

Institut de Formation en Ergothérapie

2014 - 2017

Qualité de vie en EHPAD :

Regard de l'ergothérapeute

UE 5.04 S6

Sous la direction de : Marie LAVOCAT

Aurélien TACCOEN

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL**

**Qualité de vie en EHPAD :
Regard de l'ergothérapeute**

UE 5.4 S6

Mémoire présenté par Aurélie TACCOEN en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Un questionnaire issu d'une expérience en EHPAD	2
2 Un étayage théorique de la recherche.....	7
2.1 L'EHPAD : un fonctionnement multimodal et un subtil dosage.....	7
2.1.1 L'institution.....	7
2.1.2 La population résidant en EHPAD : autant de singularité, quelques caractéristiques	8
2.1.3 Des outils pour soutenir la qualité de vie des résidents en EHPAD	10
2.2 La qualité de vie : un concept.....	13
2.2.1 Apport de l'occupation pour une meilleure qualité de vie	15
2.2.2 Participation et qualité de vie	16
2.3 L'intervention en ergothérapie	18
2.3.1 Les champs de compétence et d'activité de l'ergothérapeute	18
2.3.2 L'ergothérapeute en EHPAD.....	19
2.3.3 Une pratique ergothérapique centrée sur la participation	19
3 Méthodologie de recherche.....	24
3.1 Le choix de l'outil.....	24
3.2 L'entretien semi-directif.....	24
4 Analyse	26
4.1 Caractéristiques des entretiens.....	26
4.2 La grille d'analyse	27
4.3 Contexte de pratique et cohérence interne de chaque professionnel	27
4.4 Analyse de la forme.....	27
4.5 Recueil de données des ergothérapeutes.....	28
4.6 La qualité de vie.....	30
4.7 Quelle mise en place des Projets d'Accompagnement Personnalisés ?	32
4.8 Rôle des professionnels dans l'institution.....	35
5 Discussion	36

5.1	Première hypothèse	36
5.1.1	Représentations de la qualité de vie	36
5.1.2	Quel modèle de pratique en ergothérapie ?.....	37
5.1.3	Quels apports de l’ergothérapeute pour soutenir la qualité de vie ?.....	38
5.2	Seconde hypothèse	39
5.3	En quoi l’apport de l’ergothérapie permet de soutenir l’amélioration de la qualité de vie des personnes résidant en EHPAD ?	42
5.4	Les biais de la recherche de terrain.....	42
5.5	Apports pour la pratique professionnelle	43
	Conclusion	45
	Bibliographie.....	
	ANNEXE I : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.....	I
	ANNEXE II : Echelle de qualité de vie Whoqol BREF.....	II
	ANNEXE III : Fiche de poste de l’ergothérapeute en EHPAD.....	III
	ANNEXE IV : Grille d’entretien.....	IV
	ANNEXE V : Retranscription de l’entretien B.....	VIII
	ANNEXE VI : Grille d’analyse des entretiens.....	XVIII

Remerciements

Je tiens à remercier mes professeurs, et particulièrement l'équipe pédagogique et celle du centre documentaire 2014-2017 pour leur accompagnement tout au long de ce travail de recherche et pour leur disponibilité. Je remercie mon maître de mémoire pour m'avoir guidé tout au long de ce travail, et pour m'avoir permis de prendre du recul. Je remercie mes camarades pour avoir partagé mes réflexions au cours de nos travaux de groupe. Je suis extrêmement reconnaissante envers tous mes relecteurs pour leur engagement. Je suis reconnaissante envers mes amis et ma famille pour leur soutien. Enfin, je remercie mon conjoint qui a su m'accompagner quotidiennement.

« Vieillir ensemble, ce n'est pas ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années »

[Jacques Salomé]

Psychosociologue et écrivain français

Liste des sigles utilisés

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

AGGIR : Grille nationale de classement en 6 « groupes iso-ressources » (GIR), détermine le degré de dépendance d'une personne âgée.

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

EVIBE : évaluation instantanée du bien-être

JAMALV : Jusqu'À la Mort Accompagner La Vie

LEDEN : Recherche sur les effets d'un programme d'exercice physique à long terme sur la capacité fonctionnelle chez les personnes atteintes de réduction des capacités cognitives et vivant en EHPAD: un essai contrôlé randomisé en cluster

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

SIEL BLEU : Association Sport, Initiative Et Loisirs

USLD Unité de Soin Longue Durée

WHOQOL : World Health Organization Quality Of Life

Introduction

J'ai découvert le métier d'ergothérapeute par la toute petite lorgnette de l'aménagement de l'environnement et de l'adaptation d'aide technique, afin de permettre aux personnes en situation de handicap de maintenir leur travail et leurs loisirs.

Au fil de ma reconversion professionnelle, j'ai découvert l'ensemble des champs de compétence de l'ergothérapeute, le potentiel thérapeutique de l'activité et l'influence des aspects psychologiques et sociaux. J'ai alors compris à quel point la dynamique de la vie est impulsée par les occupations et comment elle peut être mise à mal dans les situations de handicap et notamment avec l'avancée en âge.

En considérant ma culture d'ergothérapeute vis-à-vis de cette dynamique occupationnelle, certaines expériences en maison de retraite sont venues interroger mes représentations. J'ai souhaité développer comment l'approche occupationnelle en ergothérapie pouvait être mise en place dans l'institution.

Lors d'un stage en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), j'ai pu participer à quelques Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP). Le rôle de l'ergothérapeute était celui de l'exploration de l'environnement matériel, de l'appropriation de l'espace privatif et de l'adaptation de la personne à la vie en collectivité. Je me suis alors interrogée à propos de l'apport de l'ergothérapie dans l'amélioration globale de la qualité de vie en EHPAD, sur la participation de la personne et sur l'application du PAP au quotidien.

Au cours de ce travail de recherche, le cheminement de la réflexion est déroulé dans la première partie de problématisation. Une deuxième partie permet de poser le cadre conceptuel. Dans cette partie, nous décrivons des éléments caractéristiques de l'institution, de la population ciblée : les résidents en EHPAD, le concept de qualité de vie ainsi que les principes de l'intervention en ergothérapie. La troisième partie a pour objectif de présenter la méthodologie de recherche. C'est par l'analyse des entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD que nous analyserons et discuterons la réponse aux hypothèses.

1 Un questionnaire issu d'une expérience en EHPAD

Dans l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où j'étais en stage, certaines réunions avaient lieu dans des espaces communs en présence de certains résidents. Cette situation me gênait car nous utilisions les espaces de vie et de rencontre communs dédiés à des activités de repos, de télévision ou de radio. De surcroît nous parlions de la situation d'un résident en son absence mais en présence de certains résidents somnolents, pour la plupart. Ma question de départ s'articule ainsi : Comment le rythme et les habitudes de vie des personnes accueillies en EHPAD est-il pris en compte en EHPAD ? Pourtant, lors des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP), chaque professionnel soignant explorait la qualité de vie de la personne. Les professionnels (Médecin, Diététicien, Psychologue, Ergothérapeute, Infirmier et Aide-Soignant référent) rencontraient les personnes pour recueillir des informations en rapport avec leur domaine de compétence pour alimenter le PAP avant de se concerter lors d'une réunion pluridisciplinaire.

Mes observations du recueil de données de l'ergothérapeute, en vue des PAP, est qu'il explorait les dimensions matérielles et environnementales. L'ergothérapeute explore notamment l'adaptation de la personne, son acclimatation à la vie collective, la personnalisation de l'espace privé et l'usage et l'état des aides techniques de la personne.

Le décret de compétence de l'ergothérapeute¹ précise qu'il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux de manière à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Son approche est donc plus globale que celle rencontrée. En effet, les éléments recueillis étaient analysés isolément et je me suis questionnée sur comment l'ergothérapeute pouvait orienter son recueil de donnée et cibler son intervention pour permettre à la personne de jouir d'une bonne qualité de vie. Cette divergence entre les champs de compétence de l'ergothérapeute dictés par son décret de compétence, la recherche de la qualité de vie et la mission de l'ergothérapeute dans la structure m'a interpellée. Qu'apporte l'ergothérapeute pour soutenir la qualité de vie des personnes dans l'institution ?

La loi du 2 janvier 2002² rénove l'action sociale et médico-sociale, elle s'applique à tous les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette loi a pour objectif de mettre la personne au centre de la prise en soin, en la protégeant de la maltraitance et en l'incitant à affirmer ses droits et à accomplir

¹ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156, 8 juillet 2010. Page 12558

² LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF, 3 janvier 2002, page 124.

ses devoirs. Outre ces dispositions, cette loi met en place des moyens. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer la formalisation d'un contrat de séjour et d'un projet personnalisé. Le premier définit les objectifs de la prise en charge, les prestations offertes ainsi que les conditions de la participation financière du bénéficiaire, tandis que le second permet de formaliser un accompagnement individualisé.

Dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, tous les établissements médicosociaux et les EHPAD y compris, sont invités à rédiger le projet personnalisé en co-construction avec la personne ce qui requiert sa participation directe de la personne et sa prise en compte dans le cadre d'un accompagnement personnalisé. Celui-ci est rédigé avec chaque personne accompagnée et a pour but : « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, [...]* ». Afin d'apporter de l'uniformité dans l'écriture de ce document d'initiation à la recherche, nous nous proposons de faire un point sur la sémantique. En effet, sur le terrain³, les professionnels utilisent plusieurs termes pour parler du « *projet d'accueil et d'accompagnement* », dont fait état la loi suscitée : projet de vie, projet personnalisé, projet de vie individualisé, projet de vie personnalisé ou encore projet d'accompagnement individualisé. C'est le terme Projet d'Accompagnement Personnalisé, (PAP), qui sera utilisé dans ces travaux car il retranscrit par ses termes, des points importants concernant le sens de cet outil. Le terme personnalisé renvoie à la singularité de la personne, à son identité, tandis que le terme individualisé renvoie à une notion d'unité indivisible⁴. Ce qualificatif a pour avantage de bien signifier que la personne est au centre du projet, dans le respect de son identité. Le terme accompagnement prend d'emblée comme prérequis que la personne accompagnée adopte une posture de sujet autonome, responsable et projectif⁵. L'accompagnateur est alors le tuteur d'une démarche de progrès, il guide la personne en suivant son rythme. Cette perspective cadre bien avec le contexte du PAP et les principes énoncés par la loi.

La loi précise ce sur quoi s'appuie le contrat de séjour : « *Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. [...]* ». Dans ce travail de recherche, le projet d'établissement ne sera pas abordé car il dépend de la politique et la culture institutionnelle propre à chaque établissement. En revanche, si nous regardons

³ Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-attentespersonneetlepp.pdf

⁴ LOUBAT, Jean-René. *Promouvoir la relation d'aide en action sociale et médico-sociale*. p249

⁵ RETAILLEAU, Brigitte. Le PAP : pour une approche bien traitante de la personne accompagnée. *Soins Aides-Soignantes*, mai-juin 2016, n°64. Pages 9-17.

les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM⁶ (Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale), il ressort qu'il existe des éléments clés favorables à une bonne qualité de vie du résident en EHPAD : la préparation à l'entrée en EHPAD, la personnalisation du lieu et l'organisation du quotidien, le maintien des liens familiaux et les relations avec le personnel.

Ce PAP émerge comme un moyen, dont l'objectif est de maintenir le projet de vie de la personne dans une dynamique individuelle en favorisant son autonomie et son épanouissement individuel et social. L'ergothérapeute trouve sa place dans les termes énoncés par la loi, car la finalité de sa prise en soin est d'exacerber l'autonomie et l'indépendance de la personne en prenant en compte l'environnement. La loi du 2 janvier 2002 présente cet outil comme un document formalisé à caractère juridique et obligatoire. Il fait office d'engagement entre l'établissement et la personne. Ce qui est intéressant pour l'ergothérapeute, c'est la notion de participation de la personne : « [...] est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. ». En effet, dans les fondements de la profession, l'ergothérapeute recherche toujours la participation active de la personne, que ce soit dans l'aspect décisionnel et dans toutes les modalités de l'accompagnement. Plus précisément, l'ergothérapeute a pour objectif global d'intervention de favoriser la participation sociale de l'individu, ce qui représente un facteur de qualité de vie, comme nous le décrivons dans le paragraphe 2.2.2.

Dans une publication de Chopard-dit-Jean en 2012⁷, il est soulevé que les orientations du PAP concernant les principes d'écoute, d'empowerment et de qualité de vie des résidents dépendent de l'implication et des valeurs de l'encadrement et de la direction de l'EHPAD. Si nous regardons de plus près la définition d'empowerment, nous pouvons l'interpréter comme Deutsch 2015⁸, qui la définit comme une autodétermination, c'est-à-dire la capacité de la personne à initier une démarche, une auto prise en charge et à s'autoriser à prendre le pouvoir de décision. Pour l'ergothérapeute, l'autodétermination se rapproche de la capacité à agir, à choisir et à décider de sa vie et à s'autonomiser. Grâce à son approche globale et centrée sur la personne, l'ergothérapeute vise à soutenir l'autodétermination et l'autonomie des personnes accompagnées. De ce fait, l'ergothérapeute peut être un acteur intéressant pour le soutien de la qualité de vie de la personne, au sein de l'établissement. L'ergothérapeute pourrait être un bon support des valeurs de

⁶ Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

⁷ CHOPARD-DIT-JEAN, Aurélie. Décider de sa vie en EHPAD. *Gérontologie et société : le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir du soi*, Décembre 2012, n°143. P133-136.

⁸ Disponible sur Internet : <http://www.sas-revue.org/index.php/13-article-d-accueil/15-l-empowerment-en-sante-mentale>.

l'encadrement et de l'établissement concernant les grands principes d'écoute, d'empowerment et de qualité de vie des résidents.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé du domaine paramédical, il se place à l'interface entre le médical et le social, en explorant et en agissant sur les dynamiques de l'environnement social. De ce fait, l'ergothérapeute trouve sa place dans les missions de l'EHPAD, établissement médico-social. Il fonde sa pratique sur la science de l'activité humaine ou plus précisément, la science de l'occupation. L'occupation⁹ relève d' « *un ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce que fait une personne pour s'occuper d'elle-même, y compris prendre soin d'elle (soins personnels), prendre plaisir à la vie (loisirs) et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité). L'occupation est l'objet d'intérêt primordial et le moyen thérapeutique de l'ergothérapie ; une série d'activités effectuées avec une certaine consistance et régularité ; l'occupation structure l'existence, et les individus ; et la culture lui attribue une valeur et une signification.* » L'ergothérapeute porte donc un regard global sur la personne au travers de ses occupations. En considérant la personne dans sa singularité occupationnelle, les missions de l'ergothérapeute visent à permettre à celle-ci d'agir, et de se mettre en action dans les activités souhaitées au moyen de la rééducation, la réadaptation ou la réinsertion.

Comment les personnes résidant en EHPAD ressentent-elles leur qualité de vie au quotidien ? Pour des raisons de faisabilité et dans l'optique de contourner les freins liés aux difficultés de communication et aux éventuels troubles cognitivo-mnésiques, nous avons fait le choix d'orienter ces travaux de recherche sur l'exploration des pratiques des professionnels sur le terrain, et notamment des ergothérapeutes. Comment les ergothérapeutes peuvent agir pour rehausser la qualité de vie de la personne ?

⁹ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Hélène. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation.* P444

La question de recherche s'articule ainsi :

En quoi l'apport de l'ergothérapie permet de soutenir l'amélioration de la qualité de vie des personnes résidant en EHPAD ?

Nos hypothèses s'appuient sur le cheminement développé dans cette première partie et sont rédigées comme suit :

- Les ergothérapeutes portent un intérêt particulier à la qualité de vie de la personne grâce à leur modèle de pratique thérapeutique centrée sur l'occupation, notamment dans la recherche des besoins et des attentes en matière d'occupation.

- L'ergothérapeute tient un rôle dans la co-construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé en EHPAD grâce au recueil de données effectué auprès de la personne directement ou de son représentant légal

2 Un étayage théorique de la recherche

Nous nous proposons de définir ici les principaux termes du sujet et de poser le cadre conceptuel sur lequel repose ce travail de recherche.

2.1 L'EHPAD : un fonctionnement multimodal et un subtil dosage

2.1.1 L'institution

L'EHPAD est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. C'est donc un lieu de vie du champ médico-social, car la dépendance des résidents nécessite un accompagnement médicalisé. Cette institution permet d'accueillir des personnes à partir de 60 ans dans un cadre de vie collectif. La collectivité implique un certain nombre de règles pour vivre ensemble, en partageant l'environnement proposé. Il existe une grande diversité de fonctionnement entre les EHPAD selon les missions d'origine, le projet d'établissement, la localisation géographique, le statut juridique et les disciplines professionnelles¹⁰.

Les professionnels de santé (sanitaire et sociale) habituellement employés dans un EHPAD sont : les médecins coordinateurs, libéraux ou gériatres, les psychologues, les infirmiers ou infirmiers coordinateurs, les aides-soignants, les cadres, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les professeurs d'activité physique adaptée, les assistants de services sociaux, les animateurs, les assistants de soin en gériatrie, les aides médico psychologiques, les agents de service hospitalier, les diététiciens... Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), dans une étude de 2007¹¹, les structures d'hébergement pour personnes âgées comptaient un ratio moyen de 0,479 soignant par résident. « *Le personnel paramédical, soignant ou psychologue représente en moyenne 70,3 % des effectifs. Parmi eux, les aides-soignants et les agents de service représentent respectivement 29,6 % et 28,4 % des ETP (Equivalent Temps Plein). Les infirmiers constituent 9 % des effectifs en sus des 1,3 % de personnel d'encadrement. Le personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation représente 6,4 % des effectifs des EHPAD et USLD (Unités de Soins Longue Durée). Le personnel des services généraux constitue 14,7 % des ETP, contre 6,5% pour le personnel de direction. Le personnel médical ne représente que 0,8 % des effectifs.* ». Nous pouvons alors remarquer que la majorité du personnel en EHPAD est constitué de personnel soignant. Cela est dû aux différents niveaux de dépendance

¹⁰ Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

¹¹ Disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Chiffres-cles/Secteur-medico-social/Taux-d-encadrement>

physique, psychique ou cognitive des résidents qui entraînent généralement des difficultés de santé. Pourtant, l'EHPAD est avant tout un lieu de vie qui requiert un accompagnement global et personnalisé. Bien que la majorité des professionnels qui y travaillent soit issue de culture sanitaire et sociale, il y a une coexistence de culture hospitalière et hôtelière où les contraintes de moyens font face à des ordonnances de plus en plus exigeantes reposant sur les grands principes « *de l'accompagnement autour du respect de la personne et de son identité, du maintien et de la stimulation de l'autonomie [...].*¹² ». Schématiquement, la culture du personnel soignant a pour mission d'encourager la personne pour qu'elle fasse par elle-même afin de stimuler ses capacités, ou bien de la prendre en charge, de l'assister et de faire à sa place lorsque celle-ci n'est plus en capacité de faire. La culture hospitalière, en revanche, encourage à ce que la personne bénéficie de services de confort dans les espaces communs et privés et d'une restauration convenable considérant la personne dans une position de client.

