



Institut de Formation



En



Ergothérapie



- TOULOUSE -

UE 6.5 : Mémoire de Fin d'Etude

Vers une pérennisation des bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes en EHPAD.

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référente méthodologique : S.ROQUES

Référente de terrain : M.BOUREAU

Margaux GIMENEZ

Promotion 2017 – 2020

Engagement et autorisation

Je soussignée Margaux GIMENEZ, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, les règles professionnelles et le respect de droit d'auteur ainsi que les règles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle sur ce mémoire, incluant le droit d'auteur. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 11 mai 2020

Signature du candidat :

Gimenez Margaux

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be a variation of the name 'Gimenez Margaux'.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale. Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma référente méthodologique, Sylvie ROQUES, pour l'engagement dont elle a fait preuve dans son accompagnement et qui a permis à ce travail d'aboutir.

Merci à ma référente de terrain, Manon BOUREAU, pour son soutien et son recul sur le sujet, qui m'a permis de grandir en tant que future professionnelle.

Merci à Vanessa DANOS, ma toute première tutrice, qui m'a appris à sans cesse me questionner sur ma pratique et sur ce qu'il est possible de faire pour l'améliorer.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour tout ce qu'ils ont fait au cours de ces trois années d'étude.

Merci à la promotion 17-20, pour tous les bons moments de partages passés ensemble et toute l'entraide dont elle a su faire preuve pendant notre formation.

Un grand merci à tous les participants de mon enquête, qui ont permis à ce travail d'aboutir.

Merci à Yvan, à ma famille et à mes amis, pour leur soutien tout au long de ce travail et de ma formation.

Et enfin, merci à tous ceux qui ont pris le temps de relire ce travail et de me faire évoluer.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Cadre théorique	1
a. Les différentes méthodes	1
i. Montessori	2
ii. Carpe Diem	3
iii. Validation	4
iv. Humanitude	4
3. La population	6
a. La fonction d'ergothérapeute	9
b. Les pratiques professionnelles	12
c. La question de recherche	15
d. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	15
4. Méthode exploratoire	18
a. Choix de l'outil	18
b. Concepts théoriques et matrice	18
i. Le concept de compétence	18
ii. Le concept d'évaluation	20
iii. Matrice	21
c. Analyse des réponses	23
5. Discussion	27
6. Limites	28
7. Conclusion	29
Bibliographie	31
Table des Annexes	34

1. Introduction

Ce travail part tout d'abord d'un étonnement. En effet, au cours de ma formation, j'ai pu, comme beaucoup d'étudiants, être étonnée par la pratique ergothérapique. Cet étonnement peut se diviser en deux phases. La première, celle de la sensibilisation à un concept tel que l'Humanité dans une structure de soins. La seconde, la nécessité d'une sensibilisation à ce concept dans une autre. Cela m'a donc amené à me questionner davantage sur le concept d'Humanité et sur le respect des bonnes pratiques ergothérapiques dans des structures accueillant des personnes vulnérables : les personnes âgées. Il a ensuite été décidé de se concentrer sur les personnes âgées vivant en EHPAD, ces derniers étant des structures dans lesquelles les ergothérapeutes ont beaucoup à jouer, afin de modifier les représentations de mourir que certaines de ces institutions connaissent. En effet, l'ergothérapeute, de par ses missions et ses compétences, contribue, par une approche selon le Modèle de l'Occupation Humaine à faire de ces établissements, des véritables lieux de vie pour les personnes âgées, dans lesquels elles pourront évoluer et garder leurs habitudes de vie dans un milieu plus sécurisant.

Pour ce faire, il est essentiel que les bonnes pratiques professionnelles soient appliquées et pérennisées, par le biais d'un concept comme l'Humanité, afin de prévenir toute maltraitance ou malveillance involontaire. Nous verrons donc les différents concepts qui ont vu le jour dans l'accompagnement des personnes âgées (Montessori, Carpe Diem, Validation, Humanité) pour ensuite développer la population concernée par ces derniers. Nous continuerons avec l'ergothérapie et la fonction d'ergothérapeute, notamment avec l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour finir notre pôle théorique, il sera fait une description du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), qui permettra de situer le professionnel et la personne âgée selon ses composantes. Suite à la question de recherche qui en découlera, une analyse des résultats de notre questionnaire sera faite afin de permettre de discuter sur la pérennisation des bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes en EHPAD.

2. Cadre théorique

a. Les différentes méthodes

Au fur et à mesure de l'évolution des soins et de l'accompagnement des personnes âgées, différentes méthodes d'accompagnement ont vu le jour, toutes débutant dans diverses parties du monde mais toutes ayant en commun la bienveillance et l'amélioration du comportement des soignants face à leurs aînés.

i. Montessori

Méthode pédagogique qui voit son apparition avec *Maria MONTESSORI*, une des premières femmes médecins de son époque dans les années 1890. C'est une méthode de pédagogie développée à la base pour les enfants jugés comme « diminués intellectuellement ». Cette méthode pédagogique s'appuie sur le principe que l'enfant passe par certaines phases pendant son développement et qu'il va être en recherche, demande en fonction de ces phases. Le principe de base est donc de respecter le rythme propre de l'enfant et de ne pas le catégoriser selon les normes sociétales (devoir marcher ou parler à tel ou tel âge).

Cette méthode a été adaptée par *Cameron CAMP*, professeur de psychologie, pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le but de cette adaptation est de redonner du choix et de la liberté aux personnes en perte d'autonomie en leur donnant la possibilité de choisir le plus souvent possible, comme par exemple leurs vêtements, les activités qu'ils souhaitent faire, ou bien dans les choix de la vie en communauté. Notons l'exemple utilisé dans un article :

Exemple : Comment faut-il appeler une personne âgée en maison de retraite ?
Réponse traditionnelle : Par son nom de famille, c'est une marque de respect.
Chez Montessori : La seule marque de respect est de poser la question à la personne. Pour certains, c'est important d'être appelé par leur prénom. Le vrai respect est celui de leur choix, de leur décision.

Ehpadia, 13/07/2016,
*Troubles cognitifs des personnes âgées :
la méthode Montessori,
à la recherche des capacités préservées*

Cette méthode vise également à donner à la personne un sentiment d'appartenance dans la société/communauté dans laquelle elle se trouve. De plus, elle préconise une vision positive de la personne en se focalisant sur ses capacités plus que sur ses incapacités. Une évaluation a été validée, la Montessori Assesment System, qui évalue les personnes au cours de 7 activités : le lavage de main, la lecture et discussion autour d'une histoire courte, une activité de catégorisation, une de motricité fine, l'enfilage d'un vêtement, la perception des couleurs et de la profondeur et l'utilisation d'un calendrier. Cet outil a été validé pour évaluer les capacités des personnes ayant un stade avancé de démence. Elle permet, en plus d'évaluer les capacités de la

personne, d'aider les professionnels à établir un accompagnement adapté à la personne en lui faisant, dès l'évaluation, désigner des activités significatives pour elle. La méthode Montessori et l'évaluation qui en découle représentent donc de bons outils afin de prendre soin de la population âgée démente ou non.

ii. Carpe Diem

C'est une approche qui a vu le jour avec la création de la Fondation Maison Carpe Diem en 1995. Elle vise majoritairement les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies associées. Elle a pour principes fondamentaux le fait de considérer la personne avant la maladie et vise un accompagnement centré sur les ressources et les capacités des personnes. Cette philosophie implique également le fait que tous les comportements ont un sens et sont des messages qui nous sont adressés et que nous devons nous efforcer de comprendre. Tout comme Montessori, il est question dans ce concept d'adapter l'environnement, la structure et les services à la personne et non pas l'inverse. La médication n'est pas non plus envisagée comme méthode afin de contrôler les comportements des personnes ou de remplacer l'accompagnement humain ou de combler les lacunes organisationnelles. Ainsi, pour eux, tout comportement a une cause qu'il nous faut s'efforcer de comprendre et qui ne s'impute pas seulement à la pathologie de la personne hébergée et implique donc une réflexion de la part du personnel, soignant ou non, sur leur rôle et leur part de responsabilité dans ces moments. Les objectifs principaux sont de favoriser les relations de confiance entre les personnes et ceux qui interagissent avec elles, de maintenir l'autonomie et l'estime de soi des personnes en perte d'autonomie et de créer une réponse unique et adaptée en fonction de la situation de la personne et de sa famille tout le long de sa pathologie. Il est pour cela également nécessaire de veiller au respect des liens de la personne et de favoriser l'implication de la famille dans le quotidien. Cet organisme a été créé au Québec, en France il existe depuis 2010 AMA Diem, une association pour l'accompagnement des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur famille, avec notamment la création des maisons de Crolles vers Grenoble.

Nicole Poirier, la directrice de Carpe Diem raconte dans son mémoire pour le projet de loi n°115 (Poirier, N s. d.), la naissance de Carpe Diem par son vécu d'hébergement pour personnes âgées. Là, elle raconte notamment que le jour où une personne Alzheimer est arrivée dans sa maison, elle s'est trouvée dans l'incapacité de fournir des réponses adaptées à cette personne, ce qui, au fil des jours a mené à sa perte d'autonomie et à sa dépendance. En effet, elle explique que sur le moment, quand la personne se levait toutes les nuits, au lieu d'aller la recoucher en

cherchant à savoir la cause de son réveil, elle ne faisait que repousser le problème. Cette personne, en difficulté de communication avait seulement envie d'uriner et le fait de lui donner des médicaments pour la faire dormir la nuit a provoqué une série d'évènements qui ont mené à une chute suivie d'une hospitalisation. Un des objectifs de Carpe Diem est donc de créer un environnement qui garantit les droits fondamentaux des personnes et de mettre en place des conditions de réussite pour favoriser la qualité de vie et la bienveillance des personnes accueillies.

iii. Validation

Développée par Naomie FEIL en 1963, elle est aussi appelée « validation affective » ou encore « thérapie par l'empathie ». Elle vise à maintenir la communication avec la personne âgée désorientée. Pour N. FEIL, les comportements de cette population sont l'expression de ses besoins, qu'il est à nous de devoir entendre et comprendre. Il y aurait trois besoins fondamentaux de la personne âgée désorientée, à savoir : l'expression de ses émotions, le besoin de se sentir utile et celui de se sentir en sécurité. Les CAP (Comportement d'Agitation Pathologique) seraient donc en lien avec l'expression d'un de ces besoins. Elle peut se traduire comme une écoute active de la personne âgée, c'est-à-dire une entente et validation du discours de la personne en mettant en jeu l'empathie du soignant concernant les ressentis de la personne.

