il y a pas toujours de la place tout de suite, et bah y a beaucoup d'activités qui sont mises en place comme ça. Par exemple les lingères nous ici elles font ça. Elles donnent toutes les petites lingettes à plier et on a déjà canalisé pas mal de gens comme ça.

S.D : D'accord.

E2 : Oui ça on fait.

S.D : Et comment vous faites...

E2 : Mais c'est pas forcément l'ergo qui met ça en place.

S.D : D'accord.

E2 : C'est un peu tout le monde.

S.D : D'accord. Et comment vous essayer de ...

E2 : Souvent en équipe on dit oh là là madame machin elle a besoin d'être occupée. Qu'est-ce qu'on peut lui faire faire. Alors des fois t'as des gens qui suivent le chariot de soin, qui distribuent le goûter avec la soignante.

S.D : D'accord.

E2 : Tu vois. Qui débarrassent la table heu oui oui ça c'est fait ici hein.

S.D : D'accord. Et comment vous faites pour repérer ces activités-là ? Les activités antérieures de... qui peuvent être signifiantes pour un résident ?

E2 : Alors moi quand les gens sont vu en ergo ça fait partie du bilan d'entrée.

S.D : D'accord.

E2 : Dans les activités habituelles alors heu quelles étaient vos habitudes de vie ? Qu'est-ce que vous aimiez faire ? Ça ça fait partie de mon bilan d'entrée donc heu en ergo. Après c'est mis dans les projets de vie des patients aussi mais y a pas que moi qui interroge les gens là-dessus y a aussi tous les autres intervenant. Parce que maintenant, en gériatrie tu as les projets d'accompagnement personnalisé. Donc la

S.D : Allo ?

E2 : Oui ?

S.D : Ah, je suis en train de vous perdre.

E2 : Ah ! Je suis là ! Quand le Pa d'accueil

S.D : Allo ?

E2 : Oui ?

S.D : En fait c'est comme si vous étiez très très loin

E2 : Ah bon ? Pourtant j'ai pas bougé

S.D : Ah

E2 : Je suis toujours au même endroit.

S.D : Ah c'est bon ! C'est bon c'est revenu.

E2 : Là c'est bon tu m'entends ?

S.D : C'est revenu.

E2 : Je bouge plus. Dans le projet d'accompagnement personnalisé, le PAP, tu connais ça ?

S.D : Oui.

E2 : En gériatrie et bah tu dois tenir compte des habitudes de vie antérieure des gens. Donc y a tout un recueil de données qui est fait auprès de la personne ou de sa famille.

S.D : D'accord.

E2 : Et après tu dois faire un projet en fonction de ça.

S.D : D'accord. Ok, ok. Donc ça vous avez l'habitude de le mettre en place avec l'équipe ?

E2 : Oui on essaye ouais. Alors après c'est pas l'ergo qui est garante de tout ça. C'est pluridisciplinaire.

S.D : D'accord.

E2 : C'est l'aide-soignante, c'est l'infirmière, recueil de donnée, la cadre... Ce monsieur là il aimait beaucoup jardiner, ah bah lui c'est le premier qui va être sur l'activité jardinière et jardin qui va être mis en place par l'animation.

S.D : D'accord. Ok. Et l'adaptation de l'environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E2 : Heu j'ai pas entendu le début.

S.D : L'adaptation de l'environnement influence-t-il ...

E2 : Oh bah oui évidemment évidemment oui.

S.D : Et donc comment ?

E2 : Et bah hum.... Mon exemple par exemple de la chambre qui est loin de la salle à manger.

S.D : Oui.

E2 : Tu vois ?

S.D : Oui

E2 : Je... Si j'ai quelqu'un qui a un petit périmètre de marche et que je le mets dans une chambre très éloignée, très vite il va se casser la figure, parce qu'il va être trop loin, il va être fatigué, il y a des risques de chute. Si cette personne, dès le début, elle est installée dans la chambre qui est la plus proche de la salle à manger, il aura des petits parcours à faire, il va pouvoir préserver son autonomie. Les hémiplegiques, si la chambre elle est pas orientée heu... Un hémiplegique qui était chez lui par exemple, et qui avait tout dans le bon sens, tout était aménagé un petit peu depuis des années dans son sens à lui. Il arrive en EHPAD. On a pas du tout tenu compte du côté de l'hémiplegie. Il va se retrouver dans un toilette avec la barre de l'autre côté etc. Et bah là on va voir des chutes. Et donc après très vite on va avoir des contentions. Alors que

si dès le début ... Moi j'ai sensibilisé à ça, j'ai dit attention la dame elle est hémiplégique gauche, vous avez vu la chambre, quand on rentre heu, elle tourne la tête du côté droit, c'est pas bon. Il faut lui mettre dans l'autre sens, il faudrait mieux une chambre dans l'autre sens. Quand ils admettent, c'est pas forcément évident, mais ils essaient d'en tenir compte. Et pis si c'est pas possible ils changent la chambre très vite quand c'est possible.

S.D : D'accord.

E2 : Pour que l'environnement soit adapté.

S.D : D'accord.

E2 : Le fauteuil, tout, fin, bien sûr.

S.D : Très bien ok.

E2 : Si tu mets quelqu'un qui se lève toutes les 5 minutes, avec un fauteuil roulant, avec des cales pieds et pis que tu enlèves pas les palettes, il va tomber par-dessus. Si tu as observé qu'il était en podal, qu'il se déplaçait avec ses pieds, si t'as enlevé les cales pieds, il tombera pas.

S.D : Oui. D'accord.

E2 : Parce que ce qui déclenche la contention c'est souvent les chutes hein. Les chutes à répétition.

S.D : D'accord.

E2 : Parce que à un moment, il faut protéger la personne donc c'est la chute. Donc la chute c'est le trouble de l'équilibre etc tu vois.

S.D : D'accord. Oui.

E2 : Donc s'il y a trop d'obstacles, si tu vois que la personne elle a pas la capacité de se dire oh là là il faut que je relève les cales pieds avant de me mettre debout, ah bah il faut les enlever. Mais ça il faut former le personnel parce que moi il y a 250 personnes ici, je suis pas derrière toutes les situations.

S.D : Effectivement oui.

E2 : Donc maintenant moi j'ai des filles qui me disent oh bah non elle a pas ses cales pieds parce que elle fait du podal et puis se lève tout le temps pour aller faire pipi, donc elle va tomber par-dessus, donc on les a enlevés.

S.D : Oui, d'accord. Ok je vois.

E2 : Pour moi, c'est des exemples qui montrent que l'environnement il a un lien direct bien sûr.

S.D : D'accord. Et bien on a terminé, merci beaucoup pour votre participation. Est-ce que vous avez pu vous exprimez comme vous voulez ?

E2 : Oh oui, sans problème. Alors j'ai vu que tu m'avais envoyé un document, alors c'est quoi ?

S.D : C'est le formulaire de consentement.

E2 : Alors par contre je peux pas signer, je te le renvoie... Faut que le l'imprime et que je te le scan.

S.D : Si ça vous dérange pas ...

E2 : Oui mais je n'ai pas de scanner.

S.D : Sinon une photo, ça suffira.

E2 : Ah bah oui je peux faire une photo, tu vois je suis une vieille ergo, j'ai pas encore les réflexes ! Et bah je fais ça.

S.D : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

E2 : Non.

S.D : Alors je coupe l'enregistrement.

Annexe X - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 3, l'ergothérapeute annexe

S.D : Je vais commencer par vous envoyer le formulaire de consentement

E3 : Oui, oui, je connais

S.D : Ok je vous l'envoie. Donc moi, durant l'entretien, on va essayer de parler d'ergothérapie, de personnes âgées, de contentions, de privation occupationnelle et d'activité signifiante.

E3 : Ok, allons-y.

S.D : Donc, bon, pour me présenter un peu, je suis en 3^{ème} année, je réalise cet entretien dans le cadre de mon travail de recherche. L'entretien va durer entre 20 et 25 minutes environ.

E3 : Ok.

S.D : Vous êtes bien sur libre de vos réponses et d'interrompre l'entretien à tout moments. Donc si vous êtes d'accord, il sera enregistré pour permettre la retranscription. Toutes données enregistrées seront détruites à la fin. Et les données que j'utiliserai dans l'analyse elles seront anonymisées.
Je vais commencer l'entretien, si vous n'avez pas de questions.

E3 : Ok.

S.D : Avec quelques petites questions pour vérifier les critères d'inclusions. Est-ce que vous êtes bien ergothérapeute diplômé d'état ?

E3 : Oui.

S.D : Exercez-vous dans un EHPAD français ?

E3 : Oui.

S.D : Et accompagnez-vous des résidents contentionnés ?

E3 : Alors contentionnés, quasiment pas, puisque nous, on ne fait pas de contentions au sein de l'EHPAD.

S.D : D'accord. Ok. Ça marche. Donc dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

E3 : Je m'appelle E3, je suis ergothérapeute dans l'EHPAD depuis 2004. C'est une création de poste, depuis je suis resté sur l'établissement donc ... Vous voulez que je décrive l'établissement ?

S.D : Non, c'est bon, ne vous inquiétez pas. Ça va aller. Très bien. Du coup, vous avez très peu de contentions ou vous en avez quand même quelques-unes ?

E3 : Alors ça dépend de ce que vous appelez vous contentions, c'est-à-dire qu'on n'attache pas les gens, on n'a pas de ceinture pelvienne, on n'a pas de barres au lit, on n'a pas de fauteuil contre les murs avec une table devant.

S.D : D'accord

E3 : Après je sais que nous, donc notre établissement est labélisé « humanitude », je ne sais pas si vous connaissez.

S.D : Non

E3 : Et pour eux, le fait d'installer les gens dans des fauteuils types coquilles, les châssis roulants, eux estiment que c'est de la contention.

S.D : D'accord.

E3 : Pour nous, ce n'est pas de la contention. Je l'utilise vraiment en dernier recours après avoir utilisé le fauteuil léger, le fauteuil de transfert, avoir essayé différents types de positionnement et ne pas à avoir ici à installer une personne totalement dépendante en fauteuil coquille voilà. Donc après tout dépend de ce que vous, vous mettez sur le terme de contentions.

S.D : D'accord, bah effectivement ça peut être une forme de contention le fauteuil coquille. Et quels profils de résidents, quand vous n'avez pas le choix, vous installez dans un fauteuil coquille ?

E3 : Alors c'est une personne en GIR 1, c'est une personne qui est totalement dépendante. Une personne qui n'a pas la capacité de se lever, ne se mobilise plus, qui est en état de dépendance extrême.

S.D : D'accord. Moi, au cours de ma recherche, je définis la privation occupationnelle.

E3 : Comment ?

S.D : La privation occupationnelle.

E3 : De quoi ? Excusez-moi. Reprenez votre phrase, je n'ai pas compris.

S.D : Dans ma recherche, moi je définis la privation occupationnelle.

