



Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -



# **L'apport d'un outil de diagnostic, le MOHOST, dans le Projet de Vie Individualisé des personnes âgées en EHPAD**

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

**Référent méthodologie :** Mme FAUCHER-CAIRE Cécile

**Référent terrain :** Mme BOUREAU Manon

**HERMET Gaëlle**

Septembre 2019

Promotion 2016-2019



## **REMERCIEMENTS**

**Je tiens à remercier dans un premier temps, ma référente méthodologique Mme Faucher-Caire et ma référente terrain Mme Boureau qui m'ont permis d'aboutir à la réalisation de mon mémoire, et qui m'ont accompagnée, conseillée et encadrée tout au long de l'année.**

**Je remercie très particulièrement ma famille, et mes amis pour leurs encouragements, leur aide et leur présence au quotidien.**

**Merci à l'ensemble des professionnels qui ont participé à l'élaboration de mon mémoire et qui y ont pris part.**

**Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour m'avoir permis de concilier mon cursus scolaire et ma pratique sportive au cours de ces trois ans et de m'avoir épaulée dans la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.**

*« La réussite appartient à tout le monde. C'est  
au travail d'équipe qu'en revient le mérite ».<sup>1</sup>*

Franck Piccard

---

<sup>1</sup> Skieur alpin français, champion olympique. Auteur du livre « Petites chroniques d'un champion olympique »

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE 1 : CONCEPTS THÉORIQUES</b>	<b>4</b>
<b>1.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENTS POUR PERSONNES AGEES     DEPENDANTES (EHPAD)</b>	<b>4</b>
1.1.1. Définition – Chiffres	4
1.1.2. L'entrée en institution	5
<b>1.2 LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD</b>	<b>6</b>
1.2.1. Le vieillissement chez la personne âgée	6
1.2.2. La population en EHPAD	7
<b>1.3 LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ</b>	<b>8</b>
1.3.1. Définition	8
1.3.2. Elaboration du Projet de Vie Individualisé	10
<b>1.4 L'OUTIL DE DIAGNOSTIC SPECIFIQUE AUX ERGOTHERAPEUTES : LE     MODEL OF HUMAN OCCUPATION SREENING TOOL (MOHOST)</b>	<b>12</b>
1.4.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (M.O.H)	12
1.4.2. Description et explication du MOHOST	14
1.4.3. Utilisation du MOHOST auprès des personnes âgées	16
1.4.4. Utilisation de l'outil en stage pré-professionnel: apports et bénéfices	17
<b>PARTIE 2 : RECHERCHE DE L'ÉTUDE</b>	<b>19</b>
<b>2.1 HISTORIQUE</b>	<b>19</b>
<b>2.2 PRESENTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI</b>	<b>20</b>
<b>2.3 CONTEXTE DE L'ETUDE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS</b>	<b>20</b>
<b>2.4 COLLECTE DES DONNEES ET DEROULEMENT DE L'ETUDE</b>	<b>21</b>
<b>2.5 ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>23</b>
2.5.1. Première consultation de la technique Delphi	23
2.5.2. Seconde consultation de la technique Delphi	25
2.5.3. Troisième consultation de la technique Delphi	26
2.5.4. Confrontation des résultats avec le MOHOST et le M.O.H	27
<b>2.6 BIAIS DE L'ETUDE</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>42</b>

# INTRODUCTION

---

Au cours de ma formation d'ergothérapeute j'ai été amenée à me questionner sur ma future pratique professionnelle ainsi que sur la place de l'ergothérapie dans un domaine particulier comme le secteur de la gériatrie.

Avant toute chose, il était difficile pour moi de situer l'ergothérapie dans une structure comme un EHPAD, de comprendre l'intérêt et l'apport d'une profession comme celle-ci auprès de personnes âgées institutionnalisées ainsi que la place que l'ergothérapeute pouvait avoir dans une équipe pluridisciplinaire.

De plus, mes aprioris que je pouvais avoir sur la « personne âgée » ne facilitaient en rien ma volonté de comprendre l'exercice de l'ergothérapeute auprès de ces personnes.

C'est lors de mon stage de deuxième année en EHPAD que j'ai pu lever les barrières et les réticences face au secteur de la gériatrie et apercevoir le rôle et l'impact du métier d'ergothérapeute.

Au cours de ce stage, je me suis rendue compte du vieillissement important de la population, de l'allongement de l'espérance de vie et du déclin de l'autonomie, plus ou moins rapide chez les personnes âgées, causé par des pathologies ou par le vieillissement dit « normal ».

En parallèle, le nombre de personnes âgées qui entrent en institutions ne cesse de croître au fil des années (maison de retraite, EHPAD, ...) pour plusieurs raisons (décision familiale, déclin des capacités entraînant une perte d'autonomie et autres). Des moyens sont développés et mis en œuvre pour la prise en charge de ces personnes pour maintenir et favoriser un équilibre de vie et une certaine autonomie au quotidien. Notamment avec l'intervention de divers professionnels de santé comme les ergothérapeutes qui sont des ambassadeurs du maintien de l'autonomie dans les activités de vie quotidiennes à travers différentes méthodes et/ou techniques.

Lors de mes expériences de stage, j'ai observé que l'état de « bien-être », de « flow » (Demontrond et Gaudreau, 2008), n'était pas toujours atteint par les résidents pour de multiples raisons : difficultés d'acceptation de l'institutionnalisation, « l'ennui », isolement social, le retrait dans les activités du fait d'une démotivation personnelle, l'avancée de la maladie altérant certaines fonctions, et d'autres.

Pour favoriser un équilibre de vie et un bien-être au sein de la structure, l'ensemble des intervenants de la structure veille à ce que cet objectif soit atteint à travers la mise en place de « Projets de Vie Individualisés » comprenant un projet de soin pour le résident.

La découverte des « Projets de Vie Individualisés » dans ces structures m'a amenée à me questionner sur la place de l'ergothérapeute au sein de ces projets, et notamment sur la façon dont-il peut intervenir, de manière plus ponctuelle, en y apportant sa vision professionnelle en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Pour cela, la réflexion autour de l'utilisation d'un outil de diagnostic spécifique aux ergothérapeutes comme le « MOHOST » dans la conception des « Projets de Vie Individualisés » m'a semblé intéressante, puisque celui-ci cherche à comprendre les facilitateurs et/ou les obstacles que peut rencontrer une personne à réaliser et à s'engager dans une activité. En effet, une personne qu'elle soit âgée ou non présente un bien-être optimal lorsqu'elle réalise une tâche, une action, une activité, un travail, ...qui a du sens et un intérêt pour elle et dans laquelle elle se sent épanouie.

De nombreux critères sont à prendre en compte pour répondre de façon adéquate au projet de vie de la personne, chaque personne étant différente et ne présentant pas les mêmes besoins et/ou attentes. Certains critères peuvent influencer ou non l'état de bien-être de l'individu.

A la suite de ces différentes investigations, de nombreux questionnements sur les liens entre cet outil et le « Projet de Vie Individualisé » sont alors apparus :

**« Quels seraient la pertinence et l'intérêt de l'utilisation d'un outil comme le MOHOST auprès des personnes âgées en EHPAD ? »**

Ou encore

**« En quoi la synthèse des forces et des limites de la personne âgée en EHPAD et les propositions d'interventions du MOHOST renforcerait le Projet de Vie Individualisé ? »**

Afin d'apporter des réponses à ces questionnements, nous traiterons dans la partie théorique de tous les concepts décisifs à cette recherche. Nous expliciterons la notion d'EHPAD, puis de personnes âgées ainsi que la notion de « Projet de Vie Individualisé » et celle du MOHOST. Puis à partir de l'hypothèse obtenue à la suite des concepts théoriques, nous expliciterons la méthode utilisée qu'est la Technique Delphi.

Nous analyserons les données obtenues, puis nous discuterons autour des résultats en confrontant la partie théorique et la partie pratique.



# PARTIE 1 : CONCEPTS THÉORIQUES

---

## **1.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)**

### **1.1.1. Définition – Chiffres**

Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes correspond à « une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable » (EHPAD-fr.org). On parle aussi de « maisons de retraites médicalisées ». L'apparition des premières « maisons de retraite » date des années 60. Elles étaient destinées à accueillir des personnes dites « valides » après une cessation d'activité professionnelle, des personnes se retrouvant veuves du jour au lendemain ou encore des personnes âgées abandonnées et/ou ne pouvant plus vivre dans le logement familial comme avant. Petit à petit, au fil des années avec l'avancée en âge des personnes âgées et le déclin des capacités fonctionnelles chez certaines personnes déjà présentes ou non en institution, la question de la mise en place d'un secteur médical dans ces maisons s'est avéré nécessaire. Ce qui explique aujourd'hui le changement d'appellation de maison de retraite à EHPAD.

Ces structures permettent donc aujourd'hui d'accueillir des personnes âgées dépendantes, en perte d'autonomie causé par un déclin des capacités fonctionnelles que ce soit suite à des pathologies liées à l'âge et au vieillissement (incontinence, hypertension artérielle, déclin des fonctions cognitives, ...) et/ou des pathologies plutôt d'ordre psychiatrique (démences, états dépressifs, ...).

Cette dépendance est évaluée à l'entrée en maison de retraite via la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui permet d'évaluer l'autonomie de la personne et donc de la classer selon différents niveaux (GIR 1 : dépendance la plus totale à GIR 6: autonomie la plus totale).

Ces structures accueillent généralement entre 50 et 120 résidents, à l'exception des petites structures qui peuvent accueillir seulement jusqu'à 25 résidents. L'accompagnement et la prise en charge de la personne dans ces structures est complète (soins médicaux, prise en charge totale des actes du quotidien) (gouv, Janvier 2015).

Actuellement dans le monde (OMS, Février 2018), on recense 125 millions de personnes âgées de 80 ans et plus. En France, on comptabilise 15 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et parmi elles 8% sont dépendantes (Ministère des Solidarités et de la Santé, Mars 2018).

Fin 2016, 728 000 personnes fréquentaient ou vivaient dans une institution et parmi elles huit personnes sur dix étaient accueillies dans des EHPAD (Drees, Juillet 2017).

Selon l'INSEE, la population de plus de 65 ans va augmenter entre 2005 et 2050, soit une personne sur trois aurait plus de 60 ans en 2050. Plus précisément, les personnes âgées de 60 ans ou plus seraient au nombre de 22,3 millions en 2050 contre 12,6 millions en 2005.

Le nombre de places d'accueil dans les EHPAD n'a cessé de croître depuis une dizaine d'années, une augmentation due à un vieillissement de la population et à une hausse de l'espérance de vie de plus en plus longue. La prise en charge de ces personnes âgées dépendantes devient donc une préoccupation primordiale pour la société.

### **1.1.2 L'entrée en institution**

L'institutionnalisation des personnes âgées dépend des différents contextes de vie des individus. Certains font le choix d'entrer dans ces institutions dans le but de rechercher un environnement sécurisant, un accompagnement et une prise en charge totale leur permettant un maintien d'autonomie (ne plus avoir à gérer les tâches domestiques, ...) et surtout d'éviter un isolement social à domicile ayant pour conséquence dans certains cas un risque de dépression. Les causes de solitude et d'isolement sont nombreuses chez les personnes âgées : perte du conjoint, dissolution familiale, problèmes physiques et/ou cognitifs, éloignement géographique, problèmes économiques, ...

Pour d'autres, l'entrée en institution n'est plus vraiment un choix personnel à la suite à des difficultés liées au vieillissement (apparition de maladies, déclin fonctionnel, ...) ou encore à une perte d'autonomie empêchant la personne de rester à domicile.

A savoir que l'institutionnalisation pour ces personnes est généralement considérée comme une situation ou un événement douloureux et conduit à une « rupture totale » entre leur vie antérieure à domicile (habitudes de vie, rituels) et leur vie en institution.

Elle peut être causée par une difficulté à délaisser son domicile, à un choix non personnel à entrer en institution, à un choix des services sociaux, ... En effet, les raisons d'institutionnalisation peuvent être d'ordres familiales (incapacité de la famille à prendre en charge leur proche, épuisement de l'aidant principal ou encore un logement inadapté) ou encore d'ordre médical.

De même nous pouvons évoquer les termes de perte d'autonomie, d'impossibilité à subvenir à ses besoins et autres.

Généralement, une perte d'indépendance et un isolement entraînent une impossibilité à rester à domicile, d'où la nécessité d'entrer en institution.

Ainsi, dans certains cas le changement de situation peut être l'objet d'un déclin de la personne âgée qui peut entraîner des situations de stress et de dépression voir même des troubles du comportement.

L'entrée en institution est très souvent peu souhaitée, elle est plutôt considérée comme un événement éprouvant pour la personne et son entourage.

Elle peut se caractériser comme un choc affectif et émotionnel et déclencher des situations de stress et d'angoisse.

## **1.2 LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD**

### **1.2.1 Le vieillissement chez la personne âgée**

Le vieillissement chez un individu est quelque chose d'inévitable. Cependant, l'espérance de vie n'a cessé de s'accroître au XXe siècle, ce qui a un impact direct sur notre société. Les besoins pour ces personnes âgées vont être de plus en plus importants : accès aux soins, entrée en institutions, le développement des services d'aide pour les personnes âgées.

Selon l'OMS, « Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.

Mais ces changements ne sont pas linéaires, ne répondent pas à une logique claire et n'ont que peu de rapport avec l'âge de la personne en années. Alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aide. ».

On distingue deux types de vieillissement :

- le vieillissement dit « normal » ou « physiologique » : il correspond aux modifications des structures et des fonctions anatomiques qui sont causées par l'avancée en âge de la

personne (vieillessement de la peau, diminution de la force musculaire, diminution de la vue, diminution de la mémoire et autres).

- le vieillissement dit « pathologique » : il correspond quant à lui à une altération des fonctions physiques et cognitives d’une personne qui sont causées par une apparition d’une pathologie (exemples : maladie de Parkinson, maladie d’Alzheimer et autres). On évoque aussi le terme de démence qui peut se manifester suite à la pathologie dont est atteinte la personne âgée. A savoir qu’il existe différentes formes de démence : démence sénile, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale ou encore la maladie Alzheimer.