D'autre part un certain nombre de bénévoles ou professionnels, conventionnés ou non, peuvent prendre part à la vie des EHPAD : le culte, les socio-esthéticiennes, les coiffeurs, les écoles locales, les bénévoles en médiation animale, ainsi que certaines associations comme les bénévoles JAMALV (Jusqu'à la Mort Accompaner La Vie). L'EHPAD est également un lieu d'accueil des proches et des familles qui visitent les résidents. L'institution a également vocation à permettre les échanges avec et sur l'extérieur, à proposer des sorties à des fins utilitaires ou de loisirs, afin de permettre aux personnes d'être intégrées à la vie de la cité et à exercer leur citoyenneté. De plus en plus de projets intergénérationnels voient également le jour.

Ainsi, les EHPAD doivent harmoniser le fonctionnement individuel des personnes avec la vie en collectivité. Ils doivent également naviguer entre les mesures de protection et de sécurité des personnes, les besoins de liberté des résidents et la recherche d'autonomie et d'indépendance. L'établissement doit prendre en compte autant le bien-être des résidents que celui des soignants. Mais qui sont ces résidents ?

2.1.2 La population résidant en EHPAD : autant de singularité, quelques caractéristiques

La population résidant en EHPAD est la cible de ce travail de recherche. En France, selon l'enquête EHPA réalisée par la DREES en 2011, il y avait près de 700 000 personnes résidant en EHPAD, dont 16,6% sont accueillies en foyer logement¹³. Il s'agit pour 75% de résidentes dont l'âge moyen était de

¹² Op. cit. Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

¹³ DUPRÉ-LÉVÊQUE Delphine, CHARLANNE Didier. Entrée et accueil des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). *La Revue de Gériatrie*, 7 septembre 2015, Tome 40. p 409-416.

84 ans et 9 mois au moment de leur entrée. Parmi les résidents les plus jeunes, 9% viennent d'un établissement de soin en psychiatrie et 3% d'un établissement pour adultes en situation de handicap. Près de la moitié des entrants sont très dépendants. Ainsi, le personnel soignant doit être sensibilisé à leur confort et être en capacité de répondre à leur attentes pour leur assurer une qualité de vie optimale.

La population accueillie¹⁴ présente des profils très différents, évoluant de la plus ou moins grande dépendance physique ou présentant un éventail de dépendances psychiques et/ou cognitives et/ou sociales ou les quatre dépendances associées. Les personnes sont issues d'environnements diversifiés et de niveaux socio-économiques différents. Elles véhiculent une culture et des valeurs différentes qui engendrent des attentes et des besoins singuliers, notamment en regard de la vie en collectivité. La population est imprégnée d'une culture qui est influencée par le territoire, l'environnement social et l'histoire. Un des critères commun est l'âge : l'EHPAD accueille des personnes âgées de plus de 60 ans. Chaque génération possède une histoire et une culture sociétale différente. Si le regard sur l'aspect générationnel n'explique pas tout, il peut donner une grille de lecture et donner des indications sur certaines observations.

En portant un regard sur les caractéristiques, les valeurs et les comportements de la génération résidant actuellement en EHPAD, Pierre 2016¹⁵, évoque la génération « Héritage ». La génération Héritage est celle qui est âgée de plus de 80 ans à ce jour. Elle représente la majeure partie des résidents en EHPAD. Cette génération a vécu sa vie d'adulte dans une société de travail, de croissance, de plein emploi, dans une dimension patriarcale, verticale et descendante où le collectif prime sur l'individuel. Elle est caractérisée par un investissement maximum dans le travail et la famille. Le travail représente le symbole de l'identité pour cette génération. Cette génération a une forte culture de la générosité : don, caution, garde d'enfant, participation dans les associations et bénévolat. Le professionnel occupe, pour elle, une position d'expert certifié et reconnu, notamment en ce qui concerne le médecin ou l'ingénieur. Cette dernière indication est particulièrement intéressante pour comprendre le rapport au médecin, dans un contexte de modèle de pratique soignante qui évolue. D'autre part, la valeur du travail primant sur les loisirs donne une indication intéressante en ce qui concerne l'approche en ergothérapie, qui est centrée sur l'occupation.

La prochaine génération, qui commence à entrer dans les critères d'entrée en EHPAD (les plus de 60 ans), est celle des « Baby-boomers » puis « Happy Boomers ». Cette génération a grandi dans une

¹⁴ Op. cit Disponible sur Internet : http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

¹⁵ Disponible sur internet : http://www.lesconferencesdubienvieillir.fr/?page_id=426

société de progrès technologique, mais aussi dans une société de libéralisation des mœurs et de la femme, avec notamment une croissance du salariat féminin et de ses droits. La verticalité de la société s'est affaiblie. La place modifiée du statut de la femme, comme un sujet à part entière, a également influencé le statut de la famille, avec l'augmentation des divorces et l'évolution du métier de parent avec une plus forte reconnaissance de la place du père. Cette génération a pu voir l'émancipation des corps et entrevoir la vie autrement que par la valeur du travail. Chopard-dit-Jean¹⁶ souligne les modifications générationnelles à venir dans l'accueil des personnes âgées dépendantes en EHPAD par cette question : « Avec l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes issues de la génération du Babyboom qui se caractérisent par des expériences de vie différentes de celles des générations passées et par une forte attente en matière de participation et de codécision, comment les établissements se prépareront-ils à accueillir ces nouveaux résidents ? ». Cette mise en perspective permet la prise de conscience de la nécessité de l'adaptation de la prise en soin dans les EHPAD et notamment par la mise en exergue de la participation sociale, cible privilégiée de l'approche en ergothérapie.

Cette transition dans les générations demande un ajustement de l'offre de service en EHPAD, notamment en regard de la position d'expert donnée au soignant par la génération « Héritage », qui disparaît avec la génération « Babyboomers » comme le préconise la loi, en positionnant la personne au centre de son soin.

2.1.3 Des outils pour soutenir la qualité de vie des résidents en EHPAD

Cette partie va exposer les étayages législatifs et déontologiques qui s'appliquent en EHPAD et qui soutiennent la qualité de vie des résidents.

A) La charte des droits et libertés de la personne âgée

Cette charte a été éditée par le ministère des affaires sociales et de la santé en 2007, et cosignée par la Fondation Nationale de Gérontologie. Elle présente 14 points de vigilance¹⁷ destinés à faire respecter et reconnaître la dignité, la liberté, les droits et les choix des personnes concernées (ANNEXE I).

Cette charte met en exergue l'importance du libre choix de la personne au quotidien, de prévenir les dépendances et les handicaps et de préserver l'autonomie, la liberté d'expression ; elle met l'accent sur l'importance de conserver des activités et d'obtenir des soins et notamment des soins de compensation du handicap par du personnel formé. Elle souligne l'importance de la protection

¹⁶ CHOPARD-DIT-JEAN, Aurélie. *Op. cit.* p133-136.

¹⁷ Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

juridique des personnes vulnérables et définit le droit à l'information comme vecteur de lutte contre l'exclusion.

L'ergothérapeute pourra se voir particulièrement concerné par les mentions de compensation du handicap, sur le maintien des activités ainsi que sur les dynamiques de soutien de l'autonomie et de la prévention de la dépendance comme l'aborde le paragraphe 2.3, qui présente les missions de l'ergothérapie.

B) Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Il existe également un important dispositif de santé publique qui permet de déployer les outils permettant de promouvoir la qualité de vie des personnes en EHPAD. Il s'agit du Programme Qualité de vie en EHPAD 2010. Celui-ci est relayé au travers des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles rédigées par L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et des services Sociaux et Médicosociaux (ANESM).

L'ANESM a édité, en 2011 et 2012, plusieurs volets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, afin de guider les professionnels dans la promotion de la qualité de vie des résidents. Le premier volet : « De l'accueil de la personne à son accompagnement » décrit les étapes clés de la phase d'accueil, qui permettent des conditions favorables pour le bien-être de la personne. Le deuxième volet « Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » s'articule autour de la personnalisation des espaces privatifs, le respect et l'adéquation entre les habitudes de vie de la personne et l'organisation de l'EHPAD. Le troisième volet : « La vie sociale des résidents en EHPAD » décline les principes de maintien et d'encouragement des relations sociales. Enfin, le quatrième et dernier volet : « L'accompagnement personnalisé du résident en EHPAD » dévoile les modalités de mise en place du Projet d'Accompagnement Personnalisé en fonction des besoins et attentes du résident.

C) Les Projets d'Accompagnement Personnalisés

Les EHPAD en tant qu'établissements médico-sociaux, sont soumis à la loi du 2 janvier 2002¹⁸ rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci consiste à « *promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté [...].* » Ainsi, la population cible de

¹⁸ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF, 3 janvier 2002, page 124.

cette étude est bien concernée et de surcroît, la loi exige une évaluation continue de ses besoins et attentes. L'accompagnement, défini par cette loi, repose sur les principes déontologiques et éthiques, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et le projet d'établissement.

Cette loi a pour objectif de protéger la personne de la maltraitance, d'affirmer ses devoirs (règlement de fonctionnement) et ses droits en ce qui concerne l'expression (conseil de vie sociale), le respect de sa dignité, l'information et la confidentialité. Outre ces dispositions, cette loi requiert la participation de la personne à la formalisation d'un contrat de séjour, et à sa prise en charge dans le cadre d'un accompagnement individualisé. D'autre part, la loi exprime clairement la participation directe de la personne, ou de son représentant, à la construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé. Cette loi positionne donc la personne accompagnée dans une posture de co-auteur et favorise son autodétermination. Cette place donnée à la personne peut paraître moderne et pourrait se confronter aux représentations de « soignant expert » qui peuvent se retrouver chez les personnes de la génération « Héritage » comme nous l'avons décrite plus haut (§2.1.2).

Lors de sa mise en place, le Projet d'Accompagnement Personnalisé a véritablement révolutionné le fonctionnement institutionnel en EHPAD¹⁹. En effet, le modèle de prise en soin basé sur le modèle biomédical curatif et l'organisation institutionnelle par tâche ou par soins en série tend à être déconstruit, au profit d'une prise en soin centrée sur la personne en tant que sujet de soin, avec son identité et son histoire. Ce bouleversement a nécessité l'évolution des mentalités et recherche l'adhésion de tous les soignants. Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles²⁰, pour le projet personnalisé, préconisent cinq principes fondateurs : la co-construction du projet personnalisé est issue d'un dialogue régulier, la participation la plus forte de la personne est recherchée, la dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne, l'ensemble des professionnels est concerné par les projets personnalisés et plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne. Afin de répondre aux hypothèses, nous allons porter un regard particulier sur la co-construction et le soutien de la participation de la personne. Afin de permettre les conditions idéales pour la préparation du PAP, le professionnel doit donner les informations pertinentes pour expliquer le projet à la personne. Pour cela, il doit employer un vocabulaire adapté et instaurer un climat de reconnaissance mutuelle entre lui et la personne. Ce climat engagé par l'empathie, les compétences et la créativité est le terrain d'expression des attentes et des propositions de la personne pour son propre accompagnement. Afin de stimuler une

¹⁹ LE MASSON, Dominique. Le projet de vie de la personne âgée institutionnalisée, quelle réalité en institution gériatrique ? *Soins Gérontologie* mars/avril 2003, n°40. Pages 28 à 34

²⁰ Disponible sur internet : http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

participation optimale et de placer la personne comme actrice de son projet, le professionnel peut mettre la personne en situation d'expérience et la solliciter pour toutes les prises de décision, quel que soit leur niveau.

Ce projet doit permettre d'aider la personne à élaborer sa trajectoire dans un lieu de vie collectif, en tenant compte de la raison de son entrée et de son degré de participation au choix de venir y vivre. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé s'inscrit dans une approche globale, qui prend en compte la dynamique de vie de la personne dans son environnement et prend en compte tous les critères de qualité de vie. La démarche d'accompagnement repose désormais sur la prise en compte du parcours de vie de la personne et de ses attentes, dans un souci de qualité. En s'éloignant de la démarche d'assistance au « vieillard », le PAP recherche l'intégration de la personne dans son environnement, en recherchant sa satisfaction et la réponse à ses besoins dans une dynamique d'amélioration. L'objectif est de permettre au bénéficiaire de la structure médico-sociale de passer d'une posture d'usager à une posture de personne actrice de sa vie dans la structure, donc, avec plus d'empowerment. Ce cheminement passe par une réflexion des professionnels travaillant en EHPAD sur le sens donné à leurs actes, dans une dimension plus sociale et humaniste que purement médicale. Le PAP en EHPAD est donc un outil fédérateur de l'ensemble des professionnels autour de la personne, en fonction de sa singularité, pour répondre à ses besoins et ses attentes mais avec la contrainte de la vie en collectivité. En pratique, ce dispositif se heurte quelque fois à des résistances liées aux habitudes institutionnelles, au manque de moyens humains qualifiés et à la difficulté de reconnaître la dignité de la personne âgée au quotidien. C'est pourquoi la cohérence entre le PAP et le projet d'établissement est déterminante pour soutenir ce changement de perspective, par la formation, l'analyse des pratiques professionnelles, le questionnement éthique et la dynamique institutionnelle.

Finalement, toutes ces dispositions réglementaires affirment l'importance de maintenir la personne âgée au cœur d'un projet dont elle est actrice, permettant ainsi de maintenir et rehausser la qualité de vie en EHPAD. Qu'est-ce que la qualité de vie ? Sur quelles dimensions de qualité de vie l'exercice professionnel de l'ergothérapeute se positionne-t-il ?

2.2 La qualité de vie : un concept

La qualité de vie est définie par l'OMS en 1993 comme un concept large et subjectif répondant aux critères suivants : « *la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». ²¹ Dans cette définition, c'est la perception de l'individu qui importe, et la qualité

²¹ Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_cadrage_qualite_de_vie_EHPAD_anesm.pdf

de vie n'a de sens qu'en rapport avec le système personnel de valeur, son schème mental. La définition de l'OMS souligne que la qualité de vie dépend des objectifs et des attentes que la personne se fixe personnellement et individuellement.

La qualité de vie peut ainsi s'évaluer²² grâce à des critères objectifs comme : le niveau socio-économique, l'habitat, le niveau d'éducation, les contrats sociaux. La qualité de vie s'évalue également grâce à des critères objectivables comme les capacités fonctionnelles à réaliser les activités de la vie quotidienne, et à des critères subjectifs comme le sentiment de satisfaction, le bien-être et le sens donné à la vie. Il existe une multitude d'instruments développés pour mesurer la qualité de vie, comme l'échelle WHOQOL développée par l'OMS (ANNEXE II).

Le WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life)²³ est une échelle de mesure de la qualité de vie des personnes qui propose des indicateurs de qualité de vie parmi 4 domaines : santé physique, santé mentale, relation sociale, activité quotidienne, professionnelle et de loisirs et environnement, pour lesquels la personne évalue son niveau de satisfaction. Le WHOQOL-OLD²⁴ est un module complémentaire du WHOQOL qui permet une appréciation spécifique de la qualité de vie des personnes âgées avec 24 items interrogés sur la base de l'expérience vécue les deux dernières semaines. Les six domaines interrogés sont : les capacités sensorielles, l'autonomie (indépendance et autonomie), activités passées, présentes et futures (satisfaction de sa vie passée et à venir), activités sociales (participation sociale), mort et fin de vie (relation à la mort) et intimité (possibilité de nouer des relations personnelles et intimes).

L'ergothérapeute dispose d'une palette d'outils d'intervention pour l'ensemble de ces critères de qualité de vie, avec l'occupation comme moyen d'intervention et la participation sociale comme finalité. Quels sont les besoins de l'humain pour ressentir la qualité de vie ? L'activité est un des critères du WHOQOL. Pour illustrer le concept de qualité de vie par l'occupation en détail, explorons les travaux de Csikszentmihalyi, Dunton et Wilcock.

²² BAUD MERMOD Valérie, MORIN Diane. Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2016, n°126. Pages 38 à 50.

²³ Disponible sur internet : <http://www.lab-epsilon.fr/upload/Questionnaire/WHOQOL-BREF.pdf>

²⁴ LEPLÈGE, Alain *et al.* Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des : le WHOQOL-OLD version française. *La revue de médecine interne*, 2013, n°34. P78-84.

2.2.1 Apport de l'occupation pour une meilleure qualité de vie

Dans son ouvrage *Vivre*²⁵, traduit de l'anglais *Flow*, Csikszentmihalyi synthétise quelques décennies de recherche sur les conditions du bonheur et de la qualité de vie chez l'homme moderne. L'auteur a utilisé une méthode d'échantillonnage de l'expérience vécue et a analysé les moments où les personnes de l'étude vivaient ou décrivaient un état de bonheur. C'est cet état de bonheur, expérimenté tout au long de la vie, avec une certaine cohérence, qui contribue à la qualité de vie.