E3 : C'est-à-dire ?

S.D : Justement qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E3 : La privation occupationnelle

S.D : Oui.

E3 : Alors privation : sans. On retire ça au résident. Occupationnelle, une occupation. Qu'est-ce que vous mettez sur le thème d'occupation, point d'interrogation. C'est un joli terme après le définir ...

S.D : D'accord. Pas de souci, d'accord. Est-ce que vous avez déjà constaté une forme de privation occupationnelle quand vous installez, par exemple dans les fauteuils coquilles des résidents ?

E3 : Non parce que c'est une personne qui ne participe pas aux activités thérapeutiques, pas aux activités d'animation, qui n'a plus la capacité de manger seul, donc c'est nous qui intervenons.

S.D : D'accord :

E3 : Donc privation non, c'est plus du positionnement quand on les installe, quand je les installe au sein de l'établissement. C'est plus du positionnement.

S.D : D'accord, ok. Quels liens, vous pourriez faire entre la contention et la privation occupationnelle ?

E3 : Alors le problème ça va être compliqué, si on n'est pas d'accord sur la définition de privation occupationnelle... Alors allez-y reposer moi votre question ?

S.D : Quels liens, vous pourriez faire entre la contention et la privation occupationnelle ?

E3 : Entraver, donc la contention entrave les activités, les activités au quotidien de la personne, que ce soit occupationnelle.

S.D : Ok, d'accord. Du coup, comment vous pourriez agir éventuellement sur des conséquences occupationnelles des contentions ? Vous dites que vous en contentionnez pas. Mais comment dans l'absolu vous auriez pu agir sur une contention que vous auriez pu mettre. Je ne sais pas, par exemple, quand vous considérez le fauteuil coquille comme une contention, comment ...

E3 : Alors je ne la considère pas, moi.

S.D : D'accord.

E3 : Faut que ce soit clair, moi je ne la considère pas, moi je l'utilise pour du positionnement. C'est pour ça que je vous posé la question de ce que vous, vous entendez sur le terme de contention. Pour moi, ce n'est pas de la contention, c'est du positionnement. Puisque le fauteuil n'est pas basculé en arrière, ça n'entrave pas la capacité de mobilisation de la personne. La contention c'est le fait d'entraver la capacité de se mouvoir de la personne.

S.D : D'accord.

E3 : C'est une personne qui n'a pas cet capacités-là.

S.D : Moi, dans la recherche et dans l'étude que j'essaye de mener. C'est... la contention, moi j'identifie ça comme une ceinture pelvienne au fauteuil par exemple. Clairement, après effectivement des contentions comme vous en parliez, mettre une table devant une table qui n'a pas la capacité de se propulser c'est une autre forme de contention effectivement.

E3 : Et les 2 barres c'est une contention. Mettre une barre et le lit contre le mur c'est une contention.

S.D : Oui

E3 : Après on peut parler aussi de contention chimique. Donc...

S.D : Et comment vous, vous pourriez agir sur des conséquences d'une contention ? Si vous en mettiez par exemple, dans l'absolu, est ce que vous pourriez agir sur ces contentions. Et comment -vous les ... sur les conséquences et comment vous pourriez agir dessus ?

E3 : Si c'est une contention..., enfin on est d'accord on en fait pas. Donc je me projette. Imaginons une contention pelvienne, c'est d'enlever la contention sur certains créneaux horaires, accompagner la personne pour se verticaliser, jouer sur le positionnement au fauteuil, expliquer pourquoi la contention. Est-ce que c'est une personne qui utilise le fauteuil, parce que dans ce cas-là, est ce qu'on ne peut pas mettre un coussin avec une butée ? Est-ce que l'on ne peut pas régler, régler le positionnement au fauteuil. ... C'est dur de se projeter quand on en fait pas.

S.D : Oui je me doute.

E3 : Déjà demander le consentement de la personne, déjà, première chose demander le consentement de la personne pour mettre la contention. L'enlever à certains

moments de la journée. Voir en équipe le pourquoi du positionnement. Discuter avec le résident, discuter avec la famille en expliquant qu'il n'y a pas d'intérêt de mettre la contention. Jouer avec le médecin traitant, médecin co. Voilà, revoir le bénéfices / risques pour le résident.

S.D : D'accord, moi dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activité significative, peut réduire la privation occupationnelle et ses conséquences. Qu'est-ce que vous, vous en pensez ?

E3 : Oui, je suis d'accord.

S.D : Ok, est ce que vous avez l'habitude de faire du recueil de données. Et de quels moyens vous pourriez récupérer les activités significatives d'un résident ?

E3 : Bah nous c'est par le biais des PAP, le Projet d'Accompagnement Personnalisé. Donc on fait ça, on a aussi un recueil d'entrée du résident, avec, c'est un gros pavé bien complet avec toutes les différentes activités, ce qu'il aime, ce qu'il apprécie, que ce soit au quotidien, enfin dans sa vie quotidienne actuellement, ou dans sa vie antérieure. En sachant qu'entre ce qui est écrit au moment de l'entrée et une fois en établissement, il y a souvent bien du changement. Mais voilà, recueil de données avant et pendant l'entrée en institution et travail au niveau des PAP, le Projet d'Accompagnement Personnalisé, où on fait participer le résident. Et voilà, ce n'est pas seulement nous de notre côté dans le bureau, les résidents sont intégrés dans ce projet.

S.D : D'accord, très bien. Est-ce que l'adaptation de l'environnement influence la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E3 : Alors, allez-y, refaites la moi.

S.D : Est-ce que l'adaptation de l'environnement influence la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E3 : Oui, je suppose que si dans l'espace, ..., donc nous les résidents peuvent rentrer avec leurs meubles. Je suppose que si en plus, on a, la façon dont on installe les meubles, la façon dont la personne peut se mouvoir, est-ce que l'on facilite le déplacement ? Est-ce que l'on facilite la motricité ? Je suppose que oui, ça peut entraver l'activité occupationnelle, oui.

S.D : D'accord oui, très bien.

E3 : Si je suis à côté vous pouvez me le dire !

S.D : Non, non mais non. Mais du coup vu que vous n'utilisez pas les contentions, il y a pas mal de question que j'ai dû écouter.

E3 : Bah oui, c'est pour ça, c'est pas facile.

S.D : Mais non, non, il y en a quand même auxquels vous pouvez répondre. Mais du coup, on a terminé. J'en ai sauté quelques-unes, j'ai été obligé si vous n'utilisez pas de contentions.

E3 : Bah non, c'est comme ça depuis que je suis arrivé, c'est une philosophie de l'établissement. Un travail avec la direction, un travail avec les différents professionnels... Après il y a la contention architecturale aussi, on peut parler de ça. Nous on a une unité fermée, on peut parler de ça aussi.

S.D : Clairement oui, si vous avez des éléments. Est-ce que vous avez déjà repérés des privations occupationnelles avec la contention architecturale, avec des personnes qui ...

E3 : Après on a un grand espace de déambulation. Non mais dans le terme contention, on peut parler de contention architecturale, après, nous les résidents ont un grand espace, ont accès à l'extérieur. On intervient régulièrement pour des activités, pour les différents types d'ateliers. Je dirai qu'on est pas mal au niveau contention. Pour moi, il n'y en a pas.

S.D : D'accord, non mais ce n'est pas grave. Effectivement ça...

E3 : Non c'est très bien.

S.D : Oui c'est très bien.

E3 : Contention, non ce n'est pas la politique de l'établissement, que ce soit, ni au niveau médicamenteux, ni au niveau chimique, non.

S.D : Et du coup, comment vous faites quand vous avez des cas de démences sévères avec des fractures du col du fémur, comment vous faites pour éviter qu'il se lève ?

E3 : Alors, on ne les empêche pas de se lever, on est terrible nous. On ne les empêche pas de se lever, donc bah ça arrive, on n'est pas des « wonder woman », donc le lit au plus bas, lit Alzheimer au plus bas, matelas au sol. On évite le maximum qui soit en SSR, on demande qu'il réintègre au plus vite possible, enfin quand c'est possible, l'établissement. Je me charge de la rééduc, on met des petits protecteurs de hanches. Je ne sais pas si vous connaissez ?

S.D : Oui je vois.

E3 : Oui, on met des petits protecteurs de hanches, on sollicite le plus possible la marche, on demande à l'équipe une vigilance particulière par rapport à cette dame-là. Et dès qu'elle se mobilise, on essaye de la lever, juste tenir debout, la faire marcher, voilà. C'est la politique de l'établissement.

S.D : D'accord, ok tant mieux.

E3 : C'est arrivé, une fois, depuis que je suis dans l'établissement, que la dame retombe et se refracture le col. C'est arrivé une fois en 14 ans.

S.D : C'est un bon ratio.

E3 : Oui je pense, c'est pas mal. Après on en discute avec la famille, le médecin traitant. C'est arrivé que le médecin traitant fasse une contention et qu'on le rencontre pour lui expliquer pourquoi, pour nous, ce n'était pas adapté. Voilà, on a une population démentielle, qui va déambuler qui ne va pas comprendre, et voilà, c'est notre politique, notre façon de travailler. Mais voilà c'est institutionnel, ce n'est pas que moi, ergo à mon petit niveau. On bosse tous dans le même sens.

S.D : D'accord. Bah c'est très bien pour l'établissement ça c'est sûr. Mais du coup, forcément ça a biaisé quelques questions, mais ce n'est pas grave. Ça amènera d'autres éléments de réponses en comparaison avec les autres.

E3 : Bah disons que voilà, c'est clair, nous, ..., mettre une contention c'est sans doute plus facile, et on se poserait sûrement moins de questions qu'actuellement, toutes les questions à laquelle on doit répondre pour ne pas poser de contentions. Donc on a des casques aussi pour les résidents, casques de chute, casque de protection, des PAREPLAIES, des systèmes au niveaux des bras, ça fait comme du gel, je ne sais pas si vous connaissez ?

S.D : Non, ça je ne connais pas.

E3 : Donc, qui permet de protéger si la personne se tape, pour éviter d'avoir des plaies. Enfin voilà, c'est tout un, ..., voilà, des fois ça fait un peu « robocop » pour les protéger mais ça évite des risques de fractures ou de plaies en cas de chutes voilà.

S.D : D'accord, très bien. Ecoutez, si vous avez terminé, j'ai terminé. Est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous le vouliez ?

E3 : Oui, oui, il n'y a pas de souci.

S.D : Est-ce que vous avez envie de rajouter quelques choses ?

E3 : Non, que tous les EHPAD ne bossent pas comme nous, quand c'est possible, voilà.

S.D : Ecoutez, j'arrête l'enregistrement.

Annexe XI - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 4

S.D : Pendant l'entretien, on va parler d'ergothérapie.

E4 : Oui.

S.D : Des personnes âgées et des contentions

E4 : Oui.

S.D : De privation occupationnelle

E4 : Oui.

S.D : Et d'activités significantes.