Les démences peuvent s’exprimer à différents stades chez les individus avec une expression plus ou moins importante des symptômes en fonction de l’avancée de la maladie. On relève 5% à 8% des personnes âgées de 60 ans qui seraient atteints d’une démence dans le monde (OMS, décembre 2017).

Le vieillissement pathologique peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des personnes âgées : diminution des capacités de performance et du rendement dans la réalisation d’activités de la vie quotidienne, isolement social et dépression.

### **1.2.2 La population en EHPAD**

Selon l’HAS et l’Inserm, la notion de « personnes âgées » peut se subdiviser en 3 catégories :

- les personnes âgées dites « actives » ou en « bonne santé »
- les personnes âgées dites « fragiles » ou « vulnérables »
- les personnes âgées dites « dépendantes » ou « démentes »

Il est parfois nécessaire de proposer un placement en établissement m edicalis e du fait que le maintien à domicile soit incompatible avec l’autonomie du sujet âgé et donc n’est plus envisageable. Selon une étude sur les EHPAD de France, on recense en moyenne 55% des résidents présentant une forte dépendance : GIR 1 ; GIR 2 (CNSA, 2017).

En majorité dans ces établissements, les personnes âgées sont au moins atteintes d’une ou plusieurs pathologies somatiques ou psychiques.

Les pathologies prévalentes en EHPAD (Drees, 2006) pour les personnes âgées institutionnalisées sont :

- maladies neuropsychiatriques (Parkinson, Alzheimer, ...)
- maladies cardiovasculaires

- maladies broncho-pulmonaires (insuffisances respiratoires, ...)
- maladies dermatologiques (escarres, ulcères,...)
- maladies ostéoarticulaires
- maladies endocriniennes (diabète,...)
- maladies cancérologiques
- maladies uro-néphrologiques (insuffisance rénale, incontinences, ...)
- autres (pathologies liées à la vision, audition, ...)

En EHPAD, il existe un outil qui tient compte des données précédemment citées : vieillissement, dépendance, état psychique, état somatique, ... de la personne âgée à son entrée à l'EHPAD.

Le Projet de Vie Individualisé (P.V.I) permet de partager toutes les informations entre professionnels concernant le résident, plus généralement il fait état de la « vie de la personne » dans l'institution.

Il a pour but de favoriser la qualité de vie de la personne âgée dans la structure en prenant en compte ses besoins et ses attentes, ceux de son entourage et des professionnels de santé agissant au plus près de la personne.

Cet outil recense donc toutes les données nécessaires pour favoriser un bien-être de la personne au sein de l'institution.

## **1.3 LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ**

### **1.3.1 Définition**

Depuis la loi de 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médico-sociale, chaque individu doit pouvoir bénéficier « du droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé ».

Cette loi se caractérise par cinq orientations principales et à travers celles-ci, la personne et son entourage doivent pouvoir « être associés à la conception et la mise en œuvre du projet avec plusieurs caractéristiques :

- Respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne,
- Le libre choix entre un accompagnement à domicile ou en établissement
- Un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé,

- La confidentialité des données concernant l'utilisateur,
- Un accès à l'information,
- Une information sur ses droits fondamentaux et les voies de recours possibles,
- Une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement. » (ADAPEI 41)

Aujourd'hui, différentes appellations sont utilisées pour évoquer ce terme "d'accompagnement" : « Projet de Vie Personnalisé » (P.V.P) ; « Projet de Vie Individualisé » (P.V.I) ; « Plan d'accompagnement individualisé ». En fonction de la structure l'appellation peut donc changer mais l'objectif reste le même.

« Le projet personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie » (ANESM, 2018), il offre un suivi et un accompagnement des plus personnalisés pour la personne.

L'élaboration d'un Projet de Vie pour toutes personnes institutionnalisées est devenue obligatoire depuis la loi du 11 Février 2005. Il s'appuie sur la Charte des Droits et des Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Il doit être réalisé pour un nouvel arrivant dans les 3 premiers mois ou au plus tard dans les 6 mois suivant son admission, et renouveler une fois par an a minima (HAS, 2018). Bien évidemment, ce projet n'est pas fixé dans le temps, au contraire il est adaptable et ré-actualisable en fonction de l'avancée de la maladie de la personne, des ajustements peuvent donc être faits au cours du temps.

Selon l'HAS, le projet personnalisé :

- « témoigne explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne (et/ou de son représentant légal);
- induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de l'établissement et les désirs du résident ;
- permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical;
- tient compte du parcours de vie, du parcours de soins, du parcours d'accompagnement de la personne:
  - en amont de l'accueil,
  - tout au long de l'accueil,
  - lorsque l'accueil arrive à son terme, quelle qu'en soit la raison ;
- associe selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accompagnée (et/ou de son représentant légal) et les proches ».

### **1.3.2 Elaboration du Projet de Vie Individualisé**

Le P.V.I consiste en la rédaction d'un écrit par une équipe pluridisciplinaire : cette équipe est composée de toutes les personnes en contact direct avec la personne âgée (AS, médecin, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, ASH, ...).

Au cours de cette réunion regroupant les professionnels, la personne concernée peut choisir de participer ou non à l'élaboration du projet en présence d'une personne ressource (entourage, amis, famille) qui sera déterminée et marquée dans le P.V.I. A travers ces échanges, se déterminent les objectifs et les moyens individualisés et personnels mis en œuvre pour chaque résident afin d'améliorer sa qualité de vie et son autonomie, tout en prenant en compte les informations apportées par la structure et par les professionnels en contact direct avec la personne concernée.

Pour cela, les professionnels adaptent et modifient leur posture et leur façon de faire en fonction de la personne qu'elles rencontrent puisque chaque personne possède une histoire de vie et un vécu différent.

L'élaboration de ce projet de vie favorise l'échange pluridisciplinaire entre les différents professionnels de santé et permet de valoriser et de reconnaître l'implication des intervenants à travers leurs observations.

Ce projet traite de deux dimensions essentielles pour la personne, la dimension se référant à la qualité de vie et plus précisément le « projet de vie » : habitudes de vie ; rôles sociaux ; centres d'intérêts ; l'histoire de vie ; attentes et besoins du résident et l'autre dimension correspondant au volet soins : on parle ici de « projet de soins » (évaluation gériatrique standardisée de la personne, besoins en terme de soins, objectifs thérapeutiques, prise de médicaments, ...). Ces deux volets sont indissociables et sont essentiels à aborder et à traiter dans l'élaboration de ce projet. En amont, à l'entrée du résident, ses habiletés motrices, procédurales et cognitives auront été évaluées afin d'obtenir un premier aperçu des capacités et incapacités présentes chez la personne ainsi que de son niveau de dépendance.

La priorité est de faire en sorte que la personne âgée soit actrice de son projet et qu'elle énonce clairement et explicitement ses attentes et ses besoins personnels. Il est important que la personne âgée puisse participer activement à l'élaboration de son projet afin que celui-ci corresponde à son projet de vie par rapport à ses habitudes de vie antérieures, ses activités de loisirs, ...

Pour faciliter cette participation, il est nécessaire d'évaluer les capacités cognitives et langagières de la personne et de mettre en place des moyens de compensation pour lui permettre

un accès de communication et d'échange avec les autres personnes participant au projet et ainsi faciliter et simplifier la compréhension.

Il contient donc une synthèse de l'histoire de la personne (anamnèse, biographie, habitudes de vie, ...) et des objectifs clairement explicités avec un plan d'action à mener pour tenter de les respecter.

Ainsi, la conception du P.V.I est le résultat d'une co-construction entre les différents acteurs, les professionnels, l'aidant et la personne concernée pour aboutir à la mise en place d'un projet thérapeutique et d'un plan d'action qui soient cohérents et adaptés au résident afin de maintenir son autonomie et une forme de bien-être physique, psychique et sociale au sein de la structure. Les professionnels vont donc s'appuyer sur ce document afin d'adopter et d'adapter leur position en fonction de la personne qu'elles accompagnent.

Les professionnels accompagnant ces résidents sont donc nombreux dans ce type de structure : aides-soignantes, infirmières, agents des services hospitaliers, ergothérapeutes et bien d'autres, chacun possédant des missions spécifiques à leurs compétences mais travaillant en perpétuelle collaboration pour améliorer la qualité de vie et de soins de la personne.

Dans ce travail, nous nous focaliserons sur le rôle de l'ergothérapeute au sein des EHPAD qui accompagne au plus près la personne âgée selon ses besoins. Il peut tout aussi bien intervenir sur le versant cognitif (troubles cognitifs) que sur le versant moteur (altération des fonctions motrices). Au sein des EHPAD, l'ergothérapeute agit sur les positionnements (positionnement au lit et/ou au fauteuil roulant) et les transferts, il travaille sur la prévention des risques de chutes et sur la préconisation d'aides techniques si nécessaire. Il travaille en collaboration avec les autres professionnels de santé notamment sur le versant de la manutention, il montre les bons gestes à adopter pour limiter les risques de troubles musculaires squelettiques (TMS).

Son objectif premier est de maintenir ou de restaurer un niveau d'autonomie d'une personne dans ses activités de vie quotidienne à travers la mise en place d'actions de rééducations, de réadaptations et de préventions.

Il existe un outil spécifique aux ergothérapeutes : le MOHOST qui permet d'avoir une vision globale de la personne (habitudes de vie, habiletés, relations sociales et liens avec l'environnement) et qui permet d'établir par la suite des objectifs significatifs et centrés sur la personne et sur ses occupations.



Il aborde différents items à travers des concepts tels que : l'environnement facilitant ou limitant la réalisation de ses occupations, la motivation du résident dans ses occupations ainsi que ses habiletés de communication qui semblent importantes dans ce genre d'institution.

Les items utilisés dans le MOHOST pourraient se rapprocher de ceux évoqués lors des P.V.I qui sont centrés sur la personne. Ainsi, il serait intéressant de mettre en corrélation ces deux outils afin d'évaluer l'intérêt et la pertinence de la mise en place du MOHOST dans des structures médicalisées comme les EHPAD.

## **1.4 L'OUTIL DE DIAGNOSTIC SPECIFIQUE AUX ERGOTHERAPEUTES : LE MODEL OF HUMAN OCCUPATION SREENING TOOL (MOHOST)**

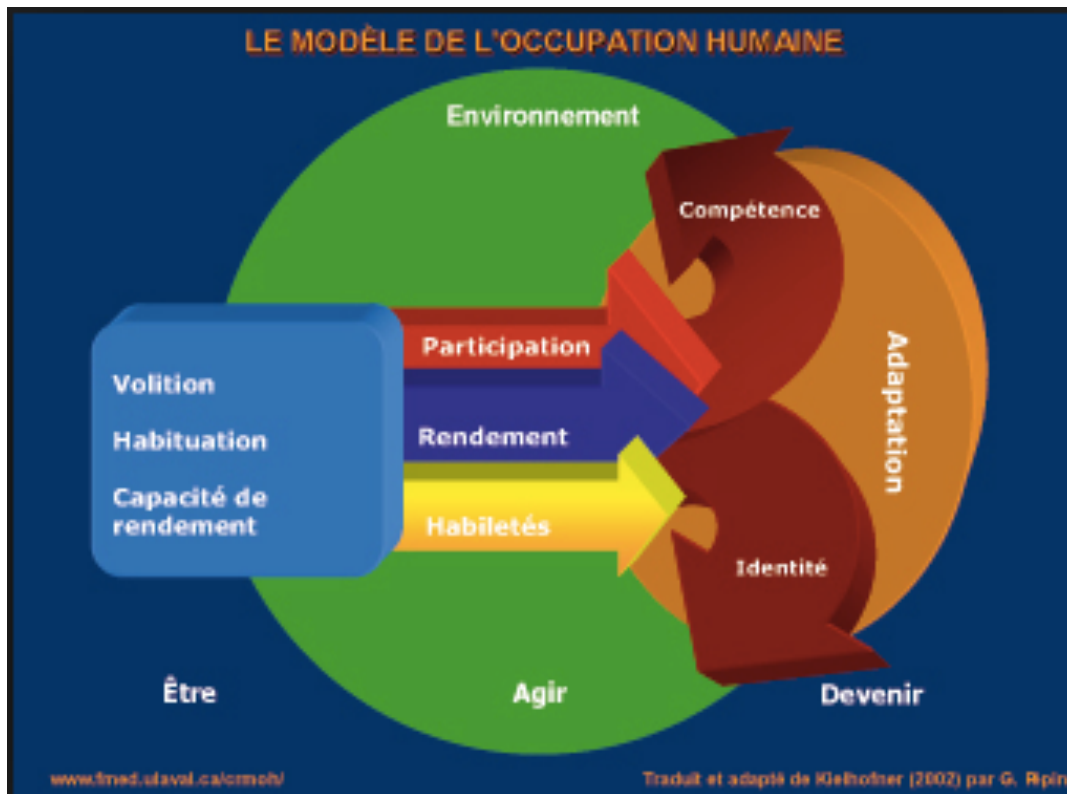
### **1.4.1 Le Modèle de l'Occupation Humaine (M.O.H)**

Le Modèle de l'Occupation Humaine est un modèle conceptuel spécifique aux ergothérapeutes, centré sur l'individu et sur ses occupations. Il est issu des travaux de Gary Kielhofner, sa dernière révision date de 2008.

« Il permet de structurer le recueil de données sur le patient et de comprendre quelles sont ses forces et ses faiblesses et quels sont leurs impacts sur sa participation occupationnelle (sur son engagement dans l'activité) » (Parkinson et al, 2016). L'utilisation de ce modèle guide les ergothérapeutes à comprendre les difficultés d'engagement occupationnel que peuvent rencontrer les personnes et il permet d'élaborer le plan d'intervention et d'orienter le projet de soin en fonction de la personne (Ducouso Lacaze, Duverneuil, Houdent, Lebranchu et Mignet, 2016).

Le terme « d'Occupation Humaine » (activités de loisirs, activités professionnelles, activités quotidiennes) est au cœur de ce modèle car il permet de façonner et de construire l'identité propre d'une personne en prenant en compte différents contextes : temporels et spatiaux.

Il précise que l'individu se trouve dans état de bien-être et de « flow » lorsque celui-ci est pleinement engagé dans une activité, c'est-à-dire que la personne est totalement investie et motivée à la réalisation de l'activité porteuse de sens pour elle.