La plupart des exemples donnés par l'auteur sont des personnes qui réalisent des occupations avec défi, et jamais des occupations passives ou de repos : « *la qualité de vie dépend de ce que chacun fait au cours des soixante-dix ou quatre-vingt ans de son existence et de ce qui occupe sa conscience durant ce temps.* ». Le choix des occupations conditionne les probabilités de rencontrer des états de bonheur. Ce choix réside dans une capacité intrinsèque de l'individu à tenir les rênes de sa vie. Si l'individu, au moyen du projet de vie, parvient à mettre de la cohérence, de l'harmonie et de l'engagement dans ses actes et ses états de bonheur, alors il arrive à donner du sens à sa vie et à jouir d'une bonne qualité de vie. Nous pouvons analyser, dans ces propos, que la qualité de vie réside dans une suite cohérente de choix d'occupations ou de routines qui structurent la vie et la conscience de l'individu. L'auteur démontre alors que l'occupation qui engendre cet état de bonheur peut être de nature thérapeutique dans le sens où elle permet d'atteindre une bonne qualité de vie. Cette vision de la qualité de vie est orientée par une disposition, une compétence intrinsèque qui relève de l'apprentissage et dont la finalité est d'apporter du sens à la vie. Cette perspective est différente de celle proposée par l'OMS, dans la mesure où elle place l'occupation active (quelle qu'elle soit) qui procure le vécu de l'état de bonheur comme vecteur central d'harmonie et de développement de la qualité de vie.

Selon Dunton (1919)²⁶, « *l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain au même titre que l'alimentation. Tout être humain devrait s'adonner à des occupations physiques et mentales [...] ou des passe-temps qui lui procurent du plaisir. Les maladies du corps, de l'esprit et de l'âme peuvent être guéries grâce à l'occupation* ». L'occupation est ici placée comme un concept central de la qualité de vie, comme un besoin fondamental au bien-être physique, mental et social.

²⁵ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. *Vivre : la psychologie du bonheur*. p26, 34, 35, 64, 70, 81, 84, 92, 105, 111, 115, 116, 124, 151, 169, 171, 174, 195, 205, 210, 220, 221, 228, 232, 233, 251, 259, 261, 262. 326 pages

²⁶ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Hélène. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. p17.

Wilcock (1996,1998 et 2006)²⁷ conceptualise l'humain comme un être occupationnel : « *les occasions et les ressources permettant de s'engager dans une occupation devraient être offertes à tous les individus parce que l'occupation est nécessaire à la survie, à la santé et au mieux-être.* » Ainsi, la qualité de vie peut être définie d'un point de vue occupationnel, en ergothérapie comme un concept qui : « *se réfère au choix et à la participation aux occupations qui permettent de garder l'espoir, génèrent la motivation, donnent une signification à la vie, permettent d'éprouver de la satisfaction, créent une vision dynamique de la vie, favorisent la santé et qui habilitent à l'autonomisation.* »²⁸. Dans cette vision de l'être humain, Wilcock place l'occupation au centre de la dynamique de vie, et comme vecteur direct de la qualité de vie.

Ces trois auteurs nous permettent d'émettre le postulat que la qualité de vie peut reposer sur le fait de pouvoir choisir et réaliser des occupations qui procurent du bonheur.

La participation sociale est également interrogée par le WHOQOL-OLD au travers le terme activité sociale. Qu'est-ce que la participation ? Pour illustrer ce concept, ce travail propose de définir la participation et de faire le lien avec l'intervention en ergothérapie.

2.2.2 Participation et qualité de vie

La participation nommée dans le WHOQOL-OLD rejoint la définition de la participation proposée par Kielhofner dans le Modèle de l'Occupation Humaine de 2006, par Meyer 2013 et de la participation sociale développée par Ninacs en 2002 et Fougeyrollas en 2010. En ergothérapie, la participation est un concept qui fait office de finalité dans l'approche thérapeutique.

La participation est « *l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » comme le suggère Sylvie Meyer et le groupe ENOTHE²⁹. Avec cette définition, la personne est engagée dans une activité en contact avec d'autres personnes. La participation sociale est une dimension explorée par le Processus de Production du Handicap conceptualisé par Fougeyrollas (PPH 1992-2010). Elle est définie « *comme étant la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle...).* Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assure la survie et

²⁷ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO, Hélène. *Op. cit.* p23

²⁸ TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO, Hélène. *Op. cit.* p446

²⁹ MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation.* Page 16.

l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence »³⁰. Nous pouvons relever ici que les habitudes de vie et les rôles sociaux personnels sont déterminants. Ceux-ci sont mis en rapport avec les caractéristiques identitaires de la personne comme l'âge ou le sexe. Cette définition souligne également le fait que les habitudes de vie et le contexte social influencent positivement l'épanouissement de la personne, dans la société et permettent l'expression du bien-être en général. De quelle manière les habitudes de vie sont-elles favorisées en EHPAD ? Comment les relations sociales sont-elles prises en compte ?

Ninacs (2002)³⁰, relève que la participation sociale est : « *l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation (empowerment) communautaire.* ». Cette nouvelle définition ajoute la notion d'environnement social dans lequel la personne évolue et qui permet à la personne de se construire et d'exprimer son pouvoir de décision. Comment l'environnement social s'organise-t-il en EHPAD ? Quels sont les moyens de favoriser l'empowerment ?

Sur la base de ce cadre théorique, la qualité de vie réside dans la satisfaction de la personne à mener des activités qui lui procure une expérience de plaisir, en cohérence avec ses habitudes de vie, qui lui permet d'établir des relations sociales par la participation sociale et d'exprimer son pouvoir personnel. Mais quand est-il de la représentation de la qualité de vie en EHPAD ?

Au travers de ce concept de qualité de vie, l'ergothérapeute place l'engagement dans l'occupation comme un besoin fondamental de l'être humain. Son rôle ne serait-il pas de permettre à chaque personne accompagnée d'exprimer et de maintenir son être occupationnel ? Ce travail de recherche se propose de valider l'hypothèse suivante, en vérifiant, au préalable, ce que signifie la qualité de vie en EHPAD pour les personnes interrogés :

- Les ergothérapeutes portent un intérêt particulier à la qualité de vie de la personne grâce à leur modèle de pratique thérapeutique centrée sur la personne dans son occupation, notamment dans la recherche des besoins et attentes en matière d'occupation.

³⁰ CASTELEIN, Pierre. *La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire.* p13-14.

2.3 L'intervention en ergothérapie

2.3.1 Les champs de compétence et d'activité de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute travaille avec une approche centrée sur la personne et utilise des modèles conceptuels bio-psycho-sociaux pour structurer sa pratique. C'est un professionnel de santé qui accompagne une personne avec un problème médical et/ou social (accidents, maladie...) dans toutes ses dimensions (biologique, psychologique, sociale, cognitive, culturelle...). L'ergothérapeute travaille à réduire sa problématique par la rééducation, la réadaptation, les compensations (AT, AH, stratégies d'adaptation...) au travers de l'activité (de son choix, à son goût). Selon Leontiev³¹, l'activité est dite signifiante lorsque qu'elle a du sens pour la personne et significative lorsque qu'elle a du sens pour les autres, au regard de son statut et de ses rôles sociaux. L'activité est utilisée pour mobiliser les compétences (physiques, psychiques, cognitives, sociales...), maintenir ou développer son indépendance et solliciter son autonomie. Nous allons brièvement définir les termes dépendance et autonomie.

Selon Hesbeen³², la dépendance est le résultat de l'écart entre les besoins de la personne et tous les facteurs (humains, matériels et organisationnels) dont il dispose pour tenter de les satisfaire. L'humain est par définition un être vivant dépendant. La dépendance s'oppose à l'indépendance. L'autonomie, quant à elle réside dans l'art de gérer ses dépendances c'est-à-dire par la capacité de la personne à choisir son niveau de dépendance. L'autonomie s'oppose au terme hétéronomie. Ainsi, une personne peut être dépendante et autonome, si l'on prend comme exemple une personne qui ne peut s'habiller seule mais qui demande à être habillée à telle heure et de telle façon. De la même façon une personne peut être indépendante financièrement si elle dispose de revenus confortables et hétéronome, si elle ne sait pas comment gérer son budget.

Notre pratique se fonde sur l'accompagnement de la personne dans son environnement et au travers de son activité propre (soin personnel, travail, loisirs) avec comme objectif principal de satisfaire le niveau d'engagement souhaité par la personne dans l'activité, favoriser son inclusion, son bien-être et sa qualité de vie et de soutenir l'indépendance et l'autonomie dans une finalité de participation sociale. Pour l'ergothérapeute, le domaine d'action privilégié est donc celui relatif à la dimension occupationnelle de la personne.

³¹ MOREL-BRAQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts* p69.

³² HESBEEN, Walter. *Penser le soin en réadaptation*. p 50 à 53.

Lors de ma phase exploratoire, deux ergothérapeutes travaillant en EHPAD ont exprimé que leur rôle était peu développé dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé. L'une avait un questionnaire sur le type d'outils qu'elle pourrait mettre en place, et qui pourrait être complémentaire à celui du binôme Aide-soignant/Infirmier. Le second ergothérapeute m'a exprimé que c'était le psychologue qui était le coordinateur du Projet d'Accompagnement Personnalisé

Ce travail de mémoire propose d'établir un constat de ce qui est réalisé sur le terrain, et ainsi de répondre à l'hypothèse:

- L'ergothérapeute tient un rôle dans la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé en EHPAD grâce au recueil de données effectué auprès de la personne directement ou de son représentant légal

L'intervention en ergothérapie suit un raisonnement clinique qui commence toujours par un recueil de données pour comprendre la personne et sa problématique. C'est grâce à l'entretien et à l'évaluation multidimensionnelle que l'ergothérapeute peut établir le diagnostic en ergothérapie avec son regard spécifique. Ce diagnostic permet de cibler la problématique occupationnelle de la personne et de définir les objectifs de la prise en soin. L'ergothérapeute proposera ensuite son plan de soin, dans le but de répondre aux besoins et aux attentes de la personne, pour lui permettre une participation optimale. Comment les missions de l'ergothérapeute se définissent-elles en EHPAD ?

2.3.2 L'ergothérapeute en EHPAD

L'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie a réalisé une fiche de poste type qui regroupe les missions de l'ergothérapeute en EHPAD (ANNEXE III). Dans le document consultable en annexe, les missions plus spécifiques de l'ergothérapeute sont décrites comme : l'autonomie dans les activités de vie quotidienne, la réadaptation de la mobilité et des transferts, la réadaptation des troubles cognitifs, la prévention et le traitement des risques de chutes, le positionnement assis et allongé, les aides techniques, la formation, le conseil, l'éducation et la participation à la démarche qualité.

2.3.3 Une pratique ergothérapique centrée sur la participation

Le WHOQOL-OLD interroge la participation ce qui représente une finalité des missions de l'ergothérapeute. Pour affiner l'analyse des composantes permettant la participation de la personne, l'ergothérapeute dispose d'un modèle conceptuel, le Modèle de l'Occupation Humaine.

Le Modèle de l'Occupation Humaine paraît intéressant pour déterminer le rôle de l'ergothérapeute dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents en EHPAD. Le Modèle de l'Occupation Humaine

(MOH) a été développé par Gary Kielhofner pendant une trentaine d'années³³. Le modèle présenté ici est celui édité en 2006. Comme le montre la Figure 1 le Modèle de l'Occupation Humaine, est un modèle dynamique qui permet d'analyser les composantes individuelles (ETRE) qui conditionnent l'engagement dans l'occupation (AGIR).

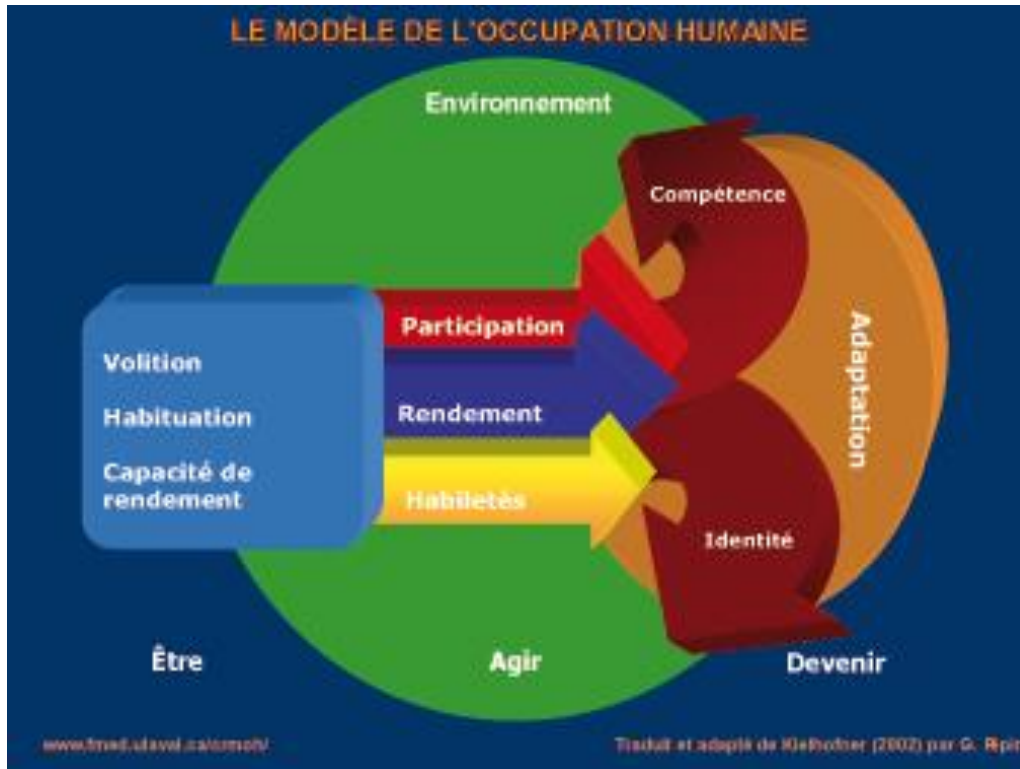


Figure 1 Le Modèle de l'Occupation Humaine

Ce modèle permet de révéler les capacités d'adaptation de la personne, qui contribuent à façonner son identité occupationnelle en rapport avec son environnement matériel et humain (DEVENIR). Le Modèle de l'Occupation Humaine est un modèle dynamique. Il donne une image de la personne dans le présent, en lien avec les aptitudes et les sentiments qui l'habitent dans le présent, tout en prenant en compte son vécu afin de comprendre ce qui anime la personne dans ses choix ou ses non choix occupationnels. Toutes les dimensions exploitées dans ce modèle sont indissociables de l'environnement matériel et humain dans lequel la personne s'inscrit.

A) L'être

Le modèle est construit à partir des dimensions intrinsèques de la personne (volition, habitude et capacité de rendement).

³³ MOREL BRACQ, Marie-Chantal. *Le modèle de l'occupation humaine MOH Garry KIELHOFNER* p69.

La volition est un processus motivationnel nécessaire au choix d'une activité. Cette dimension explique comment la personne choisit de s'investir dans telle ou telle occupation en fonction de ce qui lui plaît (intérêt), de ce qui est important pour elle (valeur) et en fonction de ce qu'elle se sent capable de faire (sentiment de compétence et d'efficacité). Cette dernière notion est liée à l'interprétation, à l'émotion et au souvenir laissé par l'expérience faite de telle ou telle activité dans le passé. La volition pourrait se résumer en un processus décisionnel intégré à notre fonctionnement, une somme d'éléments dont nous n'avons pas forcément conscience mais qui guident nos choix.

L'habitude comprend des habitudes de vie et des rôles sociaux que la personne détient et qui l'aide à structurer sa vie. En effet, chaque journée est faite d'une succession organisée d'actions qui constituent des habitudes. Par exemple : chacun a une heure de lever privilégiée puis enchaîne par ses soins personnels ou son alimentation ou encore une activité physique. Chaque personne a son propre schéma, et cela constitue les habitudes de vie. Chacun a également à sa disposition une palette de rôles sociaux qui définit son comportement, sa posture et son statut. Une femme peut être à la fois épouse, fille, mère, salariée, membre d'une association, cousine, amie ou encore cliente. Pour chacun de ces rôles, cette même personne met en œuvre un comportement adapté à la situation dans laquelle elle se trouve.

Les capacités de rendement rassemblent tout ce qui est nécessaire à l'action de manière objective et subjective. D'un point de vue objectif, la personne dispose de fonctions organiques intactes ou lésées, en particulier celles qui lui permettent de maintenir son intégrité corporelle (métabolisme). Ces éléments sont des prérequis au fonctionnement idéal et concernent le champ biomédical. Les capacités de rendement subjectives rassemblent les ressentis : comment le corps et l'esprit sont vécus, comment la personne se perçoit et ce qu'elle ressent à propos de ses fonctions organiques.

Ces trois dimensions intrinsèques permettent à la personne de choisir et de s'engager dans l'occupation : l'agir.

B) L'agir

C'est grâce à tout ce que la personne est, qu'elle choisit de s'investir dans une occupation ; dès lors, on peut considérer qu'elle détient des habiletés. Les habiletés sont les capacités lui permettant d'analyser son environnement, d'être opérationnel (fonctionnement des sens et du cerveau) et d'interagir avec celui-ci (communications, interactions et fonctions motrices).

Ces habiletés sont observables dans le second niveau de l'agir : le rendement. Le rendement constitue toutes les capacités que montre la personne quand elle s'engage dans une occupation (vie quotidienne, loisirs ou activité productive). Dans ce niveau de l'agir, l'ergothérapeute pourra affûter son observation pour découvrir comment la personne fait pour monter dans sa baignoire ou se coiffer.

Nous positionnons les différents niveaux de dépendance dans la dimension du rendement occupationnel, car il s'agit de la mise en situation des ressources de la personne pour répondre à ses besoins.

Enfin, le dernier niveau de l'agir est celui de la participation. L'utilisation du terme participation ici s'apparente à la participation telle que définie ci-dessus (§ 2.2.2). Différents niveaux de participation peuvent être rencontrés, nous pouvons également parler ici d'engagement.