E4 : Très bien.

S.D : Donc, pour introduire un petit peu, je suis en 3e année d'ergothérapie, je réalise cet entretien avec vous dans le cadre de ma partie expérimentale de ma recherche.

E4 : Oui.

S.D : Vous êtes bien sûr libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment. Avec votre permission il sera enregistré pour permettre la retranscription et une fois que la phase expérimentale sera terminée toutes les données seront détruites.

E4 : Ok.

S.D : Je vous envoie le formulaire de consentement, par mail.

E4 : D'accord.

S.D : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

E4 : Pas forcément, je pense qu'elles vont peut-être venir au fur et à mesure, après c'est plus, enfin si, est-ce que tu as un intitulé de mémoire ? C'est quoi l'intitulé ?

S.D : Oui j'ai intitulé de mémoire.

E4 : Bah, sauf si tu préfères ne pas le dire pour orienter les réponses après...

S.D : Non c'est dans les thèmes que je vais aborder donc c'est l'utilisation des contentions et la privation occupationnelle générée chez les personnes âgées.

E4 : OK, très bien.

S.D : Donc, avant de commencer l'entretien je voudrais juste vous poser quelques questions pour vérifier les critères d'inclusion.

E4 : Oui.

S.D : Est-ce que vous êtes ergothérapeute diplômé d'état ?

E4 : Oui.

S.D : Exercez-vous en EHPAD français ?

E4 : Oui.

S.D : Et accompagnez-vous des résidents contentionnés ?

E4 : Oui.

S.D : Très bien. Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

E4 : Oui, donc je suis une ergo diplômée de juin dernier.

S.D : D'accord

E4 : Donc je n'ai pas encore une très, très grande expérience de terrain, mais en tout cas, au niveau des contentions, c'est une problématique qui m'a rapidement interpellée, donc c'est pour ça que...

S.D : D'accord.

E4 : ... j'ai été aussi intéressé par cet entretien. J'ai travaillé sur un mois et demi dans un SSR gériatrique où j'ai pas forcément été confronté à la problématique de la contention.

S.D : D'accord

E4 : Et début novembre de l'année dernière, je travaille dans un EHPAD et SRR gériatrique, enfin centre hospitalier qui fait EHPAD et SSR gériatrique.

S.D : D'accord.

E4 : Et pour là, pour le coup, j'accompagne des résidents, et parfois même des patients qui peuvent être contentionnés.

S.D : Très bien. Et du coup quels sont les profils de ces résidents où ces patients qui sont contentionnés ?

E4 : Alors, ça va souvent être des personnes qui peuvent présenter une désorientation, qui se pensent capable de marcher et qui du coup, bah sont à risque de chute en fait, c'est principalement le risque de chute de toute manière.

S.D : D'accord.

E4 : Sachant que ce risque de chute, il est aussi beaucoup projeté des soignants sur les patients, enfin c'est la peur du risque de chute qui entraîne beaucoup, une contention, alors qu'au final c'est pas forcément la réponse la plus adaptée.

S.D : D'accord, très bien.

E4 : Voilà, globalement..., oui patient chuteur ou à risque plus ou moins objectivé de chute et ... ou des agressivités parfois.

S.D : D'accord, Ok, moi dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E4 : Bah là, comme ça je dirais l'impossibilité pour la personne d'être, en fait indépendante, et à la limite, ouais non, indépendante et autonome dans, bah dans ses activités de vie quotidienne et donc l'impossibilité de les réaliser de la manière qu'elle, qu'elle pourrait souhaiter le faire.

S.D : Est-ce que vous l'avez déjà constaté pendant des mises sous contention ?

E4 : Bah, c'est principalement lié, ça va principalement être lié, en fait, pour les personnes, par exemple qui vont vouloir se lever, par exemple, pour aller aux toilettes.

S.D : D'accord.

E4 : Pour rien que cette activité de vie quotidienne très, très basique, en fait au final, parce qu'ils sont, bah il se retrouve privé de cette liberté de pouvoir le faire de manière indépendante, puisqu'ils vont avoir besoin de l'aide de quelqu'un pour les détacher. C'est surtout dans ce cas-là qu'on le retrouve, ou alors dans le désir de se déplacer, de déambuler, parce qu'il y a des personnes qui ont besoin de déambuler et en fait, bah, elle se retrouve privé de la possibilité de le faire parce qu'il y a la contention qui est mise en place.

S.D : Et dans l'exemple que vous prenez avec les besoins naturels, comment vous identifiez que la personne, elle souhaite se lever ou elle est en demande de déplacement ? Comment vous identifier ça ?

E4 : Par les verbalisations des personnes.

S.D : D'accord

E4 : Par exemple une résidente que je suis allée voir une fois sur la demande d'une équipe qui disait que la contention n'était pas adaptée parce qu'en fait la résidente arrive à l'enlever toute seule.

S.D : D'accord

E4 : Et, tandis qu'on était devant la chambre en train de discuter, c'est une dame qui est très désorienté, enfin voilà, il y a beaucoup de choses qui se joue du point de vue cognitif mais..., et en fait elle voulait aller aux toilettes, elle disait, enfin elle essayait de se lever et elle tendait la main vers les toilettes, enfin voilà en verbalisant que voilà elle voulait aller aux toilettes.

S.D : D'accord.

E4 : Donc il y avait à la fois le verbe et l'action des gestes.

S.D : D'accord, ok, quel lien pourriez-vous faire entre contention et privation occupationnelle ?

E4 : Bah la contention, enfin contentionner quelqu'un, c'est le fait de l'attacher et donc, bah de le priver de sa liberté en fait, tout simplement ...

S.D : D'accord.

E4 : enfin tout simplement ...

S.D : Et donc ...

E4 : C'est plutôt...

S.D : Allez-y, allez-y...

E4 : Non, mais c'est juste, enfin je trouvais pas mon « tout simplement » adapté, parce que la contention c'est quand même une problématique très complexe, mais il faut mettre des mots sur les, sur les choses, mais en fait la contention c'est la privation de liberté.

S.D : D'accord, et donc...

E4 : La privation du droit au risque de la personne.

S.D : D'accord, et donc entre ces deux éléments là, la contention et la privation occupationnelle. Quel lien pouvez-vous faire entre ces deux éléments là et le modèle de l'occupation humaine ?

E4 : Il y a une partie de la question qui a été coupée j'ai pas tout compris ...

S.D : Quel lien entre la contention et la privation occupationnelle pouvez-vous faire au travers du modèle de l'occupation humaine ?

E4 : Alors, je vais être assez honnête...

S.D : Oui

E4 : Le MOH, je l'ai plus en tête, parce qu'en fait dans la pratique là où je travaille, bah..., voilà...

S.D : Oui, d'accord, dans la mesure..., est-ce que vous avez vu des ruptures d'équilibre occupationnel ? est-ce que vous avez observé des restrictions de participation ou pas, est-ce que vous avez pu observer ce genre de choses ?

E4 : Etant donné que je suis pas depuis très longtemps dans la structure.

S.D : Oui

E4 : J'ai peu de recul, en fait, enfin les personnes que j'accompagne qui sont contentionnés souvent, enfin notamment je pense à une dame que je vois en groupe PASA, Pôle d'Activité et Soins Adaptés pour des troubles Alzheimer, enfin un type Alzheimer. C'est une dame qui est contentionnée depuis très longtemps en fait, du coup c'est difficile pour moi d'avoir le recul devant la différence...

S.D : D'accord

E4 : ... Entre avant sa mise sous contention et après.

S.D : D'accord et donc chez les sujets âgés contentionnés que vous accompagnez, comment vous faites pour agir sur les conséquences occupationnelles que vous pouvez observer ?

E4 : Bah, actuellement je suis, je travaille avec une kiné sur un projet qui a pour but justement de réduire l'utilisation des contentions et de permettre aux personnes, en fait, de pouvoir être plus indépendante et plus autonome, même si autonome c'est moins... Mais parce que face à toutes les conséquences néfastes de la contention qui sont en fait pas du tout pris en compte dans la prise de décision. Il y a pas cette réflexion autour du fait que justement les personnes, oui, il y a peut-être un risque de

chute mais en même temps c'est une personne avant qu'on l'attache, elle était encore capable d'aller aux toilettes, d'aller à la salle à manger toute seule en marchant.

S.D : Oui.

E4 : Et du coup ça va être vraiment une action là-dessus, enfin de...

S.D : D'accord.

E4 : On va dire une l'action de terrain, actuellement qu'on essaie de mener...

S.D : Donc ce serait plus de limiter l'utilisation...

E4 : Pour amener les professionnels à plus réfléchir de la mise sous contention.

S.D : D'accord, et est-ce que vous avez l'occasion de mettre en place des solutions quand les personnes sont contentonnées que vous avez pas le choix ... et que... est-ce que vous avez mis en place des activités, en place des ateliers, des solutions pour pallier la privation pendant qu'il y a une contention, plutôt que de réduire l'utilisation de la contention ?

E4 : Pas forcément.

S.D : D'accord.

E4 : Parce que, pour l'instant, enfin le but c'est vraiment plus réduire la contention.

S.D : D'accord.

E4 : Enfin, par exemple, même au moment où il y a des familles qui sont en visite, même si actuellement avec le confinement c'est pas possible. Mais quand les familles sont en visite, bah, lever la contention, parce qu'il y a la famille qui est là pour effectuer une forme de surveillance donc... voilà, proposer des installations différentes pour éviter d'avoir la contention, mais sinon, non cette proposition d'activité, on l'observe moins.

S.D : D'accord, moi dans ma recherche, j'avance que la mise en place d'activités significatives réduit la privation occupationnelle et ses conséquences. Qu'est-ce que vous en pensez ?

E4 : Bah, quelque part, je pense que proposer une activité à des personnes qui se retrouvent bloquées dans leur fauteuil et leur permettre justement d'effectuer quelque chose qui leur plaît, qui leur apporte du plaisir, qui leur..., enfin oui, moi je pense que ça va avoir des conséquences qui seront, bah..., différentes, du fait de pas avoir de contention. Mais il y a des cas où on n'a pas le choix, enfin « pas de choix », voilà...

on s'entend que la contention est au final dans la balance bénéfice-risque presque nécessaire. Et oui enfin ça me paraît super important de pouvoir leur proposer des activités qui leur plaisent, bah des activités significantes et bah pour leur permettre d'avoir un meilleur équilibre occupationnel.

S.D : Est-ce que vous avez déjà eu l'occasion de repérer ces activités significantes et comment vous avez fait pour les repérer ?

E4 : Bah, ça va être plutôt au travers d'entretiens avec les personnes alors quand c'est possible, évidemment. Des entretiens pour savoir en fait ce que les personnes aiment où aimeraient faire de leur temps libre..., leur centre d'intérêt en fait, prendre connaissance des centres d'intérêt des personnes quand il y a une communication qui est possible pour pouvoir leur proposer des activités qui vont être adaptées et quand la communication est pas possible et bah essayer de proposer diverses activités, voir en fait pour lesquelles, la personne semble présenter une appétence.