iv. Humanitude

Développé par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, deux professeurs d'EPS (Education Physique et Sportive). C'est un concept qui est apparu à partir de 1979 avec d'abord une formation de manutention des malades, pour atteindre en 1998 le terme d'Humanitude qui rentre dans une philosophie de soins. Dans un article de revue de 2008 (Gineste, Marescotti, et Pellissier 2008), les auteurs expliquent que la majeure partie des comportements d'agitation pathologique (CAP) sont souvent causés par un sentiment d'agression de la part de la personne qui les fait. C'est un comportement qui est ressenti comme de la maltraitance par les personnes soignées et comme douloureux psychiquement par le soignant. Certains éléments, qui relèvent de l'autonomie psychique de la personne démente, augmentent les risques de survenue de CAP. Ils insistent donc sur le fait qu'il est important de respecter les habitudes de vie de la personne ainsi que ses ressentis, y compris le refus. Il est primordial en institution de maintenir un sentiment de « chez soi » de la personne, car il ne faut pas oublier que les institutions telles que les EHPAD ou autres sont des lieux de vie. Il est donc essentiel que la personne s'y sente comme chez elle afin de permettre une santé et une qualité de vie optimale. Toujours selon Y.GINESTE et R.MARESCOTTI, les piliers de l'Humanitude sont les suivants :

- Le regard : dès notre plus jeune âge, le sens des différentes manières de se regarder les uns les autres nous a été inculqué. Un regard horizontal est ainsi associé à l'égalité, l'axial à la franchise, long et proche à l'amour, le vertical au sentiment de supériorité de la personne qui nous parle, fuyant à la méfiance, etc. Il est donc important de porter attention à la façon dont nous portons un regard sur ces personnes démentes.

- La parole : elle sous-entend l'idée d'un feed-back. Lorsqu'un individu parle à un autre, il s'attend à une réponse de la part de celui avec qui il communique. Il est important de soigner la parole émise par les personnes communiquant avec des personnes démentes. En effet, la tonalité de la réponse sera en réponse à la tonalité du premier message émit, c'est pour cela qu'il faut essayer de parler avec une voix douce qui se veut rassurante pour la personne. Il peut y avoir 3 situations problématiques concernant la communication : le silence du soignant face à une personne dyscommunicante peut être interprété comme de l'indifférence ou de la malveillance, ce qui favorisera l'apparition des CAP évoqués plus haut ; le silence, maintenu quotidiennement sur le long terme participe à la perte de capacités de communication de la personne non communicante ; le manque de communication avec elle peut être vécu comme une non considération dans sa capacité d'être humain. Ainsi, il est important de garder une communication avec la personne, même si cette dernière ne nous répond pas forcément, notamment en annonçant nos actions et en les décrivant afin d'être dans une approche bienveillante de l'individu et de montrer une certaine considération pour elle.

« Il est impossible de ne pas communiquer »

P. WATZLAWIC

Ph D. Professeur de Family System Theory,

Senior Research Fellow au Mental Research Institute (MRI)

- Le toucher : est directement lié à notre passé par le sens qu'on lui donne. Ainsi, dans notre vie, une poignée de main peut être considérée comme un toucher validant ou de reconnaissance, un coup comme un toucher agressif ou encore un toucher utile, qui est nécessaire. C'est ce toucher qui va être en grande partie mis en pratique dans les soins, il nécessite certaines capacités cognitives de la personne qui les reçoit, et c'est pourquoi avec une population démente, il paraît nécessaire de bien les amener afin que la personne ne se sente pas agressée. C'est par exemple pour limiter les sensations d'agression lors de ces touchers utiles que les prises en cuillère ou en berceau sont préconisées au lieu d'une prise en pince lors des techniques de manutention.

- **La verticalité** : ce pilier vient du concept de « Vivre et mourir debout » amorcé en 1983 par les mêmes auteurs et vise à maximaliser le temps que les résidents passent debout, en leur permettant, avec l'aide nécessaire, de marcher au moins vingt minutes par jour.

Avec ce concept et d'après une étude (Henriques et al. 2019) il existe 5 étapes fondamentales lors du soin. La première, la présentation ou **ouverture**, pendant laquelle le soignant se présente à la personne et évite ainsi de la surprendre tout en respectant son intimité. Lors de la seconde étape, les **préliminaires au soin**, les différents piliers de l'Humanité sont mis en jeu et le soignant cherche à obtenir le consentement de la personne vis-à-vis du soin. Ensuite se passe un **rebouclage sensoriel**, temps pendant lequel se déroule le soin et pendant lequel le soignant communique des émotions positives afin d'obtenir un relâchement tonique de la personne et de mettre en place une mémoire sensorielle positive. Cette étape est suivie par celle de **consolidation émotionnelle**, lors de laquelle le soignant stimule cognitivement la personne en face de lui en lui verbalisant un feed-back positif concernant le déroulé de l'acte pratiqué. Cette étape sert de facilitateur pour de futurs soins en marquant positivement la mémoire de la personne, et permettra d'avoir un consentement plus rapide quand ce même intervenant voudra interagir avec elle. Elle participe donc à la consolidation d'une relation de confiance. La dernière étape, les **retrouvailles**, permet de mettre en place la prochaine intervention avec la personne qui est intervenue, et ainsi de palier le sentiment d'abandon qui peut être parfois ressenti.

3. La population

Comme nous avons pu le constater précédemment, ces différentes méthodes sont majoritairement développées pour la population gériatrique. Il est donc naturel de se demander pourquoi un tel besoin de développement/création de ces concepts ? Tout d'abord, l'importance de ces méthodes semble prendre sens quand on s'aperçoit que la **population française vieillit**. En effet, depuis les années 90, la population française a vu son âge moyen augmenter passant de 36,89 à 41,90 en 2019 (INSEE), ce qui est dû au baby boom d'après guerre. En effet, suite à la seconde guerre mondiale, il y a eu une hausse majeure des naissances en France, naissances qui aujourd'hui ont vieilli et représentent une importante part de la population actuelle. Cette proportion de personnes âgées de plus de 65 ans représente 20,3 % de la population française totale en 2019, selon l'INSEE. Toujours selon l'INSEE, en 2015, plus de 50% des personnes de plus de 85 ans sont bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie), et 68,1% vivent en établissements. Malgré le fait que l'APA serve à « *aider à payer les dépenses nécessaire pour rester vivre au domicile malgré la perte d'autonomie* » (Caisse Nationale de

Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) s. d.), elles peuvent ne pas être suffisantes et la personne rentre en institution. Dans ces établissements, il y avait environ 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personne âgée en 2015. Parmi ces personnes, plus de 8 sur 10 sont de niveau GIR entre 1 et 4 (ANNEXE 1 : LES DIFFERENTS NIVEAUX DE GIR - selon le code de l'action sociale et des familles – Article R232-3 (09 mai 2017)). Les personnes hébergées sont donc de plus en plus en demande de soins et d'accompagnement importants. Or, il y a eu une augmentation des coûts des soins en établissement accueillant la population gériatrique. Ainsi, l'accompagnement de cette population demande de plus en plus de présence et de compétence face à une demande de soins plus importante. La personne âgée est, dans les textes de loi et du fait de ses troubles, considérée comme vulnérable. En effet, le Larousse offre trois différentes définitions de la vulnérabilité, nous prendrons ici pour référence la suivante : « *qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi : une position vulnérable.* » Outre l'utilisation du terme d'ennemi dans le contexte de soin, cette définition met en lumière le caractère fragile de la personne âgée face aux personnes qui interagissent avec elle. Dans le cas de personnes démentes d'autant plus qu'elles présentent des troubles cognitifs plus importants et peuvent ne pas se rendre compte de ce qui se déroule autour d'elles, et ainsi être plus facilement au centre de « maltraitance » ou « malveillance » de la part de leur environnement social. Le gouvernement a défini plusieurs types de maltraitements (Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées 2020). Elles peuvent être « par inadvertance », c'est-à-dire que ce sont des négligences passives sans intentions de nuire. Elles surviennent principalement par manque d'information ou de connaissance, de formation, par épuisement... les auteurs de ces négligences sont maltraitants sans le vouloir ni le savoir. A contrario, les maltraitements intentionnels sont actifs et avec l'intention de nuire. Après cette première distinction, elles peuvent être de plusieurs types :

- Psychologiques : dévalorisation de la personne, insultes, menaces, chantage, non respect de l'intimité, humiliations, harcèlement...
- Physiques : coups, brûlures, ... mais aussi **dans le cas de personnes âgées en perte d'autonomie des soins brutaux, des contentions non justifiées**
- Financières : vols, procurations abusives, escroqueries...
- Médicales : excès ou privation de médicaments, défaut de soins, une douleur non prise en charge, abus de sédatifs...

A propos de la maltraitance de ce type de population, Nicole POIRIER, directrice de Carpe Diem a aussi écrit dans son mémoire pour projet de loi n°115 que la maltraitance n'est jamais voulue et

que les cas connus ou mis en lumière dans les institutions devraient mener à une réflexion organisationnelle. Elle statue aussi sur le fait que plus une personne est vulnérable, plus la relation de confiance que nous construisons en tant que thérapeute ou tout simplement en tant qu'humain avec elle est importante car fondée sur des bases plus instables.

Cette population, jugée comme vulnérable est protégée par la loi. En effet, dans le code pénal, il est annoncé dans l'article 225-14 que « le fait de soumettre une personne, dont **la vulnérabilité ou l'état de dépendance** sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail **ou d'hébergement** incompatibles avec la dignité humaine est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 150 000€ d'amende. »

Le concept d'Humanité est inhérent à celui de dignité humaine. La dignité est définie par le Larousse comme le « *respect que mérite quelqu'un ou quelque chose* ». C'est une notion très présente dans la législation, et ce de plus en plus. En effet, elle est inscrite dans la déclaration des droits universels de l'Homme de 1948, « *considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constituent le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.* ». Dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, la dignité est présentée comme un attrait inviolable qui doit être protégée et respectée ; il ne peut y avoir atteinte même en cas de restriction des droits. La restriction de droits peut être rencontrée dans les établissements accueillant des personnes âgées, comme par exemple par des protections judiciaires, cas dans lequel la personne ne peut plus exercer elle-même ses droits subjectifs et nécessite l'aide d'un tiers. En France, l'article 16 du code civil assure la primauté de la personne et interdit toute atteinte à la dignité, tout en garantissant le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, sous entendu jusqu'à la fin de sa vie. Il est donc important de garder en tête que le respect de la dignité de la personne doit être appliquée peu importe le contexte, peu importe les capacités de la personne et son comportement, notamment dans le cadre de structure d'accueil de personnes âgées vulnérables.