### Schéma 1 : le Modèle de l'Occupation Humaine (le MOH)

Selon ce modèle, la personne se subdivise en 3 états :

- l'Être qui est constitué de la Volition, de l'Habituation et des Capacités de performance,
- l'Agir qui se compose de la Participation occupationnelle, de la Performance occupationnelle et des Habiletés
- le Devenir qui lui est composé de l'Identité occupationnelle, de la Compétence occupationnelle et de l'Adaptation occupationnelle. (Parkinson et al, 2016).

Chacun de ces termes va être explicité brièvement afin d'en comprendre le sens.

Concernant l'**Être**, le terme de volition équivaut à la motivation d'une personne à réaliser et à s'engager dans une activité selon plusieurs critères (les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts). La notion d'Habituation fait ici référence à « l'expression de modèles internalisés de comportements constants guidés par nos habitudes et nos rôles au sein de caractéristiques environnementales, temporelles, physiques et sociales familiales. » (Mignet, 2016). La notion de capacités de performance correspond aux facultés d'une personne à réaliser une activité (capacités corporelles et capacités cognitives).

L'**Agir** fait référence aux actions que réalise une personne au cours d'une activité, on parle ici de participation occupationnelle ou d'engagement dans des activités souhaitées et/ou fondamentales pour elle. La performance occupationnelle fait l'objet des nombreuses actions effectuées permettant de favoriser la participation occupationnelle et les habiletés

correspondent aux actions qui sont observables et qui inspirent à un but (habiletés motrices, habiletés procédurales et habiletés de communication et d'interaction).

Ainsi le **Devenir** correspond à la réalisation de nombreuses occupations (expériences et vécus par rapports à elles) vont alors aboutir à une identité occupationnelle (connaissance personnelle pour réaliser des activités significatives), à des compétences occupationnelles (aptitudes permettant de mettre en place l'identité occupationnelle) ou encore à une adaptabilité occupationnelle, c'est-à-dire la capacité à répondre à de nouvelles occupations et/ou situations du fait d'une identité occupationnelle et de compétences occupationnelles permettant d'y répondre.

Tous ces concepts permettent de comprendre le processus d'engagement d'une personne dans une occupation en prenant en compte l'aspect environnemental (physique et/ou social) qui intervient en tant que facilitateur ou en tant que contrainte dans ce processus.

De nombreux outils d'évaluation du MOH existent et permettent de l'appliquer comme :

- OCAIRS (outil d'entrevue pour évaluer la participation et le rendement occupationnel),
- ACIS (grille d'évaluation des habiletés de communication et d'interactions),
- MOHOST
- Autres.

Dans cette étude, nous avons choisi de nous centrer sur l'utilisation du « Model of Human Occupation Screening Tool » (MOHOST) qui est l'un des outils de dépistage les plus complets du MOH. Il prend en compte tous les concepts du MOH ainsi que les ressources et/ou contraintes de l'environnement.

### **1.4.2 Description et explication du MOHOST**

Le MOHOST a été « élaboré en 2001 par un groupe d'ergothérapeutes de Grande-Bretagne, et modifié en 2006 ». Traduit en français en 2017 par Gladys Mignet.

Il permet d'établir une synthèse des forces et des limites influençant la participation occupationnelle d'une personne. En effet, le MOHOST contribue à l'analyse des rapports que les individus entretiennent à leurs occupations ainsi qu'à l'environnement physique et social. Il est l'un des seuls outils de dépistage à regrouper tous les concepts du MOH.

Il est centré sur les occupations des personnes et il cherche à comprendre l'engagement ou le non-engagement des personnes dans celles-ci. En réalité, selon Kielhofner, une personne façonne son identité occupationnelle à travers les activités qu'elle réalise, qu'elles soient plutôt orientées dans des activités de vie quotidiennes (soins personnels, tâches ménagères, ...) et/ou

dans des activités professionnelles ou de loisirs (Morel-Bracq, 2017). C'est en effectuant des activités signifiantes et significatives pour elle, que sa satisfaction et son équilibre de vie sont atteints de manière positive, on parle alors de « flow », qui correspond à l'état de bien-être recherché par l'individu au cours de sa vie.

Le MOHOST cherche donc à percevoir les éléments agissant et influençant de façon positive ou négative la participation de la personne dans ses occupations.

Il est composé de 24 items qui sont regroupés en 6 sections (cf annexe 1) :

- Motivation face à l'occupation :
  - Évaluation de ses habiletés
  - Attente face aux réussites
  - Intérêt
  - Engagement
- Organisation et structure des occupations :
  - Routine
  - Capacité d'adaptation
  - Responsabilité
  - Rôles
- Habiletés de communication et d'interaction :
  - Habiletés non verbales
  - Conversation
  - Expression verbale
  - Relations
- Habiletés opératoires :
  - Connaissance
  - Planification
  - Organisation
  - Résolution de problème
- Habiletés motrices :
  - Posture et mobilité
  - Coordination
  - Force et effort
  - Energie
- Environnement :
  - Espace physique

- Ressources physiques
- Groupes sociaux
- Exigences occupationnelles

Il offre une vision holistique des individus à travers une approche client-centré, il vise à considérer la personne dans sa globalité et non pas seulement à travers son aspect symptomatologique ou pathologique. Le MOHOST possède l'avantage de pouvoir être utilisé auprès de toute population adulte possédant des habiletés de communications verbales ou non et il peut être utilisé dans toutes situations : observations, entretiens. Plus explicitement, une planification à l'avance n'est pas toujours nécessaire pour l'utiliser.

De nombreuses études ont montré un réel intérêt de l'utilisation du MOHOST (Kramer et al, 2009 ; Kielhofner et al., 2010 ; Fan, 2016) en ergothérapie dans le monde et en France auprès d'une population adulte diversifiée ainsi qu'une bonne validité, une bonne cohérence et une bonne fiabilité inter-juge.

### **1.4.3 Utilisation du MOHOST auprès des personnes âgées**

La majorité des études réalisées sur l'utilisation du MOHOST ont été faites auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques (Kramer, 2009 & Parkinson, 2010) et très peu auprès des personnes âgées.

L'intérêt de ces recherches sur l'utilisation de cet outil auprès des personnes âgées serait d'en observer l'utilité, la fiabilité et la pertinence de celui-ci auprès d'une population âgée institutionnalisée en EHPAD, plus précisément l'apport que pourrait avoir le MOHOST dans les Projets de Vie Personnalisé. Il offrirait la possibilité d'observer les facteurs altérant ou influençant la participation de la personne dans une activité signifiante et significative pour elle et d'orienter l'intervention thérapeutique en agissant directement sur ces facteurs.

De plus, il permettrait un suivi régulier de la personne avec un ajustement en fonction de l'évolution ou au contraire de sa détérioration dans certains domaines, avec l'importance d'un contact fréquent avec la personne pour qu'il y est une certaine cohérence des propos ou des observations recueillies.

Pour faire le lien avec ce qu'il a été dit plus haut, la fonction première de l'ergothérapeute est de favoriser l'autonomie des personnes et d'améliorer la qualité de vie de celles-ci en agissant directement sur des activités porteuses de sens pour la personne. Les nécessités et les besoins primordiaux pour ces personnes âgées institutionnalisées sont de maintenir un état de bien-être dans la structure, des rôles sociaux et la participation à des occupations qui lui sont importantes.

Pour cela, l'identification des facteurs (motivation, aspects physiques et cognitifs, ...) influençant ces activités sont à identifier par le thérapeute afin de pouvoir agir directement dessus pour améliorer sa qualité de vie, tout en prenant en compte l'environnement dans lequel vit la personne.

#### **1.4.4 Utilisation de l'outil en stage pré-professionnel: apports et bénéfices**

Dans mes précédents stages pré-professionnels, j'ai passé deux mois dans deux EHPAD dont le fonctionnement diffère. Ces divergences m'ont permis d'obtenir un panel d'informations assez riche sur le fonctionnement des EHPAD.

J'ai eu l'occasion de suivre deux résidents (monsieur X et madame V) tout au long de mon stage, en mettant en place avec eux le MOHOST. Ces deux résidents étaient chacun dans un des deux EHPAD, ce qui m'a aussi permis d'observer les distinctions et/ou corrélations qui existent entre ces deux établissements.

J'ai réalisé avec ces deux personnes des entretiens et des échanges formels grâce auxquels j'ai obtenu des informations sur leur histoire et sur leurs occupations, à travers des séances individuelles, des séances en groupe et lors de moments d'échanges avec les autres résidents et/ou professionnels de santé. De plus, l'un d'eux, Madame V, présentait un syndrome démentiel (maladie d'Alzheimer) et il était parfois difficile d'obtenir des informations formelles à travers des entretiens et/ou échanges, du fait d'une altération de ses fonctions cognitives et temporo-spatiales. Or, à l'aide du MOHOST j'ai tout de même pu recueillir des données sur cette résidente à travers des : observations dans des activités, observations à travers des ateliers, observations à travers des interactions avec d'autres résidents et/ou personnes extérieures, observations au cours de repas, recherches dans le dossier patient ou encore échanges avec d'autres professionnels.

La synthèse des forces et limites a pu être réalisée malgré les difficultés d'interactions rencontrées avec madame V. **Un des avantages du MOHOST est d'offrir la possibilité d'évaluer la personne, qu'elle présente des difficultés de communication ou non.**

Cet outil m'a permis d'avoir une vision globale de Monsieur X et Madame V à travers des domaines bien précis tels que : leurs capacités de communication, leurs habiletés motrices, leurs habiletés cognitives, leur environnement physique, matériel et social ainsi que leur motivation dans les activités/occupations réalisées.

**Un des avantages de l'utilisation du MOHOST est l'observation au cours de mise en situation en milieu écologique** qui permet de confronter le ressenti du résident à travers ce qu'il émet comme information à la réalité.

A la suite de ces recherches sur le MOHOST et sur le P.V.I, je me suis alors questionnée sur les liens qui pouvaient être faits entre ces deux outils. L'un étant utilisé et maîtrisé par les ergothérapeutes du fait d'une formation ou d'un apprentissage lors du cursus scolaire et l'autre étant un outil standard utilisable par tous les professionnels travaillant dans des EHPAD.

A travers les recherches bibliographiques et ces écrits, nous allons chercher à voir si les concepts-clés abordés dans le P.V.I selon les professionnels participant à ces réunions de synthèse peuvent être mis en concordance ou non avec les concepts utilisés dans le MOHOST. Mon hypothèse de recherche est :

**« Quelles sont les plus-values du MOHOST dans l'élaboration des objectifs lors du P.V.I centré sur la personne âgée en EHPAD et sur ses occupations ? »**

# PARTIE 2 : RECHERCHE DE L'ÉTUDE

---

## 2.1 HISTORIQUE

Nous avons vu précédemment que la majeure partie des études menées sur l'utilisation du MOHOST en ergothérapie, ont été faites en santé mentale. Ces recherches ont démontré l'intérêt et la pertinence de l'utilisation de cet outil par des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie.

De plus, on ne recense actuellement que très peu voire aucune étude sur l'utilisation et la mise en place du MOHOST dans le secteur de la gériatrie.

Récemment traduit en français par Gladys Mignet, le MOHOST est aujourd'hui un outil très peu employé par les ergothérapeutes français. La question de sa « non utilisation » reste en suspens... est-ce dû à une méconnaissance de l'outil ? à une absence de formation concernant cet outil ?

Partant de ce constat, je vais chercher à démontrer pourquoi le MOHOST pourrait être un « outil utile en gériatrie » en l'associant au P.V.I.

Dans un premier temps, j'ai contacté par mail plusieurs ergothérapeutes de la région Occitanie travaillant dans différents domaines (gériatrie, pédiatrie, psychiatrie ou encore en libéral). Le but de cette première approche était d'avoir un aperçu de l'utilisation du MOHOST dans les services. A la suite des quelques réponses obtenues des professionnels, j'ai relevé une non-utilisation suite à une méconnaissance de l'outil et/ou à une inutilité de la mise en place dans le service.

J'ai recensé un mémoire de fin d'étude (Duverneuil et Houdent, Juin 2015) réalisé par deux étudiantes d'ergothérapie, traitant de l'utilisation du MOHOST dans la pratique en ergothérapie de manière générale, non spécifique à un secteur.

A partir de cet écrit, j'ai tenté de faire un lien entre le secteur de la gériatrie et le MOHOST.

Je me suis interrogée sur « la façon dont le MOHOST pouvait être mis en place dans des structures pour personnes âgées, comme des EHPAD », « quel pourrait être l'intérêt de la mise en place du MOHOST dans la constitution du Projet de Vie Individualisé des résidents ? » ou encore « quels pourraient être ses apports et/ou plus-values ? ».



Pour cela, j'ai choisi de mener une "enquête" en utilisant la technique Delphi auprès de professionnels de santé participant au P.V.I de personnes âgées institutionnalisées en EHPAD dans le but de confirmer ou d'infirmer l'intérêt et la plus-value que le MOHOST pourrait apporter à ces projets.

## **2.2 PRESENTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI**

La méthode Delphi est « une méthode qui vise précisément à l'obtention d'un consensus à partir de jugements d'experts » (Caire, 2016). Elle cherche à obtenir un ou plusieurs avis sur des concepts et/ou notions à travers des questionnaires envoyés aux personnes répondant aux critères d'inclusion pour l'enquête.

Cette étude est réalisée dans un respect total de l'individu par un anonymat des réponses. La collecte d'informations est réalisée à travers au minimum 3 tours dans lesquels des questionnaires sont envoyés aux personnes ainsi qu'un calendrier prévisionnel des différentes dates d'envoi et des dates limites de réception des réponses.

Les professionnels qui acceptent de participer à l'étude s'engagent à participer aux trois étapes de cette recherche.

Cette technique se déroule en quatre étapes (Bourrée, Michel et Salmi, 2008):

- « la formulation d'un problème,
- le choix des experts,
- l'élaboration du questionnaire
- l'administration du questionnaire et l'analyse des résultats. »

Dans un premier temps, les participants vont répondre à une question ouverte qui va permettre de relever les éléments en lien avec l'objectif de l'étude. A la suite de cette question, ces éléments seront classés et priorisés afin d'aboutir à un consensus.