S.D : D'accord, très bien. L'adaptation de l'environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ? L'adaptation de l'environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E4 : Bah pour moi, l'adaptation de l'environnement, elle va influencer la mise sous contention donc par lien elle va influencer effectivement la privation occupationnelle, puisque si l'environnement est adapté on va pouvoir réduire la mise sous contention et donc diminuer cette privation occupationnelle

S.D : D'accord, très bien.

E4 : Je sais plus si c'était ça la question.

S.D : Oui c'est ça, c'est ça. Bah écoutez très bien et, bah merci de vos réponses. Est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous vouliez ?

E4 : Oui.

S.D : Est-ce que vous avez envie de ...

E4 : Est-ce que j'ai répondu aux questions ?

S.D : Oui.

E4 : Enfin, est-ce que j'ai apporté les éléments de réponse dont il y avait besoin.

S.D : Oui, oui, tout à fait, tout à fait, nickel. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

E4 : Je soutiens à fond ce projet de mémoire parce que c'est super super important d'augmenter cette réflexion autour de la contention. Je sais pas si tu as pris des sources aussi par rapport à d'autres pays. Mais par exemple ce qui peut se faire en Allemagne, qui est complètement différent, enfin ..., Belgique aussi où il y a des choses qui peuvent être..., au niveau de la législation un peu particulière. Enfin voilà, je sais pas du tout si tu as regardé un petit peu ça, mais c'est quand même vachement intéressant de voir si les modèles qu'on peut, enfin..., les fonctionnements qu'on peut trouver, en fait, dans d'autres pays, parce que c'est vrai qu'en France la question de la contention, elle est soulevée un petit peu par les comités éthiques, etcétera. Mais il y a encore beaucoup, enfin..., cette histoire d'habitude, de bah voilà, encore aujourd'hui j'ai vu dans une transmission « chute : prescription médicale de contention » parce que la personne a chuté une fois mais on n'a pas cherché à savoir derrière...

S.D : Oui je comprends

E4 : ... pourquoi elle a chuté et donc voilà c'est, c'est super important de continuer ce travail de réflexion et de, bah ouais, vraiment de réflexion sur la contention et inversé la réflexion qui fait un peu, bah..., on met en place une contention puis après on réfléchit aux alternatives. Non. Faut mettre les alternatives et s'il y en a aucune qui fonctionne à ce moment-là on passe la contention.

S.D : Oui, d'accord, ok, oui, bien sûr c'est vrai mais je retiens l'idée d'aller regarder ce qui se fait dans les autres pays. Bah merci beaucoup.

E4 : Je vous en prie.

S.D : J'arrête l'enregistrement

Annexe XII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 5

S.D : C'est parti. Donc euh durant l'entretien on va parler d'ergothérapie, de personnes âgées et de contention.

E5 : Hum.

S.D : De privation occupationnelle ... et d'activités signifiantes.

E5 : Très bien.

S.D : Donc pour me présenter un petit peu je suis en 3e année d'ergothérapie et je vous sollicite dans le cadre de mon travail de recherche et la phase expérimentale de mon travail de recherche. L'entretien il va durer entre 15 et 20 minutes à peu près.

E5 : Ça marche.

S.D : Donc vous êtes bien sûr libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment. Avec votre permission, l'entretien il sera enregistré pour permettre la retranscription et une fois que la retranscription sera terminée toutes les données seront détruites. Les données récoltées et utilisées seront anonymisées lors de la retranscription.

E5 : Très bien.

S.D : Donc je vais démarrer l'entretien en vous posant plusieurs questions pour vérifier les critères d'inclusion.

E5 : D'accord.

S.D : Etes-vous ergothérapeute diplômé d'état.

E5 : Oui.

S.D : Exercez-vous dans un EHPAD français ?

E5 : Oui.

S.D : Accompagné vous des résidents contentonnés ?

E5 : Oui.

S.D : Très bien alors dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter ?

E5 : Alors moi je suis ergothérapeute depuis 5 ans et ça fait 5 ans que je travaille en EHPAD. J'ai pas mal bougé, en tout j'ai fait 5 EHPAD différents.

S.D : D'accord.

E5 : Parce que je suis mon mari donc malheureusement il bouge beaucoup donc je bouge beaucoup et j'ai eu la chance de pouvoir faire des mutations professionnelles dans un groupe, c'est pas donné à tout le monde. Du coup j'ai vu plein d'EHPAD.

S.D : D'accord.

E5 : Voilà donc là actuellement je suis en mi-temps sur deux EHPAD différents donc en fait finalement je suis en temps plein. Voilà heu du coup sur ces EHPAD il y a heu... Avec un psychologue ou une psychologue à 50% et alors dans un des EHPAD j'ai 76 résidents et dans l'autre j'ai 72 résidents.

S.D : D'accord. D'accord.

E5 : Et j'y travaille depuis un an et demi

S.D : Très bien, d'accord. Et parmi ces résidents quel(s) profil(s) sont contentionnés dans les 2 EHPAD ?

E5 : Alors il y a un des EHPAD, enfin un des deux EHPAD où je travaille depuis 1 an et demi donc là je vais pouvoir bien dire, l'autre je travaille depuis 2 mois donc c'est un peu plus compliqué...

S.D : Ah oui d'accord.

E5 : ... Je ne me suis pas encore lancée dedans.

S.D : D'accord.

E5 : Mais sur l'autre d'un an et demi, la plupart du temps donc quand je..., moi je suis pas trop pour les contentions physiques.

S.D : D'accord.

E5 : Et la plupart du temps, c'est des résidents chuteur où la cause de la chute n'a pas été déterminée, enfin une cause extérieure qu'on peut régler n'a pas été déterminée donc ils sont souvent contentionnés, malheureusement par peur de la chute.

S.D : Très bien, d'accord.

E5 : On en a d'autres qui sont contentionnés par..., parce qu'ils glissent en fait du fauteuil et le positionnement est trop complexe donc du coup ils ont une contention parce que ils glissent quoi.

S.D : D'accord

E5 : Même si c'est pas l'objectif de contention.

S.D : D'accord, ok, ok.

E5 : Mais sinon les profils, c'est plutôt des résidents avec troubles cognitifs.

S.D : Oui, d'accord, oui, ok, je vois, moi dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E5 : Et bah, pour moi, privation occupationnelle c'est empêcher une personne de pouvoir avoir une occupation, enfin de pouvoir être, disons autonome dans le choix de ses occupations et indépendante aussi.

S.D : D'accord, très bien, est-ce que vous l'avez constaté dans les contentions qui sont mises en place ?

E5 : Oui, mais c'est quelque chose que moi je regarde beaucoup, c'est-à-dire que notamment au niveau de la..., pour moi la première privation occupationnelle, c'est la privation de déplacement. Et donc c'est vrai que quasiment tous les résidents qui sont contentionnés dans mon EHPAD, sont des résidents qui sont en fauteuil roulant, mais qui se déplacent, seuls...

S.D : D'accord, d'accord, qui se déplacent avec des fauteuils ou en marchant ?

E5 : ... ou voilà, pour moi c'est très important qu'ils dépassent cette incapacité de pouvoir se déplacer et aller là où ils veulent. Pour moi c'est important.

S.D : Oui, oui, comment ...

E5 : Après privation occupationnelle ...

S.D : Oui, oui, allez-y

E5 : C'est vrai que c'est un peu compliqué, il y a pas grand-chose à faire dans les EHPAD, en fait.

S.D : Oui.

E5 : Pas beaucoup d'occupation, à part se déplacer, il y a pas beaucoup d'occupation.

S.D : Et comment vous, comment vous l'identifiez, vous la privation occupationnelle, alors ?

E5 : Alors, moi véritablement, c'est pas ma réflexion première dans le choix de mettre une contention, d'enlever une contention. Et c'est vrai que j'y pense pas forcément, et moi je réfléchis plutôt en terme de déplacement.

S.D : Oui.

E5 : Parce que véritablement l'occupation c'est emmener quelqu'un dans une ..., enfin si on propose à quelqu'un une animation ou on lui propose la possibilité de faire sa toilette en compagnie d'un soignant, c'est pas à la première chose à laquelle je pense. Pour moi c'est vraiment la privation ...

S.D : ... de sa capacité de déplacement.

E5 : Enfin, en EHPAD..., oui..., la privation de déplacement, après je sais pas trop vous, comment vous la définissez peut-être qu'en fonction de comment vous l'a définissez, il y a peut-être plus.

S.D : Bah, la privation occupationnelle, ça peut se manifester vraiment sous la forme que..., propres aux résidents, en fait, c'est comment lui va être contentonné et quelles conséquences ça va avoir sur ses occupations à lui, si lui son occupation principale c'était se déplacer et déambuler dans l'EHPAD, ça va être la privation occupationnelle va être très forte s'il est contentonné. S'il avait l'habitude de rester longtemps au fauteuil il y aura une privation occupationnelle qui sera moins importante pour lui.

E5 : D'accord

S.D : Donc si, c'était ses déplacements qui étaient importants pour lui, là oui, effectivement il y aura une forte privation occupationnelle.

E5 : Bah, j'avoue, il y a surtout quasiment..., enfin malheureusement moi les résidents qui sont contentonnés, j'en ai en unité classique j'en ai une. Une dame qui est très agitée, avec un GIR 1, et c'est très compliqué, en fait elle est..., voilà. Et en unité fermé du coup, en unité Alzheimer, j'en ai 6 et c'est que des résidents qui se déplacent.

S.D : D'accord, ok

E5 : ... A qui je n'enlève pas la possibilité de se déplacer.

S.D : D'accord.

E5 : Sinon pour tous les autres on a trouvé des alternatives.

S.D : D'accord Ok, oui.

E5 : Parce que pour moi la contention c'est vraiment le dernier, du dernier recours.

S.D : Oui d'accord ok, je comprends, d'accord.

E5 : parce que souvent..., en fait ce qu'il s'est passé..., pour donner le cadre du truc, c'est que je suis rentrée de congé maternité début janvier après 7 mois d'absence, et quand je suis partie en congés maternité, j'avais laissé les résidents dans les unités et je devais en avoir 4 ou 5 en unité classique, et quand je suis revenue il y en avait 40% contentionnés. Ce qui n'est pas possible.

S.D : C'est beaucoup, oui.

E5 : C'est énorme 40 %. Donc on a repris les résidents 1 à 1, et à chaque fois on a déterminé si la contention c'était, parce que les soignants avaient peur qu'il chute, mais pourquoi..., mais en fait, on a du, en fait, évaluer toutes les chutes, c'est-à-dire que la gestion..., la mise en place de contention, c'est souvent pour éviter que la personne chute et se fasse mal. Et du coup si elle chute, il faut pouvoir analyser la chute, là il faut vraiment réfléchir sur les chutes...