Dans le cas de l'accueil de personnes âgées, la fin de vie est à considérer. Face à ça, le droit français, dans le Code de Santé Publique ordonne dans l'article L1110-5 que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer une vie digne jusqu'à la mort », notamment par la condamnation de l'acharnement thérapeutique et la fin du paternalisme médical accompagnés de la création des directives anticipées, donnant ainsi au patient du poids dans les décisions médicales liées à sa fin de vie, et ce même s'il est dans l'incapacité de les

exprimer. Qui plus est, dans le cas de l'incapacité du patient à exprimer ses volontés et si les directives anticipées n'ont pas été rédigées, la personne de confiance permet d'avoir une idée des volontés de la personne et donc de respecter sa dignité. Principe également mis en avant dans la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 concernant les droits des malades et la qualité du système de santé.

Concernant les structures d'accueil pour personnes âgées, plusieurs choix s'offrent à elles lorsqu'il est question de quitter le domicile. En tant qu'ergothérapeutes, notre but est d'offrir la possibilité à la personne âgée désirant rester à domicile de lui en donner les moyens le plus longtemps possible par le biais de différentes méthodes (aménagement du domicile, mise en place d'aides techniques, méthode COTID, etc). Le site du gouvernement (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) s. d.) propose à ces personnes différentes alternatives d'hébergement :

- Vivre dans un logement indépendant et bénéficier de services de type résidence autonomie et foyer
- Vivre dans un établissement médicalisé type EHPAD (*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*), USLD (*Unité de Soins de Longue Durée*)
- Choisir une maison de retraite ou une résidence pour personnes âgées
- Vivre en accueil familial.

Remarquons que dans la catégorie des maisons de retraite ou résidences pour personnes âgées, ils renvoient aux mêmes types d'établissements que les établissements médicalisés. Nous pouvons aussi remarquer que dans l'onglet « bénéficiaire d'aide », il n'est fait mention nulle part de l'ergothérapeute qui peut intervenir au domicile des personnes.

a. La fonction d'ergothérapeute

L'ergothérapie est une profession paramédicale « *visant à maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. [Il] est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.* » (ANFE, 2019) En ce sens, certaines qualités sont nécessaires. Dans un premier temps, de bonnes capacités d'empathie sont utiles afin de pouvoir interagir convenablement avec la personne en face de nous. En effet, l'empathie se définit comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent (Larousse), sans

pour autant ressentir de la compassion, qui est définie par le dictionnaire Larousse comme un sentiment de pitié qui nous rend sensible au malheur d'autrui et qui pourra être mal vécu par la personne. De plus, il est important d'avoir de bonnes facultés relationnelles afin d'être en capacité de créer une relation de confiance avec tout type de clientèle. En effet, le métier d'ergothérapeute ne cible pas une classe d'âge en particulier mais peut intervenir auprès de toute personne se trouvant en situation de handicap, que ce soit en pédiatrie, en santé mentale, en centre de rééducation ou en gériatrie. Il est également important d'être bon pédagogue. En effet, l'ergothérapeute considérant les personnes comme des clients et non des patients du fait de l'importance de leur implication dans l'accompagnement, il est nécessaire d'être en capacité de leur apprendre les techniques pour leur rééducation ou réadaptation en ne faisant pas à leur place mais en les aidant à développer par eux-mêmes les stratégies adéquates en fonction de leur situation.

L'arrêté ministériel de 2014 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute définit 10 compétences qu'il faut que l'étudiant acquière afin d'obtenir le diplôme. Parmi ces 10 compétences certaines peuvent être rattachées aux principes de l'Humanitude.

1. **Evaluer une situation** et élaborer un diagnostic ergothérapeutique : lors de l'évaluation, ne pas faire à la place du résident, concepts de l'ergothérapie et de l'Humanitude. De plus, l'évaluation de la situation fait partie des 8 principes de sécurité de manutention de l'Humanitude.
2. Concevoir et conduire un **projet d'intervention** en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement : le projet d'intervention en ergothérapie prend la personne dans sa globalité par une vision holistique de la personne et prend en compte ses attentes, besoins, etc, ce qui peut se rapprocher au principe de lieux de vie, lieux d'envie de l'Humanitude ainsi que le fait de s'ouvrir vers l'extérieur et de permettre à l'entourage, à la famille et aux proches de s'impliquer dans ce projet d'intervention.
3. **Mettre en œuvre** des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie : en fonction des envies du résident, lieux d'envie, respecter sa singularité et favoriser le vivre et mourir debout en lui proposant des activités qui vont motiver les personnes à se verticaliser.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et **préconiser** les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques : vivre et mourir debout et ainsi préconiser les bonnes aides techniques qui le permettront.

5. Elaborer et conduire une démarche d'**éducation** et de conseil en ergothérapie et en santé publique : communication importante entre les différents acteurs des accompagnements qui partagent un langage commun, une meilleure communication avec les résidents et explication et implication des résidents dans l'importance de la verticalisation et ainsi, implication dans son accompagnement.
6. **Conduire une relation** dans un contexte d'intervention en ergothérapie : comme pour la compétence n°5, dans l'Humanitude, la communication est un élément important à prendre en compte. Donner de l'importance à cet acte favorise la création de la relation de confiance entre résident et thérapeute.
7. **Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle** : la formation continue est une facette de la pratique en ergothérapie. En effet, la profession ayant connu des modifications au cours du temps, notamment en se spécifiant sur le versant occupationnel de l'activité, il est important de rester ouvert aux formations qui voient le jour chaque année afin de pouvoir sans cesse faire évoluer la pratique. La formation Humanitude peut permettre de faire évoluer la pratique dans le sens où elle permet de s'attarder davantage sur un des axes relationnels et permet également de revoir ou d'apprendre des techniques de manutention qui permettent de prévenir des risques liés à l'activité professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et **coopérer avec les différents acteurs** : coopération améliorée par le langage commun que permet la formation Humanitude des différents corps de métiers. De plus, le fait d'insister sur la communication avec les patients permet une meilleure compréhension de ce qui est fait avec et pour eux, et ainsi facilite la coopération du résident et de sa famille.
10. Former et **informer** : la personne est informée de tout ce qui est fait pour elle, elle est impliquée dans son accompagnement et donc actrice de sa prise en soin. Elle est informée de tous les gestes/actes/soins qui vont lui être prodigués et elle pourra donner son opinion et éventuellement avoir recours à un report de soins si possible et si elle en exprime le besoin.

En tant qu'ergothérapeute, différentes valeurs sont intrinsèques à notre profession. Dans la littérature (Désormeaux-Moreau et Drolet 2019) nous pouvons retrouver dix valeurs clés qui ressortent et qui sont les suivantes : professionnalisme, respect, approche centrée sur le client, dignité, autonomie fonctionnelle, collaboration, signifiante occupationnelle, engagement occupationnel, autonomie décisionnelle et approche globale.

Les valeurs peuvent se définir de différentes façon. SCHWARTZ, dans ses travaux a identifié dix valeurs qui sont la base d'un sujet humain. Parmi ces valeurs "humaines", celles de la sécurité et de la bienveillance peuvent se rapprocher de valeurs de l'ergothérapeute. Le terme de valeur est complexe à définir. Elle peut être définie comme désignant des principes de vie relatifs aux finalités d'existence et aux manières d'agir socialement désirables. Elles peuvent également faire référence à des espoirs individuels qui sont eux, intrinsèques à chacun mais aussi fait de la société dans laquelle il évolue. Elles peuvent être individuelles ou collectives.

Selon TAPPOLET, la notion de valeur est un concept abstrait de nature évaluative qui permet de définir le caractère souhaitable d'une attitude, d'une action ou d'une situation. C'est une ligne de conduite. Les valeurs professionnelles, dont celles de l'ergothérapeute, seraient liées à la philosophie de la profession.

Cependant, sur le site de l'ANFE, il n'est mentionné nulle part les valeurs des ergothérapeutes, seuls sont définis ses devoirs généraux qui sont les suivants : « *[un ergothérapeute] doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de la profession.* ». Accompagnant ces devoirs généraux se trouvent les règles professionnelles qui allient respect de la personne, sécurité des informations, hygiène et sécurité, formation continue et formation des stagiaires/étudiants ainsi que la notion de consentement éclairé.

b. Les pratiques professionnelles

Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en gériatrie (AFEG), le rôle d'un ergothérapeute agissant auprès de personnes âgées comprend un certain nombre de missions. Certaines missions, telles que l'amélioration de l'indépendance et de l'autonomie des résidents ainsi que la mise en œuvre d'actions de réadaptation, de rééducation, de prévention de confort et sécurité sont des missions générales. Il y a également des missions plus spécifiques qui sont les suivantes :

- Autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Réadaptation de la mobilité et des transferts
- Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)
- Prévention et traitement des risques de chute
- Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés
- Aides techniques

- Assurer la formation, le conseil, l'éducation
- Participer à une démarche qualité

Comme toute pratique professionnelle, une évaluation de cette dernière est répertoriée par la Haute Autorité de Santé (*HAS*). L'objectif de cette évaluation est d'améliorer la qualité des soins. La qualité des soins est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme la garantie que « chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». L'évaluation des pratiques professionnelles est définie par l'HAS comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. [Elles] sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle.* » Ainsi, l'évaluation des pratiques professionnelles est un phénomène itératif qui concerne tous les professionnels de santé. Cependant, elle ne doit pas être confondue avec l'analyse de pratique professionnelle. En effet, l'évaluation des pratiques professionnelles est à l'initiative de l'établissement tandis que l'analyse de pratique professionnelle dépend exclusivement de la volonté de chaque professionnel, ou groupe de professionnels, d'améliorer ses propres pratiques. Afin d'assurer une évaluation de ces pratiques, il existe des procédures de certification des établissements de santé, qui ont pour objectif d'étudier le parcours du patient dans l'établissement et les actions mises en œuvre par les différents secteurs et professionnels pour assurer la qualité de la prise en charge.