## **2.3 CONTEXTE DE L'ETUDE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS**

Pour avoir une variété d'opinion, j'ai choisi d'interroger plusieurs types de professionnels, tous utilisant le P.V.I.

Douze professionnels provenant de plusieurs EHPAD d'Occitanie ont participé à mon étude :

- deux Psychologues

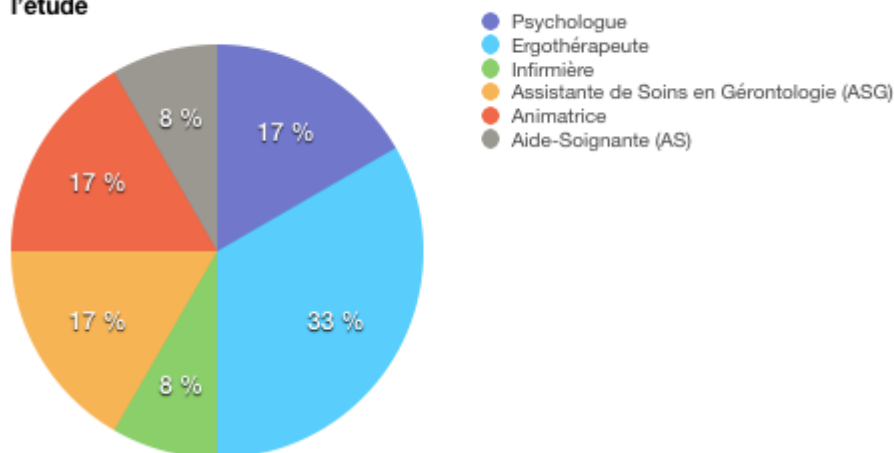
- une Aide-Soignante (AS)
- deux Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG)
- quatre Ergothérapeutes
- une Infirmière
- deux Animatrices.

Pour effectuer le recrutement, j'ai contacté sept d'entre eux par mail en leur demandant leur accord de participation et en expliquant l'objet de mon étude.

Les cinq autres professionnels ont été recrutés grâce à un réseau de connaissances acquis lors de mes stages pré-professionnels. Je leur avais explicité ma recherche oralement et je les ai alors contactés par mail via le logiciel de communication utilisé dans la structure.

Le nombre de participants au minimum visés était de 10 et le seul critère d'inclusion pour cette recherche était que le participant devait être un professionnel de santé participant au P.V.I d'un EHPAD.

**Graphique 1: Pourcentage des professionnels participants à l'étude**



## **2.4 COLLECTE DES DONNEES ET DEROULEMENT DE L'ETUDE**

Tout d'abord, lors de la création du premier Google Form pour le tour numéro 1, celui-ci a été testé et envoyé à l'une des formatrices de l'IFE de Toulouse afin de pouvoir y apporter des modifications si nécessaires. A la suite de cet essai, un Google Form a été élaboré et envoyé aux professionnels pour chacun des tours, soit trois Google Form au total. Les professionnels

participants à l'étude avaient un délai de 10 jours pour répondre à chaque Google Form. L'étude a débuté le 30 Avril et elle s'est terminée le vendredi 07 Juin. Lors de l'envoi du premier questionnaire, le déroulé de l'étude et les dates limites de renvoi des questionnaires étaient fournies. Pour chaque tour, la date limite était fixée et annoncée dans le mail et rappelée dans le descriptif du Google Form.

Trois tours ont été nécessaires pour atteindre un consensus vis-à-vis de la question de départ : « Selon vous, quels sont les éléments importants à aborder lors d'un P.V.I ? ».

Dans la première étape, le Google Form (cf. annexe 2) envoyé aux professionnels contient un descriptif expliquant le but et l'intérêt de cette recherche et la question ouverte à laquelle ils devaient répondre.

Le terme « d'éléments » a été explicité afin d'en préciser la question. Les participants avaient une limite de 6 à 7 concepts à faire ressortir afin que ces concepts soient ceux qui leur semblent les plus pertinents et les plus importants. Chacun de ces concepts a été numéroté et présenté de façon aléatoire aux participants lors de la deuxième consultation.

Lors du second tour de l'étude, les réponses obtenues lors du premier envoi ont été réceptionnées et une analyse des réponses a été effectuée. Un recensement de 15 notions a eu lieu à la suite des éléments envoyés par les professionnels. Chacun des concepts a été traité et a fait l'objet d'une reformulation ou non sous forme d'affirmation. Ils étaient présentés de façon aléatoire et non pas par thématique.

Dans cette étape, les participants devaient évaluer le niveau d'importance de chacune des notions via une échelle de Linkert à cinq points : 1 pour « pas important », 2 pour « un peu important », 3 pour « important », 4 pour « très important » et 5 pour « extrêmement important ». Le choix de l'utilisation d'une échelle de Linkert à cinq niveaux d'importance est très souvent utilisé dans les études et recherches (Caire, 2015).

Une question ouverte à la fin du questionnaire permettait aux participants de compléter ou non le formulaire avec l'ajout en complément de notions et de concepts.

Dans ce troisième et dernier tour de l'étude, onze concepts parmi les quinze ont été présentés aux participants afin d'obtenir un consensus de ces résultats.

Les notions conservées sont celles qui ont été acceptées par plus de 80% des participants.

Le but de cette ultime étape est de répondre par OUI ou par NON à chacune des notions pour affirmer ou infirmer leur désaccord quant aux notions importantes qui ont été retenues pour l'élaboration du Projet de Vie Individualisé.

## 2.5 ANALYSE DES RESULTATS

Dans cette partie, nous abordons les résultats obtenus lors des trois consultations faites auprès des professionnels.

### 2.5.1 Première consultation de la technique Delphi

Lors de ce premier tour, les participants devaient répondre à une question ouverte : « Selon vous, quels sont les éléments importants à aborder lors d'un P.V.I? ».

Les douze professionnels qui ont accepté de participer à l'étude ont répondu à cette première question.

Dès la première lecture des réponses obtenues, on observe des convergences d'items.

A la suite, la méthode de catégorisation a été utilisée pour classer les 21 concepts apportés par les professionnels, les éléments présentant des similitudes et proches en sens ont été regroupés entre eux, de façon quantitative c'est-à-dire que, selon leur fréquence d'apparition, ils ont été classés et reformulés pour proposer un seul énoncé.

Tous les concepts réceptionnés sont présentés ci-dessous :

Catégorie	Eléments énoncés par les professionnels
Eléments en lien avec la partie soin de la personne:	<ul style="list-style-type: none"><li>- ANTCD médicaux (8%)</li><li>- Traitements (8%)</li><li>- Contention (8%)</li><li>- Etat de santé et de soin de la personne (17%)</li></ul>
Eléments en lien avec la partie environnement (physique et social) de la personne:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chambre du résident (8%)</li><li>- Environnement (8%)</li><li>- Famille et amis (42%)</li></ul>
Eléments en lien avec la partie aspiration de la personne:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Choix de la personne (8%)</li><li>- Besoins du résident (17%)</li><li>- Goûts et Dégoûts alimentaires (17%)</li><li>- Intérêts et hobbies de la personne (25%)</li><li>- Souhaits et demandes du résident (25%)</li><li>- Projets et envies de la personne en EHPAD (33%)</li></ul>
Eléments en lien avec la partie personnelle de la personne:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Compétences de la personne (8%)</li><li>- Activités de vie quotidiennes (17%)</li><li>- Bien-être en EHPAD (25%)</li><li>- Capacités/incapacités de la personne (25%)</li><li>- Autonomie du résident (33%)</li><li>- Vie antérieure et vécu de la personne (33%)</li><li>- Histoire de vie de la personne (33%)</li><li>- Habitudes de vie et rituels du résident (67%)</li></ul>

*Tableau 1: Relevé et identification des concepts (Consultation 1)*

Un regroupement a parfois été fait pour rassembler les notions proches en sens, les notions retenues et utilisées pour le second tour de la méthode Delphi sont présentées ci-dessous :

<b>Thématiques</b>	<b>Concepts retenus après classement</b>
<b>Partie soin:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitements</li> <li>- Etat de santé du résident (pathologies, facteurs de risques, antécédents et autres)</li> <li>- Contention</li> </ul>
<b>Partie environnement:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement physique (chambre, institut)</li> <li>- Environnement social et familial (entourage, soignants, proches,...)</li> </ul>
<b>Partie aspirations de la personne:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projets et envies de la personne</li> <li>- Choix/souhaits du résident</li> <li>- Goûts et dégoûts alimentaires</li> <li>- Centre d'intérêts et loisirs</li> </ul>
<b>Partie personnelle:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histoire de vie du résident</li> <li>- Autonomie du résident</li> <li>- Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD</li> <li>- Capacités/Incapacités de la personne</li> <li>- Habitudes et rituels</li> <li>- Activités de vie quotidienne</li> </ul>

*Tableau 2: Concepts retenus après analyse et après reformulation (Consultation 1)*

Après examen de ces réponses, nous pouvons voir que certains éléments sont mis en évidence par les professionnels. La plupart des concepts développés par les professionnels correspondent à la « partie personnelle ». D'autres font partie de l'environnement (physique ou social) et d'autres mettent en avant la partie "aspiration" de la personne qui font des liens avec ses désirs et ses besoins.

## 2.5.2 Seconde consultation de la technique Delphi

Lors de cette seconde étape, onze professionnels ont répondu au questionnaire. On relève la perte d'un seul participant pour cette étape.

Les résultats ont été mis dans un tableau pour révéler les scores de chacun de ces concepts ainsi que leur pourcentage d'adhésion par les professionnels. Dans cette étape, seuls les résultats ayant obtenu un consensus de 80% ont été conservés.

Consensus	Concepts	Score
> 90% (4,5)	7) Choix/Souhaits du résident	4,73
	5) Projets et envies de la personne	4,64
	1) Histoire de vie du résident	4,55
> 85% (4,25)	2) Autonomie du résident	4,45
	8) Habitudes et rituels	4,45
	4) Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD	4,36
	6) Capacités/incapacités du résident	4,27
	15) Contention	4,27
> 80% (4)	13) Centre d'intérêts et loisirs	4,18
	14) Activités de vie quotidiennes	4,18
	12) Environnement social et familial (soignants, entourages, proches, ...)	4,10
> 75% (3,75)	11) Etat de santé (pathologies, facteurs de risques, antécédents et autres) du résident	3,91
	9) Environnement physique (chambre, institut)	3,82
> 70% (3,5)	10) Goûts et dégoûts alimentaires	3,73
	3) Traitements	3,55

*Tableau 3: Classement des items par consensus (consultation 2)*

Parmi les quinze concepts, onze d'entre eux ont obtenu un consensus à 80% :

- les concepts 12) *Environnement social et familial*, 13) *Centre d'intérêts et loisirs* et le concept 14) *Activités de vie quotidienne*.
- les concepts 2) *Autonomie du résident*, 4) *Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD*, 6) *Capacités/Incapacités du résident*, 8) *Habitudes et rituels* et le concept 15) *Contention*.
- les concepts 1) *Histoire de vie du résident*, 5) *projets et envies de la personne* et le concept 7) *Choix/souhaits du résident*.

Seul les concepts, 3) *Traitements*, 9) *Environnement physique*, 10) *Goûts et Dégoûts alimentaires* et 11) *État de santé* n'ont pas obtenu un consensus à 80%.

Parmi eux, les concepts 3) et 10) obtiennent un niveau de consensus entre 70% et 75%, ils font référence à la partie « aspiration » et à la partie « soin » de la personne.

Quant aux deux autres concepts 9) et 11), ceux-ci obtiennent un niveau de consensus entre 75% et 80% qui font eux références à la partie « environnement » et à la partie « soin » de la personne.

### **2.5.3 Troisième consultation de la technique Delphi**

Lors de cette ultime étape, dix professionnels sur douze ont répondu à ce questionnaire. Les réponses retenues sont celles présentant un consensus d'au moins 80%.

On relève que tous les concepts ont obtenu un score d'au moins 80% et plus précisément huit concepts sur onze ont obtenu 100% d'approbation par les professionnels et les trois derniers ont obtenu un consensus à 90%

Les concepts ayant obtenu 100% d'approbation par les professionnels sont :

- 1) *Histoire de vie du résident (100%)*,
- 2) *Autonomie du résident (100%)*,
- 3) *Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD (100%)*,
- 4) *Projets et envies de la personne (100%)*,
- 5) *Capacités/incapacités du résident (100%)*,
- 7) *Habitudes et rituels (100%)*,
- 8) *Environnement social et familial (100%)*,
- 10) *Activités de vie quotidiennes (100%)*.

Quant aux trois autres concepts ayant obtenu un score de 90%, ils concernent la partie aspiration (6) *Choix/souhaits du résident* et 9) *Centre d'intérêts et loisirs*) et la partie soin (11) *Contention*).

A travers ces résultats, on relève que la sphère « personnelle » (cf. tableau 2), est la plus approuvée et la plus conservée par les professionnels tout au long de l'étude. Chacun des concepts a été affirmé par les professionnels.

#### 2.5.4 Confrontation des résultats avec le MOHOST et le M.O.H

Suite aux différents résultats obtenus, nous pouvons faire des liens avec les concepts évoqués dans le MOHOST et ceux importants à évoquer lors des P.V.I selon les professionnels. Pour cela, un tableau présente certains éléments composants le MOHOST et ceux composants le P.V.I selon les professionnels.

<b>MOHOST</b>		<b>PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ</b>
MOTIVATION FACE À L'OCCUPATION		4) Projets et envies de la personne 6) Choix/souhais du résident 9) Centre d'intérêts et loisirs
ORGANISATION ET STRUCTURE DES OCCUPATIONS		1) Histoire de vie du résident 7) Habitudes et rituels 10) Activités de vie quotidienne
HABILETÉS DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION		5) Capacités/Incapacités du résident
HABILETÉS OPÉRATOIRES		
HABILETÉS MOTRICES		
ENVIRONNEMENT		8) Environnement social et familial

**Tableau 4:** Classement des concepts en lien avec le MOHOST

Nous pouvons déjà relever, que les concepts évoquant la sphère « personnelle » et « aspirations » sont les plus soulignés de ce troisième tour. En lien avec le M.O.H, ces sphères font du rapprochement avec les termes « d'Être » et d'« Agir ». On remarque aussi que la partie environnement (cf. schéma 1) présente dans le Modèle de l'Occupation Humaine est tout aussi importante à prendre en compte dans le Projet de Vie Individualisé selon les professionnels. Ici ils évoquent une des caractéristiques de l'environnement qui est le côté social (cellule familiale, cellule amicale).