S.D : Oui.

E5 : ... avant de réaliser la contention, c'est vraiment la dernière des solutions. C'est-à-dire si on a pas pu enlever toutes les causes automatiques à la chute, enfin à ce moment-là, on va la mettre sous contention, malheureusement.

S.D : Quel lien vous pouvez faire entre contention et privation occupationnelle ?

E5 : Bah, ça dépend..., comment dire, contention et privation occupationnelle..., et bah ça dépend les occupations de la personne avant qu'on mette la contention.

S.D : D'accord.

E5 : Et la manière dont on met la contention. Et pour la durée pour laquelle on met la contention aussi. Parce que si c'est juste une phase et que pendant une semaine, la personne est totalement agitée on met la contention et que la semaine d'après, somatiquement on a réussi à réduire, par exemple, si tu as un problème de déshydratation et que la déshydratation, elle est mieux. Donc on a mis une contention pendant le moment où on la réhydrate et la semaine d'après il y a plus de déshydratation, donc ça va mieux, bah on enlève la contention. Et la personne a plus de privation occupationnelle.

S.D : Ok, très bien, très bien, comment vous agissez sur les conséquences occupationnelles quand les contentions elles durent dans le temps ? Quand vous avez pas le choix, que ça a été la dernière alternative ? Et comment vous faites pour lutter contre les conséquences ?

E5 : Bah c'est ce que je disais, c'est vraiment arriver à trouver un, du matériel adapté, c'est-à-dire que pour moi, c'est ce que je disais, c'est que les résidents qui sont en contentions, c'est des résidents, du coup qui sont assis sur les fauteuils...

S.D : Oui et ...

E5 : Souvent surbaissés, et ils peuvent se déplacer tout seuls, puis leur permettre d'avoir une liberté d'aller à un endroit, d'aller à un autre, tout est à hauteur pour qu'ils puissent faire ce qu'ils veulent, voilà. C'est vraiment..., moi mon but c'est de les priver le moins possible de ce qu'ils ont l'habitude de faire, quoi...

S.D : D'accord, ok, moi dans ma recherche...

E5 : et...

S.D : Allez-y, allez-y.

E5 : Je réfléchis vraiment aux matériels que je mets en place, quoi. Si je mets en contention..., j'ai aussi beaucoup de types de contentions, parce que j'ai des gens qui se basculent aussi en avant donc on a eu des harnais. Là, c'est un peu plus compliqué ...

S.D : Oui.

E5 : Parce que ça leur enlève beaucoup plus de possibilité de mouvement, donc de possibilité de faire des choses. Donc c'est plus compliqué.

S.D : Oui d'accord, je comprends, je comprends, ok, je vois, je pense que je vois. Moi dans ma recherche j'avance que la mise en place d'activités significatives réduit la privation occupationnelle et ses conséquences, qu'est-ce que vous en pensez ?

E5 : Ah bah je suis tout à fait d'accord, c'est-à-dire que si on occupe les gens avec des choses, nous notamment ce qui a permis aussi de réduire le nombre de contention dans l'EHPAD c'est la mise en place d'une aide-soignante qui est juste sur les unités protégées.

S.D : Oui.

E5 : Et qui fait de l'animation et des activités, des repas thérapeutiques, enfin voilà, elle leur fait faire de la cuisine, et leur fait faire des activités, ils lisent le journal, ils sont

tout le temps occupés, ce qui fait, que finalement, bah en étant occupé on a limité, finalement la mise en place de contention aussi, en fait.

S.D : D'accord donc non seulement ça agit sur les contentions existantes mais en plus ça réduit la mise en place de nouvelles ou en tout cas ça réduit celle qui sont existantes déjà.

E5 : Bah oui, parce que souvent les résidents ils sont agités, ils se lèvent, ils déambulent, ils tombent, parce qu'en fait ils ne sont pas occupés.

S.D : Oui.

E5 : Mais s'ils sont occupés, bah il n'y a plus ce problème-là.

S.D : Oui, oui.

E5 : Donc on réduit aussi le nombre de contention.

S.D : Très bien, comment...

E5 : Donc oui, c'est tout à fait.

S.D : D'accord, comment vous faites pour repérer vous en tant qu'ergothérapeute ces activités significatives pour les résidents ? Est-ce qu'il y a ...

E5 : Il y a le projet de vie, qui permet de dire si..., il aimait quoi comme activités, et puis après, après c'est aussi au sentiment..., disons que souvent les résidents contentonnés, moi c'est des résidents qui ont des troubles cognitifs.

S.D : Oui.

E5 : Ils sont souvent, du coup, je te disais en unité protégée, et c'est vrai de la communication avec eux est parfois complexe. Donc on se rapporte vraiment à leur histoire de vie, à ce qu'ils aimaient, et puis après, c'est aussi, par rapport, leur ressenti au moment où on propose l'activité quoi. Et aussi, ce qu'ils nous disent, parce que des fois ils sortent des choses hors contexte, en fait en parlant avec les soignants, au moment de la toilette. Bah ils ont parlé du bowling, alors bah bêtement, on va proposer l'après-midi, d'aller faire un jeu de boule dehors dans le parc si on a la possibilité. C'est quelques choses auquel on ne pense pas forcément, mais, en fait, en discutant avec les soignants dès fois, pendant leur moment de toilette, leur moment de soins, ils ont des échanges très pertinents avec..., des propositions d'activités en fait pour les résidents. Après il faut pouvoir les mettre en place, mais voilà...

S.D : D'accord, d'accord et vous, vous avez l'air de souvent adapter l'environnement/matériel. Est-ce que vous pensez que l'adaptation de cet environnement influence la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E5 : Bah oui, oui, justement le fait d'avoir la possibilité d'être par son environnement..., pour moi c'est hyper important puisque finalement la contention c'est une privation de mouvement et si l'environnement est adapté pour moi il y a beaucoup moins de privation.

S.D : D'accord très bien, bien écoutez, merci beaucoup pour vos réponses. Est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous vouliez ?

E5 : Comment ?

S.D : Est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous vouliez ?

E5 : Ah oui, tout à fait, j'ai même l'impression de trop parler.

S.D : Non, non. Est-ce que vous avez quelques choses à rajouter ?

E5 : C'est très intéressant, ça me permet aussi moi, de penser à des..., à une approche à laquelle je ne pensais pas forcément quand je m'occupe des résidents. Donc, je pense que je vais regarder un petit plus, c'est vrai, moi je pense surtout en termes de mouvement, pas forcément en termes d'activité. Mais c'est vrai que ça peut être très intéressant de regarder la contention de ce point de vue-là. Donc je pense que ça va permettre, pour moi, de mon côté d'améliorer ma pratique.

S.D : Bah, c'est super. Merci beaucoup, merci beaucoup. Du coup j'arrête l'enregistrement

Annexe XIII - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 6

S.D : Ok donc heu pendant l'entretien on va essayer de parler d'ergothérapie, de personnes âgées et de contentions.

E6 : Oui.

S.D : De privation occupationnelle.

E6 : Oui.

S.D : Et d'activités significantes.

E6 : Ok entendu.

S.D : Donc pour me présenter un petit peu, je suis troisième année d'ergothérapie à la Musse. Je vous sollicite pour le travail expérimental de mon mémoire. Vous êtes libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment. Avec votre permission, avec le formulaire de consentement, l'entretien sera enregistré pour permettre la retranscription. Une fois l'enregistrement terminé et l'analyse terminée, les données seront détruites. Et toutes les données utilisées seront anonymisées.

E6 : Ok, entendu.

S.D : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

E6 : Non pas actuellement.

S.D : Alors c'est parti. Pour commencer je vais vous poser juste quelques questions pour vérifier vos critères d'inclusion.

E6 : Hum hum.

S.D : Êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E6 : Tout à fait. Depuis 5 ans.

S.D : D'accord. Est-ce que vous exercez dans EHPAD français ?

E6 : Oui dans deux EHPAD français, un public, un privé.

S.D : Très bien et accompagnez-vous des résidents contentonnés ?

E6 : Oui.

S.D : Parfait. Alors on peut commencer. Est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu avant ?

E6 : Je suis E6, ergothérapeute diplômé depuis 2015, depuis que je suis diplômé je n'exerce qu'en gériatrie.

S.D : D'accord.

E6 : Heu j'ai d'abord exercé en milieu hospitalier, sur du court séjour de l'EHPAD enfin sur un grand centre hospitalier et ensuite je me suis uniquement orienté vers des EHPAD.

S.D : D'accord.

E6 : Donc la personne âgée je connais.

S.D : D'accord.

E6 : Voilà, heu et la contention forcément je connais un petit peu vu qu'on y est confronté même si en temps qu'ergo c'est pas forcément la chose auquel on va avoir recours en premier nous mais heu les équipes nous sollicitent parce que bah la personne tombe heu ou parce que bah malheureusement selon les termes de l'équipe la personne est « gênante » donc on demande l'intervention d'un ergothérapeute pour trouver des solutions.

S.D : D'accord. Et donc parmi ces résidents lesquels sont contentonnés, quel(s) profil(s) est contentonné dans les deux EHPAD ?

E6 : Alors on a plusieurs profils, on va avoir heu... Souvent ces des personnes avec des pathologies neurodégénératives donc on va avoir les déments déambulant.

S.D : D'accord.

E6 : Donc ceux qui ont pas de chute, a priori ils sont pas encore contentonnés mais dès qu'ils commencent à chuter, ça va être une demande ... une demande des équipes. Ensuite on a bah c'est souvent la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparenté. On va avoir les parkinsoniens qui vont chuter à cause de mauvais positionnement. Qu'est-ce qu'on va avoir d'autre, je réfléchis... Alors dans les contentions je rentre les contentions pelviennes.

S.D : Oui.

E6 : Je rentre les contentions dites passives, cachés comme les les comment dire ... les tables adaptables qu'on va freiner devant.

S.D : Effectivement oui.

E6 : Et je rentre aussi les combis pyjama ou les grenouillères.

S.D : D'accord, ok je vois.

E6 : Et les barrières, bien sûr, au lit.

S.D : Oui oui oui, aussi oui.

E6 : Voilà.

S.D : D'accord.

E6 : Donc du coup là je parlais surtout des contentions pelviennes.

S.D : Oui.

E6 : Donc les profils oui ça va être le patient chuteur à répétition et l'équipe va solliciter. Ensuite on va avoir le résident qui va chuter la nuit parce qu'il roule du lit.

S.D : Oui.

E6 : Tout simplement. Et ensuite du coup on va voir le profil, bah c'est toujours une personne démente, souvent, qui va se déshabiller et uriner un petit peu partout ce qui provoque un sur-risque de chute.

S.D : Oui.

E6 : Donc en gros le motif de contention c'est la chute.

S.D : D'accord.