▫ OBJECTIFS	▫ APPROCHES	▫ MÉTHODES UTILISABLES
▫ Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	▫ Approche par comparaison à un référentiel	▫ Audit clinique ▫ Audit clinique ciblé ▫ Revue de pertinence ▫ Enquête de pratique
▫ Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné ▫ Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	▫ Approche par processus	▫ Analyse de processus ▫ Chemin clinique ▫ AMDEC ¹
▫ Traiter un dysfonctionnement ▫ Analyser et traiter des événements indésirables	▫ Approche par problème	▫ Méthode de résolution de problème ▫ Analyse des processus ▫ Revue de mortalité-morbidité ▫ Méthodes d'analyse des causes
▫ Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	▫ Approche par indicateur	▫ Mise en place et analyse d'indicateurs ▫ Maîtrise statistique des processus
▫ Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	▫ Recherche évaluative	▫ Méthodes spécifiques

Tableau 1 : Approche et méthode d'EPP selon l'objectif
(Haute Autorité de Santé (HAS) 2015)

Pour chaque établissement et en fonction de ses différentes caractéristiques (taille, structure, activités) il est demandé de réaliser un certain nombre de démarches concernant différents critères (évaluation de la pertinence des actes et soins réalisés, modalités d'évaluation des risques mises en œuvre dans les secteurs d'activité et mise en œuvre d'actions ou de projets d'évaluation et d'amélioration sur des pathologies ou problèmes de santé principaux).

En ce qui concerne la gériatrie, les critères suivants font l'œuvre d'évaluation des pratiques professionnelles : contention « physico-chimique » de la personne âgée, évaluation de l'état nutritionnel, prescription médicamenteuse, prise en charge de la douleur, évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique. On peut donc remarquer qu'aucun des critères d'évaluation ne prend en compte la qualité d'accompagnement de la personne sur le versant de la bienveillance et de ce qu'on pourrait appeler le « traitement humain ». La loi Kouchner de 2002 – Article 3 oblige néanmoins les établissements à rendre compte des mesures auxquelles ils ont recours afin de garantir les droits de leurs patients. L'apparition des concepts énoncés plus haut pourrait donc

être un moyen d'assurer les droits des résidents. Leur développement en France serait une façon d'insister sur l'importance d'un accompagnement de qualité auprès de nos aînés

c. La question de recherche

Ainsi, du questionnement de base face à l'intérêt de mettre en place une sensibilisation à des concepts tel que l'Humanitude et après une approche plus en détail vient la question de l'importance de cette sensibilisation au cours de la pratique. Est-elle nécessaire pour tous les professionnels de santé et est-ce que tout professionnel soucieux de bien faire serait intéressé par ces concepts, qui visent à une meilleure qualité de vie de nos résidents ? Et ainsi, est-ce que les ergothérapeutes diplômés d'état seraient intéressés pour que des formations sur les concepts d'Humanitude et autres soient intégrés dans la formation continue ? Sont-ils d'avis que ce genre de formation devrait devenir obligatoire afin d'agir comme une piqûre de rappel pour tous les professionnels de santé, et non pas seulement pour ceux qui ont le temps de se former aux nouvelles avancées en matière d'accompagnement de la personne âgée ? Ce qui amène donc comme question de recherche :

Comment l'Humanitude peut permettre une pérennisation des bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes en EHPAD ?

d. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

A partir de ce questionnement, il peut être intéressant d'envisager l'ergothérapeute au centre d'un modèle conceptuel tel que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), modèle dans lequel l'ergothérapeute aurait son **être** qui correspond au professionnel qu'il est aujourd'hui, **l'agir** au professionnel dans le cadre de sa formation continue avec notamment les formations Humanitude qui le feront **devenir** un nouveau professionnel, plus expert de sa relation avec les autres.

De plus, le même modèle peut être envisagé avec pour référentiel le patient. Son **être** au moment où les professionnels n'ont pas l'approche Humanitude, son **agir** avec un empowerment de cette personne suite à cette nouvelle approche du personnel interagissant avec lui avec le **devenir** de cette même personne. Cette dernière composante peut amener une vision intéressante : la personne âgée, possède un pouvoir d'agir, et fait donc de l'EHPAD non pas un lieu de fin de vie, mais bien un second lieu de vie.

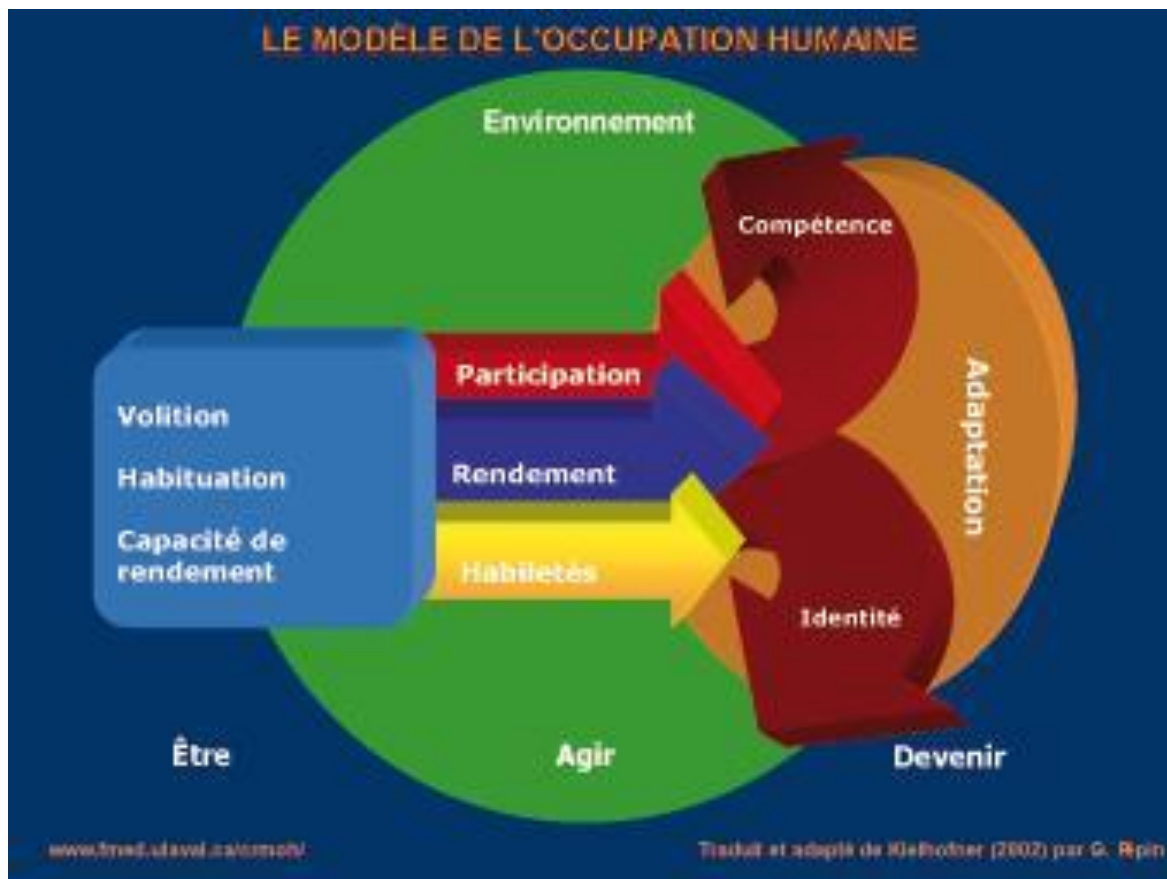


Schéma 1 : Le Modèle de l'Occupation Humaine

Tout d'abord, une définition des termes clés de ce modèle doivent être définis selon (Parkinson, S., Forsyth, K., et Kielhofner, G 2006):

Volition : constituée des **valeurs** (ce que la personne considère comme important), de la **causalité personnelle** (ce qu'elle pense de son efficacité pour agir sur le monde) et des **centres d'intérêt** (ce qu'elle trouve agréable et satisfaisant). Ils sont interdépendants et constituent le contenu de nos sentiments, pensées et décisions concernant notre engagement dans l'occupation.

Habituation : correspond au processus d'acquisition et de répétition des **habitudes** et des **rôles** d'une personne. Les habitudes permettent à la performance occupationnelle de s'effectuer automatiquement. Elles maintiennent des façons de faire, que nous avons apprises et répétées. Elles sont reflétées dans la performance dans les activités routinières, les façons typiques d'utiliser son temps et les styles de performance. Les rôles peuvent susciter des attentes de certains types de performance occupationnelle, et la compétence dépend de la capacité à atteindre raisonnablement ces attentes.

Capacité de performance : elle rend possible la performance d'une personne dans ses occupations quotidiennes. La performance nécessite une interaction complexe de phénomènes musculo-squelettiques, neurologiques, perceptifs et cognitifs, qui constituent un « sous-système de performance esprit-cerveau-corps ». Les aptitudes sous-jacentes d'une personne, auxquelles renvoie la capacité de performance, interagissent avec des facteurs environnementaux, qui permettent à la personne d'exprimer ses habiletés dans l'occupation.

L'environnement :

- Physique : comprend les espaces et objets. Les espaces correspondent aux contextes naturels et manufacturés dans lesquels la personne intervient. Les objets correspondent aux objets, naturels ou manufacturés avec lesquels la personne peut interagir.
- Social : inclut les groupes de personnes et les formes occupationnelles que les personnes réalisent. Les groupes sociaux prévoient et définissent des attentes liées aux rôles, et constituent un milieu ou un espace social dans lequel ces rôles sont mis en jeu.

Ces environnements occupationnels constituent un contexte significatif pour la performance de la personne. Le comportement occupationnel d'une personne est alimenté et influencé par ces paramètres.

Les habiletés : représentent les actions qui constituent la performance occupationnelle. Ce sont des actions dirigées vers des buts, que la personne réalise lorsqu'elle accomplit une tâche. Elles font référence aux actions fonctionnelles distinctes observables. Il existe différents types d'habiletés : motrices, opératoires, d'interaction et de communication.

Performance occupationnelle : correspond à la réalisation d'une forme occupationnelle.

Participation occupationnelle : renvoie à l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social. Elle ne correspond pas seulement à la performance occupationnelle mais au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale.

Ainsi, c'est en se basant sur les différentes composantes du MOH qu'il est nécessaire d'envisager les personnes se faisant institutionnaliser en EHPAD. En effet, c'est avec ce modèle que la notion

de **lieu de vie** prend tout son sens et participe à se défaire de l'image d'un lieu pour mourir au profit d'un lieu de devenir.

4. Méthode exploratoire

a. Choix de l'outil

Au vu de notre question de recherche, de nombreux choix s'offraient à nous en termes d'outils exploratoires. Le questionnaire semble être une des meilleures options présentes. De plus, dans le contexte de confinement et de restriction lié à l'épidémie de COVID-19, le questionnaire est l'outil qui permet de ne pas être limité dans la recherche par les restrictions gouvernementales.