C) Le devenir

L'agir permet à la personne de forger son identité occupationnelle et d'acquérir des compétences qui sont des ressources qui soutiennent son adaptation aux changements. Les changements peuvent provenir de toutes les dimensions du modèle : l'environnement proche ou élargi, l'activité ou la personne elle-même, dans le cadre de la survenue d'un événement ou d'une expérience de vie altérant son intégrité corporelle, son identité ou sa motivation. Nous positionnons l'autonomie dans la dimension de l'identité occupationnelle car elle est l'expression personnelle et identitaire des choix de la personne.

D) L'environnement

Dans mon étude, l'environnement institutionnel représente un changement. En effet, le lieu de vie peut être bouleversé si la personne vivait seule ou en couple chez elle, elle se retrouve dans un lieu de vie collectif, et régi par des professionnels. La personne affronte ce changement grâce à ses ressources, et elle doit s'adapter. L'enjeu du Projet d'Accompagnement Personnalisé est, au sens de ce modèle en ergothérapie, de lui permettre d'exprimer sa volition, d'adapter son habitude et de maintenir ses capacités de rendement pour lui permettre d'agir et d'exprimer ou d'adapter son identité occupationnelle. Ces deux derniers facteurs sont une finalité en ergothérapie et sont vecteurs d'une bonne qualité de vie, comme précédemment décrit dans le paragraphe sur la qualité de vie par l'occupation et par la participation.

E) La dynamique du modèle

Comment est vécue la transition occupationnelle en vie institutionnelle ? Le modèle choisi est un modèle dynamique, qui permet d'explorer l'adaptation de la personne. Celui-ci doit permettre d'explorer les enjeux, les freins et les leviers de l'engagement occupationnel. Cette analyse permettra de mieux comprendre l'être occupationnel et de s'appuyer sur les compétences acquises au travers de son parcours occupationnel pour répondre aux besoins et aux attentes actuelles de la personne. Dans ce travail de recherche et au regard de la population, le Modèle de l'Occupation Humaine paraît être un outil ressource pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie.

L'enjeu de ce travail de recherche réside dans l'exploration des moyens que l'institution met au service de l'amélioration de la qualité de vie. D'autre part, puisque le cadre de pratique de l'ergothérapeute permet d'agir spécifiquement sur les leviers de la qualité de vie de la personne, par l'occupation et par la participation sociale, comment se définit son rôle dans l'EHPAD ?

La prochaine partie décrit la méthodologie de recherche employée pour répondre à ce questionnement, **En quoi l'apport de l'ergothérapie permet de soutenir l'amélioration de la qualité de vie des personnes résidant en EHPAD ?**, et à mes deux hypothèses :

- Les ergothérapeutes portent un intérêt particulier à la qualité de vie de la personne grâce à leur modèle de pratique thérapeutique centrée sur la personne dans son occupation, notamment dans la recherche des besoins et des attentes en matière d'occupation.
- L'ergothérapeute tient un rôle dans la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé en EHPAD grâce au recueil de données effectué auprès de la personne directement ou de son représentant légal.

3 Méthodologie de recherche

Pour répondre à cette problématique, un recueil de données auprès d'ergothérapeute travaillant en EHPAD est envisagé. Ce travail de recherche pose donc la question du modèle de pratique et du rôle de l'ergothérapeute pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie.

3.1 Le choix de l'outil

La méthodologie de recueil de donnée choisie pour préciser la nature de l'intervention en ergothérapie dans la structure et dans le PAP est une méthode qualitative. Celle-ci nous permettra d'approfondir les éléments recherchés de manière explicative et contextualisés.

Les entrevues sont menées sous la forme d'entretien semi directifs dans 4 EHPAD (A, B, C et D). Les interviewés sont recrutés après avoir vérifié au préalable par appel téléphonique, leur éligibilité au regard des critères d'inclusion dans l'étude.

Critères d'inclusion/exclusion :

L'établissement est situé dans un secteur de 40km autour de mon lieu de résidence ou de celui de mon lieu de stage pour des raisons de faisabilité en termes de coût et de temps. L'étude requiert au moins trois entretiens avec des ergothérapeutes exerçant en EHPAD.

L'objectif est de sélectionner des professionnels avec une expérience significative en EHPAD. Le souhait est de prioriser soit des professionnels travaillant à temps plein, soit des professionnels avec de l'expérience ou les deux.

3.2 L'entretien semi-directif

Cette technique de recueil de données nous permet d'obtenir des informations précises et détaillées ainsi que les valeurs, les sentiments, les croyances, les motivations et les représentations de l'interviewé.

La grille d'entretien est réalisée en amont des entretiens. Elle nous permet de retranscrire nos questionnements sur la base du cadre théorique, de manière organisée. Les questions sont ouvertes et les termes employés sont des mots communs, déconceptualisés, pour permettre une meilleure compréhension.

Dans un premier temps, nous nous présentons ainsi que la thématique du sujet de recherche par mail ou par contact téléphonique dans l'objectif d'obtenir un rendez-vous. La durée de la rencontre est estimée à une heure. Lors de l'entrevue, nous chercherons à connaître l'interviewé à travers son

expérience professionnelle et la pratique dans la structure, afin de contextualiser l'approche en ergothérapie.

Pour rentrer dans le sujet, nous posons une première question globale pour savoir comment l'ergothérapeute réalise son recueil de données à propos du résident en EHPAD. La grille d'entretien (ANNEXE IV) présente une série de questions qui permet de balayer les éléments du modèle conceptuel choisi. Une colonne permet de prédéfinir les éléments attendus pour faire l'analyse des réponses potentielles des interviewés, par la suite. Sur le terrain, les questions posées seront égrenées au fil de la discussion en partant de ce que l'interviewé expose et des informations manquantes. Le retour à la trame se fera pour les informations manquantes, évasives ou non spontanément évoquées, sous la forme d'interventions de synthèse.

Ensuite, nous questionnons les représentations de la qualité de vie en EHPAD. Cette question permet de savoir ce que l'ergothérapeute met derrière ce terme et ce qui est important pour lui dans la qualité de vie, au regard de la population avec laquelle il travaille. Pour finir, nous interrogeons les moyens à disposition de l'institution et ceux à disposition de l'ergothérapeute pour soutenir l'amélioration de cette qualité de vie.

Les techniques d'entretien semi directif employées seront :

- l'écoute active, qui permet d'employer le même vocabulaire que l'interviewé
- la répétition, réitération et la reformulation
- l'intervention de synthèse de contrôle, de retour ou de relance, qui permet de vérifier ou de faire préciser certaines données.

L'entretien sera enregistré au dictaphone et retranscrit par écrit. Les résultats sont présentés dans la prochaine partie pour être analysés ensuite.

4 Analyse

Lors des entretiens, la grille d'entretien a été respectée dans sa globalité mais uniquement dans ses grands thèmes. En effet, la nature semi-directive de l'entretien permet à l'interviewé une grande liberté pour aborder sa pratique. La grille d'entretien est particulièrement dense en raison de l'orientation du premier thème : recueil de données sur un modèle conceptuel en ergothérapie.

Les quatre entretiens de recherche ont été retranscrits. Nous allons procéder en premier lieu à une analyse succincte de la forme et de la cohérence interne de chaque entretien. Celle-ci permet de présenter brièvement le professionnel dans son contexte et sa situation de travail singulière. Nous allons ensuite réaliser une analyse thématique horizontale, pour répondre aux hypothèses. L'analyse thématique horizontale est réalisée à partir de la grille d'entretien initiale, remodelée en fonction de l'apport des entretiens, notamment sur la pratique des professionnels. L'analyse thématique horizontale permet de regrouper la parole des professionnels interrogés par thème et de procéder à une analyse qualitative du contenu.

4.1 Caractéristiques des entretiens

Nous avons rencontré quatre ergothérapeutes qui travaillaient à temps plein ou qui avaient plus de 2 ans d'expérience, ces professionnels correspondaient aux critères d'inclusion.

Tableau 1 Description des entretiens de recherche

Données	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C	Ergothérapeute D
Date	21/02/2017	24/02/2017	27/02/2017	20/04/2017
Durée	45'29"	57'54"	52'56"	39'40"
Pauses	2 interruptions extérieures	sans	Sans	sans
Conditions	Dans un bureau en présence d'une stagiaire 1ere année occupée à une autre tâche	En face à face dans un bureau	En face à face dans un bureau	En face à face dans un bureau
Retranscription	Complète	Complète	Complète	Complète
Référence		ANNEXE V		
Diplôme	2013	1998	1990	2013
Parcours professionnel	SSR /Médecine/ USLD HDJ et PASA	Libéral	Moyen séjour et long séjour	Médecine Physique et Rééducation
	EHPAD		Intérim à domicile	Foyer de vie
	SSR /Médecine/EHPAD/ équipe d'appui	Rééducation fonctionnelle	EHPAD	Centre de rééducation
	EHPAD et PASA	Psychiatrie adulte		EHPAD et SSR
Création de poste en EHPAD				
	Enseignement			
Ancienneté sur le poste actuel	2 ans	2 ans	8 ans	3 mois
Temps travaillé sur le poste	100%	50%	20%	100%
Nb de résidents	93	80	83	Environ 110

4.2 La grille d'analyse

La grille d'analyse est issue de la grille d'entretien en ANNEXE IV, le rôle des différents professionnels ont été abordés dans chacun des entretiens.

LE RECUEIL DE DONNEES

- Modalités
- Le contenu (classé selon le MOH)
- L'évaluation

LA QUALITE DE VIE

- Représentation pour l'interviewé
- Outils de l'établissement
- Outils de l'ergothérapeute

LES PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISES

- Fonctionnement
- Participation de la personne

LE ROLE DES PROFESSIONNELS

- l'ergothérapeute
- autres professionnels
- approches et cultures professionnelles

La grille avec les résultats complets est consultable en ANNEXE VI.

4.3 Contexte de pratique et cohérence interne de chaque professionnel

L'ergothérapeute A est diplômé de 2013. Il travaille à temps plein depuis 2 ans, dans une structure de 93 résidents installée en milieu rural. Sa direction soutient la profession d'ergothérapeute : « *y a une politique d'établissement qui fait que j'ai complètement ma place ici dans l'équipe* » et « *directeur de soin qui est assez sensible à l'ergothérapie* ».

L'ergothérapeute B est diplômé depuis 1998, il travaille à 50% dans un EHPAD, situé en milieu urbain, comptant 80 résidents, son poste a été créé il y a 2 ans.

L'ergothérapeute C est diplômé depuis 1990 et travaille pour 20% depuis 8 ans dans un EHPAD situé en milieu rural qui accueille 83 résidents.

L'ergothérapeute D est diplômé depuis 2013 et travaille à temps plein depuis 3 mois dans un établissement situé en milieu rural, comptant environ 110 résidents avec, en plus, un service de SSR et de médecine.

4.4 Analyse de la forme

Cette analyse nous permet de commencer à cerner le type de modèle de pratique de chacun des interviewés. Avec l'ergothérapeute A, le langage est commun et technique, le champ lexical est plutôt

médico-social. La personne accompagnée est majoritairement appelée « *personne* » et moins fréquemment « *résident* » et l'intervention en ergothérapie est nommée « *intervention* ». L'ergothérapeute B utilise un vocabulaire commun et technique, le champ lexical est plutôt psycho-social. La personne accompagnée est nommée « *personne* » ou « *résident* » de façon alternative et l'intervention est appelée « *intervention* » ou « *prise en soin* ». L'ergothérapeute C utilise un langage commun et le champ lexical est psycho-social. La personne accompagnée est nommée « *personne* » ou « *personne âgée* » et l'intervention est appelée « *prise en charge* ». L'ergothérapeute D utilise un langage commun et le champ lexical est plutôt social. La personne est majoritairement nommée « *personne* » et rarement appelée « *patient* » ou « *résident* » et l'intervention est appelée « *prise en soin* ».

Tous les ergothérapeutes identifient l'utilisateur non plus comme un objet de soin mais comme une personne à part entière, ce qui suit les orientations de la loi n°2002-02 et la dynamique du PAP. Ce nominatif est également celui utilisé dans la culture professionnelle des ergothérapeutes.

Un seul ergothérapeute utilise le terme occupation, les autres parlent d'activité.

Le modèle de pratique est généralement bio-psycho-social avec quelques tonalités en fonction des professionnels : bio-sociale pour A, psycho-sociale pour B et C et plutôt sociale pour D.

4.5 Recueil de données des ergothérapeutes

Trois ergothérapeutes sur quatre procèdent de la même manière pour recueillir les éléments nécessaires à l'intervention en ergothérapie. Le recueil de données se fait tout d'abord par la lecture du dossier. Cette lecture est suivie d'une rencontre auprès de la personne. Pour le quatrième ergothérapeute, l'ordre est inversé. L'évaluation se fait par la suite, de manière non formalisée, en fonction du besoin.

Tableau 2 Type de données recueillies pour la prise en soin en ergothérapie

Catégorie du MOH	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C	Ergothérapeute D
ETRE	<p>Les activités signifiantes</p> <p>Les proches</p> <p>Les difficultés exprimées</p> <p>Les habitudes de vie</p> <p>Les antécédents médicaux</p>	<p>Dynamique de transition des centres d'intérêt</p> <p>Recueil de données d'ordre familiales et médicales</p> <p>Exploration des composantes qui permettent le choix de s'investir dans une activité donnée (dynamique du MOH)</p>	<p>Connaissance de la personne</p> <p>Rencontre avec les familles</p> <p>Risque d'escarre</p>	<p>Les activités signifiantes dans l'EHPAD et avant l'entrée</p> <p>L'histoire de vie et les habitudes de vie</p> <p>Les activités à partager avec les proches</p> <p>Les déterminants personnels</p> <p>Le vécu en EHPAD, les capacités subjectives</p> <p>La raison de l'entrée en EHPAD, Les troubles cognitifs</p>
AGIR	<p>Le type de déplacement</p> <p>Grille type AGGIR</p> <p>Interaction des capacités cognitives avec les activités de la vie quotidienne</p> <p>Observation selon demande des aides-soignantes</p> <p>Evaluation en situation de vie quotidienne si plainte en autonomie ou motricité pour voir les habiletés</p> <p>Orientation des personnes dans les activités en fonction de leurs capacités cognitives (PASA)</p>	<p>Observations des habiletés aux déplacements et aux transferts et orientation temporo-spatiale</p> <p>Evaluation des capacités motrices en chambre, en salle à manger, à la toilette et en sorties extérieures</p> <p>Regard sur le comportement social, les capacités à établir des relations sociales</p> <p>Attention portée au niveau d'engagement</p> <p>Participation à tel ou tel groupe d'activités, selon ce que la personne exprime</p>	<p>Intervention en ergothérapie sur la notion d'envie de faire les choses confirmée sur le long terme</p> <p>Priorisation des interventions sur demande spontanée du résident</p>	<p>Recherche de l'origine des incapacités</p> <p>Recherche à évaluer le problème par l'observation directe</p> <p>Recueil des différents niveaux d'engagement</p> <p>Est à l'écoute de la dynamique d'engagement dans l'activité</p> <p>Constatation de non motivation initiale fréquente qui a besoin d'un amorçage</p>
DEVENIR	<p>Le caractère de la personne est spécifié dans le bilan d'accueil du cadre, cela sert de référence pour observer un changement de comportement</p> <p>Leur souhait de participation est également interrogé</p> <p>Respect de l'autonomie dans l'intervention</p> <p>Les personnes peuvent prendre conscience de leur besoin de retrouver des compétences pour répondre à leur désir d'indépendance</p> <p>Adaptation de l'activité par les aides-soignantes du PASA</p> <p>Le recueil des souhaits et des attentes à distance de l'accueil.</p> <p>L'adaptation peut être à la fois rééducative (mise en place d'activités) ou réadaptative (mise en place et apprentissage d'aide technique)</p>	<p>Autodétermination des personnes et refus de participer aux propositions</p> <p>Personnalité plus ou moins sociable du résident</p> <p>Transposition de la relation de confiance sur des temps d'accompagnement plus délicats</p> <p>Interaction entre la volition, la participation et l'impact de l'identité occupationnelle</p> <p>Maintien des capacités physiques et cognitives par les activités sociales.</p> <p>Adaptation matérielles ou posturales</p> <p>En unité protégée les soignants s'adaptent aux besoins individuels</p> <p>Adaptation à l'environnement</p> <p>Adaptation occupationnelle</p>	<p>L'ergothérapeute voudrait beaucoup plus tenir compte du vécu de la personne</p> <p>Adaptation de l'activité de loisirs</p> <p>Adaptation de la personne à la collectivité</p> <p>Adaptation de l'institution aux demandes et aux nouvelles générations</p>	<p>Présentation de la personne au PVI</p> <p>Recherche de la raison de l'entrée en EHPAD et de l'identité propre</p> <p>Implication de la personne dans le choix</p> <p>Le professionnel fait le lien entre l'autonomie et les capacités cognitives</p> <p>Respect de l'autonomie dans l'intervention</p> <p>Recherche de maintien des compétences au travers des activités habituelles malgré les contraintes du contexte environnemental</p> <p>Recherche de la cause de la rupture occupationnelle</p> <p>Recherche à comprendre comment la personne s'est adaptée globalement, dans la vie de l'établissement</p> <p>Adaptations matérielles mises en place dans l'activité</p> <p>Adaptation vis à vis des professionnels, mise en place de la relation de confiance</p> <p>Mise en évidence de la tendance des résidents à se faire oublier à ne plus s'exprimer en son nom.</p>
ENVIRONNEMENT	<p>Prise en compte des besoins en matériel et aides techniques et mise à disposition dès l'entrée.</p> <p>L'environnement architectural est pris en compte dans sa globalité.</p> <p>Personnalisation de l'espace privé</p> <p>Raison de l'entrée en EHPAD</p> <p>Affinités des personnes antérieures à l'entrée en EHPAD</p> <p>Habitudes de vie sociales</p> <p>Le personnel se rend disponible pour évaluer le besoin des familles</p>	<p>Optimiser les transferts et la mobilisation à l'aide de matériel</p> <p>Adaptation de la personne à son nouvel environnement physique</p> <p>Un espace privé en construction</p> <p>Des temps de repas comme moment privilégié à la relation</p> <p>Un temps de latence pour apprivoiser la collectivité</p> <p>Questionnement personnel sur la contrainte de la collectivité</p> <p>L'apparition de groupe d'affinités antérieures ou culturelles</p> <p>Des résidents facilitateurs pour l'entrée en relation</p>	<p>Préconisation du matériel</p> <p>Affinités des personnes antérieures à l'entrée en EHPAD</p> <p>Intervention auprès de personne isolée par la culture</p> <p>Prise en compte de la collectivité comme principe de réalité de vie</p> <p>Réflexion sur l'adaptation d'activité face à la perte de communication</p>	<p>Recherche de matériel pour faciliter l'activité</p> <p>Regard particulier sur la dynamique de groupe, recherche à donner une place à chacun dans le groupe</p>

La notion d'activité (en grisé) apparaît tout au long du recueil de donnée, dans toutes les dimensions du MOH. L'adaptation (en gras) est une dimension qui est également beaucoup développée par les ergothérapeutes. Le regard de l'ergothérapeute est également porté sur la participation (en bleu).