## **2.6 BIAIS DE L'ETUDE**

Au cours de cette recherche, je me suis aperçue des avantages mais aussi des limites de l'utilisation de cette technique.

L'une des premières difficultés fut la prise de contact avec les professionnels de santé. Je me suis interrogée sur la façon dont j'allais les contacter et surtout la manière dont j'allais récolter leurs coordonnées (par mail ? autres ?). A l'aide de mes expériences de stage et de mes connaissances j'ai obtenu l'accord de 12 participants de la région Occitanie.

Pour élargir cette recherche et en obtenir des résultats encore plus conséquents, il serait intéressant de reproduire cette étude à l'échelle nationale et non pas uniquement régionale et pourquoi pas de réaliser deux études en parallèle sur le fonctionnement du projet de Vie Individualisé dans des EHPAD publics et des EHPAD privés.

De plus, la perte de 2 participants au cours des 2 derniers tours atteste de la non maîtrise de notre étude et de l'engagement des professionnels d'où l'importance d'avoir un plus grand nombre de professionnels afin d'obtenir un maximum de réponses et une perte moindre n'ayant pas de conséquence sur les résultats.

Enfin, l'utilisation d'une échelle de Likert à 4 points lors du second tour aurait pu être plus judicieuse afin de limiter le choix de l'option 3 par les participants, option qui peut induire les participants à la sélectionner lorsqu'ils ne sont pas certains de leur réponse ou qu'ils ont un doute. Une échelle à 4 points permettrait d'avoir des résultats plus précis.

# DISCUSSION

---

Pour une meilleure compréhension de l'interprétation des résultats, la problématique va être rappelée, celle-ci est :

**« Quelles sont les plus-values du MOHOST dans l'élaboration des objectifs lors du P.V.I centré sur la personne âgée en EHPAD et sur ses occupations ? ».**

A travers l'étude réalisée, nous cherchons à faire des liens ou non entre les éléments essentiels à aborder dans un P.V.I selon les professionnels et les concepts qui composent le MOHOST. De nombreuses ressemblances ont été relevées tout au long de l'étude, entre les concepts connus du MOHOST et ceux énoncés par les professionnels concernant le P.V.I.

Nous constatons dans un premier temps que les notions « *Autonomie du résident* » et « *Bien-être au sein de l'EHPAD* » sont deux des nombreuses notions à avoir été conservées et acceptées par les professionnels tout au long de l'étude.

En effet, ces deux termes sont très souvent employés et font référence aux capacités d'une personne à choisir de gérer sa vie par elle-même (capacité d'accepter, de refuser, de choisir, de décider) et donc de se sentir épanouie dans sa vie à travers un équilibre de vie influencés par ses besoins et ses attentes. Les participants à l'étude font donc référence à des notions abordées dans la partie théorique : les personnes institutionnalisées en EHPAD sont généralement en perte d'autonomie et l'institutionnalisation conduit parfois à des situations de mal-être, de perte d'intérêt et de motivation. C'est pourquoi, les P.V.I sont ici mis en place pour tenter de pallier à ces deux aspects à travers l'intervention de différents professionnels.

Par transposition, les concepts d'autonomie et de bien-être sont des thématiques essentielles en ergothérapie. Effectivement, l'ergothérapeute dans ses missions cherche à permettre à l'individu de maintenir ou de restaurer une certaine autonomie et un certain bien-être. C'est à travers des outils comme le MOHOST, à comprendre la raison d'un désengagement, une perte de motivation et une perte d'autonomie dans des activités porteuses de sens pour la personne qui entraînent une altération de son bien-être et de sa qualité de vie (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017).

Les différents concepts amenés par les professionnels font échos avec ceux du MOHOST (cf. tableau 4) avec un consensus supérieur à 80%. En effet, chacune des notions du second tour ont été approuvées et validées par les professionnels (8 concepts à 100% et 3 concepts à 90%).

Dans le Modèle de l'Occupation Humaine, un des concepts qui est souvent abordé est celui de l'Environnement qui peut prendre plusieurs formes (aspect social, aspect physique, aspect ressources). On retrouve aussi dans notre recherche, cette notion d'environnement social et familial qui est très souvent présente dans ce type de structure. L'apport du MOHOST autour de ce concept, permettrait d'étayer ce volet environnement à d'autres sous-caractéristiques qui peuvent le composer comme : l'espace physique que nous avons aussi retrouvé dans les concepts émis par les professionnels (cf. annexe 4 ; figure 9) ou encore l'aspect ressources (financières ou autres).

Or, il est intéressant aussi d'évoquer les concepts faisant référence à la sphère « aspiration » comme le concept « 6) Choix/souhaits du résident » qui a obtenu un score de 90% et qui se rapproche grandement de la partie « Motivation face à l'occupation » du MOHOST, puisque selon la théorie du « flow », la personne se sent bien lorsque toutes les composantes sont réunies pour répondre à son état de bien-être optimal : choix respectés, possibilité de réaliser l'activité qu'elle souhaite, prise en compte des besoins et des attentes, .... Probablement qu'avec un nombre de participants plus importants.

En définitive, on remarque de nombreuses similitudes entre les concepts apportés par les professionnels et ceux relevés dans le MOHOST. Chacune des sphères (cf. tableau 1) a été balayée au cours de l'étude, parmi elles seulement l'une d'entre elles a été complètement approuvée et conservée tout au long de l'étude : la sphère « personnelle » qui regroupe de nombreux concepts : autonomie (cf. annexe 6; figure 17), bien-être (cf. annexe 6; figure 18), histoire de vie (cf. annexe 6; figure 16), capacités/incapacités (cf. annexe 6; figure 20), habitudes et rituels (cf. annexe 6; figure 22) et enfin les activités de vie quotidienne (cf. annexe 6; figure 25) et qui font énormément de liens avec ceux du MOHOST (cf. tableau 4). Une seule nuance qui différencie les deux outils, est le terme « Occupation » que l'on retrouve très souvent dans le MOHOST ainsi que dans le champ de compétence de l'ergothérapeute. Très souvent abordé dans le MOHOST, mais très peu employé voir pas du tout dans les notions énoncées par les professionnels dans cette étude. Une question alors se pose, est-ce dû à un langage non commun de ce terme, ou bien à une absence de connaissance des professionnels sur cette notion « d'Occupation » ?

Finalement, l'ergothérapeute cherche à comprendre ce qui peut engendrer ou freiner la réalisation de quelque chose ayant une signification particulière pour la personne ayant un

impact direct sur sa qualité de vie, son bien-être et son sentiment de satisfaction dans sa vie personnelle à travers des outils comme le MOHOST. En parallèle, le P.V.I s'efforce à favoriser cet état de bien-être à travers des aspects importants pour la personne comme : ses habitudes de vie, ses activités de loisirs, ses intérêts, ... Or si l'une de ces sphères est entravée, la qualité de vie de la personne est perturbée. Ces deux outils cherchent donc à pallier à ces entraves en mettant la personne dans de bonnes conditions.

# CONCLUSION

---

Le Projet de Vie Individualisé et le MOHOST cherchent à favoriser un état de bien-être optimal pour la personne âgée ainsi qu'à répondre à cette difficulté qu'est la perte d'autonomie. Plus précisément, ces deux outils cherchent à guider notre intervention et notre prise en charge pour répondre de la meilleure façon possible aux besoins et aux attentes du résident en lui proposant d'être acteur de son projet de vie et de son projet de soin.

Ces outils ont donc pour objectif de faire un « état des lieux » de la personne sur différents volets afin de pouvoir utiliser ce support dans toute circonstance. Ils offrent tous les deux la possibilité d'une réévaluation en fonction de l'évolution ou de la dégradation de la personne, avec une fréquence de réévaluation plus accessible pour le MOHOST puisque celui-ci peut être utilisé sous forme de bilan et complété par l'ergothérapeute en collaboration avec les autres professionnels.

L'apport d'un outil comme le MOHOST influencerait de manière positive l'identité professionnelle des ergothérapeutes exerçant dans le secteur de la gériatrie, puisqu'il amènerait un domaine encore peu exploité dans les EHPAD : l'Occupation Humaine, qui influence la qualité de vie des individus et joue un rôle primordial dans l'élaboration du projet de vie et de soin de ceux-ci. Ainsi, le modèle ici utilisé (le MOH) à travers ses concepts « soutient notre identité professionnelle et peut donc faciliter la communication de nos actions et de notre métier » (« *Le modèle de l'occupation humaine : 3 exemples d'applications en gériatrie*, p 34-41).

Il serait intéressant de renouveler cette recherche sur le plan national et de préciser les concepts obtenus enfin d'en comprendre le sens caché, puisque ceux-ci peuvent être différents ou non d'un professionnel à un autre ou d'une structure à une autre. A cela s'ajoute aussi, la question de l'intégration d'un outil comme le MOHOST dans de telles structures.

Dans un premier temps, il pourrait être utilisé et mis en place par les futurs ergothérapeutes étant formés à cet outil et pourquoi pas complété par d'autres professionnels de santé qui seraient formés à leur tour à la compréhension du MOHOST.

Une question me vient à l'esprit, ne perdriions-nous pas notre identité et notre champ de compétence si cet outil était adopté par tous ?

La réflexion autour du rôle de l'ergothérapeute avec un outil comme celui-ci pourrait être envisagé dans l'élaboration des PVI ?

Cette étude permettrait d'ouvrir le champ des possibles sur une future utilisation d'un outil comme le MOHOST dans des structures comme les EHPAD ou du moins tout simplement auprès du secteur de la gériatrie.

# BIBLIOGRAPHIE

---

## ARTICLES :

Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L.R. (2008). Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 56, 415-423. Doi :10.1016/j.respe.2008.09.006

Caire, J.-M. (2016). Les différentes possibilités de la technique Delphi. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(1), 45-51. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n1.55>

Caire, J.-M. (2015). *Étude anthropo-systémique des conditions de maintien à domicile : dans le cas d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée*. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01272591>

Demontrond, P., & Gaudreau, P. (2008). Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. *STAPS*, 78, 9-21. <https://doi.org/10.3917/sta.079.0009>

Ducouso Lacaze, C., Duverneuil, N., Houdent, L., Lebranchu, D., & Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : trois exemples d'application en gériatrie. *ERGOTHERAPIES*, 62, 34-41.

Fan, C.-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., & Taylor, R. (2016). Examining changes in occupational participation in forensic patients using the Model of Human Occupation Screening Tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(12), 727-733. doi:10.1177/0308022616651644

Graff, M., Thijssen, M., Melick, M. V., & Verstraten, P. (2013). L'ergothérapie chez les personnes âgées atteintes de démence et leurs aidants. *De Boeck Supérieur*.

Hawes, D., & Houlder, D. (2010). Reflections on Using the Model of Human Occupation Screening Tool in a Joint Learning Disability Team. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 564-567. doi:10.4276/030802210x12892992239431

Kramer, J., Kielhofner, G., Lee, S. W., Ashpole, E., & Castle, L. (2009). Utility of the Model of Human Occupation Screening Tool for Detecting Client Change. *Occupational Therapy in Mental Health, 25*(2), 181–191. doi:10.1080/01642120902859261

Kielhofner, G., Fan, C.-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., ... Taylor, R. R. (2010). A Psychometric Study of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 20*(2), 63–70. doi:10.1016/s1569-1861(11)70005-5

Mignet, G. (2016). Evaluer la participation autrement : le MOHOST. *ERGOTHÉRAPIES, 61*, 17-26.

Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : s'appropriier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *ERGOTHÉRAPIES, 62*, 25-33.

Pan, A.-W., Fan, C.-W., Chung, L., Chen, T.-J., Kielhofner, G., Wu, M.-Y., & Chen, Y.-L. (2011). Examining the Validity of the Model of Human Occupation Screening Tool: Using Classical Test Theory and Item Response Theory. *British Journal of Occupational Therapy, 74*(1), 34–40. doi:10.4276/030802211x12947686093648

Parkinson, S., Chester, A., Cratchley, S., & Rowbottom, J. (2008). Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST Assessment) in an Acute Psychiatric Setting. *Occupational Therapy In Health Care, 22*(2-3), 63–75. doi:10.1080/07380570801989465

Poriel, G. (2016). Ergothérapie et participation sociale : quels liens pour quelle pratique ?. *ERGOTHÉRAPIES, 61*, 5-12.

Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The Relationships Between Volition, Activity Pattern, and Life Satisfaction in the Elderly. *American Journal of Occupational Therapy, 40*(4), 278–283. <https://doi.org/10.5014/ajot.40.4.278>

Villez, A. (2007). EHPAD. *Gérontologie et société, 30 / n° 123*(4), 169-184.



## LIVRES, OUVRAGES, RAPPORTS, REVUES :

### **a. Livres :**

Parkinson, S., Forsyth, K. et Kielhofner, G. (2017). Traduit en français par Mignet, G. *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Paris, France : Deboeck Supérieur.

### **b. Chapitres :**

Graff, G., En Thijss, M., Van Melick, M. et Verstraten, P. (2013). Démence. *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID* (p. 57-71). Bruxelles : DeBoeck solal.

Margot Cattin, I. (2008). L'impact de l'environnement sur la performance de l'activité en ergothérapie. Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 21. Expériences en ergothérapie : vingt et unième série* (p.15-22). Montpellier, France : Sauramps médical.

Marouse, O. (2013). Autres perspectives sur la personnalisation de la remise en activité du malade Alzheimer à domicile avec le modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 26. Expériences en Ergothérapie : vingt sixième série* (p.183-186). Montpellier, France : Sauramps médical.

Mignet, G. (2015). Le MOHOST : un outil d'aide au diagnostic ergothérapique ?. Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 28. Expériences en Ergothérapie : vingt huitième série* (p. 56-67). Montpellier, France : Sauramps médical.

Morel-Bracq, M-C. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). *Les modèles conceptuels en ergothérapie, introduction aux concepts fondamentaux* (2<sup>ème</sup> édition., p. 72-85). Paris, France : DeBoeck Supérieur.