Ce formulaire a pour but de questionner les bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes par la connaissance du concept d'Humanitude au cours de sa pratique. Il pourra également montrer si le suivi d'exigences du référentiel Humanitude, ou autre label, aide au respect des bonnes pratiques.

b. Concepts théoriques et matrice

Pour construire notre questionnaire, il est important de définir les concepts clés afin d'en dégager les critères principaux. Dans le cas de notre question de recherche, les concepts qui s'en dégagent sont ceux de compétences et d'évaluation. En effet, dans la question de pérennisation des pratiques professionnelles, la notion de compétences semble se dégager par le fait qu'elle découle des compétences de la personne à évoluer dans une structure telle que l'EHPAD et dans l'accompagnement des personnes âgées. Le concept d'évaluation lui est inhérent aux pratiques professionnelles car tout professionnel doit sans cesse s'interroger sur sa pratique et son évolution.

i. Le concept de compétence

Selon MALGAIVE G & ERGNAUD G, la compétence peut se définir comme : « **Ensemble de savoir-faire** conceptualisés dont la maîtrise implique la mise en œuvre combinée de savoirs formalisés (connaissances scientifiques et techniques), de savoirs pratiques et comportementaux, d'opérations mentales. ». Dans le cadre de l'Humanitude, cet ensemble de savoir-faire correspond à l'orientation du regard, à la modulation de sa voix, sa parole et du geste, en fonction du résident que l'on a face à nous. Dans la pratique de l'ergothérapeute, il correspond également à la mobilisation des savoir-faire qu'il possède et qu'il a acquis dans sa formation initiale, dans

ses expériences de stage et qu'il mobilise afin d'entrer en relation avec la personne qu'il accompagne ou dont il fait la connaissance.

LE BOTERF G s'en rapproche en la définissant comme le fait de « *Savoir agir dans une situation professionnelle complexe en vue d'une finalité.* » Aller au-delà du travail prescrit dans le travail réel. Il met en évidence l'existence de compétences **individuelles et collectives** qui sont indissociables dans le travail en équipe pluridisciplinaire : « *savoir agir et interagir en situation professionnelle* ». Le respect des compétences de chacun et de leur reconnaissance par tous est un axe essentiel de l'accompagnement de la personne âgée. Il est également primordial de pouvoir communiquer entre membres d'équipe pluridisciplinaire. C'est cette communication qui va permettre de garantir un accompagnement optimal, car le résident va se sentir écouté et pris en considération si chaque membre de l'équipe ne lui pose pas la même question mais s'assure d'un suivi et transmet l'information à ses collègues.

Pour PERRENOUD, elle correspond plus à un « *Ensemble des ressources que nous mobilisons pour agir. Capacité d'un sujet à mobiliser tout ou une partie de ses ressources cognitives et affectives pour faire face à une famille de situations complexes.* ». Les compétences sont éprouvées dans l'action. Pour savoir si une personne est compétente il faut la confronter à la situation. La mobilisation des ressources Humanitude permet une action, un accompagnement qui assure la bienveillance et la qualité de vie des résidents. Selon les principes Humanitude, il est important de ne jamais faire à la place de la personne, cette mobilisation dans l'action des compétences et des capacités de la personne garantie une valorisation de la personne, de ses capacités et de ses compétences et lui redonne son rôle, son humanité et permet une image fidèle de la personne.

WITORSKI, lui, la définit de la manière suivante : « *Finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation.* ». Il est important que les personnes gravitant autour du résident reconnaissent ses compétences. Cette reconnaissance sociale, étant donné que le lieu de vie devient l'environnement social principal du résident, est importante et le valorise, le remet dans une position de personne, d'humain, et non de malade dépendant. Ces savoirs-combinés de façon spécifique permettent d'assurer une organisation au service du client et non le contraire, ce qui est inclus dans le principe de manutention manuelle de l'Humanitude.

Enfin, selon ZARIFIAN il existe le concept de compétence collective qu'il définit de la manière suivante : « *Compétence collective : faculté à mobiliser des **réseaux** d'acteurs autour des même situations, à **partager des enjeux**, à assumer des domaines de **coresponsabilité**. » ». Compétence collective supérieure à la somme des compétences individuelles des membres de l'équipe du fait des interactions sociales et de la synergie des compétences. Etre compétent c'est être responsable de ses actes individuels comme collectifs. Cela rejoint les missions de la profession. Nous sommes engagés parce que nous sommes compétents pour répondre aux missions spécifiques et ainsi responsables si ces missions ne sont pas remplies. Le fait de partager les enjeux avec les résidents permet un empowerment de ces derniers. Partager les responsabilités permet de prendre en compte les avis de chacun et ainsi de prendre une décision conjointe ou des acteurs différents sont impliqués et permet une meilleure communication et utilisation effective des choix mis en place.*

ii. Le concept d'évaluation

Dans la littérature, nous pouvons trouver de nombreuses définitions de ce terme.

CONTANDRIOPOULOS la définit en 1991 comme une « *démarche consistant fondamentalement à **porter un jugement** de valeur sur une intervention (une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans le **but d'aider à la décision**. » ». Dans le cadre de l'Humanitude, une évaluation permettant de valider et confirmer les bonnes pratiques selon les 150 critères a lieu tous les ans afin de conserver le label. Des représentants de l'Humanitude portent un jugement sur la réalisation des actes selon leurs critères et si non, invalident ou n'accordent pas le label.*

Dans les termes de LEGENDRE en 1993 c'est une : « *opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur ou à **accorder une importance** à une personne, à un processus, à un évènement, à une institution ou à tout objet à partir d'informations qualitatives et ou quantitatives et de **critères précis** en vue d'une prise de décision. Evaluer c'est **comprendre**, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la **suite** des évènements. » ». La compliance des pratiques aux critères Humanitude assure un accompagnement qui respecte le principe de dignité humaine et redonne aux résidents une importance dans leur nouvel environnement social.*

ABERNOT, en 1996, la définit lui comme une « *appréciation, à l'aide de critères, de l'atteinte **d'objectifs** ou du degré de proximité d'une production **par rapport à une norme**. » ». La notion de*

norme est ici apportée. Dans le cas de l'Humanitude, la norme est la correspondance des pratiques aux critères de validation du label Humanitude. L'atteinte des objectifs Humanitude, par rapport à leur norme que sont les 150 critères, garantit le fait que l'organisation et la politique d'accompagnement répondent aux principes fondamentaux de l'Humanitude, à savoir : zéro soin de force, sans abandon de soin ; respect de la singularité et de l'intimité ; vivre et mourir debout ; ouverture vers l'extérieur et lieu de vie, lieu d'envie.

Pour finir, la Charte de l'évaluation de la société française de l'évaluation (SFE) établie qu'elle « prend en compte de façon **raisonnée** les différents intérêts en présence et recueille la diversité des points de vue pertinents sur l'action évaluée, qu'ils émanent d'acteurs, d'experts ou de toute autre personne concernée. ». Les critères se veulent objectifs et ne laissent pas de place à la subjectivité et ainsi assurent une conformité de tous les établissements labellisés.

iii. Matrice

Concepts	Critères	Indicateurs	Questions concernées
Compétence	« ensemble de savoir-faire »	➤ Formation initiale	Q.5 Q.16
	« savoir agir dans une situation complexe »	➤ Expérience auprès des différents patients rencontrés au cours de la pratique	Q.4 Q.2 Q.9 Q.19
	« interagir » (avec les différents acteurs)	➤ Communication avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire ➤ Communication avec le patient et/ou son entourage	Q.8 Q.12 Q.13
	« ressources »	➤ Ressources personnelles via le vécu de chacun et les recherches personnelles ➤ Ressources extérieures via les réseaux de professionnels et l'équipe	Q.3 Q.4 Q.16 Q.8 Q.16 Q.15

	« savoirs-combinés »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification des besoins et formalisation d'un plan de traitement efficace en fonction des informations à disposition ➤ Faire adhérer la personne à l'accompagnement et développer une relation de confiance 	<p>Q.11</p> <p>Q.13</p> <p>Q.5</p> <p>Q.9</p>
	« coresponsabilité », « partage des enjeux »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Collaborer et coopérer avec les différents acteurs ➤ Confronter sa pratique professionnelle à celles de ses pairs pour s'assurer des bonnes pratiques 	<p>Q.12</p> <p>Q.13</p> <p>Q.14</p> <p>Q.20</p> <p>Q.10</p> <p>Q.17</p> <p>Q.18</p>
Evaluation	« porter un jugement »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préconiser les aides à la compensation adaptées à la personne ➤ S'assurer de l'efficacité des éléments mis en place ➤ Analyser sa propre pratique professionnelle 	<p>Q.12</p> <p>Q.11</p> <p>Q.13</p> <p>Q.6</p> <p>Q.16</p>
	« aider la décision »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire un choix ➤ Argumenter ce choix en fonction du patient et de la situation 	<p>Q.11</p> <p>Q.12</p>
	« comprendre »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les différents éléments constituant la situation (physique, environnemental, institutionnel...) ➤ Utiliser un vocabulaire accessible à tous pour garantir une compréhension de tous les acteurs ➤ Expliquer aux différents acteurs les 	<p>Q.7</p> <p>Q.18</p> <p>Q.10</p> <p>Q.12</p>

		raisons des différents éléments mis en place ou effectués.	Q.7
	« Atteinte d'objectifs par rapport à une norme »	➤ Normes identifiées	Q.6 Q.5
	« raisonnée »	➤ Prise de décision en fonction d'arguments fondés sur des preuves probantes	Q.9

Le questionnaire se trouve en ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est composé de 4 parties distinctes. En premier, il est question de cibler la population (ergothérapeutes travaillant en EHPAD), puis d'interroger sur les pratiques professionnelles. Il permet ensuite d'investiguer le deuxième concept de notre matrice, à savoir l'évaluation pour enfin terminer par le concept d'Humanitude.

Le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux via différents groupes. Il a été testé par une ergothérapeute travaillant en EHPAD et ayant été formée à l'Humanitude. Un message de présentation a été ajouté au début du questionnaire afin d'annoncer le sujet de notre travail et les cibles ainsi qu'une phrase de remerciements en toute fin.

c. Analyse des réponses

Il y a eu 82 réponses au questionnaire. La majorité des ergothérapeutes ayant répondu sont diplômés depuis moins de 5 ans. En effet, parmi toutes les réponses récoltées, 68,7% font partie de cette catégorie. La deuxième tranche la plus représentée est celle ayant entre 11-20 ans de pratique.