La notion d'évaluation a été abordée spontanément par deux ergothérapeutes. Un des ergothérapeutes exprimait le fait de ne pas réaliser de bilan de l'autonomie en systématique lors de la rencontre, et ne pas avoir de bilan validé. L'autre ergothérapeute exprimait sa réflexion à propos de l'évaluation de la qualité de vie et de la difficulté de la mesurer. L'échelle de bien-être est utilisée dans une structure : l'échelle EVIBE, qui permet une évaluation du bien-être de l'instant.

4.6 La qualité de vie

Dans le Tableau 3, nous avons recensé l'intégralité des réponses à la question posée aux ergothérapeutes sur la représentation de la qualité de vie. Nous remarquons que les réponses de chacun des professionnels sont différentes et qu'ils n'utilisent pas les mêmes termes ou les mêmes concepts. De ce fait, nous avons tenté de mettre en corrélation les termes énoncés par les interviewés et de donner un titre dans la première colonne qui synthétise l'idée énoncée. Les cases grisées sont des éléments que les professionnels n'ont pas abordés.

Tableau 3 Représentations de la Qualité de vie en EHPAD

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C	Ergothérapeute D
Rencontrer et reconnaître la personne	Les connaître	Précocité de la prise en compte des rituels singuliers de la personne pour qu'elle se sente acceptée	La reconnaissance de la personne dans son individualité Ce qui permet à la personne de pouvoir exister et de se sentir entendu dans ses besoins et désirs.	Recevoir la personne dans toute son identité Prendre la personne dans sa globalité
La posture			L'approche des professionnels, par l'empathie, le partage de son humanité,	Se montrer disponible
Les habitudes de vie		Conciliation des éléments d'habitude de vie avec la vie en EHPAD		Essayer de garder les habitudes de vie antérieures,
La sécurité	Sécurité en conciliation avec la famille	Circuler en sécurité		
L'autonomie	Garder leur autonomie Accéder à leurs souhaits			Personnaliser le plan d'aide Lui permettre de décider par elle-même de ses objectifs, d'être actrice
Le confort	Le confort	Un espace de vie privé avec des repères identitaires		
Souhait d'activité	Accompagner le plus longtemps possible dans les activités qu'ils souhaitent faire			
Plaisir	Cibler et leur apporter ce qui leur fait plaisir Le plaisir passe souvent par la nourriture			

L'analyse que nous pouvons faire de ce tableau 3 est que les ergothérapeutes ne disposent pas des mêmes représentations de la qualité de vie. Nous pouvons supposer, que le concept de qualité de vie n'est pas consensuel pour les ergothérapeutes dans le cadre de la pratique en EHPAD.

Ce tableau montre la multitude de facteurs importants pour les ergothérapeutes permettant de soutenir la qualité de vie. Si ce tableau révèle une représentation personnelle de la qualité de vie, nous pouvons remarquer qu'il s'agit pour les quatre professionnels de la connaissance de la personne dans sa singularité. Les éléments comme : **l'approche du professionnel** de disponibilité, d'empathie ou d'humanité, **la notion de sécurité, le respect des habitudes de vie, l'autonomie, l'espace privé confortable, et accueillir la personne dans sa globalité** sont citées deux fois. L'accompagnement dans les activités signifiantes ou la notion de plaisir ont été cités une seule fois, et par le même ergothérapeute.

Nous avons compilé les outils de l'établissement pour soutenir la qualité de vie, cités indépendamment par les quatre ergothérapeutes. Il s'agit de :

- la personnalisation des soins grâce aux PAP, l'organisation des soins pour respecter les habitudes de vie
- des temps libres sans aucune intervention professionnelle ce qui permet aux personnes de créer leur propre dynamique,
- l'organisation des espaces non dédiées à une activité pour ces temps libres
- des soignants fédérés sur cet objectif d'amélioration de la qualité de vie, d'abord par le respect de l'espace privatif
- l'Humanitude, une approche qui permet le recul et recentre la personne accompagnée dans le faire et respecte l'engagement et l'autonomie de celle-ci.
- la participation à la recherche sur les activités qui produisent du bien-être, l'utilisation de l'échelle de bien-être
- les questionnaires de satisfaction

Pour cette question, chaque professionnel révèle une approche différente de la prise en compte de la qualité de vie par l'établissement. L'outil de mesure ne permet pas de dire si l'hétérogénéité des réponses dépend de la connaissance de l'établissement par celui-ci, de la politique de l'établissement ou encore de la culture institutionnelle. Les réponses mettent en évidence des mesures organisationnelles, environnementales, relationnelles ou encore émanant de la recherche ou du système qualité de l'établissement.

Les outils que les ergothérapeutes mettent en avant pour soutenir la qualité de vie dans leur pratique sont nombreux. Les réponses à cette question sont assez hétérogènes. Encore une fois, l'outil de mesure ne permet pas de savoir si cela dépend de la fiche de poste, de l'ergothérapeute ou encore du modèle de pratique. Ce qui est certain c'est que les réponses à ces deux questions sont orientées par le prisme des représentations de l'ergothérapeute sur la qualité de vie en EHPAD.

Les mesures que prennent les ergothérapeutes pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie en EHPAD sont :

- centrées sur l'occupation en intervenant pour répondre aux besoins et aux demandes des résidents, par le respect dès l'accueil des habitudes de vie, par la participation aux activités : *« la mise en place d'un certain nombre de... alors les activités, je dirais que ça va être un peu la base du fil rouge qui va permettre que la personne va s'inscrire progressivement dans la vie de l'établissement. »* ou *« je pense qu'on va vite être confronté à des soucis de qualité de vie en terme d'informatique parce qu'on est pas du tout prêt à ça. Et là on va arriver avec des gens qui vont vouloir des ordinateurs, du wifi »*
- centrées sur le relationnel en favorisant l'interrelation entre les résidents en dehors des activités (temps libres) *« c'est donc, la convivialité. Etre avec l'autre et puis dans l'échange quoi mais pas forcément dans le faire. »* ou la relation entre professionnel et résident (présence, respect, non jugement, empathie, écoute, continuité du soin et confiance)
- centrées sur l'environnement physique par le confort, le positionnement.
- centrées sur l'autonomie de la personne par son soutien dans toutes les situations. *« C'est un choix, donc c'est son autonomie, il choisit ce qu'il a envie. Donc si il a pas envie de se laver le dos tout seul ou les pieds parce que le passage de l'aide-soignante le matin à 8h 30 c'est important ben... moi ça me va bien qu'il soit pas indépendant. »*

Ces quatre principales dimensions sont donc les axes identifiés pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie par les ergothérapeutes auprès du public d'EHPAD.

4.7 Quelle mise en place des Projets d'Accompagnement Personnalisés ?

L'outil de travail PAP a été spontanément évoqué par les quatre professionnels rencontrés. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé est mis en place dans trois des quatre établissements où les entrevues de recherche ont eu lieu, sous des modalités différentes.

Chaque établissement utilise un outil de recueil de données personnalisé. La structure A recense ce qui est important, les attentes, les souhaits et les activités auxquelles la personne participe. Pour la structure B, il s'agit de l'impression, du vécu, des attentes et des souhaits. La structure D quant à elle recueille l'histoire de vie, les habitudes de vie, les impressions, le vécu subjectif, les capacités et les besoins. Dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, il est conseillé *« que chaque projet d'accompagnement soit basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses*

besoins. »³⁴. Nous pouvons constater que chaque établissement a apprivoisé le projet à sa manière, comme le prévoit la Recommandation de Bonne Pratique Professionnelle³⁵ : « *adapté à l'équipe professionnelle* ».

Le rythme de réalisation des projets est de 1 à 4 par semaine. Ce rythme demande un investissement en temps pour l'ergothérapeute qui a pour mission d'intervenir auprès de 93 à 160 résidents (en valeur d'équivalent temps plein), selon l'institution. Nous remarquons que l'ergothérapeute pour lequel la structure a un rythme de 4 projets par semaine, ne peut pas s'y rendre systématiquement, et doit prioriser ceux qui concernent les personnes pour lesquelles il est intervenu ou pour lesquelles il y a une demande d'intervention en ergothérapie en cours : « *moi je peux pas y aller à chaque fois... des fois, quand on fait appel à moi, j'essaie d'y aller parce que quand il y a un besoin, une réflexion, fin... les filles quand elles font les recueils de souhait et qu'elles se rendent compte : bah là faut que y ait [l'ergothérapeute] qui vienne. Du coup je... j'interviens... mais normalement y a 4 PAP par semaine. 4 Projets d'Accompagnement Personnalisé par semaine. Je peux pas aller à tous... c'est pas possible* ». Le professionnel qui participe à un projet par semaine, est également celui qui réalise le recueil de données directement auprès de la personne. Pour ce professionnel, le PAP est un élément central de l'intervention en ergothérapie. Il se déroule avec une phase de rencontre avec la personne, de préparation du PAP, d'échanges en réunion et enfin une phase de restitution à la personne qui a pour objet de le valider. Une fois le projet validé, celui-ci comporte une phase d'actions vérifiée à un mois : « *[...] on le révise un mois après pour vérifier que les objectifs définis ont été mis en place* ».

Dans les établissements rencontrés, nous observons différents modes de préparation du PAP, notamment pour le recueil de données. Pour deux établissements, les projets sont coordonnés par les soignants référents de la personne en fonction de son service ou de son étage : « *lors du Projet d'Accompagnement Personnalisé, où elles font ça en équipe, avec l'équipe soignante et une infirmière* », « *Le projet de vie ? [...] Ça se travaille en équipe pluridisciplinaire* », « *on recueille auprès du résident en amont, voilà des informations* ». Pour un autre établissement, chacun des professionnels d'un domaine va à la rencontre directe de la personne : « *aides-soignantes et chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho* », pour réaliser le recueil de donnée. L'ergothérapeute consacre un peu plus d'une heure pour rencontrer la personne : « *ça me permet d'apprendre à les connaître, [...] je vais les rencontrer, je leur demande en fait comment ça se passe à l'EHPAD [...]. Comment ça se passe ? Qu'est-ce qu'ils font tout seul ? S'ils ont besoin d'aide pour certaines choses*

³⁴ Op. cit. Disponible sur Internet : http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

³⁵ Op. cit. Disponible sur internet : http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

eh ? Au tout début, est ce qu'ils se plaisent là ? Qu'est-ce qu'ils ont besoin comme aide(s) technique(s) ? Tout le matériel qu'ils ont dans la chambre en fait, j'essaye de voir. » et « moi j'essaie de leur demander à la fin, s'ils ont des questions, s'ils ont des choses à remonter, peu importe si ça me concerne ou pas. ».

Les échanges avec la pluridisciplinarité se fait dans un autre temps pour une rédaction commune où chacun peut intervenir pour permettre la construction du PAP au cours de la réunion pluridisciplinaire, sans la présence de la personne concernée. La rédaction est ensuite réalisée en équipe pour les trois établissements : *« ce que nous on en a rédigé »* ou *« elles se questionnent sur les suivis mis en place et elles nous font un retour après.[...] et ensuite y a une réunion équipe soignante / infirmière, où elles rédigent »*. Pour les trois cas, le PAP est un document rédigé en équipe à la suite d'une réunion interdisciplinaire.

Dans deux établissements, le projet est présenté à la personne qui le signe, ce qui fait office de validation des objectifs fixés par la personne. Pour au moins un établissement, le PAP est montré à la famille également. Cette observation de terrain permet de déterminer le type de participation de la personne à son PAP. En effet, sur trois établissements de l'étude ayant mis en place le PAP, la personne participe directement lors de l'entretien de recueil de données orienté pour le PAP, par sa présence lors de la relecture du PAP et par sa signature qui fait office de validation pour deux établissements.

Les ergothérapeutes participent de différentes manières dans le PAP. Les différentes modalités d'intervention peuvent être dans l'action (répondre le plus possible aux demandes et la mise en place d'une activité de choix), ou dans la construction par l'écoute ou par le regard porté dans l'échange pluridisciplinaire (la mise en avant de l'approche centrée sur la personne et le respect de la posture d'acteur, le recueil de donnée, l'entretien, le temps donné à la personne ou la traçabilité des centres d'intérêt de la personne).

Pour tous les ergothérapeutes interrogés, le Projet d'Accompagnement Personnalisé est un dispositif qui correspond à leur modèle de prise en soin. En effet, un ergothérapeute est dans l'attente de sa mise en application pour soutenir son accompagnement et son approche professionnelle : *« moi j'en attends beaucoup »*, un autre se demande comment ils faisaient avant : *« Sans avoir ce type de support de travail. »*, un autre est investi dans le groupe de travail pour le rénover et continuer à y mettre du sens suite à des dérives et un sens trop *« c'est vite devenu euh... fin...un recueil de symptômes et une réponse médicale »*, un autre s'y retrouve complètement *« Moi je trouve, ça complète bien [...] je pense que le fait que je sois nouvelle arrivante, je m'y retrouve complètement en fait »*.

4.8 Rôle des professionnels dans l'institution

Si les missions de l'ergothérapeute n'ont pas été spécifiquement questionnées au cours de l'entretien, elles sont apparues de façon spontanée aux détours des entretiens (Tableau 4), tout comme le rôle des autres professionnels.

Tableau 4 Missions de l'ergothérapeute dans la structure

Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C	Ergothérapeute D
<p>Référencement du matériel médical et des aides techniques, installation du matériel avant l'arrivée du résident</p> <p>Intervention sur les capacités et les compétences dans l'activité</p> <p>Travail sur l'autonomie au déplacement et l'autonomie à la motricité en collaboration avec les soignants de proximité et l'animateur</p> <p>L'ergothérapeute est alerté lorsque les soignants ou l'animateur se questionnent sur un manque d'autonomie, une motricité ou une plainte.</p> <p>Animation et coordination du PASA</p> <p>Accompagnement des familles</p> <p>Intervention dans les PAP pour les situations suivies : répondre le plus possible aux demandes, mise en place d'une activité de choix, mise en avant de l'approche centrée sur la personne et respect de la posture d'acteur. Pas d'interrogation directe du projet de la personne. Participation de l'ergothérapeute au groupe de travail pour formaliser et réécrire le PAP</p>	<p>Accueillir le résident le jour de l'entrée</p> <p>Aider la personne à prendre ses repères temporo spatiaux dans l'établissement</p> <p>Proposer l'activité aux résidents en chambre, notamment les nouveaux.</p> <p>Accompagner l'activité en individuel, en chambre.</p> <p>Accompagner l'activité en unité protégée dans le but de maintenir la relation de confiance.</p> <p>Intervention pour les déplacements, les transferts et l'optimisation du rendement de la personne dans l'activité.</p> <p>L'évaluation quant au questionnement de mise en place et retrait des contentions physiques et au sujet de l'accompagnement des familles dans leur participation à la vie de l'établissement.</p> <p>Intervention dans les projets de vie par : le recueil de données, le temps donné à la personne et l'approche centrée sur la personne</p>	<p>Référencement des aides techniques.</p> <p>Positionnement</p> <p>Missions sous la forme d'interventions collectives ou ponctuelles</p> <p>Interventions individuelles rares et encadrées dans une recherche de réadaptation suite à des troubles cognitifs.</p> <p>La continuité du soin est régulièrement déléguée en raison du 20%</p> <p>Formation des soignants</p> <p>Accompagnement des familles et empowerment des familles par la formation et questionnement sur le rôle des familles</p> <p>Le regard global permet à l'ergothérapeute de sensibiliser les autres soignants</p> <p>Adaptation des activités avec l'animatrice</p> <p>L'ergothérapeute attend beaucoup du PAP pour soutenir son approche</p>	<p>Transmettre l'information à la pluridisciplinarité pour agir dans le sens de la personne.</p> <p>Evaluation au repas et la mise en place d'aides techniques</p> <p>Evaluation des capacités cognitives.</p> <p>Recherche des capacités de déplacement et de transfert,</p> <p>Recherche de l'harmonie des interactions dans le groupe</p> <p>Le PVI est un élément clé de l'intervention en ergothérapie : entretien de l'ergothérapeute avec la personne, le Projet de vie individualisé va permettre de garder une trace des centres d'intérêt, temps donné à la personne</p>

Les missions décrites ici recoupent en partie avec la fiche de poste proposée en ANNEXE III. Ce qui ressort particulièrement ce sont les missions de prise en charge de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne, la réadaptation des troubles cognitifs, la réadaptation de la mobilité et des transferts ainsi que la prévention et le traitement des risques de chutes, et l'adaptation des aides techniques. L'approche décrite par l'ergothérapeute est caractérisée par le fait de laisser la personne se débrouiller plus longtemps seule dans les mises en situation d'activité quotidienne, de porter un regard sur l'occupation, d'évaluer, par l'observation, les capacités dans l'occupation, d'approfondir pour avoir tous les éléments nécessaires pour leur modèle de pratique et de se laisser du temps pour faire émerger l'expérience de la personne et ses propres solutions. En permettant à la personne de trouver ses propres solutions, l'ergothérapeute encourage l'empowerment des personnes accompagnées. Pour ce qui est de la formation, du conseil et de l'éducation, l'ergothérapeute s'inscrit dans cette mission dans le cadre de l'accompagnement des familles et dans le travail en collaboration avec les

équipes soignantes pour assurer la continuité des soins. Le positionnement assis et allongé est cité dans une moindre mesure et la participation à la démarche qualité n'a pas été, spécifiquement, mise en exergue. L'accompagnement des familles avec une dimension sur le versant du soutien des relations sociales est très présent pour les quatre ergothérapeutes tandis qu'il n'est pas explicite dans la fiche de poste type.