## MEMOIRES ET THÈSES :

Duverneuil, N. et Houdent, L. (Juin 2015). *Apport de l'utilisation du MOHOST dans les pratiques cliniques des ergothérapeutes français* (Mémoire de fin d'étude). Institut de Formation des Ergothérapeutes de Bordeaux.

## SITOGRAPHIE :

ADAPEI 41, Les Papillons Blanc. *La loi sur « le droit des usagers » du 2 Janvier 2002*. Consulté le 28 mars 2019, à l'adresse : <http://www.adapei41.com/droits-demarches/droit-des-usagers/la-loi-sur-les-droits-des-usagers-du-2-janvier-2002>

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Consulté le 20 octobre 2018, à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_projet.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf)

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2018). *Le projet personnalisé : une dynamique de parcours (volet EHPAD)*. Consulté le 08 octobre 2018, à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

Association pour la Recherche & la Formation des Ergothérapeutes de l'Hôpital de Garches (ARFEHGA). (2016). « *Handicap et Participation Sociale* » : *Evaluer la participation autrement : le MOHOST Gladys MIGNET, Ergothérapeute, SAVS APF (16) (page 20)*. Consulté le 15 septembre 2018, à l'adresse : [http://www.myobase.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=12177](http://www.myobase.org/doc_num.php?explnum_id=12177)

Bluelinéa. (2018). *Isolement des personnes âgées : causes, risques et conseils*. Consulté le 28 janvier 2019, à l'adresse : <https://bluelinea.com/le-mag/isolement-des-personnes-agees-causes-risques-et-conseils/>

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2017). *La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016*. Consulté le 15 octobre 2018, à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016>

EHPAD. *Ehpad 2017 : L'habitation et l'investissement en Ehpad*. Consulté le 15 octobre 2018, à l'adresse : <http://www.ehpad-fr.org>

Haute-Autorité de Santé (HAS). *La co-construction du projet personnalisé : des réponses personnalisées, adaptées et évolutives*. Consulté le 08 octobre 2018, à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/projet\\_personnalise.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/projet_personnalise.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). *La démence*. Consulté le 19 octobre 2018, à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (2006). *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*. Consulté le 29 décembre 2018, à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-pathologies-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement>

Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE). (2006). *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se poursuit*. Consulté le 04 juin 2019, à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). *Vieillesse et santé*. Consulté le 27 février 2019, à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

# L'apport d'un outil de diagnostic, le MOHOST, dans le Projet de Vie Individualisé des personnes âgées en EHPAD

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

**Référent méthodologie :** Mme FAUCHER-CAIRE Cécile

**Référent terrain :** Mme BOUREAU Manon

Hermet Gaëlle

Septembre 2019

Promotion 2016-2019

---

## RESUME

L'institutionnalisation, dans un EHPAD notamment, est de nos jours très fréquente pour des personnes âgées. Généralement, ces établissements sont considérés comme le dernier lieu de vie de ces personnes d'où l'importance du respect des notions de bien-être et d'équilibre de vie. Pour répondre à ce double projet médical et personnel, l'institution met en place pour la personne résidant en EHPAD un Projet de Vie Individualisé qui est composé du projet de soin et du projet de vie. Auprès de cette population, l'ergothérapie prend tout son sens car l'ergothérapeute cherche d'une part à maintenir la plus grande autonomie possible chez la personne âgée et d'autre part à comprendre l'engagement et la motivation de cette même personne dans des activités porteuses de sens tout en considérant son environnement. Dans cette étude, nous chercherons à mettre à jour l'intérêt/la plus-value de l'utilisation d'un outil spécifique aux ergothérapeutes comme le MOHOST dans l'élaboration d'un Projet de Vie Individualisé.

La méthode Delphi a été employée dans cette étude pour chercher à obtenir un consensus à travers les réponses apportées par les professionnels de santé participant à l'élaboration d'un Projet de Vie Individualisé. L'intérêt de cette méthode est, de chercher à établir des liens entre les concepts du P.V.I et ceux du MOHOST dans l'élaboration du projet thérapeutique du résident. Plusieurs concepts comme : l'autonomie, le bien-être, les capacités/incapacités et l'environnement social du résident ont obtenu un consensus de plus de 80% montrant l'intérêt de l'utilisation d'un outil comme le MOHOST dans la conception du P.V.I.

Mots-clefs : *EHPAD – Personnes âgées – Projet de Vie Individualisé – Modèle de l'Occupation Humaine – Evaluation en ergothérapie – MOHOST – Bien-être du résident*

---

## **ABSTRACT**

The entrance on an institution for the elderly people is very common today.

Generally, this establishment are considered like the last place of life of this person, that's why the notions of wellbeing and balance of life are important.

To meet at this double medical and personal project, the institution implements for the person residing in EHPAD a project of individualized life which is composed of the project of care and the project of life.

With this population, occupational therapy makes perfect sense, because the occupational therapist searches to maintain autonomy and seeks to understand engagement and motivation in activities that make sense while considering his environment.

In this research, we will seek to update the interest/added value of using a specific tool for occupation therapist such as MOHOST in the use of a specific tool for occupational therapist such as MOHOST try to understand its interests/its added value in drawing up an individualized life project.

The Delphi method was used in this study to obtain an consensus through the responses of health professionals involved in the development of an individualized life project. The interest of this method is to seek to establish links between the concepts of the project of individualized life and those of MOHOST in drawing up of the resident's therapeutic project.

Several concepts such as the resident's autonomy, wellbeing, abilities/disabilities and social environment obtained a consensus of more than 80% showing the interest of using a tool like the MOHOST in the design of the project of individualized life.

Keywords : *Establishment of accomodation for dependent elderly people – Elderly person – Individualized life project – Model of Human Occupation – Occupational therapy assessment – Model of Human Occupation Screening Tool – wellbeing of resident*

# ANNEXES

## Table des matières :

Annexe 1 : L'outil de diagnostic : le MOHOST.....	1
Annexe 2 : Google Form, 1 <sup>ère</sup> consultation de la technique Delphi.....	2
Annexe 3 : Google Form, 2 <sup>ème</sup> consultation de la technique Delphi.....	3
Annexe 4 : Description des résultats obtenus à la suite de la 2 <sup>nd</sup> consultation de la technique Delphi (réponse par concepts).....	6
Annexe 5 : Google Form, 3 <sup>ème</sup> consultation de la technique Delphi.....	14
Annexe 6 : Résultats obtenus lors du 3 <sup>ème</sup> tour de consultation de la technique Delphi.....	16

## Table des figures :

Figure 1 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°1.....	6
Figure 2 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°2.....	6
Figure 3 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°3.....	7
Figure 4 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°4.....	7
Figure 5 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°5.....	8
Figure 6 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°6.....	8
Figure 7 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°7.....	9
Figure 8 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°8.....	9
Figure 9 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°9.....	10
Figure 10 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°10.....	10
Figure 11 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°11.....	11
Figure 12 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°12.....	11
Figure 13 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°13.....	12
Figure 14 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°14.....	12
Figure 15 : Réponse Delphi du 2 <sup>nd</sup> tour – Concept n°15.....	13
Figure 16 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°1.....	16
Figure 17 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°2.....	16
Figure 18 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°3.....	17
Figure 19 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°4.....	17
Figure 20 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°5.....	18
Figure 21 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°6.....	18

Figure 22 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°7.....	19
Figure 23 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°8.....	19
Figure 24 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°9.....	20
Figure 25 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°10.....	20
Figure 26 : Réponse Delphi du 3 <sup>ème</sup> tour – Concept n°11.....	21



# ANNEXE N°1 : L'OUTIL DE DIAGNOSTIC : LE MOHOST

## Outil de dépistage du Modèle de l'Occupation Humaine (Modele Of Human Occupation Screening Tool – MOHOST)

Nom : .....	Ergothérapeute : .....
Âge : ..... Date de naissance : ...../...../.....	Signature : .....
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Date du 1 <sup>er</sup> contact : ...../...../.....
Éléments médicaux.....	Date de l'évaluation : ...../...../.....
.....	Cadre des interventions : .....

<b>Échelle de cotation</b>	<b>F</b>	Facilite la participation occupationnelle.
	<b>P</b>	Permet la participation occupationnelle.
	<b>L</b>	Limite la participation occupationnelle.
	<b>E</b>	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 dans l'espace					
Résolution des problèmes					
Posture et mobilité					
Coordination					
Force et effort					
Energie					
Espace physique					
Ressources physiques					
Groupe sociaux					
Exigences occupationnelles					
F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E

MOHOST – Outil d'évaluation de la participation occupationnelle

# ANNEXE N°2 : GOOGLE FORM, 1<sup>ERE</sup> CONSULTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI

## La participation des professionnels de santé au Projet de Vie Personnalisé (Etape 1)

Bonjour, cette étude consiste à recueillir des informations de manière anonyme sur les éléments clés abordés lors des Projet de Vie Individualisé dans des EHPAD. Ce projet rentre dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en Ergothérapie. La méthode Delphi utilisée ici consiste à l'élaboration d'un consensus de professionnels de terrain. 3 étapes seront nécessaires pour permettre l'élaboration de ce consensus.

Je vous demande de répondre à ce questionnaire avant le 10 Mai 2019 (inclus).

Les dates des prochaines étapes qui vous seront envoyé par mail sont le 14 Mai et le 28 Mai 2019.

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de participer à la présente étude .

\*Obligatoire

Adresse e-mail \*

Votre réponse

Profession \*

Votre réponse

Selon vous, quels sont les éléments importants à aborder lors d'un PVI? (6-7 mots ou expressions possibles) \*

Nous appelons ici "éléments", les concepts évoqués lors des réunions en équipe visant à établir le Projet de Vie Individualisé d'un(e) résident(e).

Votre réponse

Autres , remarques...

Votre réponse

ENVOYER

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

# ANNEXE N°3 : GOOGLE FORM, 2<sup>EME</sup> CONSULTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI

## Les éléments importants à évoquer lors d'un PVI (Etape 2)

Les éléments que vous m'avez envoyé via le précédent questionnaire ont été traités. Voici la liste des éléments à aborder lors du Projet de Vie Personnalisé du résident. Pour chacun des items suivants indiquez leur niveau d'importance dans le Projet de Vie Personnalisé:

1: pas important, 2: un peu important, 3: important, 4: très important, 5: extrêmement important.

Je vous demande de répondre à ce questionnaire avant le 24 Mai 2019 (inclus). La dernière étape de cette recherche sera envoyée le 28 Mai.

Je vous remercie de nouveau pour votre participation.

### 1) Histoire de vie du résident \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

### 2) Autonomie du résident \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

### 3) Traitements \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

### 4) Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

5) Projets et envies de la personne \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

6) Capacités/Incapacités du résident \*

Les notions de Capacités et d'Incapacités font ici référence aux habiletés de la personne.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

7) Choix/Souhaits du résident \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

8) Habitudes et Rituels \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

9) Environnement physique (chambre, institut) \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

10) Goûts et Dégoûts alimentaires \*<sup>111</sup>

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

11) Etat de santé (pathologies, facteurs de risques, antécédents et autres) du résident \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

12) Environnement social et familial (soignants, entourage, proches, ...) \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

13) Centre d'intérêts et loisirs \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

14) Activités de vie quotidiennes (Hygiène, habillage, déplacements, ...) \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

15) Contention \*

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement important

Avez-vous d'autres éléments à rajouter? (Si oui, précisez)

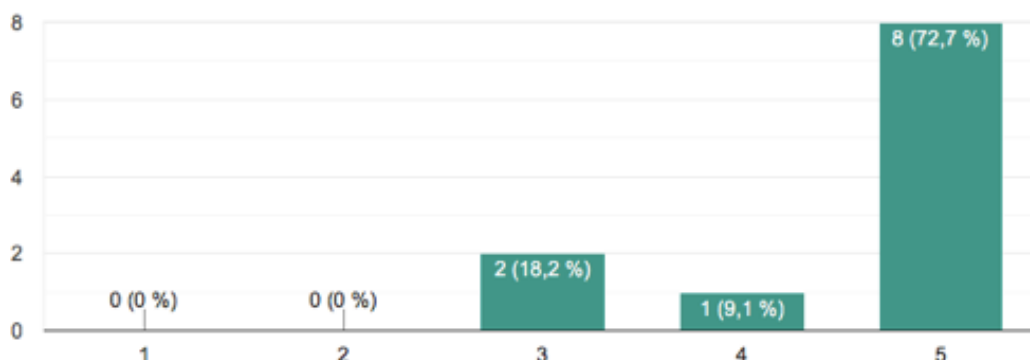
Réponse courte  
.....

## ANNEXE N°4 : DESCRIPTION DES RESULTATS OBTENUS A LA SUITE DE LA 2<sup>ND</sup> CONSULTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI (REPONSE PAR CONCEPTS)

1: pas important, 2: un peu important, 3: important, 4: très important, 5: extrêmement important.

### 1) Histoire de vie du résident

11 réponses

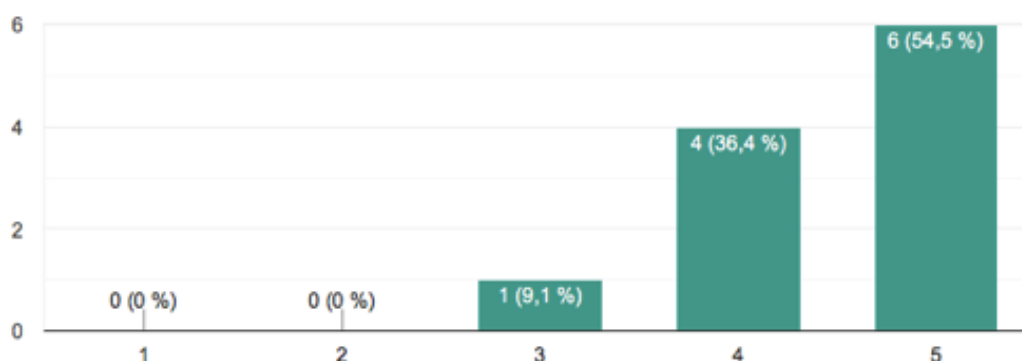


*Figure 1: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°1*

Parmi les 12 participants, 8 d'entre eux soit 72,7% estiment extrêmement important (5) d'abord cette notion dans le P.V.I. et 9,1% à très important (4). Seulement, 18,2% soit 2 participants cotent cet item à un niveau 3 d'importance.