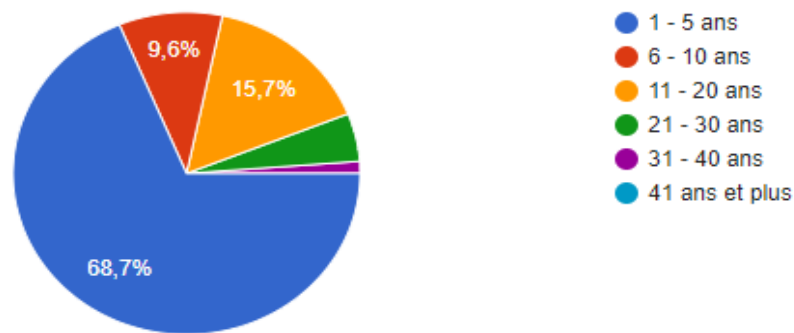


Figure 1 : Représentation des participants

Dans toute cette population d'ergothérapeutes, 98,8% ont déjà, au cours de leur carrière pu travailler avec des personnes âgées. Plus de 97% de ceux-ci les ont rencontrées dans les EHPAD, environ 40% dans des SSR gériatriques et plus de 51% dans des PASA. Cela indique donc que la pratique de l'ergothérapie, non seulement auprès de la population gériatrique mais également au sein des EHPAD est un axe clé de la pratique professionnelle et qu'il est important d'avoir une bonne qualité d'accompagnement dès la sortie de l'institut de formation.

Les ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant dans les EHPAD, estiment pour la majorité respecter les bonnes pratiques professionnelles à plus de 80%. Seulement 17,1% par contre, estiment les respecter à plus de 90%. Plus de 24% estiment les respecter à plus de 60% et 6% environ les respectent à plus de 50% seulement. Parmi les 5 personnes ayant répondu respecter les bonnes pratiques professionnelles à 50%, 4 n'ont jamais été évaluées dans leur pratique et aucune n'est formée à l'Humanitude. Parmi les facteurs limitant les bonnes pratiques, la plus importante ressort comme étant l'organisation, suivis par le niveau de formation et les limites de la pratique.

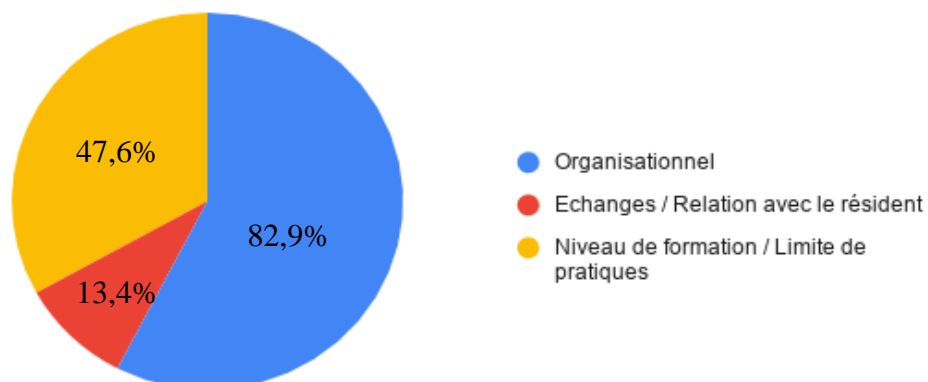


Figure 2 : Représentation des éléments les plus limitant dans la réalisation des bonnes pratiques professionnelles

En ce qui concerne les échanges avec les autres professionnels de santé dans un contexte de difficulté d'accompagnement, seulement 3,7% n'ont pas la possibilité d'échanger. Parmi ceux-ci, aucun n'est formé à l'Humanitude et aucun ne fait parti d'un établissement engagé dans une quelconque démarche de labellisation. De même, aucun n'a jamais été évalué au cours de sa pratique. On peut donc en déduire que l'évaluation, qui a lieu pour accéder à un label, est un des moyens de privilégier et d'accentuer les pratiques sur la communication entre professionnels.

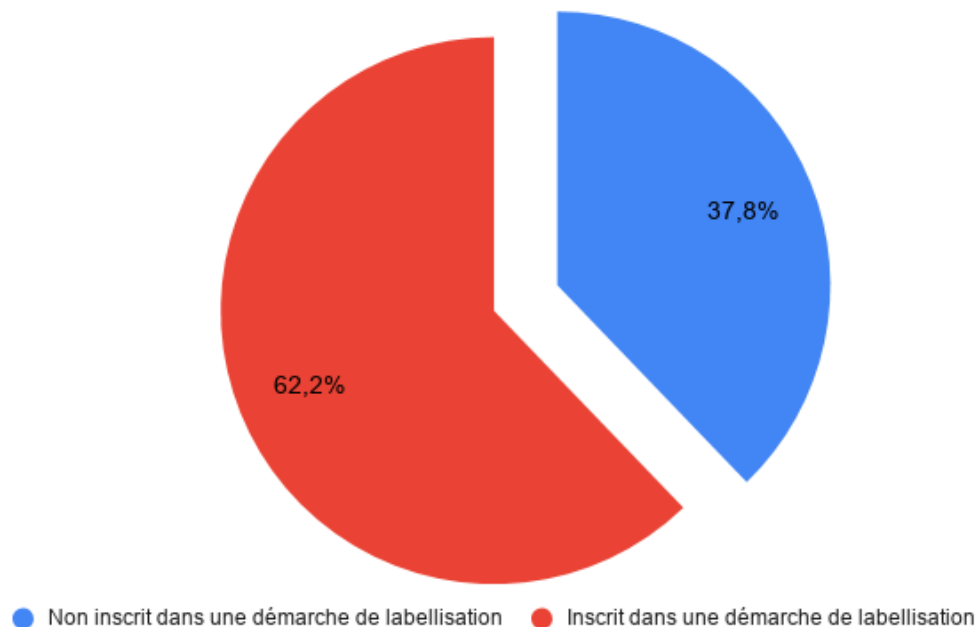


Figure 3 : Représentation des établissements et/ou ergothérapeutes inscrits dans une démarche de labellisation

De même, plus de 37% des EHPAD concernés par ce questionnaire ne sont pas inscrits dans une démarche de labellisation. Les labellisations les plus courantes sont par ordre de popularité : qualité, Humanitude& Montessori. De plus, dans plus de la moitié des établissements concernés les ergothérapeutes n'ont jamais été évalués dans leur pratique professionnelle, il n'y a donc jamais eu de vérification de bonne pratique au cours de leur carrière. Cependant, le fait que les ergothérapeutes les plus répondants soient des jeunes professionnels peut représenter un biais important.

Lorsqu'ils sont interrogés sur leurs valeurs d'ergothérapeute, plusieurs ressortent. En effet, d'après un logiciel d'occurrence de texte (Tropes), les valeurs les plus présentes chez les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire sont celles d'écoute et d'empathie. Selon les données, les valeurs prédominantes sont les suivantes :

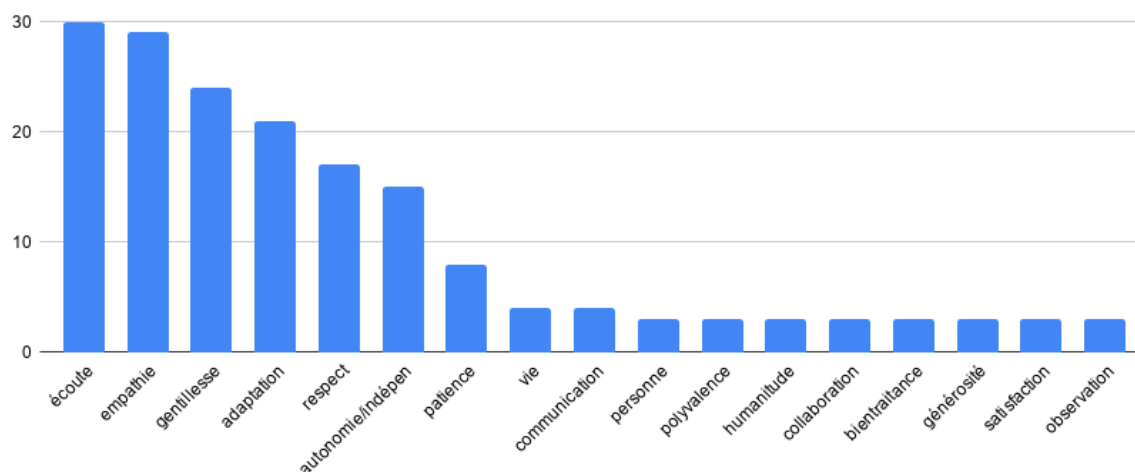


Figure 4 : Valeurs des ergothérapeutes interrogés

Ces résultats correspondent assez bien avec les valeurs trouvées dans les articles de recherches effectuées à Montréal. Elles ressortent également dans les autres réponses fournies, notamment celle d'adaptation, où il résulte que plus de 85% des ergothérapeutes doivent revoir l'accompagnement des résidents au cours de l'accompagnement. La communication, valeur qui n'est pas très représentée dans les réponses récoltées, peut expliquer en partie le taux assez élevé d'ergothérapeute dont le rôle n'est pas clairement identifié pour la prise en soin des résidents. En effet, plus de 20% ont répondu ne pas avoir un rôle clairement identifié auprès des autres professionnels. Nous pouvons également noter que très peu d'ergothérapeutes trouvent que leur rôle est clair, seulement 3,7%. Les 2/3 des personnes concernées ont été formées à l'Humanitude. Le tiers restant n'a pas été formé, cependant, il connaît le concept et estime que cela a beaucoup changé sa pratique. De plus, parmi ceux dont le rôle n'est pas du tout correctement identifié par le reste des professionnels, aucun n'est formé au concept d'Humanitude.

Concernant le concept d'Humanitude en lui-même, plus de 95% des ergothérapeutes interrogés le connaissent. Cependant, seulement 18,3% sont véritablement formés. Ils ont majoritairement eu connaissance via leur formation initiale ou par le biais d'autres professionnels de santé. Le fait que ce concept soit enseigné lors de la formation initiale peut témoigner de l'importance que les ergothérapeutes expérimentés donnent aux valeurs véhiculées par l'Humanitude, qui sont des concepts, comme démontré dans la partie théorique, inhérents aux compétences de l'ergothérapeute. Face à la formation Humanitude, des différences de pratiques professionnelles ont été remarquées chez certains professionnels. En effet, ils ont pu remarquer une meilleure adhésion des résidents face à l'accompagnement, ainsi qu'une meilleure collaboration avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, quand ils sont interrogés sur leur ressenti vis-à-vis de leur qualité de vie au travail sur une échelle de 1 à 4 (1 correspondant à une mauvaise qualité de vie au travail et 4 à une très bonne), la majorité des ergothérapeutes (62,2%) l'estime à 3/4. Seule une petite proportion (19,5%) la juge très bonne, de même qu'à 2/4 (18,3%). Aucun ne la juge très mauvaise. De manière générale, les professionnels travaillant dans des structures labellisées ou en cours de labellisation Humanitude expriment une bonne qualité de vie au travail.