E6 : Il n'y en a pas vraiment d'autre, puisque au niveau postural après souvent là moi j'installe les résidents avec des plots d'abduction. J'utilise pas mal les bascules d'assises donc on a pas trop de glissement de bassin vu qu'on a le plot d'abduction, on a pas trop de tronc projeté en avant vu que j'ai la bascule d'assise.

S.D : D'accord.

E6 : La contention c'est vraiment la chute, c'est pas à visée corrective positionnelle.

S.D : Donc uniquement pour les chutes, ok.

E6 : Y a l'exception c'est quand on a des fauteuils sur mesure qui sont moulés sur mesure, légalement il faut mettre une contention.

S.D : Oui.

E6 : Donc je ne sais pas si c'est un cas que vous avez pu étudier mais du coup pour les fauteuils roulants sur mesure, il faut légalement avoir une contention dessus au cas où en fait la personne se télescope avec une autre, ou qu'elle sorte dehors, il faut qu'elle soit attachée.

S.D : D'accord.

E6 : C'est purement légal.

S.D : D'accord, ok.

E6 : J'avais oublié ce cas-là.

S.D : D'accord. Nous on va essayer de s'intéresser principalement à la contention type pelvienne au fauteuil.

E6 : Ok pelvienne ... Enfin contention au fauteuil ...

S.D : Contention au fauteuil de manière générale, donc ça peut être pelvienne, ça peut être les harnais, ce genre de chose.

E6 : D'accord, ok entendu. Juste pour préciser du coup sur mes établissements on utilise que des contentions pelviennes.

S.D : D'accord.

E6 : Rarement le harnais. C'est déjà arrivé mais on utilise pas du tout de contention ventrale.

S.D : D'accord.

E6 : C'est prohibé vu que la personne peut glisser dessous et s'étrangler.

S.D : Entendu. Oui je comprends d'accord. Moi dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E6 : Bah typiquement c'est le résident alors, ça va peut-être être un peu péjoratif, c'est le résident qui va « gêner » parce que il va chuter tout le temps. On veut pas qu'il chute alors on va l'asseoir au fauteuil et on va le contentionner et on va le laisser là.

S.D : D'accord.

E6 : Pour moi c'est ça.

S.D : D'accord. Et quel(s) lien(s) pouvez-vous faire entre la contention, la privation occupationnelle et le Modèle de l'Occupation Humaine ?

E6 : Bah forcément si on attache une personne qui déambule et qui chute, c'est quand même une personne qui a une activité. Même si elle peut être dangereuse, ducoup la déambulation, qui est une activité...

S.D : Oui.

E6 : Du coup elle est empêchée.

S.D : Oui.

E6 : Et le fait de pas pouvoir déambuler ça empêche d'accéder à d'autre chose. Donc le fait d'asseoir une personne, de le contentionner, souvent loin d'une table, d'objets ou de téléphone quoi que soit et ben on empêche la personne d'accéder à toute occupation.

S.D : Et ça comment vous le constatez sur le terrain ?

E6 : Bah par de l'observation hein. Comme je disais c'est la personne qui « gêne », on va la contentionner là et après on s'en occupe plus alors que c'est pas l'idée en fait. Ou alors ça rentre aussi le coup de la table adaptable freiner devant le fauteuil et on met rien sur la table et pour moi il y a aussi ce coup-là.

S.D : D'accord.

E6 : Mais ça ça rentre pas dans votre critère.

S.D : C'est pas grave. Ça me permet d'avoir une idée de comment vous vous pouvez agir après dessus.

E6 : Donc heu c'est de la constatation, on a contentionné la personne, elle ne chute plus donc l'équipe est contente mais on s'occupe plus de la personne.

S.D : D'accord. Et comment vous faites-vous pour agir justement une fois que la personne elle est contentionné et que comme vous dites les équipes elles s'en occupent moins, comment vous agissez vous en tant qu'ergothérapeute sur les conséquences des contentions ?

E6 : Alors déjà avant d'arriver au stade où on va contentionner une personne parce que ça dérange, il y a tout ce qui est préventif auprès de l'équipe. Donc avec le médecin co, mes deux médecins co vu que je suis sur deux établissements, on passe beaucoup de temps à expliquer aux équipes qu'on contentionnera pas une personne juste parce qu'elle chute. Alors on peut chuter, si c'est pas trop grave, on va dire y a pas de problèmes. Le but ce n'est pas de priver la personne de son activité.

S.D : D'accord.

E6 : Déjà, il y a cette partie-là, préventive. Donc on va pas contentionné une personne juste parce que elle chute. On va analyser les fiches de chutes, parce qu'il y a des fiches de chutes qui sont faites. Et on va observer les facteurs de chutes, avant de mettre la contention déjà. Donc avant tout ça il y a déjà un gros travail qui est fait et on va se rendre compte que la personne elle se lève parce qu'elle veut aller aux toilettes, tout le temps à la même horaire.

S.D : D'accord, ok.

E6 : Donc déjà on va intervenir là-dessus. Ensuite si on est dans un cas précis, où il faut la contention parce que la personne est en danger, typiquement j'ai une résidente qui déambule beaucoup donc ça on la laisse déambuler. A partir d'un certain horaire, elle est fatiguée.

S.D : Oui.

E6 : Comme elle est démente, elle a pas le réflexe de s'asseoir et quand on l'assoit elle veut se relever. Donc il a été pris de parti de la contentionner à heu un horaire particulier pour qu'elle puisse se reposer et ça correspond aussi à l'horaire ou les soignants sont moins présents parce que il doivent faire ce que l'on appelle leur tour de changes. Donc l'activité est maintenue le reste de la journée, mais pendant une demi-heure, elle est contentionnée.

S.D : D'accord.

E6 : Pour moi c'est un compromis. Ensuite quand une personne, et pour ce cas-là en particulier, quand une personne est contentionnée, en fonction des capacités, vu qu'elle est au fauteuil roulant hein la plupart du temps, c'est au fauteuil roulant qu'elle est contentionnée et pas au fauteuil de chambre, on va voir si la personne peut se déplacer avec son fauteuil roulant pour accéder à d'autres activités. Donc on va surbaisser le niveau du fauteuil.

S.D : D'accord.

E6 : Pour que la personne puisse se déplacer en podal, parce que c'est ce qui marche le mieux, en gériatrie en tout cas de mes observations. Si elle arrive à se déplacer

manuellement on l'encourage, bien sûr. Donc on va faire en sorte que la personne puisse se déplacer, même si c'est assis. On va limiter le risque de chute, en fait, avec la contention.

S.D : D'accord. Oui ok je vois.

E6 : Ensuite, dernier point, on va essayer d'instaurer des activités thérapeutiques à visée thérapeutique. Souvent du coup ces personnes chuteuses qui ont, comme je disais des pathologies neurodégénératives, sur un de mes établissements on a la chance d'avoir un PASA.

S.D : Oui je vois.

E6 : Souvent ils rentrent dans les critères du PASA. Donc ils ont accès à des activités au PASA. Et comme au PASA ils sont en groupe plus restreint, on se permet de les décontenionner et de les accompagner. Donc on retire la contention, la contention n'est pas définitive. Après comme la personne a aussi accès à des activités, souvent on l'assoit sur une chaise classique, sans contention et là elle a pas envie de se lever et de déambuler et de se mettre en danger.

S.D : Et dans ces cas-là c'est des activités libres ou c'est des activités encadrées ?

E6 : Nan c'est des activités encadrées par l'ASG ou par moi-même ou par la psychologue.

S.D : D'accord.

E6 : Ou sinon on va avoir des activités individuelles aussi dans l'unité. Donc heu ça peut être moi à l'initiative. Ce qu'il faut savoir aussi c'est que j'ai suivi une formation Montessori.

S.D : D'accord.

E6 : Donc je vais accompagner l'activité mais si la personne a des capacités préservées, heu je peux mettre en place une activité qu'elle va utiliser de manière autonome.

S.D : Et bah ça me permet tout à fait d'enchaîner sur ma prochaine question, qui est que moi dans ma recherche, j'avance que mettre en place ce type d'activité, des d'activités significatives, moi j'avance que ça réduit la privation occupationnelle et ses conséquences. Et donc qu'est-ce que vous vous en pensez ?

E6 : Ah moi je suis totalement pour, je dirais significative et significatives parce que ça marche beaucoup aussi les activités significatives.

S.D : D'accord.

E6 : Heu après, arrivé à un certain stade des pathologies comme Alzheimer ou apparentés.

S.D : Oui.

E6 : C'est difficile de définir ce qui est signifiant et significatif, parce que la personne est pas en capacité de nous dire, du coup malheureusement vu qu'on peut pas le dire des fois on est sur une activité dite « occupationnelle » néanmoins elle reste thérapeutique vu qu'elle, comment dire, vu qu'elle permet à la personne de ne pas se mettre en danger, de ne pas être contentionnée déjà et de ne pas se mettre en danger.

S.D : D'accord.

E6 : Moi dans mon idée, il y a trois types d'activité : signifiantes, significatives et occupationnelles. Dans les activités occupationnelles, il y a l'animation qui est différent des activités thérapeutiques. Mais on peut avoir des activités thérapeutiques dans les activités occupationnelles. Une activité thérapeutique pour moi elle doit avoir des objectifs thérapeutiques clairement définis et elle doit être menée par quelqu'un de formé. Thérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, ASG voilà. Donc pour moi c'est pas incohérent.

S.D : D'accord. Vous avez presque répondu à ma prochaine question qui concernait comment repérez-vous les activités signifiantes des résidents contentionnés ? Pour mettre en place ces activités-là.

E6 : Alors du coup pour repérer les activités signifiantes bah déjà il y a le travail pluridisciplinaire, on discute avec les AS, on discute avec la psychologue. Chez nous c'est les psychologues qui font le recueil de données pour le projet de vie personnalisé.

S.D : D'accord.

E6 : Donc heu on a quelques petits éléments qui permettent de savoir que on bah en loisir, la dame faisait des mots croisés, ou elle faisait du tricot, ou elle travaillait à Michelin. Dans la région où je suis il y beaucoup de personnes qui travaillaient à Michelin, donc c'est une grande grande institution.

S.D : D'accord.

E6 : Donc en fait on a déjà des éléments de base, des fois c'est la famille qui vont nous les apporter, donc tout le projet de vie est très important heu par rapport aux activités signifiantes et significatives. Ensuite, bien sûr, il y a l'entretien avec le résident. Des fois il va nous dire bah oui avant je faisais du tricot mais maintenant ça ne m'intéresse plus je préfère faire du sudoku.

S.D : D'accord. Et est-ce que vous avez eu l'occasion d'utiliser des bilans, des outils d'évaluation occupationnelle ou des adaptations d'outil d'évaluation occupationnelle ?

E6 : Heu alors non j'en ai pas utilisé. Je base beaucoup mon activité sur de l'observation.