Dans ce travail de recherche, il apparaît que l'animateur organise des activités de groupe et travaille en collaboration avec l'ergothérapeute. L'ergothérapeute intervient peu par l'activité thérapeutique de groupe en EHPAD. Son rôle dans les activités de groupe se joue au sein du PASA ou une heure par semaine ou en fonction de demandes ponctuelles, par l'adaptation. Ses missions se retrouvent davantage dans l'approche individuelle sur les problématiques de participation dans les activités de vie quotidienne. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute sur le champ de la participation sociale par la mise en place d'activité de groupe est limitée.

5 Discussion

Afin de discuter nos résultats, nous allons confronter l'analyse thématique horizontale à notre cadre théorique pour nous permettre de répondre à nos deux hypothèses.

5.1 Première hypothèse

- Les ergothérapeutes portent un intérêt particulier à la qualité de vie de la personne grâce à leur modèle de pratique thérapeutique centrée sur l'occupation, notamment dans la recherche des besoins et des attentes en matière d'occupation

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons analyser les représentations de la qualité de vie pour les ergothérapeutes. Nous détaillerons ensuite le recueil de données afin de statuer si oui ou non le modèle de pratique en ergothérapie est centré sur l'occupation. En dernier lieu, nous concluons pour déterminer si l'approche de l'ergothérapeute influence la qualité de vie au travers de la recherche des besoins et des attentes du résident en EHPAD, en matière d'occupation.

5.1.1 Représentations de la qualité de vie

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons tout d'abord interrogé les représentations de chaque professionnel sur la qualité de vie en EHPAD. Les réponses des ergothérapeutes sont synthétisées dans le Tableau 3. Les éléments recueillis font partie des éléments qui se trouvent dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles concernant la Qualité de vie en EHPAD, et plus particulièrement dans son volet 2 qui traite de l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne :

- Encourager la demande et les initiatives des résidents vers les professionnels
- Prendre en compte l'équilibre nécessaire entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents
- Respecter les habitudes de vie personnelles
- Mettre en place une organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner, de la toilette, du coucher et de la nuit
- Faciliter l'appropriation de son nouveau lieu de résidence par la personne
- Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité

Ce travail de recherche met en évidence que l'ergothérapeute a une représentation de la qualité de vie, dans les EHPAD, encore peu spécifiquement centrée sur l'occupation, et la participation mais qui rassemble une partie des directives de l'ANESM, concernant la qualité de vie en EHPAD.

5.1.2 Quel modèle de pratique en ergothérapie ?

L'analyse du type de données recueillies est utile pour ressortir le type de modèle de pratique de chacun des ergothérapeutes interrogés (Tableau 2).

Dans ce tableau, nous pouvons remarquer certaines orientations dans le recueil de données effectué par l'ergothérapeute, qui donnent la tendance du modèle de pratique. L'ergothérapeute A est plus impliqué dans les interventions sur les systèmes biomécaniques, avec une approche orientée sur le maintien du lien avec la famille. L'ergothérapeute B associe les éléments récoltés auprès de la personne dans une dynamique très proche de celle proposée dans le Modèle de l'Occupation Humaine : « *Après, maintien, stimulation, aujourd'hui, j'en reviens un peu sur ce qu'on peut mettre en place [...] c'est de se dire : qu'est-ce que le résident souhaite, fin comment il souhaite participer dans cet espace de vie qui lui est proposé... comment il souhaite euh...être identifié, être reconnu au travers des autres [...]* ». Ce professionnel a également une sensibilité marquée sur l'accompagnement des troubles cognitifs et la dimension sociale. L'ergothérapeute C est axé sur les dimensions psychosociales de la personne, avec une sensibilité orientée vers l'accompagnement des familles. L'ergothérapeute D semble, lui, être basé sur un modèle bio-psycho-social avec une sensibilité tournée vers l'adaptation matérielle en lien avec l'activité. Les quatre ergothérapeutes adoptent un modèle plutôt centré sur la personne et l'activité dans le cadre du système famille.

Parmi les catégories interrogées dans le recueil de données, les quatre ergothérapeutes sont particulièrement attentifs à la dimension de l'AGIR dans les situations de vie quotidienne et par le niveau d'engagement des personnes dans les activités de groupe menées, le plus souvent, par l'animateur.

L'autre catégorie qui prend de l'importance dans la parole des ergothérapeutes est celle du DEVENIR, notamment au travers de la recherche de l'adaptation et notamment en lien avec l'activité et l'environnement :

- adaptation de l'activité au résident (A, B, C et D).
- adaptation du résident à l'activité (A, B)
- adaptation de l'environnement au résident (B)
- adaptation du résident à son environnement (B, C, D)
- adaptation de l'institution au résident (C)

Dès lors, le recueil de données reflète fortement l'intérêt des ergothérapeutes pour l'activité car même pour la catégorie ETRE, la recherche des activités signifiantes est retrouvée pour trois ergothérapeutes sur quatre. De ce fait, nous pouvons conclure que les ergothérapeutes ont une démarche de recueil de données centrée sur l'occupation. Néanmoins, la prise en compte des informations par le recueil de données, l'évaluation et l'observation est-elle suffisante pour déterminer que les missions de l'ergothérapeute sont centrées sur l'occupation ?

5.1.3 Quels apports de l'ergothérapeute pour soutenir la qualité de vie ?

Dans le cadre théorique, nous avons brièvement présenté l'outil WHOQOL-OLD pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées, d'une manière générale. Pour rappel, les domaines interrogés dans l'échelle WHOQOL-OLD sont : les capacités sensorielles ; l'autonomie (indépendance et autonomie) ; les activités passées, présentes et futures (satisfaction de sa vie passée et à venir) ; les activités sociales (participation sociale) ; le rapport à la mort et à la fin de vie (relation à la mort) et l'intimité (possibilité de nouer des relations personnelles et intimes). D'une manière spécifique, nous avons démontré dans le paragraphe 2.2.2, que l'approche en ergothérapie pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie pouvait se faire par l'accompagnement dans l'occupation signifiante et significative et par le soutien de la participation sociale. En effet, nous avons établi que les principaux moyens pour l'ergothérapeute pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie sont de favoriser les situations qui permettent à la personne d'éprouver de la satisfaction à mener des activités qui procurent du plaisir. Il est important que ces activités soient cohérentes avec les habitudes de vie et de lui permettre d'établir des relations sociales par la participation sociale et d'exprimer son pouvoir personnel.

Parmi les éléments, spontanément cités par l'ergothérapeute, comme moyen pour soutenir la qualité de vie, nous retrouvons des mesures centrées sur : l'occupation, le relationnel, l'environnement et l'autonomie. Ce travail de recherche ne permet pas de révéler que la spécificité de l'approche ergothérapique, pour soutenir la qualité de vie, est centrée sur l'activité ; puisqu'un seul ergothérapeute associe spontanément la qualité de vie au fait de s'investir dans des activités

signifiantes. Ceci révèle peut être une faible affinité des ergothérapeutes pour le concept de qualité de vie : « *C'est euh...* » « *Qu'est-ce que je mets derrière...* ».

Les ergothérapeutes interviennent-ils sur les facteurs de qualité de vie à leur insu ? Dans le Tableau 4 qui synthétise les missions de l'ergothérapeute dans la structure, nous constatons que l'accompagnement thérapeutique dans l'activité de groupe, afin d'agir sur la participation sociale, est pratiqué ponctuellement par trois ergothérapeutes sur quatre. En effet, l'animation d'activité de groupe est majoritairement confiée à l'animateur. Pourtant, la question de l'occupation est centrale dans le recueil de données fait par l'ergothérapeute (cf §4.5). Ce constat permet d'affirmer que le regard de l'ergothérapeute est centré sur l'occupation mais que ses interventions thérapeutiques sont orientées vers l'occupation à titre individuel, préférentiellement. En effet, la principale intervention de l'ergothérapeute est centrée sur la recherche de l'indépendance et le soutien de l'autonomie de la personne dans le cadre des occupations individuelles. Nous retrouvons également la mission du maintien et de l'encouragement des relations sociales des résidents avec leur famille et avec les autres résidents. De ce fait, l'ergothérapeute intervient ponctuellement pour favoriser la participation sociale dans l'activité de groupe. En revanche, les quatre ergothérapeutes participent à l'accompagnement des familles pour favoriser la participation sociale de la personne avec sa famille. Nous constatons donc que l'ergothérapeute, de par ses missions, soutient l'amélioration de la qualité de vie du résident par l'accompagnement dans l'occupation individuelle (signifiante et habitudes de vie), le soutien de l'autonomie et la participation sociale, avec la famille notamment.

Cependant, le regard de l'ergothérapeute sur les besoins et les attentes en matière d'occupation(s) est central dans la prise en soin en ergothérapie en EHPAD. Nous pouvons conclure que l'accompagnement des résidents dans leurs besoins et leurs attentes en matière d'occupation est l'axe privilégié de l'ergothérapeute dans la volonté de soutenir la qualité de vie.

5.2 Seconde hypothèse

- L'ergothérapeute tient un rôle dans la co-construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé en EHPAD grâce au recueil de données effectué auprès de la personne directement ou de son représentant légal.

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons reprendre la nature du rôle de l'ergothérapeute dans le processus d'écriture du PAP. Sur les quatre entretiens réalisés, un seul ergothérapeute est investi, dans le cadre du PAP, dans la prise de contact initiale et en direct auprès de la personne. Cette approche permet de poser le cadre de la relation de confiance, comme le précisent les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles avec la posture de reconnaissance mutuelle et celle consistant à

faire émerger des propositions nouvelles³⁶. Pour deux autres ergothérapeutes, le Projet d'Accompagnement Personnalisé est coordonné par d'autres professionnels, les soignants de proximité ou les référents étage. Leur rôle, en tant qu'ergothérapeute, tient dans leur présence aux réunions de projets pour parler de leur accompagnement ou dans le fait de prendre connaissance du projet et de se coordonner avec l'équipe pluridisciplinaire dans le plan d'intervention et plus particulièrement dans le respect des habitudes de vie. Si un seul professionnel réalise un recueil de donnée directement auprès de la personne en sollicitant sa participation, les deux autres interviennent au sein du travail interdisciplinaire, ce qui constitue différentes formes de co-construction.

Ce qui émane de la parole de l'ergothérapeute, c'est que sa participation au PAP comporte un frein, celui de ne pas faire partie du quotidien de chaque résident : *« j'arrive pas forcément à construire une relation de confiance avec les 93 résidents qui sont ici... donc sachant que les filles sont là au plus près d'eux au jour le jour... c'est plus souvent vers elles qu'ils vont se tourner pour parler de leurs difficultés plutôt que vers moi qui va les voir une fois par semaine quoi... »*. En revanche, le regard de l'ergothérapeute se distingue de celui des autres professionnels par l'attention portée sur la dynamique occupationnelle du résident : *« Des fois, quand on fait appel à moi, j'essaie d'y aller parce que quand il y a un besoin, une réflexion », « J'essaie de retrouver le pourquoi de l'entrée en EHPAD, pourquoi ce patient ne marche plus, pourquoi il a besoin d'aide », « souvent on sait pas pourquoi ça a été arrêté, et ça permet de le remettre en place en fait. »* et *« Et moi je me suis posé la question pourquoi il a arrêté quoi [...] Parce qu'en fait, personne ne peut dire pourquoi il a arrêté. »*.

La nature de la participation de l'ergothérapeute dans la réunion interdisciplinaire n'a pas été explorée plus précisément. Cependant, il ressort quelques facteurs qui peuvent transparaître des entretiens, comme par exemple les facteurs intrinsèques et contextuels. Un ergothérapeute évoque la dynamique de la collaboration interprofessionnelle : *« on a un travail d'équipe qui est assez intéressant ici, fin on se complète les uns les autres »*. Cela peut dépendre de la place qui lui a été donnée et que l'ergothérapeute souhaite prendre dans l'équipe *« elles pensent pas non plus encore à m'appeler alors que j'ai ma place et ... ça dépend des soignants et de leur curiosité et par rapport à ce qu'elles mettent derrière le soin aussi quoi... Et aussi par rapport à la place que... ? Que moi je mets en place et qu'on me laisse faire. »*.

Les caractéristiques qui ressortent du rôle des ergothérapeutes dans le PAP sont :

- le temps accordé (A, B, D) : *« C'est des temps un peu privilégiés pour chaque, parce que dans le quotidien on n'a pas vraiment ces temps-là », « c'est un temps vraiment d'échange ou des*

³⁶ Op. cit. Disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

fois voilà on déborde un peu même. », « on va retrouver ce temps que je peux consacrer plus facilement à une personne »

- une approche centrée sur la personne (A, B, D) : *« poser une réflexion pour une personne », « ça nous permet, voilà de nous poser sur chaque personne », « au centre de son accompagnement », « Ça nous permet vraiment de mieux se recentrer sur le résident voilà c'est un temps privilégié quand même hein... », « c'est vraiment la mettre au cœur de sa prise en soin »*
- les objectifs de participation de la personne dans l'activité (A, B et D) : *« pour adapter euh du coup une activité qui pourrait faire plaisir à la personne, elles font appel à moi à ce moment-là. Et je mets ça en place ensuite », « Alors moi je vais intervenir plus particulièrement dans [...] tout ce qui va être autour de l'activité [...] est-ce que les activités, qui vous ont été proposées jusque-là vous ont voilà... vous ont convenu ? Est-ce qu'il y a des souhaits particuliers de... d'autres activités, souvent on leur propose d'autres activités qui seraient à venir, là je vois si [...] c'est quelque chose qu'ils retiennent. », « c'est des moments où on peut interpeller les gens pour mettre ça [activité] en place. »*
- le soutien de la posture de personne actrice, l'empowerment (A, B et D) : *« Apporter une réponse le ... plus possible » « pour arriver à... à j'pense à répondre à...aux besoins des résidents du mieux qu'on peut », « on est vraiment attentif [...] peut être surement plus qu'à une époque », « d'aller au-devant de toutes ces attentes qui sont pas dites, en fait, qui restent muettes ? « Ouais. Parce que je pense que c'est pas une génération qui exprime leurs besoins. Ils se disent que sonner ça va déranger quoi. Donc le fait d'aller au-delà de ça ben ça permet d'enlever des interrogations, des problématiques », « Déjà, lui demander s'il en voulait. »*
- le respect du choix, de l'autonomie de la personne (A, D) : *« pour que ce soit cette personne-là qui choisisse » « mais que ce soit lui qui soit le décideur et pas nous quoi... » « et donc de fixer les objectifs avec elle. »*
- le respect des habitudes de vie (B et D) : *« on se rapproche énormément quand même des habitudes de vie de la personne », « essayer de garder ses habitudes de vie antérieures qu'on a tendance à oublier des fois parce qu'ils sont moins dans la demande »*

Parmi ces 6 points de convergence, les points communs du PAP sont, pour les ergothérapeutes, la personnalisation du projet, le soutien de la capacité de choix et de la place centrale donnée à la personne. Pour rappel, les éléments de définition de la co-construction présentés dans la partie théorique de ce travail (§ 2.1.3 C)) sont : un dialogue régulier, la participation la plus forte de la personne est recherchée, la dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne, l'ensemble des professionnels est concerné par les projets personnalisés et plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne. Nous pouvons donc conclure que la co-construction est confirmée sur le terrain. Le seul point qui n'est pas apparu nettement, est celui du dialogue régulier. En effet, il semble que l'approche du PAP soit une intervention très ponctuelle dans la vie du résident : *« ça se fait dans les trois mois après l'entrée du résident, le premier projet personnalisé, ensuite il est révisé tous les ans ».*

Ces constats permettent de répondre partiellement à l'hypothèse car les trois ergothérapeutes participent à l'écriture du PAP au sein de la pluridisciplinarité, dont un seul au recueil de données en vue du PAP par l'entretien, en faisant participer la personne directement. En effet, cette co-

construction est acquise, auprès de la personne, par les aspects de climat de reconnaissance mutuelle au travers du respect du choix et des habitudes de vie, de l'empathie en fonction du temps accordé, notamment par l'ergothérapeute D lors de la rencontre avec la personne, et du soutien de la participation de la personne en tant qu'actrice de son projet. Néanmoins, cette co-construction ne relève pas du seul rôle de l'ergothérapeute mais se révèle dans la dynamique de la réunion interdisciplinaire, où l'ergothérapeute tient une place singulière. Cette co-construction ne repose pas non plus seulement sur le recueil de donnée effectué directement auprès de la personne mais de l'approche globale et coordonnée de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, lors de la réunion, chaque professionnel peut apporter son regard sur la situation.

5.3 En quoi l'apport de l'ergothérapie permet de soutenir l'amélioration de la qualité de vie des personnes résidant en EHPAD ?

La réponse aux deux hypothèses précédentes permet de mieux appréhender le rôle de l'ergothérapie dans le soutien de la qualité de vie en EHPAD. L'ergothérapeute intervient pour soutenir la qualité de vie, au sein de l'interdisciplinarité, au travers de la mise en place du Projet d'Accompagnement Personnalisé, avec comme particularité son approche de respect de l'autonomie et de sollicitation de l'empowerment et son regard global, centré sur la personne et sa dynamique occupationnelle.

D'autre part, l'ergothérapeute soutient spécifiquement l'activité quotidienne de la personne grâce aux modèles centrés sur l'occupation. Son analyse est particulièrement orientée vers les besoins et les attentes des personnes en matière d'occupation(s), ce qui soutient la qualité de vie du résident en EHPAD. Cependant son intervention est tournée vers l'adaptation de la personne dans les occupations de vie quotidiennes, les interactions sociales et la participation sociale avec la famille. Il intervient dans une moindre mesure dans l'activité sociale en groupe, en collaboration avec l'animatrice.