5. Discussion

De manière générale, nous pouvons observer que parmi les ergothérapeutes ayant été évalués dans leurs pratiques professionnelles, plus de 79% estime respecter les bonnes pratiques à plus de 80% au moins. Le fait que la majorité des répondants soient des jeunes professionnels peut nous indiquer qu'ils sont plus enclins à respecter les bonnes pratiques professionnelles. De plus, dans 48% des cas, un des facteurs le plus limitant dans le respect de ces bonnes pratiques est le niveau de formation/limite de la pratique. Cela interroge donc sur le niveau de formation, initiale et continue. Il ne semble pas suffisant ou accessible facilement et apparaît alors comme un frein ne permettant pas de répondre à toutes les difficultés rencontrées dans l'application des bonnes pratiques par les ergothérapeutes, jeunes diplômés ou non.

Le fait que la labellisation au concept d'Humanitude soit une des plus courantes parmi les réponses peut nous indiquer une chose. En effet, les structures, en plus de vouloir s'assurer et/ou montrer leur qualité par le biais de la certification qualité, vont encore plus loin. Elles se labellisent Humanitude pour montrer leur volonté d'aller à l'encontre des représentations de mourir que les EHPAD ont, en accentuant le fait que ce sont des lieux d'humanité et de bienveillance dans lesquels nos aînés seront traités avec le plus grand soin, comme dans un second chez soi. Cette théorie rejoint donc le modèle choisi au tout début de cette initiation à la recherche, qui considère que la personne dans son EHPAD continue d'être, d'agir et de devenir dans son nouvel environnement.

Parmi les ergothérapeutes étant inscrits dans une démarche de labellisation Humanitude, la majorité estime que leur rôle dans l'accompagnement des résidents est plutôt bien identifié par les autres membres de l'équipe. Ainsi, il est possible que la labellisation au concept d'Humanitude, et plus largement, les démarches de labellisation, permettent une meilleure communication et identification des rôles de chacun et un échange sur leur expertise dans l'accompagnement d'un résident. Cette valorisation des pratiques de chacun permet un accompagnement holistique de la personne.

De manière globale, concernant l'Humanitude, nous remarquons cependant qu'il y a une majorité des ergothérapeutes la connaissant ou ayant été formé qui respectent au mieux les bonnes pratiques professionnelles à plus de 80%. Parmi ces mêmes individus, la majeure partie estime avoir une qualité de vie au travail située entre 3 et 4 sur une échelle de 1 à 4. Nous pouvons donc nous interroger sur la corrélation entre la sensibilisation à l'Humanitude et la qualité de vie au travail. Mais quels sont les éléments qui permettent de contribuer à cette qualité ? Bonne entente entre collègues, bonne communication, bonne définition des compétences de chacun ? Parmi les ergothérapeutes ayant répondu 4/4 à la qualité de vie au travail, tous considèrent que les valeurs de la profession, et par conséquent les leurs, sont de l'ordre de l'empathie et de la communication. En effet, la communication est une des valeurs importantes d'un ergothérapeute et est d'ailleurs présente dans les compétences qu'il doit acquérir au cours de sa formation, que ça soit avec les résidents/patients, ou avec les autres professionnels participants à l'accompagnement de la personne.

De plus, aux vues des données, il est possible que le respect des bonnes pratiques professionnelles soit assuré par l'évaluation. Par le biais de label, auto-évaluation ou analyse réflexive de la pratique, une remise en question par l'évaluation permet de garantir que le professionnel est au courant de sa qualité de pratique et peut l'adapter en fonction des résultats de cette évaluation.

6. Limites

Ce travail de recherche, comme c'est souvent le cas, a vu apparaître différentes limites au cours de sa construction :

En effet, les participants étant majoritairement de jeunes ergothérapeutes, cela correspond à un biais dans le sens où nous n'avons donc pas assez d'éléments pour estimer le respect des bonnes pratiques professionnelles chez les professionnels les plus expérimentés. Une des explications à ce biais peut être dans le mode de diffusion : le questionnaire a été majoritairement diffusé sur les réseaux sociaux, outil très utilisé par la population jeune mais encore peu par le reste des professionnels.

De plus, dans le questionnaire, l'utilisation des termes "démarche de labellisation" et non de "label" qui soit effectif amène un biais supplémentaire. En effet, le terme de "démarche" n'exclut pas les labels qui sont en cours et qui ne peuvent donc pas attester d'un changement par rapport à une labellisation concrète.

De par sa longueur, le questionnaire en lui même représente une difficulté d'exploitation : il est long (20 questions) et le nombre important de réponses mène à une quantité importante de données à analyser et croiser. Travail qui représente une difficulté supplémentaire dans le cadre d'un premier travail de recherche.

Pour finir, dans un contexte de confinement en appartement du fait des restrictions gouvernementales évoquées plus haut, le souci de maintien d'un équilibre occupationnel adéquat induit une difficulté à prendre du recul sur notre analyse pour en tirer les conclusions les plus évidentes.

7. Conclusion

Pour conclure, ce travail aura permis d'entrevoir la corrélation entre l'Humanitude et le respect des bonnes pratiques professionnelles. Tout comme plusieurs concepts sous forme de label, il permettrait une pérennisation des bonnes pratiques par le biais de l'évaluation. En effet, les exigences de correspondance à un référentiel tel que les 150 critères Humanitude permettent de favoriser la continuité des bonnes pratiques. De plus, des labels émergeant de jour en jour en fonction des besoins sociétaux, (actuellement, une meilleure prise en soins de nos aînés) cela permet également d'inscrire la pratique de l'ergothérapie dans les sociétés modernes. En tant que futurs professionnels, il est important de se mettre au fait des différents mouvements/concepts qui voient le jour et qui sont témoins des besoins. Dans les EHPAD, cette lutte pour l'image de lieux de vie à la place de mouvoir permet de se conforter dans l'idée que l'ergothérapeute, avec ses valeurs professionnelles et ses concepts théoriques, a sa place dans ces structures. Ce travail aura permis, non seulement de creuser un concept en émergence dans les EHPAD, mais aussi de rendre compte de l'importance de la pratique ergothérapique dans les EHPAD, au vu des 97% des professionnels qui y sont passés dans leur parcours.

Il est cependant important de garder un œil critique sur ce travail de recherche. En effet, il serait intéressant de pouvoir faire un réel comparatif entre les ergothérapeutes plus expérimentés formés à l'Humanitude et ceux qui ne le sont pas. Les données récoltées ont permis d'établir une nécessité d'amélioration de la sensibilisation aux bonnes pratiques professionnelles dès la formation initiale mais également continue. Il serait donc intéressant de pouvoir faire une étude sur le respect des bonnes pratiques professionnelles à la sortie de la formation initiale ou d'évaluer comment elles sont inculquées aux professionnels de demain.

Bibliographie

- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. 2015. « Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne - Article 1 ».
- ANFE. 2019. *Règles professionnelles des ergothérapeutes*.
- ANFE. s. d. « La profession ». Consulté 11 octobre 2019a (<https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>).
- ANFE. s. d. « Pratique professionnelle ». Consulté 11 octobre 2019b (<https://www.anfe.fr/pratique-professionnelle>).
- Anon. s. d. « Les 5 principes ». *Le Label Humanitude*. Consulté 21 février 2020 (<http://www.lelabelhumanitude.fr/les-principes/>).
- Association Montessori de France. s. d. « La pédagogie Montessori : une aide à la vie ». Consulté 9 octobre 2019 (<https://www.montessori-france.asso.fr/page/155447-la-pedagogie-montessori-une-aide-a-la-vie>).
- Biquand, Sylvain, et Benoit Zittel. 2012. « Care Giving and Nursing, Work Conditions and Humanitude® ». *Work (Reading, Mass.)* 41 Suppl 1:1828-31.
- Bourgueil, Yann, Marc Brémond, Aude Develay, Michel Grignon, Fabienne Midy, Michel Naiditch, et Dominique Polton. s. d. « L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations ». 73.
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). s. d. « Comment le GIR est-il déterminé ? » *Pour les personnes âgées*. Consulté 28 janvier 2020a (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>).
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). s. d. « Etablissement pour personnes âgées : les différentes structures d'accueil et de services ». *Pour les personnes âgées*. Consulté 14 octobre 2019b (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services>).
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). s. d. « L'APA à domicile ». *Pour les personnes âgées*. Consulté 28 janvier 2020c (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/lapa-domicile>).
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). s. d. « Maltraitance personnes âgées : droit et protection des personnes âgées ». *Pour les personnes âgées*. Consulté 14 octobre 2019d (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/exercer-ses-droits/en-cas-de-maltraitance>).
- Cavey. M. s. d. « La Validation - Gériatrie, soins palliatifs ». Consulté 25 avril 2020 (<http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article19>).

- Désormeaux-Moreau, Marjorie, et Marie-Josée Drolet. 2019. « Values related to the occupational therapy profession: Identifying them to better define them ». *Canadian Journal of Occupational Therapy* 86(1):8-18.
- Erkes, Jérôme, Cameron J. Camp, Stéphane Raffard, Marie-Christine Gély-Nargeot and, et Sophie Bayard. 2019. « Assessment of Capabilities in Persons with Advanced Stage of Dementia: Validation of The Montessori Assessment System (MAS) ». *Dementia* 18(5):1840-57.
- Favre, N. s. d. « L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs ». *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2017/3(130):85-92.
- Gineste, Yves, et Rosette Marescotti. 2010. « [Interest of the philosophy of humanitude in caring for patients with Alzheimer's disease] ». *Soins. Gerontologie* (85):26-27.
- Gineste, Yves, Rosette Marescotti, et Jérôme Pellissier. 2008. « [Humanism in nursing] ». *Recherche En Soins Infirmiers* (94):42-55.
- Haute Autorité de Santé (HAS). 2015. *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*.
- Haute Autorité de Santé (HAS). s. d. « Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP ». *Haute Autorité de Santé*. Consulté 12 octobre 2019a (https://www.has-sante.fr/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp).
- Haute Autorité de Santé (HAS). s. d. « Critères d'EPP en gériatrie ». *Haute Autorité de Santé*. Consulté 12 octobre 2019b (https://www.has-sante.fr/jcms/c_779082/fr/criteres-d-epp-en-geriatrie).
- Henriques, Liliana Vanessa Lúcio, Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado, Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo, et Luiza Hiromi Tanaka. 2019. « Implementation of the Humanitude Care Methodology: Contribution to the Quality of Health Care ». *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 27:e3123.
- Insee. s. d. « Évolution de la population – Bilan démographique 2018 ». Consulté (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13>).
- Kherief, H. 2019. *Le scandale des EHPAD*.
- Kim, P.K.H. s. d. *Serving the Elderly : Skills for Practice*.
- Lalande, Ghyslaine, et Leclerc, Gilbert. 2004. *L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative. Rapport de recherche*. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement.
- Laude, A, Mathieu, B, et Tabuteau, D. 2012. *Droit de la santé : Chapitre 1 – Le respect de la dignité humaine*. Vol. 3e éd.
- Le Brun, T. 2016. « L'approche Carpe Diem en EHPAD ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 16(91):3-10.
- Legendre. R. 1993. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Guérin.