S.D : D'accord. Très bien, très bien. Et donc la dernière question l'adaptation de l'environnement influence-t-elle la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E6 : Tout à fait. Forcément si l'environnement est pas adapté et que bon ... Souvent la disposition d'une chambre classique c'est le lit au milieu, peu d'espace pour circuler en fauteuil alors qu'on est contentonné du coup on accède pas au téléphone, quand il y a la famille qui appelle c'est un peu embêtant. On a plus accès à la sonnette, on a plus accès à de l'eau, on a plus accès à la télécommande. Du coup il arrive souvent qu'on doive réaménager la chambre, mettre le lit un peu plus contre le mur pour pouvoir dégager de l'espace. Heu retirer tout ce qui peut trainer, alors normalement il y a pas de choses qui traient, mais des fois le résident contentonné au fauteuil il va avoir un lit Alzheimer avec des tapis de chutes. Du coup les tapis de chutes ça peut aussi entraver, faut bien les retirer en journée. Donc heu oui oui bien sûr qu'il faut aménager l'environnement pour permettre à la personne d'accéder aux activités. De toute façon, en ergo et en EHPAD avec la personne âgée, on comment dire, on nous sollicite beaucoup pour de l'installation au fauteuil et de la contention aussi. Heu mais en fait l'installation c'est un premier pas vers l'activité. Il faut aussi adapter cet environnement.

S.D : D'accord. Et bah écoutez très bien. Nous avons terminé. Est-ce que vous avez pu exprimer tout ce que vous vouliez ?

E6 : Oui ! Je pense que c'est parti un petit peu dans tous les sens, j'espère que vous aurez ce qu'il faut.

S.D : Ça a été très très riche. Voulez-vous rajoutez autre chose ?

E6 : Non pas du tout.

S.D : Très bien, alors je coupe l'enregistrement.

Annexe XIV - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 7

S.D : Alors on va pouvoir commencer. Alors effectivement on va parler d'ergothérapie, de personnes âgées et de contentions. On va parler aussi de privations occupationnelles et d'activités significatives.

E7 : Hum.

S.D : Donc moi pour me présenter un petit peu je suis actuellement en troisième année. Je vous sollicite dans le cadre la partie expérimentale de mon mémoire. L'entretien il va durer entre 15 et 20 minutes à peu près. Vous êtes libre de vos réponses. Vous êtes aussi libre d'interrompre l'entretien à tout moment. Avec votre permission, il sera enregistré pour permettre la retranscription et, une fois terminé, les données enregistrées elles seront détruites.

E7 : Il y a pas de soucis.

S.D : Toutes les données que je vais utiliser lors de la retranscription elles seront anonymisées.

E7 : Très bien.

S.D : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

E7 : Non.

S.D : Alors avant de commencer l'entretien, je vais juste vous poser plusieurs questions pour les critères d'inclusion. Êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

E7 : Oui.

S.D : Exercez-vous dans EHPAD français ?

E7 : Oui

S.D : Et accompagnez-vous des résidents contentonnés ?

E7 : Oui.

S.D : Très bien alors on va pouvoir commencer. Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu ?

E7 : Donc heu je suis E7, j'ai 25 ans, je suis diplômé en ergothérapie depuis 2016.

S.D : D'accord.

E7 : J'ai d'abord travaillé dans un centre hospitalier de la région parisienne, mi-temps EHPAD, équipe spécialisé Alzheimer et là je travaille actuellement à temps plein dans EHPAD du sud de la France avec une, principalement sur l'unité Alzheimer, qui est de 14 lits plus deux places d'accueil de jour et heu voilà avec beaucoup d'activités thérapeutiques pour réduire les troubles des personnes, des résidents.

S.D : D'accord, très bien. Quel(s) profil(s) de résidents sont contentonnés dans, dans votre EHPAD ?

E7 : Alors ça va être heu principalement des personnes avec troubles cognitifs et des troubles de l'équilibre.

S.D : D'accord.

E7 : Voilà, les deux associés. Donc on va avoir des contentions au fauteuil et des contentions au lit.

S.D : D'accord. Moi dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'évoque-t-elle pour vous ?

E7 : Hum pour moi c'est, fin si on dit privation occupationnelle c'est des personnes qui ne peuvent pas participer aux activités comme les autres résidents. Et ne bénéficie pas des propositions qui sont faites aux autres.

S.D : D'accord, très bien. Est-ce que vous la constatez-vous lors de la mise en place des contentions ?

E7 : Hum non.

S.D : D'accord.

E7 : Pas dans mon EHPAD, dans l'ancien EHPAD où je travaillais ça pouvait jouer. Mais alors dans l'EHPAD actuellement, je pense je vais plus me baser sur l'EHPAD actuellement parce que ça fait plus longtemps que j'y bosse, heu nan.

S.D : D'accord. Quel(s) lien(s) vous vous pourriez faire entre contention et privation occupationnelle ?

E7 : Heu pour moi ça va être au niveau des déplacements.

S.D : D'accord.

E7 : A partir du moment où la personne elle est contentionné elle est plus libre de se rendre là où elle le souhaite. En général c'est parce qu'elle n'en est pas capable. Mais puisqu'elle ne bouge pas, on va plus facilement avoir tendance à l'oublier donc à la laisser de côté.

S.D : D'accord.

E7 : A moins qu'elle se manifeste bien évidemment.

S.D : D'accord, ok. Très bien. Et quel(s) lien(s) faites-vous entre ces deux éléments (la contention et la privation occupationnelle) au travers du Modèle de l'Occupation Humaine ?

E7 : ...

S.D : Tout à l'heure vous évoquiez la participation, est-ce que vous remarquez des changements de participation au cours de la mise en place des contentions ?

E7 : Alors ça peut modifier la participation selon le type d'activité effectivement il va falloir varier les propositions et les adaptés selon heu voilà. Après ça va avec les capacités de la personne c'est-à-dire que la contention étant mise en place à cause d'une perte d'aptitude de la part de la personne.

S.D : Oui.

E7 : Effectivement, vu qu'elle n'a plus cette aptitude, il va y avoir aussi... On ne va plus la solliciter forcément sur certaine activité. Je pense par exemple à la gymnastique où on a un groupe, on a un APA qui intervient, on a un groupe de gym debout et un groupe de gym assis. Bon bah elle sera plus sollicitée sur la gym assis que sur la gym debout.

S.D : D'accord.

E7 : Puisque son équilibre ne permet plus. Et moi je pense ... j'ai des activités, j'ai un atelier cuisine, qui est une activité qui est quand même très signifiante pour beaucoup de femmes. Et effectivement pour ceux qui peuvent ils vont se déplacer dans la cuisine pour mettre le gâteau au four, pour faire la vaisselle. Ceux qui sont contentionnés au fauteuil malheureusement ils vont être plus limité dans leurs participations au sein de l'activité.

S.D : D'accord. Et comment vous faites pour du coup les solliciter ces personnes-là ? Pour limiter les conséquences des contentions ?

E7 : Je vais les solliciter du coup plus sur d'autres tâches.

S.D : D'accord.

E7 : Quelqu'un qui est contentonné au fauteuil va être gêné parce qu'on a pas d'évier adapté par exemple pour faire la vaisselle.

S.D : D'accord.

E7 : En revanche, rien ne m'empêche de lui donner l'éponge et de lui demander de nettoyer la table, dans l'espace qu'elle peut atteindre. Voilà je vais être plus la solliciter sur des tâches autour de la table, lors de la réalisation des gâteaux et donc répartir en fait les différentes tâches entre les personnes selon chacune leurs compétences pour que chacun puisse participer, on va dire de façon équitable.

S.D : D'accord. Tout à l'heure, vous évoquiez les activités significatives. Moi, dans ma recherche, j'avance que la mise en place de ces activités-là va réduire la privation occupationnelle et ses conséquences, qu'est-ce que vous vous en pensez ?

E7 : Oui oui oui puisque fin ... la personne va plus chercher son intérêt que celui des autres. D'autant plus, fin pour moi ça va avec l'âge, et heu bon surtout lorsqu'il y a des troubles cognitifs ils vont penser plus à leur propre intérêt et à ce qu'ils veulent et à un peu se moquer du regard des autres. Il y en a ils me disent « on a eu toute la vie devant nous, c'est bon maintenant je fais ce que j'ai envie de faire et puis c'est tout ».

S.D : D'accord.

E7 : Donc heu, et puis le but n'est pas de les contraindre non plus dans ce qu'ils ont envie de faire à moins que ça les mette en danger, ou que ça ne mette en danger les autres.

S.D : D'accord. Et comment vous faites pour repérer les activités significatives ?

E7 : Ça va être dans la connaissance de la personne beaucoup. Donc heu soit avec des entretiens, lorsqu'un nouveau résident arrive on fait un entretien avec lui et sa famille pour savoir qu'est-ce qu'il faisait chez lui, qu'est-ce qu'il faisait même avant et qu'il ne fait plus aujourd'hui. Donc pour avoir une connaissance de ses centres d'intérêt, de ses goûts.

S.D : D'accord.

E7 : Et puis heu, après propositions des différentes choses qu'on a déjà et puis on s'adapte effectivement selon s'ils sont capables de verbaliser leurs envies.

S.D : D'accord.

E7 : Voilà.

S.D : Tout à l'heure vous parliez des éviers évidés et de tâches adaptées, est-ce que l'adaptation de l'environnement influence-t-il la privation occupationnelle et ses conséquences ?

E7 : Oui, parce que si on a des tables qui ne sont pas adaptés au fauteuil roulant la personne elle va être en retrait lorsqu'on va l'installer autour la table par rapport à un groupe qui est assis sur des chaises par exemple. Donc c'est que rien que d'avoir une posture en retrait va même empêcher la personne de se sentir aussi bien intégré dans le groupe et ça va casser la dynamique de groupe pour elle. Donc c'est important que l'environnement soit adapté et que l'espace permette justement la réalisation des activités.

S.D : D'accord, très bien. Bah écoutez moi j'ai terminé, est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous vous vouliez ?

E7 : Heu oui oui oui. Après du coup là on a parlé que des contentions au fauteuil.

S.D : Oui.

E7 : Vous vous êtes pas du tout axés sur les contentions au lit ?

S.D : Non.

E7 : D'accord.

S.D : Moi c'est uniquement les contentions au fauteuil, type pelvienne ou harnais, dans ce style-là. Et qui empêche, dans la journée, les activités.

E7 : D'accord

S.D : Donc moi ma question porte sur comment l'ergothérapeute peut agir lorsque ces contentions-là sont actives.

E7 : Après voilà moi j'ai beaucoup pensé aux personnes qui sont contentionnés et qui n'arrivent pas à se déplacer avec leur fauteuil. Mais on a aussi pas mal qui sont contentionnés et qui sont capable se déplacer avec leur fauteuil et dans ce cas-là, personnellement, ça n'a pas d'impact.

S.D : D'accord.

E7 : A partir du moment où la personne est contentionné et arrive à se déplacer, je trouve que ça n'a pas d'impact sur l'activité et sur l'interaction avec les autres.