5.4 Les biais de la recherche de terrain

D'un point de vue méthodologique, il ressort que la grille d'entretien était dense au regard du temps d'entretien fixé. D'autre part, l'entretien semi directif a permis aux interviewés une certaine liberté de parole ce qui nous met dans une position de recadrage en regard de la grille d'entretien. Le suivi de la grille d'entretien n'a pas toujours été exhaustif et cela a entraîné un manque d'information et une non exhaustivité des résultats. Parmi les 4 entretiens réalisés certains présentent des biais à l'étude. En effet, lors d'un entretien, le contexte particulier de la présence du stagiaire couplé à l'effet de primauté nous a positionnés dans une situation inconfortable. Un autre entretien a été mené avec un fort intérêt porté à la parole du professionnel et le type semi-directif a progressivement dérivé sur un mode non directif, en approfondissant les sujets apportés par l'interviewé. Un autre entretien a été réalisé auprès

d'un professionnel ayant une expérience de 8 ans dans la structure, mais un temps de travail restreint de 20% dans l'institution. Un autre entretien a été réalisé auprès d'un professionnel avec une expérience de 3 mois dans la structure et travaillant à temps complet ; il exprime avoir peu de recul sur sa pratique.

Du point de vue de mes critères d'inclusion, il ressort que les ergothérapeutes interrogés avaient des expériences différentes entre 3 mois à 100% et 8 ans à 20%, pour une moyenne de 14,5 mois en Equivalent Temps Plein. D'autre part, les professionnels avaient des années d'obtention de diplôme différent pour 3 d'entre eux ce qui permet d'avoir un regard large de la pratique en EHPAD. Ce travail de recherche s'inscrit majoritairement en milieu rural.

5.5 Apports pour la pratique professionnelle

Ce travail permet de démontrer que les ergothérapeutes ont un regard porté sur la dynamique occupationnelle individuelle et sociale et l'empowerment des résidents, ce qui permet de soutenir l'amélioration de la qualité de vie en EHPAD. En revanche, ce qui ressort c'est que l'ergothérapeute a le désavantage de ne pas être en contact régulier avec la personne pour permettre le dialogue et optimiser les conditions favorables à la qualité de vie. Ce dernier point est pris en compte par le travail interdisciplinaire.

Ce qui ressort des entretiens, c'est que la posture du résident en EHPAD a besoin d'empowerment. En effet, un ergothérapeute a observé une sorte de discrétion-soumission des résidents : *«souvent ils ont peur, ils disent « bah oui mais non c'est pas la peine de le dire, c'est pas grave » ou « [une dame] qui n'a osé rien dire et qui ose tout juste demander qu'on vienne lui laver le dos parce qu'en fait elle sonne pas cette dame. Donc elle va juste regarder dans le couloir si y a quelqu'un, si y a personne, elle demande pas »*. L'ergothérapeute a tenté d'expliquer cela par les caractéristiques générationnelles. Nous avons pu voir précédemment que la génération « héritage » est particulièrement respectueuse de la posture du professionnel expert « sachant ». Ces valeurs représentent une sorte de vulnérabilité de la personne car elle a tendance à soumettre ses réelles attentes à la volonté du soignant. Cette posture représente probablement un frein à l'expression de sa capacité de décider et d'agir au regard de l'institution et des professionnels.

De la même façon, un ergothérapeute observe assez fréquemment un engagement non spontané dans l'activité : *« on se retrouve très facilement confrontée au fait qu'ils ne veulent pas venir. » « Et je pense que c'est quasiment tout le temps ça. »*, et deux autres observent un engagement favorable lors de l'activité, mais qui est suivi d'un repli. L'hypothèse des troubles cognitifs est avancée car le débriefing émotionnel instantané dans l'activité est positif. Néanmoins, celui-ci n'est pas facilitateur au réengagement spontané.

Ces observations nous permettent d'entrevoir qu'une vigilance particulière est souhaitable, afin de vérifier l'adhésion réelle des personnes aux propositions thérapeutiques car, comme le soulignent les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles³⁷ : « *Toute participation n'est pas synonyme d'autonomie, d'expression de soi. Elle peut cacher une soumission au désir de l'autre, une simple adaptation à une demande institutionnelle, et finalement constituer une dépendance plus qu'une manifestation d'autonomie.* »

Un autre ergothérapeute a souligné la rupture occupationnelle à l'entrée en EHPAD et la dynamique de la personne dans le choix d'une activité : « *[...] souvent on nous dit « ouais il aimait jouer à la belote, il aimait faire ceci, il aimait faire cela... » alors, on va lui proposer des groupes de belote 'fin, ça paraît évident... [...] Et ben non pas du tout, parce que... il a pas choisi les gens avec qui il joue à la belote, alors qu'avant c'était un groupe d'amis, donc il peut pas trans... on peut pas transposer tout d'un coup comme ça, c'est trop... 'fin ça fait beaucoup de changements. Si, si, à la rigueur, il se crée un réseau d'amis ici où qu'il crée du relationnel... peut être qu'avec ce groupe-là, il va créer un groupe de belote... »*. Cette analyse entre en résonance avec une autre approche : « *J'essaye de le relancer là-dedans parce que si c'est quelque chose qu'on a toujours fait dans notre vie, après faut..., et qu'on apprécie encore, faut pas s'interdire parce que la personne est rentrée en maison de retraite de faire ça quoi*». Cette prise de recul permet de comprendre que la prise en charge de cette « rupture occupationnelle » n'est pas si évidente et nécessite une analyse fine de la dynamique occupationnelle de la personne, comme le propose le MOH, afin de pouvoir proposer une réponse adaptée et qui puisse convenir aux attentes de la personne.

³⁷ Op. cit. Disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

Conclusion

La qualité de vie en EHPAD pourrait être un concept acquis en 2017, comme une évidence au regard des valeurs soignantes par nature bienveillantes et grâce à la mise en place de la loi de 2002, qui donne une place centrale à la personne au sein de l'établissement médico-social. Néanmoins, il ressort que la vulnérabilité du public d'EHPAD, dans ce lieu de vie, régit par des professionnels de tout ordre, reste un sujet déterminant.

Ces travaux, réalisés auprès de quatre EHPAD en milieu rural, ont permis d'établir un état des lieux sur la mise en place et le fonctionnement des Projets d'Accompagnement Personnalisés, différent pour chacune des structures. Ces PAP sont des outils qui soutiennent l'amélioration de la qualité de vie des résidents lorsqu'ils sont mis en place, en permettant de coordonner et de fédérer les équipes sur les souhaits et les attentes de la personne, notamment en prenant le temps nécessaire pour les recueillir auprès de la personne elle-même. Les ergothérapeutes tiennent un rôle non négligeable dans ces projets, et dans le soutien de l'amélioration de la qualité de vie grâce à une approche centrée sur la personne, en favorisant la participation aux activités, en soutenant la posture d'actrice de la personne, en respectant les habitudes de vie et l'autonomie. Plus particulièrement, l'ergothérapeute soutient l'amélioration de la qualité de vie grâce à son regard sur la dynamique occupationnelle, au soutien de l'empowerment et à sa recherche d'adaptation pour que le résident accède le plus possible à ses besoins et à ses attentes en matière d'occupation(s).

Cette initiation à la recherche nous a permis un apprentissage conséquent en ce qui concerne la pertinence, l'approche de neutralité, le choix des interlocuteurs, la maîtrise des outils de recherche, le maintien du cadre de l'entretien et la maîtrise du modèle de pratique en ergothérapie. En effet, la phase d'analyse selon le modèle conceptuel en ergothérapie est particulièrement intéressante, dans le sens où elle permet d'analyser l'approche et le sens des mots employés par l'interviewé, de tout morceler et classer, pour enfin comprendre les tenants et les aboutissants de l'approche non conceptuelle des interlocuteurs. L'un des ergothérapeutes interviewé, a fait une description fine de la dynamique qui se joue chez le résident ; cette analyse recoupe exactement la dynamique expliquée par l'approche conceptuelle du MOH.

Aux détours d'un entretien, les documents du PAP se sont révélés difficiles à trouver, ce qui a laissé émerger une question par rapport à ce travail de recherche : Comment vit le PAP au quotidien ? Comment les professionnels se l'approprient au quotidien ? Comment est-il intégré à la pratique ? N'y aurait-il pas un moyen pour tous les professionnels de s'y référer facilement et quotidiennement ? Comment le dialogue régulier avec la personne peut-il s'installer pour soutenir l'empowerment ?

Bibliographie

Texte législatifs et réglementaires

ANESM *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : Qualité de Vie en EHPAD volet 2* [en ligne] [Référence du 15/01/2017]. Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf

ANESM. *Document de travail mars 2010*. [En ligne] [Référence du 06/11/2016]. Disponible sur Internet :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_cadrage_qualite_de_vie_EHPAD_anesm.pdf

ANESM. *Synthèses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles* [En ligne] [Référence du 10/01/2017]. Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Synth%C3%A8se_Qualit%C3%A9%20de%20Vie%204_Novembre2012.pdf

ANESM *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : les attentes de la personne et le projet personnalisé* [en ligne] [Référence du 15/01/2017]. Disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-attentespersonneetlepp.pdf

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156, 8 juillet 2010. Page 12558

ARS Pays de Loire. *Enquête Qualité et efficacité : Accompagnement personnalisé en EHPAD*. [En ligne] [Référence du 22/01/2017]. Disponible sur Internet : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/medico-social/accompagnement_en_EHPAD_2011.pdf

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF, 3 janvier 2002, page 124.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF ; 5 mars 2002, page 4118.

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n°95, 23 avril 2005. page 7089.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* [En ligne] [Référence du 03/02/2017] Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

Ouvrages

CASTELEIN, Pierre. *La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire*. In : IZARD, Marie-Hélène. *Expériences en ergothérapie : vingt-cinquième série*. Montpellier : Sauramps médical, 2012, p11-24. (Rencontres en réadaptation, n°18).

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. *Vivre : la psychologie du bonheur*. Traduction française. Paris : Robert Lafont, 2004. p26, 34, 35, 64, 70, 81, 84, 92, 105, 111, 115, 116, 124, 151, 169, 171, 174, 195, 205, 210, 220, 221, 228, 232, 233, 251, 259, 261, 262. 326 pages

HESBEEN, Walter. *Penser le soin en réadaptation*. Paris : Seli Arslan, 2012. p 50 à 53.

LOUBAT, Jean-René. *Promouvoir la relation d'aide en action sociale et médico-sociale*. 2^e édition, Paris : Dunod, 2007. p249

MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Buxelles : De Boeck. Mars 2013. Page 16.

MOREL-BRAQ, Marie Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux : 2^e Edition*. Paris : De Boeck, 2017 p72-84.

MOREL BRACQ, Marie Chantal. *Le modèle de l'occupation humaine MOH Garry KIELHOFNER* In : *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Solal, 2009, p69.

TOWNSEND Elizabeth, POLATAJKO Hélène. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Deuxième édition, Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie. Ottawa : CAOT Publication ACE, 2013 p17-23-444-446

Articles

BAUD MERMOD Valérie, MORIN Diane. *Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent*. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2016, n°126. Pages 38 à 50.

CHOPARD-DIT-JEAN, Aurélie. *Décider de sa vie en EHPAD*. *Gérontologie et société : le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir du soi*, Décembre 2012, n°143. P133-136.

DEUTSCH, Claude. "L'empowerment en santé mentale". *Sciences et actions sociales* n°1 | 2015, [Référence du 03/02/2017] [En ligne] Disponible sur Internet : <http://www.sas-revue.org/index.php/13-article-d-accueil/15-l-empowerment-en-sante-mentale>.

DUPRÉ-LÉVÊQUE Delphine, CHARLANNE Didier. *Entrée et accueil des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)*. *La Revue de Gériatrie*, 7 septembre 2015, Tome 40. p 409-416.

LE MASSON, Dominique. Le projet de vie de la personne âgée institutionnalisée, quelle réalité en institution gériatrique ? *Soins Gérontologie* mars/avril 2003, n°40. Pages 28 à 34

LEPLEGE Alain, PERRET-GUILLAUME Christine *et al.* Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des : le WHOQOL-OLD version française. *La revue de médecine interne*, 2013, n°34. P78-84

RETAILLEAU, Brigitte. Le PAP : pour une approche bien traitante de la personne accompagnée. *Soins Aides-Soignantes*, mai-juin 2016, n°64. Pages 9-17.

Internet

Fédération Hospitalière de France, *Taux d'encadrement en EHPAD par résident, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, Etudes et Résultats, Drees, n° 689, mai 2009.* [En ligne] [Référence du 19/01/17] Disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Chiffres-cles/Secteur-medico-social/Taux-d-encadrement>

Laboratoire Epsilon, *WHOQOL BREF.* [En ligne] [Référence du 03 /02/2017] Disponible sur internet : <http://www.lab-epsilon.fr/upload/Questionnaire/WHOQOL-BREF.pdf>

Autres

Conférence du bien vieillir en Mayenne : « *Intergénérationnel : la force de tous les âges* » – 28/04/2016 par Philippe PIERRE, spécialiste en management interculturel et professeur à Sciences Po et Paris-Dauphine. [En ligne] [Référence du 03/02/2017] disponible sur internet : http://www.lesconferencedubienvieillir.fr/?page_id=426

ANNEXE I : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

ANNEXE II : Echelle de qualité de vie Whoqol BREF

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

ANNEXE III : Fiche de poste de l'ergothérapeute en EHPAD

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FICHE 1</p>  <p><i>afeg</i> Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie French Association of Occupational Therapy in Geriatrics</p>	<h2>Missions</h2> <ul style="list-style-type: none">/ Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents./ Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.
<h2>Ergothérapeute DE en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes [EHPAD]</h2>	<h2>Missions spécifiques</h2> <h3>Autonomie dans les activités de la vie quotidienne</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (rééducation, stratégies de compensation, aides techniques, aménagements de l'environnement)./ Accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (outils de communication, formations).
<h3>IDENTIFICATION DU POSTE</h3> <p>Emploi type Ergothérapeute DE Fillière Soins Position 2 Niveau 1 (Technicien)</p>	<h3>Réadaptation de la mobilité et des transferts</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Améliorer, maintenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation ergomotrices, des aménagements, des aides techniques, des ateliers d'activité physique. <h3>Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Renforcer, stimuler les capacités cognitives restantes, développer les stratégies de compensation lors des activités de la vie quotidienne (aides techniques, modification des activités et de l'environnement, ateliers de stimulation de groupe).
<h3>PRÉSENTATION</h3> <p>L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.</p>	<h3>Prévention et traitement des risques de chute</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Préconisation d'aménagements de l'environnement et d'aides techniques./ Rééducation, réadaptation posturale et des stratégies sécuritaires lors des activités de la vie quotidienne, ateliers équilibre et prévention des chutes./ Programmes d'alternatives aux contentions. <h3>Positionnement, installation des troubles posturaux</h3>
<p>Ses techniques prennent en charge les différents facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap : l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques.</p> <p>L'ergothérapie repose sur une démarche scientifique, fait appel à des techniques éprouvées, ainsi, l'ergothérapeute peut mettre sa méthode et son savoir au service d'une démarche qualifiée de l'établissement.</p> <p>L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité.</p>	<h3>assis et allongés</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Préconisation, réglage et adaptation des fauteuils roulants./ Préconisation, réalisation d'aides techniques à la posture./ Préconisation, réalisation de dispositifs d'aides à la prévention et au traitement des escarres. <h3>Aides techniques</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilité, l'équilibre, les repas, la toilette, l'habillement, les loisirs, la cognition.../ Aménagement de la chambre et des lieux de vie. <h3>Assurer la formation, le conseil, l'éducation</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Des soignant(e)s : ergomotricité, prévention des troubles musculo-squelettiques, accompagnement des sujets Alzheimer et maladies apparentées, accompagnement des troubles sensoriels et moteurs./ Des stagiaires : assurer l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires. <h3>Participer à une démarche qualité</h3> <ul style="list-style-type: none">/ Assurer la continuité des soins, rendre compte de son intervention et de ses résultats aux différents intervenants./ Assurer une veille professionnelle, appliquer les connaissances actualisées en gériatrie.
	<p>FICHE 1 > afeg.asso.fr > afeg.ergo@aliceadsl.fr</p>

ANNEXE IV : Grille d'entretien

Population cible	Ergothérapeute travaillant en EHPAD
Méthodologie de recueil de données	Entretien semi-directif
Introduction	Mon travail de recherche est axé sur la pratique de l'ergothérapie en EHPAD. je recherche à savoir comment l'ergothérapeute contribue à améliorer la qualité de vie.
Présentation	Aurélié TACCOEN, 3 ^{ème} année Ergothérapeute Laval
Titre de l'étude	Etude qualitative de l'intervention en ergothérapie en EHPAD dans le but d'améliorer la qualité de vie des résidents
Objectif de l'étude	Comprendre comment l'ergothérapeute contribue à la qualité de vie en EHPAD
Personne interrogée	Ergothérapeutes
Section de l'entretien	Présentation Type de recueil de données Représentation de la qualité de vie et lien avec l'intervention Modalités d'intervention de l'ergothérapeute dans le PAP
Temps prévu	1h
Accord pour l'entretien	
Accord pour l'enregistrement	

Les enregistrements permettent simplement de limiter la prise de note, les données ne sont utilisées que pour cette étude et restent anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses

Avez-vous des questions ? Etes-vous prêts à commencer ?