### 2) Autonomie du résident

11 réponses

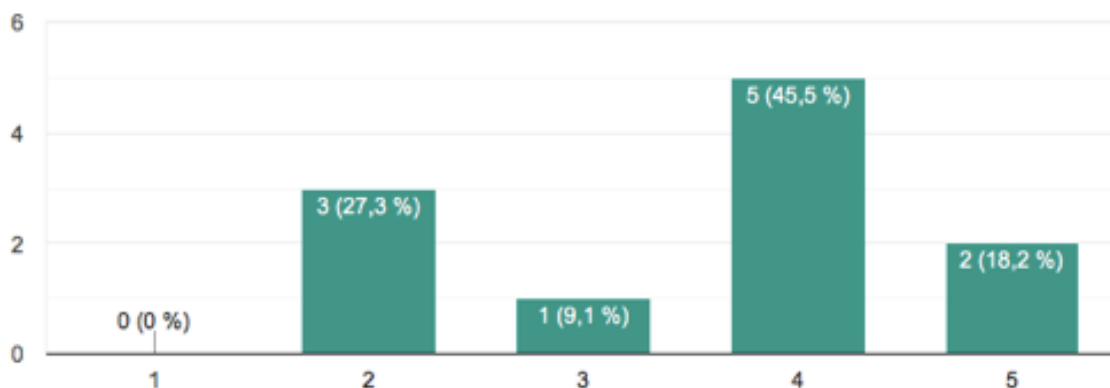


*Figure 2: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°2*

54,5% des professionnels cotent à 5/5 l'Autonomie du résident comme notion extrêmement importante à évoquer, 36,4% la cote à 4/5 et enfin 1 seul (soit 9,1%) d'entre eux la cote à 3/5.

### 3) Traitements

11 réponses



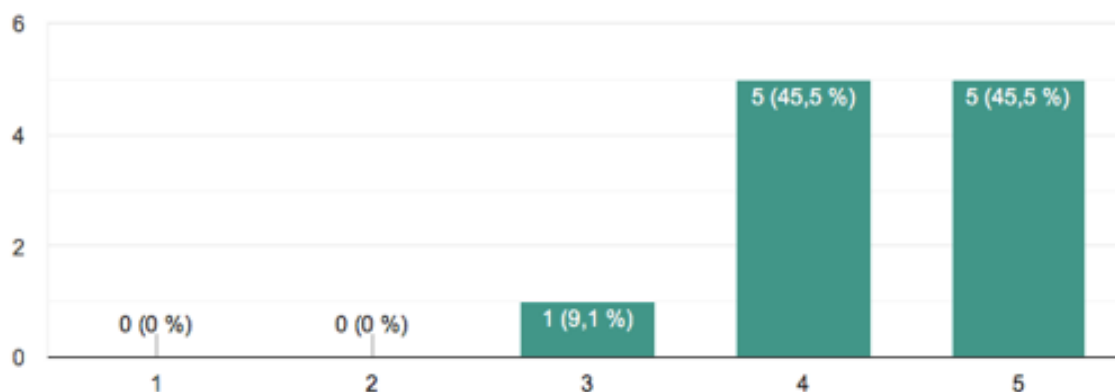
*Figure 3: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°3*

Pour ce concept, on observe que 18,2% d'entre eux évaluent « les traitements » à 5/5 et 45,5% l'évaluent à 4/5. Ils sont 3 professionnels à coter cet item à 2/5 soit 27,3% et 1 seul à le coter à 3/5 soit 9,1%.

### 4) Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD



11 réponses

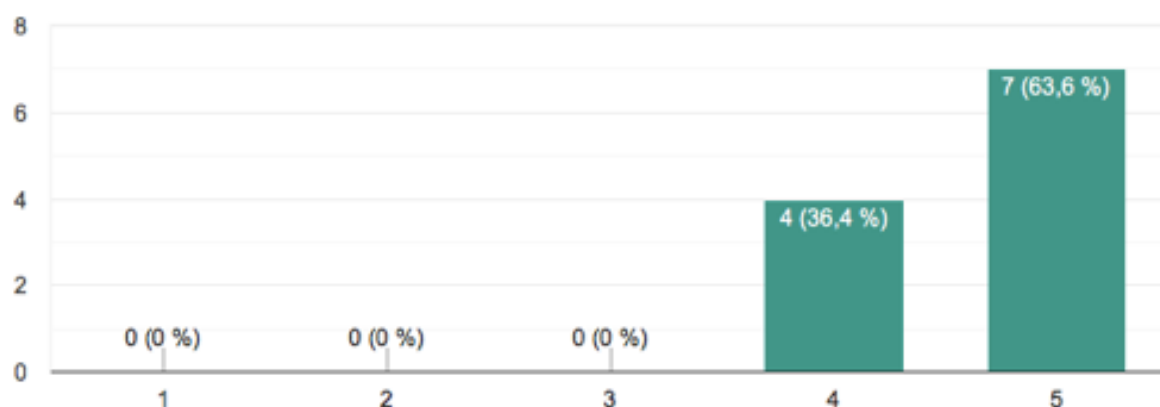


*Figure 4: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°4*

La notion de « Bien-être » pour 45,5% des professionnels est très important (4) et extrêmement important (5) à aborder lors des P.V.I et 9,1% d'entre eux estiment le niveau d'importance à 3.

## 5) Projets et envies de la personne

11 réponses

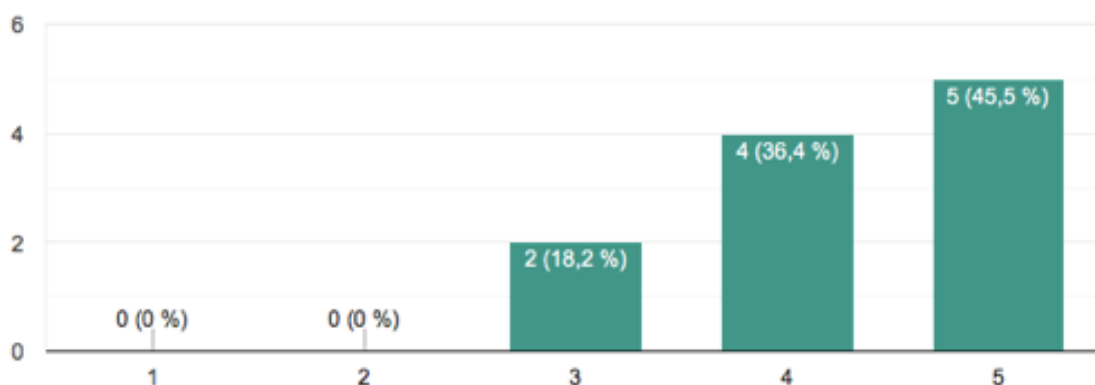


*Figure 5: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°5*

63,6% des professionnels cotent à 5/5 le niveau d'importance d'évoquer « les projets et envies de la personne » dans les P.V.I et 36,4% le cote à 4/5.

## 6) Capacités/Incapacités du résident

11 réponses



*Figure 6: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°6*

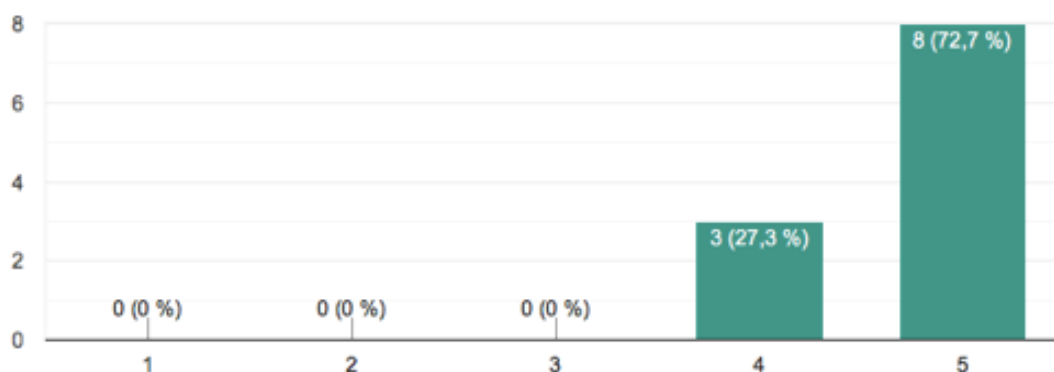
45,5% des professionnels cotent la notion « capacités/incapacités du résident » à 5/5, 36,4% la cote à 4/5 et 18,2% la cote à 3/5.



## 7) Choix/Souhaits du résident



11 réponses



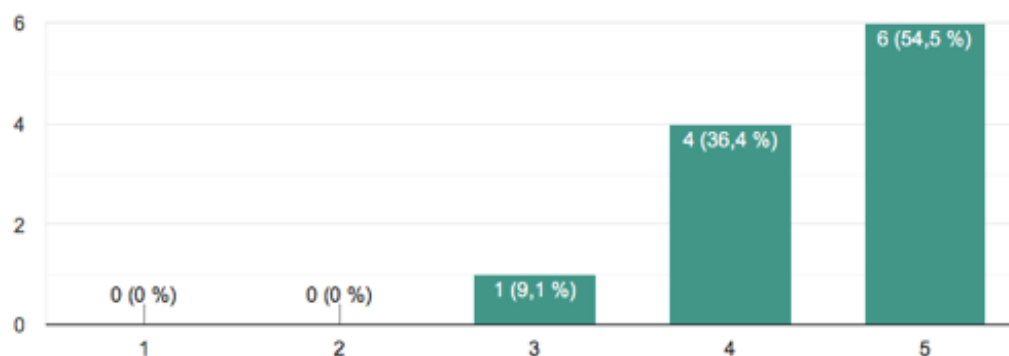
*Figure 7: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°7*

72,7% des professionnels notent à 5/5 la notion de « Choix/souhaits du résident » comme extrêmement importante et 27,3% la note à 4/5.

## 8) Habitudes et Rituels



11 réponses

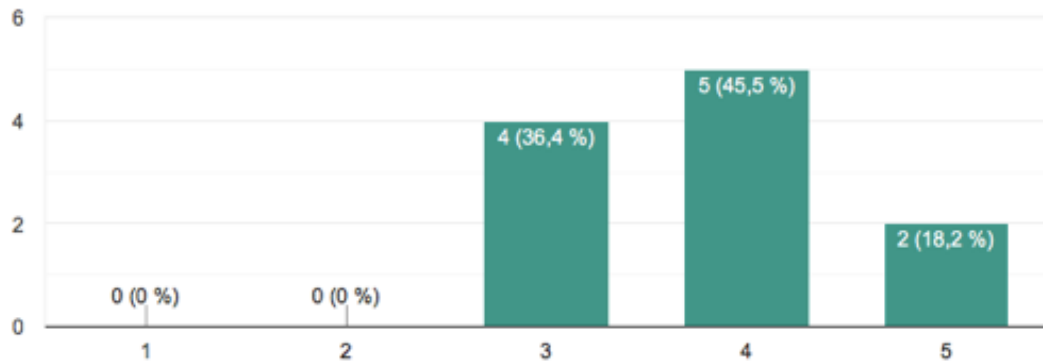


*Figure 8: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°8*

54,5% des professionnels cotent à 5/5 l'importance d'aborder la notion « Habitudes et rituels », 36,4% la cote à 4/5 et 1 seul d'entre eux soit 9,1% la cote à 3/5.

## 9) Environnement physique (chambre, institut)

11 réponses

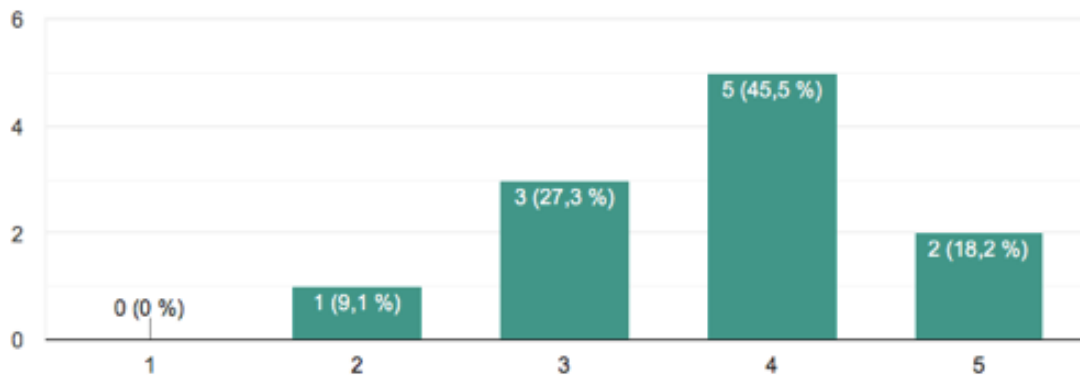


*Figure 9: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°9*

18,2% des professionnels cotent à 5/5 l'importance d'aborder la notion « environnement physique » dans le P.V.I, 45,5% la cote à 4/5 et 36,4% d'entre eux la cote à 3/4.

## 10) Goûts et Dégoûts alimentaires

11 réponses



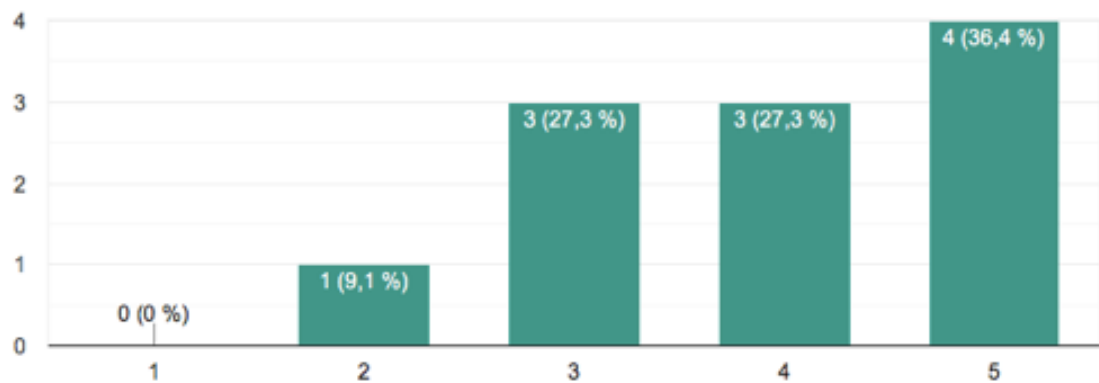
*Figure 10: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°10*

18,2% des professionnels notent à 5/5 l'importance d'aborder la notion de « Goûts et dégoûts alimentaires » lors du P.V.I, 45,5% la cote à 4/5 et 27,3% la cote à 3/5. Seulement 1 professionnel cote cette notion à 2/5 soit 9,1%.