S.D : D'accord. Voulez-vous rajoutez autre chose ?

E7 : Je ne sais plus, j'ai pensé à un truc mais j'ai oublié ça doit pas être important.

S.D : Alors moi j'ai terminé.

E7 : Très bien. Bon courage.

S.D : Alors je coupe l'enregistrement.

Annexe XV - Entretien avec l'ergothérapeute numéro 8

S.D : Durant l'entretien, on va parler d'ergothérapie.

E8 : Oui.

S.D : On va parler de personnes âgées, de contention.

E8 : Oui.

S.D : On va parler de privations occupationnelles

E8 : Ok.

S.D : Et activités signifiantes.

E8 : Ok, ça marche.

S.D : Alors déjà moi pour me présenter, dans un premier temps, je vous sollicite dans le cadre de la partie expérimentale de mon mémoire, l'entretien devrait durer entre 10 et 15 minutes environ.

E8 : Ok.

S.D : Vous êtes bien sûr libre de vos réponses ainsi que d'interrompre l'entretien à tout moment.

E8 : Ok.

S.D : Avec votre permission, via le formulaire de consentement, l'entretien sera enregistré pour permettre la retranscription et une fois terminé les données enregistrées sont détruites. Toutes les données utilisées durant la retranscription seront anonymisées.

E8 : Ok, ça marche.

S.D : Donc je vais juste commencer l'entretien par quelques petites questions pour vérifier les critères d'inclusion. Est-ce que vous êtes bien ergothérapeute diplômé d'état ?

E8 : Oui.

S.D : Exercez-vous dans un EHPAD français ?

E8 : Oui.

S.D : Accompagnez-vous des résidents contentionnés ?

E8 : Oui.

S.D : Parfait, alors on va pouvoir démarrer, déjà dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu ?

E8 : Donc je m'appelle E8, je suis ergothérapeute dans un EHPAD dans l'Est de la France, Qui comporte..., enfin je suis entre 2 EHPAD, donc un EHPAD de 130 résidents et un autre EHPAD de 82.

S.D : D'accord

E8 : Voilà, et après voilà...

S.D : Vous êtes diplômé depuis quand ?

E8 : Ça va faire 3 ans.

S.D : D'accord, dans les EHPAD dans lesquelles vous travaillez, quels profils de résidents sont contentionnés ?

E8 : Oula, bah, des résidents qui chutent régulièrement et généralement, ils sont aussi déments.

S.D : D'accord, moi dans ma recherche je définis la privation occupationnelle, qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E8 : Bah, c'est des personnes qui ne peuvent plus faire les activités de la vie quotidienne comme ils l'entendent et comme ils le veulent, enfin, ils sont restreints dans leurs activités suite à, soit à des restrictions suite à des chutes/fractures, soit suite à des contentions. Enfin, ils sont plus libres de faire ce qu'ils veulent.

S.D : D'accord, est-ce que la constatez, vous lors de la mise en place des contentions ?

E8 : Ah oui.

S.D : D'accord et comment vous faites pour l'identifier ?

E8 : Alors comment ..., on les identifie au quotidien, soit par ..., soit parce qu'ils se déplacent moins dans la vie quotidienne, ils restent plus au ..., ils se déplacent moins en fauteuil roulant ou si c'était des gens qui marchaient régulièrement ou qui se levaient du fauteuil. Du coup les déplacements sont restreints, surtout au niveau des

déplacements qu'on les..., parce que c'est surtout les contentions pelviennes qu'on utilise.

S.D : D'accord.

E8 : Donc, c'est surtout au niveau des déplacements, oui.

S.D : D'accord, très bien. Quel lien vous pouvez faire entre contention et privation occupationnelle, via le modèle de l'occupation humaine ?

E8 : Oula, je t'avoue que je ne les plus en tête..., ce modèle-là.

S.D : Le MOH ?

E8 : Oui, nous on l'utilisait..., tu sais moi j'ai fait mes études en Belgique.

S.D : D'accord.

E8 : Du coup, on n'utilise pas trop ce modèle-là.

S.D : Ok, d'accord.

E8 : Après le lien que je pourrais faire entre contention et privation occupationnelle, il y a un lien qui se fait aussi du coup en même temps avec perte d'autonomie.

S.D : D'accord.

E8 : Et du coup, la perte d'autonomie, elle se fait..., du coup, tu vois, on les contentionne surtout au fauteuil, c'est surtout ça.

S.D : D'accord.

E8 : Il y a pas de contention, même thoracique on n'utilise pas. C'est surtout les contentions pelviennes, donc la limitation, elle se fera surtout dans une perte d'autonomie et d'indépendance au niveau des transferts...

S.D : D'accord.

E8 : Pour aller au WC, à la douche, voilà.

S.D : D'accord.

E8 : Mais, du coup ils deviennent souvent, un peu incontinent.

S.D : D'accord et comment vous, vous faites pour agir sur les conséquences des contentions ?

E8 : Bah déjà, nous on essaie de pas en mettre.

S.D : D'accord.

E8 : Et pour te dire, on en a très peu qui sont contentionnés chez nous sur les 82 résidents. Je crois qu'il y en a 4 qui sont en contentions pelviennes.

S.D : D'accord.

E8 : Donc, déjà la contention, on essaie de la mettre le plus tard possible. On essaie de voir avec la famille si..., c'est souvent que la famille à peur des chutes et ils veulent pas que les résidents soient ..., si la famille, elle est d'accord on ne contentionne pas, même s'il y a des chutes régulières. Tu vois.

S.D : D'accord.

E8 : Nous, on agit surtout avant et après, bah du coup, ça passe, sinon, c'est l'ergothérapeute ou le kiné, par des séances de kiné ou d'ergothérapie, pour travailler les transferts, les déplacements etcétera.

S.D : D'accord.

E8 : C'est comme ça qu'on pallie à la perte d'autonomie.

S.D : D'accord, très bien, moi dans ma recherche j'avance que la mise en place d'activités signifiantes réduit la privation occupationnelle et ses conséquences. Qu'est-ce que vous en pensez ?

E8 : Bah, je pense que t'as raison.

S.D : D'accord.

E8 : T'as raison, c'est en mettant en place..., enfin quand ils sont contentionnés, par exemple, c'était avant, s'ils sont limités dans les déplacements, bah le fait de, peut-être, de remarcher avec le kiné... et si c'était signifiant pour eux la marche, tu vois.

S.D : D'accord.

E8 : Après, ou avec vous, c'était signifiant de pouvoir..., après ça peut être récupéré l'autonomie aussi, si c'était suite à une chute, ils ont été contentionnés, on peut travailler, c'est signifiant pour eux sur les transferts, qu'ils puissent retourner aux

toilettes. Enfin à la toilette, ou aller se recoucher tout seul, passer du fauteuil au lit, etcétera. Après, faut voir avec le résident, ce qui est le plus significatif pour lui.

S.D : D'accord.

E8 : Après nous, on a la chance d'avoir une animatrice et encore une AS qui a fait une formation spécifique, donc souvent les gens contentonnés, ils les prennent pour faire la cuisine et tout ça. Après, c'est à voir en fonction des besoins du résident, quoi.

S.D : D'accord, comment vous faites pour repérer les activités signifiantes des résidents ?

E8 : Ah bah si c'est possible en dialoguant avec le résident quand c'est possible.

S.D : Oui.

E8 : Et si c'est plus possible, alors là, on voit avec la famille ou en le mettant l'activité. On essaie de voir ce qui lui plaît, et quand il est le plus à l'aise ou pas.

S.D : D'accord.

E8 : Soit au niveau du faciès, et sinon avec la famille, ce qu'il aimait bien faire auparavant et regarder ce qui est encore possible de faire, par rapport à leurs activités passées.

S.D : D'accord, ok, et j'avance aussi que l'adaptation de l'environnement influence la privation occupationnelle et ses conséquences. Qu'est-ce que vous en pensez ?

E8 : Oui, je pense que oui, il faut faire attention à l'environnement, c'est important, bah déjà si la chambre est trop encombrée, les déplacements ils vont être plus compliqués. Après mettre des photos ou qu'ils aient accès facilement..., à s'ils aimaient bien dessiner, par exemple, à des cahiers de mandala, etcétera.

S.D : D'accord.

E8 : Il faut bien, je pense, l'environnement est une des choses principales...

S.D : Ok.

E8 : ... qui va agir sur les activités signifiantes. Pour lui après il faut faire en fonction de ses envies.

S.D : Très bien, bah écoutez, c'est terminé, est-ce que vous avez pu vous exprimer comme vous vouliez ?

E8 : Oui, oui, très bien.

S.D : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

E8 : Tout ce que je pourrais dire c'est qu'avant la contention il y a beaucoup de choses à mettre en place pour essayer de pas en mettre en fait.

S.D : D'accord.

E8 : Et il faut faire attention aux contentions cachées aussi.

S.D : D'accord Ok.

E8 : Voilà, c'est ce que je pourrais rajouter, c'est les fauteuils de confort et tout, voilà.

S.D : Ok, merci beaucoup je coupe l'enregistrement.

L'utilisation des contentions et la privation occupationnelle générée
chez les personnes âgées résidant en EHPAD

DURAND Simon

Résumé :

L'ergothérapie d'aujourd'hui appartient à un nouveau paradigme, celui des occupations. Les approches actuelles autour des contentions se concentrent sur la levée ou les alternatives à la contention. L'objectif de cette recherche était de déterminer le type d'intervention en ergothérapie permettant de réduire la privation occupationnelle chez les sujets âgés contentonnés en EHPAD.

Pour répondre à cette question, sept ergothérapeutes français ont été interrogés lors d'entretien semi-directif. Le but de cette recherche était de connaître l'impact des activités significatives et de l'aménagement de l'environnement sur la privation occupationnelle de leur résidents.

Les résultats montrent que les activités significatives sont peu mises en place contrairement à l'aménagement de l'environnement. En revanche, celui-ci n'est pas adapté dans le but de permettre l'accès à des activités significatives.

L'étude apporte une réflexion autour des solutions pouvant limiter la privation occupationnelle chez des résidents contentonnés.

Mots clés : Ergothérapie, contention, personnes âgées, privation occupationnelle, activités significatives.

Use of restraints and occupational deprivation generated
among the elderly living in nursing home

Abstract :

These days, occupational therapy is in a new paradigm, the one of occupation. Today's strategies about restraints are mainly about lifting of it. The aim of the study was to determine occupational therapy intervention who reduce occupational deprivation of restraints the elderly in nursing home.

Seven occupational therapists were interviewed by semi structured interview to answer this question. Knowing incidence of meaningful activities and environmental management was the aim of this study.

Insufficiently established meaningful activities contrary to environmental management were showed in results. Moreover, environmental management is not suited to allow meaningful activities.

A consideration around solutions who can reduce occupational deprivation was brought by the study.

Key words : Occupational therapy, restraint, elderly, occupational deprivation, meaningful activities