- Melo, Rosa Cândida Carvalho Pereira de, Paulo Jorge Costa, Liliana Vanessa Lúcio Henriques, Luiza Hiromi Tanaka, Paulo Joaquim Pina Queirós, et João Pärtel Araújo. 2019. « Humanitude in the Humanization of Elderly Care: Experience Reports in a Health Service ». *Revista Brasileira De Enfermagem* 72(3):825-29.
- Ministère de la Justice. s. d. *Code pénal - Partie Législative - Livre II - Titre II - Chapitre V : Des atteintes à la dignité de la personne.*
- Ministère de la Santé. s. d. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 1986. *Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.*
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. s. d. *Arrêté du 23.09.2014 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.*
- Munsch-Roux, K., et Munsch, F. 2008. « Gérontologie et société ». *La méthode de validationTM de Naomi Feil : Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ?* 31(126):189 à 204.
- Parkinson, S., Forsyth, K., et Kielhofner, G. 2006. *MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle.* DeBoeck supérieur.
- Péoc'h, Nadia, et Christine Ceaux. 2012. « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... » *Recherche en soins infirmiers* N°108(1):53-66.
- Poirier, N. s. d. *Projet de loi 115 : loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne mejeure en situation de vulnérabilité. Agir pour la bientraitance afin de lutter contre la maltraitance.*
- Rufin. F. s. d. « L'évaluation : Définitions et concepts-clés ». Consulté 28 janvier 2020 (<https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/L-evaluation-Definitions-et>).
- Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020. « Prévenir et lutter contre la malveillance ». *Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées.* Consulté 4 mai 2020 (<https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/prevenir-et-lutter-contre-la-malveillance>).
- Sheppard, Christine L., Caitlin McArthur, et Sander L. Hitzig. 2016. « A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia ». *Journal of the American Medical Directors Association* 17(2):117-22.
- Tappolet, Christine. 2000. *Émotions et Valeurs.* FeniXX.
- Terraneo, Fabienne, et Nadia Avanzino. 2006. « Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives ». *Recherche en soins infirmiers* N° 87(4):16-24.

World Federation of Occupational Therapists. 2016. « Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists - Revised 2016 ».

Table des Annexes

ANNEXE 1 : LES DIFFERENTS NIVEAUX DE GIR - selon le code de l'action sociale et des familles – Article R232-3 (09 mai 2017).....	I
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE.....	III

ANNEXE 1 : LES DIFFERENTS NIVEAUX DE GIR - selon le code de l'action sociale et des familles – Article R232-3 (09 mai 2017)

« Les groupes iso-ressources, qui déterminent des besoins en soins de base, sont calculés à partir des huit premières variables d'activités corporelles et mentales (variables dites discriminantes) énumérées dans la grille AGGIR, les deux dernières évaluant l'isolement et le confinement d'une personne à son domicile.

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR (calculés par un algorithme complexe nécessitant le recours à l'informatique) :

- Le **GIR 1** comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- Le **GIR 2** est composé essentiellement de deux sous-groupes :

- d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

- Le **GIR 3** regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- Le **GIR 4** comprend deux sous-groupes essentiels :

- d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.

- d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- Le **GIR 5** est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques. »

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Questionnaire mémoire

Pratiques professionnelles en EHPAD

Etudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Toulouse, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la pérennisation des bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes en EHPAD. Pour cela, je suis à la recherche d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de cette population afin de répondre à un questionnaire.

Les données sont strictement anonymes.

Merci d'avance de votre participation et de votre temps.

GIMENEZ Margaux

Section 1 « Profil et environnement de travail »

1. Etes-vous ergothérapeute ?
 - Oui
 - Non
2. Depuis combien de temps ?
 - 1 - 5 ans
 - 6 - 10 ans
 - 11 - 20 ans
 - 21 – 30 ans
 - 31 – 40 ans
 - 41 ans et plus
3. Avez-vous déjà travaillé avec des personnes âgées ?
 - Oui
 - Non
4. Dans quel type de structures travaillez-vous ou avez-vous travaillé avec la population gériatrique ?
 - EHPAD
 - SSR gériatrique
 - PASA
 - UHR
 - ESA
 - Libéral
 - Accueil de jour
 - Autre

Section 2 « Les pratiques professionnelles »

Les questions qui suivent concernent UNIQUEMENT vos pratiques en EHPAD.

5. Les valeurs peuvent se définir comme des concepts qui permettent de déterminer le caractère souhaitable d'une attitude. Citez trois termes qui définissent vos valeurs.
.....
.....
6. Selon vous, à combien estimez-vous respecter les bonnes pratiques professionnelles dans votre quotidien ?
 - > 50%
 - > 60%
 - > 80%
 - > 90%
7. De quel ordre sont les facteurs qui vous limitent dans l'atteinte des 100% du respect des bonnes pratiques ?
 - Organisationnel
 - Echanges / relation avec le résident
 - Niveau de formation / Limites pratiques
8. Avez-vous, dans un contexte de difficulté d'accompagnement, pu échanger avec un autre professionnel de santé ?
 - Oui
 - Non
9. Est-ce que votre établissement est inscrit dans une démarche de labellisation ?
 - Non
 - Qualité
 - Carpe diem
 - Humanitude
 - Montessori
 - Autre

Section 3 « L'évaluation »

10. Avez-vous déjà été évalué dans vos pratiques professionnelles ?
 - Oui
 - Non
11. Avez-vous déjà du repenser l'accompagnement du résident mis en place par manque d'efficacité de ce dernier ?
 - Oui
 - Non
12. Avez-vous du argumenter vos choix d'accompagnement auprès d'un autre professionnel ?
 - Oui
 - Non
13. Est-ce que les différents acteurs identifient clairement votre rôle dans l'accompagnement des résidents ?
 - Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

14. Sur une échelle de 1 à 4, à combien estimez-vous votre qualité de vie au travail ?

Mauvaise qualité de vie au travail Très bonne qualité de vie au travail

Section 4« L’Humanitude »

15. Connaissez-vous l’approche Humanitude ?

- Oui
- Non

16. Comment avez-vous connu cette approche ?

- Sur les réseaux sociaux
- Par un pair
- Par un autre professionnel de santé
- Au cours de ma formation initiale
- Revue de littérature
- Autre

17. Avez-vous suivi la formation Humanitude ?

- Oui
- Non

18. Suite à la mise en place de l’Humanitude dans votre établissement, avez-vous du changer vos pratiques professionnelles ?

Je n’ai rien changé à ma pratique J’ai entièrement changé ma pratique

19. Si oui, avez-vous remarqué des différences dans votre pratique depuis votre formation à l’Humanitude ?

- Oui
- Non

20. Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Merci de votre participation !

Un grand merci pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire afin de m'aider dans mon mémoire de fin d'étude. Si vous souhaitez plus d'informations concernant cette initiation à la recherche, je vous invite à me joindre par mail à margaux.gimenez.mg@gmail.com.

Vers une pérennisation des bonnes pratiques professionnelles des ergothérapeutes en EHPAD.

Toward the sustainability of good practice by occupational therapists in nursing homes.

Résumé

INTRODUCTION : Les représentations de mouvoir des EHPAD persistent encore. Du fait de l'âge toujours plus avancé auquel ils entrent dans les institutions, les conditions de santé des personnes âgées se sont dégradées. Soignants et ergothérapeutes peuvent se trouver en difficulté face à leur accompagnement, marqué par des troubles du comportement de plus en plus fréquents. Il convient donc de s'assurer du bon respect des pratiques professionnelles afin de limiter, voire supprimer, les situations à risque de mauvaises pratiques.

OBJECTIF : Ce travail d'initiation à la recherche tend à montrer que par le biais de labellisations telles que l'Humanitude, les établissements et les professionnels respectent les exigences du référentiel et ainsi les pratiques professionnelles auprès des résidents d'EHPAD.

MÉTHODE : Une enquête exploratoire quantitative à été réalisée par diffusion d'un questionnaire sur les réseaux sociaux à visée des ergothérapeutes travaillant dans les EHPAD de France.

RÉSULTATS : Parmi les professionnels participants, plus de 30% admettent ne pas respecter les bonnes pratiques professionnelles à plus de 60%. Les causes les plus évoquées sont celles de l'organisation et du manque de formation.

CONCLUSION : Il semblerait que l'engagement des EHPAD et des ergothérapeutes dans une formation/labellisation, Humanitude ou autre, puisse aider à un maintien des bonnes pratiques professionnelles.

Mots - clés : Ergothérapie - Pratiques professionnelles - EHPAD - Humanitude

Abstract

INTRODUCTION : Still to this day, there is a representation of "end life" institution of the nursing homes. As people enter institutions later in life, their health conditions have deteriorated further. Health care professionals and occupational therapist may find themselves struggling with this population, with more and more frequent behavior disorder. It is our responsibility to ensure the sustainability of good practices to limit, and eventually suppress abuse.

OBJECTIVES : This initiation research tends to prove that by using labelisations, such as Humanitude, institutions and professionals respect better professional practices in their accompaniment of the elderly.

METHOD : A quantitative study has been made through a questionnaire that was sent through social media to France's Occupational Therapists in nursing homes.

OUTCOMES : Out of all the participants, more than 30% admit that they don't respect good practices more than 60% of the time. Causes cited are organisation and lack of training.

CONCLUSION : It would seem that the commitment of nursing homes and occupational therapists to Humanitude training, or other similar training, might help the preservation of good practices.

Key-words : Occupational therapist - Professional practices - Nursing homes- Humanitude