## 11) Etat de santé (pathologies, facteurs de risques, antécédents et autres) du résident



11 réponses



*Figure 11: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°11*

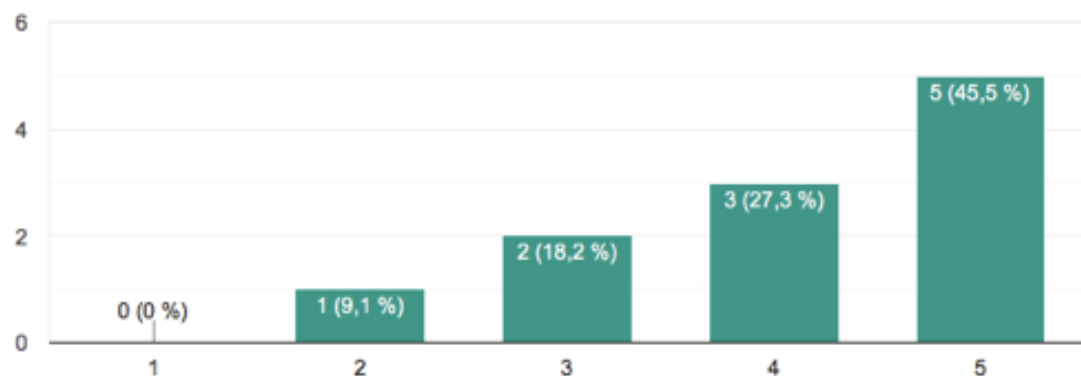
36,4% des professionnels notent à 5/5 le niveau d'importance d'évoquer la notion « état de santé » dans le P.V.I. 27,3% des professionnels la cote à 4/5 et à 3/5 et seulement 9,1% à 2/5.

45,5% des professionnels cotent à 5/5 le niveau d'importance d'évoquer la notion

## 12) Environnement social et familial (soignants, entourage, proches, ...)



11 réponses

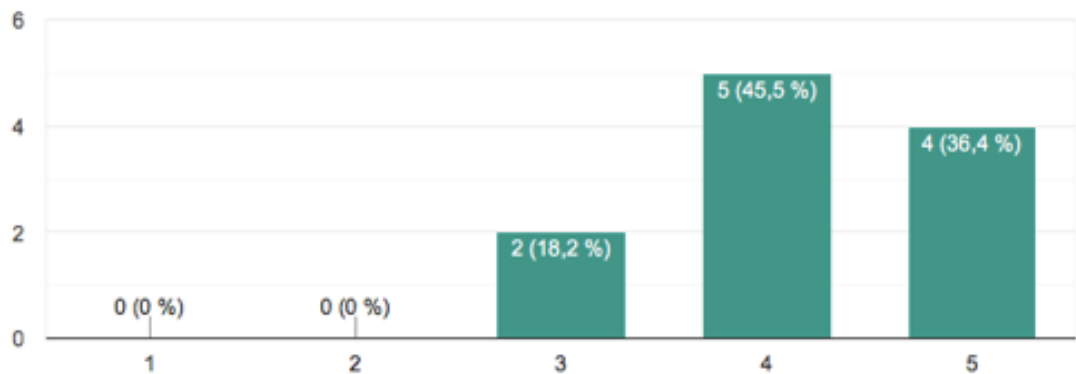


*Figure 12: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°12*

« environnement social et familial » dans le P.V.I et 27,3% la cote à 4/5. 2 d'entre eux soit 18,2% la cote à 3/4 et 9,1% la cote à 2/5.

### 13) Centre d'intérêts et loisirs

11 réponses



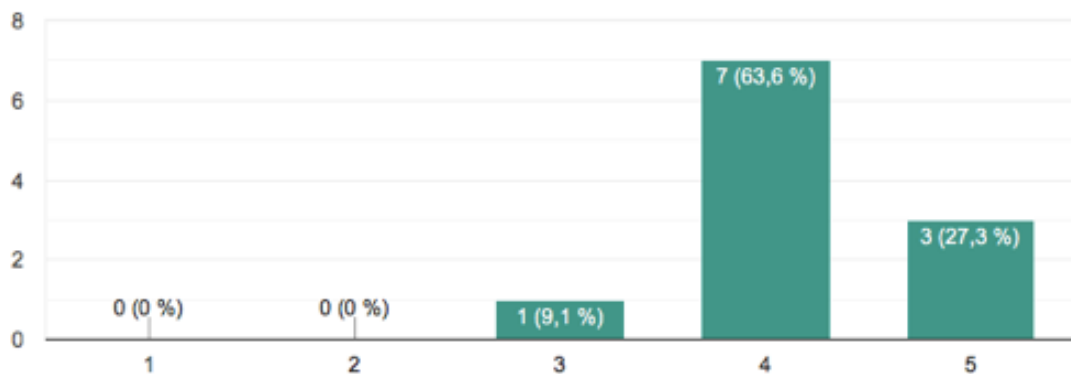
*Figure 13: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°13*

36,4% des professionnels notent à 5/5 l'importance de la notion « centre d'intérêts et loisirs » dans le P.V.I, 45,5% la note à 4/5 et 18,2% la note à 3/5.

### 14) Activités de vie quotidiennes (Hygiène, habillage, déplacements, ...)



11 réponses

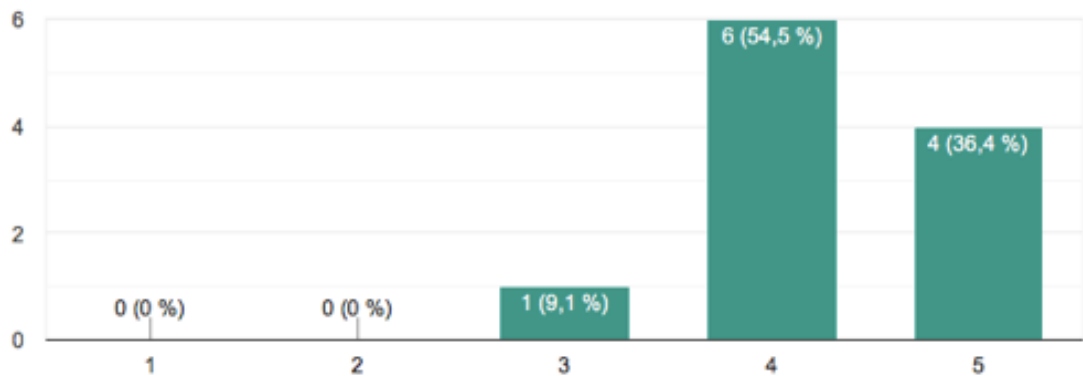


*Figure 14: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°14*

On observe que 27,3% des professionnels cotent à 5/5 le niveau d'importance d'aborder cette notion dans le P.V.I, 63,6% la cote à 4/5 et seulement 9,1% la cote à 3/5.

## 15) Contention

11 réponses



*Figure 15: réponse Delphi du 2nd tour - Concept n°15*

36,4% des professionnels cotent à 5/5 le niveau d'importance d'évoquer la notion de « contention » dans le P.V.I.. 54,5% soit 6 d'entre eux la cote à 4/5 et 9,1% la cote à 3/5.

# ANNEXE N°5 : GOOGLE FORM, 3<sup>ÈME</sup> CONSULTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI

## PVI (étape 3)

---

Suite aux réponses obtenues aux questions du 2nd envoi, 11 notions parmi les 15 ont été retenues. Le but de ce dernier envoi est d'obtenir un consensus d'experts sur les éléments qui sont, pour vous, importants à évoquer lors de la réalisation d'un Projet de Vie Individualisé.

Je vous demande donc de confirmer ou d'infirmier ces notions en répondant par OUI ou par NON.

Cette étape est la dernière de ma recherche, je vous demande de répondre à ce questionnaire avant le vendredi 07 Juin (inclus).

Je vous remercie pour votre participation tout au long de mon étude.

---

111

### 1) Histoire de vie du résident \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

### 2) Autonomie du résident \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

### 3) Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

### 4) Projets et envies de la personne \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

### 5) Capacités/Incapacités du résident \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

6) Choix/Souhaits du résident \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7) Habitudes et rituels \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8) Environnement social et familial (soignants, entourage, proches, ...) \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

9) Centre d'intérêts et loisirs \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10) Activités de vie quotidiennes (Hygiène, habillage, déplacements, ...) \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

11) Contention \*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

111

Commentaires

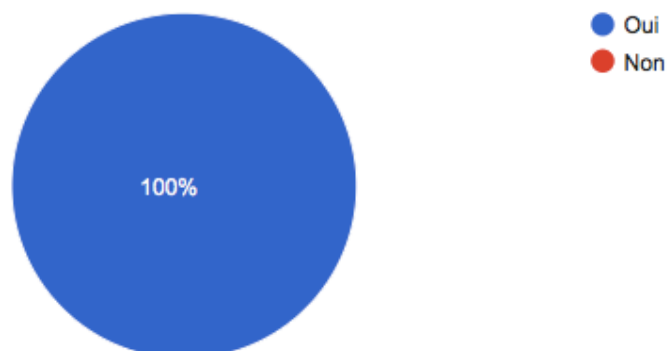
Réponse courte

.....

## ANNEXE N°6 : RESULTATS OBTENUS LORS DU 3<sup>EME</sup> TOUR DE CONSULTATION DE LA TECHNIQUE DELPHI

### 1) Histoire de vie du résident

10 réponses



***Figure 16 : réponse Delphi du 3ème tour - Concept n°1***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder l'Histoire de vie du résident dans le Projet de Vie Individualisé.

### 2) Autonomie du résident

10 réponses



***Figure 17 : réponse Delphi du 3ème tour - Concept n°2***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder l'Autonomie du résident dans le Projet de Vie Individualisé.



### 3) Bien-être de la personne au sein de l'EHPAD

10 réponses



***Figure 18 : réponse Delphi du 3<sup>ème</sup> tour – Concept n°3***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder le bien-être de la personne au sein de l'EHPAD dans le Projet de Vie Individualisé.

### 4) Projets et envies de la personne

10 réponses



***Figure 19 : réponse Delphi du 3<sup>ème</sup> tour – Concept n°4***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder les Projets et envies de la personne dans le Projet de Vie Individualisé.

## 5) Capacités/Incapacités du résident

10 réponses

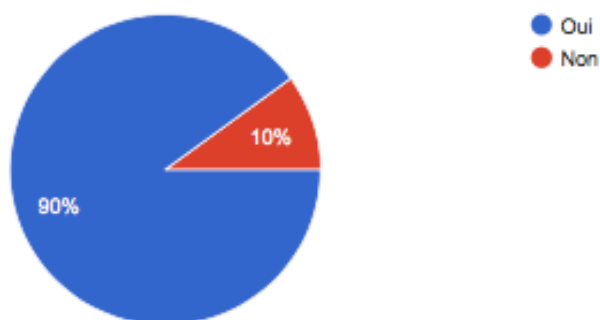


***Figure 20 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°5***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder les Capacités/incapacités du résident dans le Projet de Vie Individualisé.

## 6) Choix/Souhaits du résident

10 réponses



***Figure 21 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°6***

Seulement 90% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder la notion liberté de choix et de souhaits du résident dans le Projet de Vie Individualisé. 10% d'entre eux ont infirmé cette proposition.

## 7) Habitudes et rituels

10 réponses



***Figure 22 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°7***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder les habitudes de vie et les rituels du résident dans le Projet de Vie Individualisé.

## 8) Environnement social et familial (soignants, entourage, proches, ...)

10 réponses

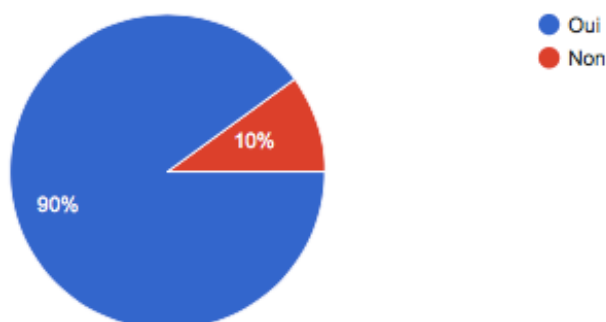


***Figure 23 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°8***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder l'environnement social et familial dans le Projet de Vie Individualisé.

## 9) Centre d'intérêts et loisirs

10 réponses



***Figure 24 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°9***

Seulement 90% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder les centres d'intérêts et de loisirs dans le Projet de Vie Individualisé. 10% d'entre eux ont infirmé cette proposition.

## 10) Activités de vie quotidiennes (Hygiène, habillage, déplacements, ...)

10 réponses

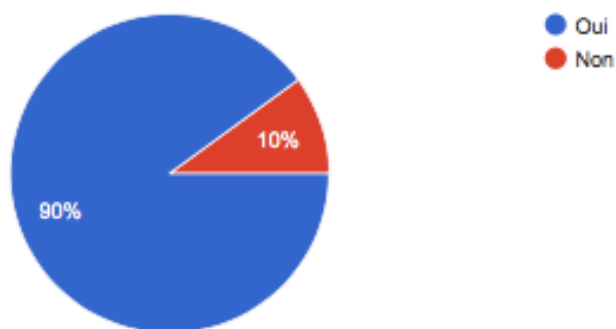


***Figure 25 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°10***

100% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder les Activités de vie quotidiennes dans le Projet de Vie Individualisé.

## 11) Contention

10 réponses



***Figure 26 : réponse Delphi du 3ème tour – Concept n°11***

Seulement 90% des professionnels ont confirmé l'importance d'aborder la notion de contention dans le Projet de Vie Individualisé. 10% d'entre eux ont infirmé cette proposition.