Thème	Lien avec le cadre théorique	Question	Relance	Réponse /analyse
Présentation	information sur le décret de formation suivi et éventuellement les modèles de pratique.	Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie	En quelle année avez-vous été diplômée ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ? nombre d'Equivalent Temps Plein	Renseigne sur l'année de diplôme, la nature de l'expérience en ergothérapie, l'ancienneté dans cette structure et son temps de présence. Nombre de résidents
Recueil de données	Première étape de l'intervention en ergothérapie	Dans le cadre de votre intervention en ergothérapie	Développer la trame ci-dessous (question en gras)	Vois grille de lecture ci-dessous
Trame selon le Modèle de l'Occupation Humaine		Grille de lecture pour rattacher les réponses obtenues au modèle/ parallèle de champs lexical		Question principale Question de précision
Etre	Quelles informations recherchez-vous pour connaître la personne ?			
	Volition	Intérêts	Ce qui fait plaisir, ce qui suscite l'attrait personnel, ce qui produit de la satisfaction, l'état de bonheur	Dans quelle mesure interrogez-vous <u>les activités qui intéressent</u> la personne ?
		Valeurs	Ce qui est important pour la personne	Dans quelle mesure interrogez-vous <u>les activités qui sont importantes</u> pour la personne ?
		Déterminants personnels : Sentiments de compétence et sentiment d'efficacité	Dynamique de choix d'activité, vécu et interprétation de l'activité expérimentée Motivation	Comment recensez-vous le <u>ressenti actuel</u> de la personne à propos de ces activités (citées plus haut)?
	Habituation	Rôles liés à la société et à la culture	Rôle dans la sphère familiale/amicale, place dans le groupe social	Comment interrogez-vous les <u>rôles sociaux</u> de la personne ?
		Habitudes qui structurent la vie et lui donnent son caractère familial	Rituels, routines, habitudes de vie, ce que la personne fait pour structurer ses journées, horaires de levers/couchers	Comment interrogez-vous les <u>habitudes de vie</u> de la personne ?
Capacités de	Systèmes organiques (musculo-squelettiques, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel/cognitif) Objectifs	Fonctions organiques, cognitives, dysfonctionnement, déficiences, dossier médical, pathologie, état somatique, mentale, psychologique, bilan et évaluation analytiques	Comment recensez-vous les <u>dysfonctionnements organiques</u> de la personne ?	

	rendement	Expérience subjective	Corps vécu, ressenti de la personne sur son état physique et mental	Dans quelle mesure interrogez-vous <u>la façon dont la personne vit son corps</u> ?
Quels sont les éléments auxquels vous êtes attentifs concernant la personne dans son activité?				
Agir	Habilités	Motrices, opératoires, d'interaction et de communication	Capacités et incapacités, motricité globale et fine, déplacements, capacités cognitives, capacité sociale et communication bilan et évaluations fonctionnelles	Quelles <u>capacités</u> recensez-vous ?
	Rendement	Observables dans les activités de vie quotidienne	évaluation dans les mises en situation dans les activités, observations, niveau d'indépendance.	Comment interrogez-vous <u>l'efficacité de la personne</u> dans les activités qu'elle réalise ?
	Participation	Engagement dans des activités productives, de loisirs, de vie quotidienne	prendre part à une situation réelle, implication de la personne dans l'activité choisie	Comment exploitez-vous <u>l'engagement</u> des personnes dans les activités ?
Comment l'environnement est-il pris en compte dans votre évaluation initiale ?				
Environnement	Matériel	Proche (espace, objet, manière d'agir) élargi (culture, économie, politique)	Environnement physique (objet et espaces physique) facilitateur, obstacle, opportunités, ressources, exigences, contraintes	Quelles sont les <u>composantes matérielles</u> de l'environnement de la personne que vous interrogez ?
	Humain	Groupes sociaux	Environnement social, humain et socio-culturel, facilitateur, obstacle, opportunités, ressources, exigences, contraintes	Quelles sont les <u>composantes sociales</u> de l'environnement de la personne que vous interrogez ?
Dans quelle mesure interrogez-vous le projet de la personne ?				
Devenir	Identité	Identité occupationnelle	« <i>Amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle veut devenir</i> » ³⁸ à partir des expériences vécues Capacité à choisir les activités signifiantes et significatives, niveau d'autonomie	De quelle manière identifiez-vous <u>les activités nécessaires au maintien de son identité</u> ? Comment interrogez-vous ses <u>capacités à faire des choix</u> dans ses activités ?
	Compétence	L'évolution des compétences	La somme des compétences acquises et des ressources internes disponibles pour « <i>mettre en place et maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle</i> » ³⁸	De quelle manière identifiez-vous <u>ses besoins et ses attentes pour maintenir ses compétences</u> ?

³⁸ MOREL-BRAQ Marie Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux : 2^e Edition*. Paris : De Boeck, 2017 p76.

	Adaptation	Adaptation occupationnelle en fonction de tous les facteurs précédents	Adaptation de la personne à son environnement, stratégies de compensation, prothèses, orthèses, aides techniques, technologique humaine et animales qui soutiennent la participation dans les activités choisies.	Comment mesurez-vous l'adaptation de la personne à son lieu de vie ?	
Thème	Lien avec le cadre théorique		Question	Relance	Réponse /analyse
Qualité de vie	Représentation de la qualité de vie pour l'ergothérapeute		Sur quoi repose la qualité de vie pour vous en EHPAD ?	Utilisez-vous des échelles de qualité de vie ?	Modèle occupationnel de la qualité de vie (activité et qualité de vie) ou autre
	Qualité de vie dans la prise en soin par l'ergothérapeute		Comment l'ergothérapeute peut-il soutenir cette qualité de vie ?	De quelle manière exploitez-vous le recueil de données pour agir sur la qualité de vie de la personne ?	Intégration de la qualité de vie dans la prise en soin en ergothérapie
	Outils de l'établissement en faveur de la qualité de vie		Comment la qualité de vie est prise en compte dans votre établissement ?	Comment ?	Efficacité du PAP sur la qualité de vie
PAP	Fonctionnement du PAP dans l'établissement (QOQCP)		Que pensez-vous du projet d'accompagnement personnalisé	Depuis combien de temps y participez-vous ?	PAP, projet de vie, projet personnalisé
	Rôle de l'ergothérapeute dans le PAP		Comment participez-vous au projet d'accompagnement personnalisé ?	Quel est votre rôle ? Quelles sont les informations que vous apportez ? Quelles sont celles qui sont importantes pour vous ? Quelles sont celles qui vous manquent ?	Analyse en regard des recommandations de bonnes pratiques et de la fiche de poste de l'ergothérapeute en gériatrie
	Participation directe de la personne à son projet selon la loi 2 janvier 2002		Comment la personne est-elle intégrée au projet ?	La personne est-elle seule ou accompagnée ?	Type de recueil de données selon les modèles de pratique
Fin d'entretien			Rappel de ce que j'ai retenu		Citation de la problématique et des hypothèses
Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?			Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé		

ANNEXE V : Retranscription de l'entretien B

Ergothérapeute B entretien du 24/02/2017 57'54''

Méthodologie de mise en forme

Etudiant

Ergothérapeute

L'entretien est anonyme

Entretien

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie ?

D'accord, donc euh, j'ai dans un premier temps, je suis diplômée depuis 1998 à C et ensuite je j'ai fait une formation pour envisager une installation en libérale, donc avec l'ANFE. Euh avant ça j'ai travaillé, alors, pas en tant qu'ergothérapeute mais dans un service d'aide à domicile dans un service d'aide à domicile en tant que travailleuse familiale puisque j'avais mon diplôme d'ergothérapeute, j'avais ce niveau-là, pour me dire est-ce que le domicile, ça m'intéresserait et le libéral etc, confirmer. Donc en parallèle de ma formation avec l'ANFE. Une fois que j'ai eu fait ma formation, j'ai monté mon projet en libéral, j'ai travaillé 3 ans en M en libéral. Et puis ensuite, y a eu un poste à l'hôpital qui s'est présenté. C'était remplacement RTT et temps partiel, sur différents secteurs. J'ai travaillé sur 2 secteurs de rééducation et SSR à l'époque bâtiment, hôpital et un SSR en deuxième couronne de L, c'était un lieu de convalescence, B, qui est fermé maintenant. Et puis j'ai travaillé en CATTP, psychiatrie.

D'accord, sur L ?

Voilà, donc j'étais répartie en fait sur 3 pôles sur Laval et ses environs, et puis ensuite, ces postes là ce sont un petit peu réorganisés après j'ai été affectée que sur la rééducation SSR et après j'ai été affectée sur le pôle B en rééducation et SSR. J'ai travaillé jusqu'en 2009 et en 2009 y a eu la fusion hôpital et ce site de B sur l'hôpital de L. Donc j'ai été intégrée le Bât S. Donc en tout j'ai travaillé 12 ans en rééducation fonctionnelle. Et puis après j'ai voulu un petit peu changé d'orientation, soufflé de la rééducation, voir autre chose et il y a eu des créations de poste en Ehpad, donc un 50% ici et un 20% sur L et S (72 +20) et ici j'ai 80 résidents. J'accompagne 80 résidents, donc des créations de poste, des directrices pour les 2 établissements qui avaient une notion un petit peu de l'ergothérapie, donc sur les créations de poste euh je dirais que les... la fiche de poste était pas complètement établie mais ils avaient quand même une notion des besoins euh donc j'étais

attendue vraiment sur des perspectives et des objectifs de mises en place d'un certain nombre de choses.

Et depuis combien de temps ?

Depuis 2014, janvier 2014, j'ai commencé dans les 2 établissements, donc je suis à disposition de l'hôpital depuis 2014 en fait.

D'accord

Puisque moi j'ai quitté, fin je suis toujours dépendante de la fonction publique hospitalière euh et c'est une mise à disposition de l'hôpital.

Donc là c'est un 70% du coup sur le public en gériatrie ?

Voilà, avec un complément donc à l'école d'ergothérapie, où je donne toujours des cours.

OK. Et par rapport à votre intervention en ergothérapie auprès de ce public, quelles sont les informations que vous recherchez pour connaître la personne ?

Alors... les informations dans le recueil de données, les informations ça va être de l'ordre médical et puis familial. C'est essentiellement les deux axes de recherche principal, c'est au niveau principal, c'est ces 2 axes là

Donc c'est dans le dossier patient, c'est ?

Alors quand ils arrivent, ils arrivent pas toujours d'un service hospitalier. Ils arrivent des fois avec des courriers médicaux, des bilans médicaux, donc en fait, là c'est établi à l'entrée quand ils arrivent et y a des dossiers ici, on a des dossiers patient.

D'accord

Donc ça va être mis dans le dossier quand ils arrivent ou alors, des fois c'est des courriers qui sont mis à disposition et puis sur le recueil personnel et familial, c'est moi à l'entrée du résident en fait, si je suis présente le jour de l'entrée ; parce que comme je suis à 50%, je suis pas toujours présente ; euh je fais partie des interlocuteurs en fait, des intervenants qui voilà, qui accueille le résident et donc là je vais essayer d'avoir des informations euh, d'ordre un petit peu du quotidien, des axes prioritaires euh vers lesquels moi je vais pouvoir intervenir...

Sur les habitudes de vie ?

Sur les habitudes de vie ouais

Donc sur leurs...Quoi en particulier ?

Alors ça va être déjà dans les déplacements, les transferts, voir si y a des aides techniques à mettre en place en priorité pour des euh... voilà mobilisation, au moins dans la chambre et puis jusqu'à la prise

du repas, voir si y a des installations particulières aussi au niveau de l'assise euh... pour la prise du repas. Si y a des adaptations au niveau repas également, si y a des couverts à mettre en place, l'installation de couverts adaptés, même au niveau de l'alimentation...parce que, la dernière résidente qui est arrivée, dans le questionnaire, chose qui était pas du tout perçue à l'avance par exemple, elle faisait des fausses routes.... Alors je parlais d'autre chose complètement pis tout d'un coup, c'est c'était sa sœur qui était avec elle pour l'accompagner et puis elle dit : « ah oui au fait ça arrive plusieurs fois qu'elle tousse quand elle mange ou quand elle boit », d'accord... Donc dans le questionnaire, en fait, on essaye de rechercher la moindre information nécessaire et puis ensuite, dans les habitudes de vie ça va être par rapport justement à ... euh... à la ... à la toilette ou à l'habillement si y a des indications particulières, euh voilà, si si elle utilise des choses particulières qui avaient déjà été mise en place. Voilà, c'est et puis après ça se fait au fur et mesure. Après y a une toilette évaluative qui est faite par la suite, on prend le temps quand même que le résident arrive et puis la... la toilette évaluative elle se fait dans la semaine qui suit l'entrée en fait.

Et est-ce que vous interrogez les centres d'intérêts ?

Alors les centres d'intérêt ils se font plus avec les aides-soignantes.

D'accord

Les aides-soignantes elles ont un recueil de données, c'est euh...elles ont tout un questionnaire, un petit recueil que je te montrerai.

Volontiers oui

Et ça c'est fait avec le résident, pareil euh ça se fait pas le jour de l'entrée. On prend le temps pareil que le résident prenne ses marques. Et puis après on vient vers lui sur cette prise de données là.

D'accord

Alors, il est vrai qu'on se... ce qu'il arrive c'est que, on en fasse un avec le résident, et, donc c'est des référentes étage, on a des soignantes qui sont des référentes étage, ici. Si la personne, si le résident n'est pas dans mesure de nous donner des informations qui nous paraissent cohérente, c'est la personne référente qui va remplir ce recueil de données.

Hum hum

Par contre euh ce recueil de données qui sont faites par les proches, on se rend compte que ils nous font plus un catalogue de souhait d'animation ou de souhaits d'activités etc... qui colle euh très rarement à la réalité des souhaits des personnes.

Hum hum

Parce qu'on se rend compte que ce que faisait avant la personne chez elle ou bien avant qu'elle arrive chez nous...ces intérêts-là ne sont

plus actuels. Et puis peut être que ça fait déjà plusieurs mois qu'elle est plus dans ces centres d'intérêt. Elle les a peut-être eu y a 2,3,5 mois et puis en fait... euh... par un contexte, c'est plus ça vers lequel elle souhaite aller...Donc des fois, on a des centres d'intérêt, justement des activités qui sont notées par les familles, donc on se dit, ben on va accompagner le résident là-dedans...et puis réellement c'est ça colle pas du tout, c'était, ça lui correspond plus, c'est pas son souhait, il veut passer à autre chose...

Donc c'est pour ça que c'est le référent de la personne qui remplit... ?

Le référent oui, le référent étage où se situe la chambre du résident en fait

Qui remplit les centres d'intérêts au fur et à mesure de vivre avec la personne enfin, d'accompagner la personne ?

Alors, ce qui est fait à l'entrée euh... c'est fait à un moment T alors, vient ensuite... l'animateur

D'accord

Donc on a un animateur, qui lui, vient... rencontrer la personne, euh pas forcément... alors lui il vient pas le jour hein, le jour nous on a l'infirmière... euh, la responsable d'hébergement, qui se présente aussi, quand le médecin coordonnateur est là il se présente aussi, donc ya moi ... la directrice aussi qui accueille souvent la famille et...et la personne. Et après ya différents intervenants, oui euh, la référente étage c'est l'aide-soignante et puis l'animateur... Mais ça c'est ça peut être le jour d'après ou 2-3 jours après c'est pas c'est pas immédiat.

OK

C'est pas immédiat, on prend le temps, on prend le temps, déjà que les gens, 'fin le résident, quand il arrive dans la structure faut déjà qu'il prenne... qu'il s'imprègne de l'environnement, qu'il prenne ses repères qui... 'fin le travail que j'ai aussi c'est de m'assurer qu'il va utiliser, alors l'ascenseur, s'il a besoin de prendre l'ascenseur, les escaliers, s'il peut prendre les escaliers... voilà, qu'il se repère dans l'espace.

La phase d'adaptation à l'environnement physique en fait ?

On peut dire ça comme ça exactement, la phase d'adaptation à l'environnement physique. Et donc cette phase-là, moi ...elle est souvent, on voit bien de 3-4 jours hein.

Ah oui ?

Oui oui, pour qu'en fait les temps des repas soient repérés, s'assurer aussi que ... ben justement que la place euh la place dans la salle à manger correspond bien, qu'il soit à une table où voilà... où c'est agréable pour lui...

Par rapport aux personnes ou aux relations ?

Oui, voilà, finalement si c'est quelqu'un qui parle pas ou quelqu'un qui parle beaucoup, des fois bah euh...on peut réajuster les tables aussi euh..... donc s'assurer, alors euh des fois on se rend compte que quand les gens arrivent chez nous, ils vont préférer rester en chambre plus. Ils vont pas forcément descendre tout de suite euh... et venir en collectivité hein, parce que c'est ça aussi hein, on arrive en Ehpad, qu'est ce que... « je me retrouve en collectivité et comment j'apprécie cette collectivité... » Ya souvent une mise un petit peu à distance au départ donc euh, une protection... ils vont venir au repas, ils vont aller sur les temps de repas collectifs mais ils vont facilement très vite remonter en chambre, donc progressivement ça va être de les accompagner à venir observer ce qui se passe dans la vie de la structure.

D'accord. Et dans quelle mesure c'est l'ergothérapeute qui s'occupe de ça, de l'environnement... social, de cette adaptation ?

Bah cette adaptation c'est pour moi c'est dans l'évaluation de ses repères dans l'espace et dans le temps, donc ça c'est déjà évaluer où il en est et puis au niveau social aussi, c'est de se rendre compte : est ce que c'était quelqu'un qui était plus d'habitude à être euh à s'isoler ? ou alors au contraire qui aime bien le contact social ? Et là c'est de se dire de recréer du lien et puis ça permet un petit peu de cerner la personnalité de la... du résident, pour se dire, bah finalement, il pourrait peut-être être inclus dans tel groupe d'activité....etc

Et ça, ça va se faire en équipe ? ou...

Euh ça va se faire avec l'équipe soignante qui va être auprès du résident et qui va pouvoir être aussi à l'écoute lors de l'accompagnement du matin, toilette, habillage si il y a des besoins. Le résident va forcément exprimer un certain nombre de choses. Après euh, moi ce qui se passe c'est que le matin, en fait je passe dans les étages pour les nouveaux résidents, je vais les rencontrer et puis dans la matinée je leur propose voilà de venir, de descendre progressivement et de venir voir ce qui se propose en bas dans les espaces d'animation...

D'accord

Hum

Et une fois qu'ils sont inscrits aux animations, à quoi êtes-vous attentifs dans leur comportement dans l'activité en fait ?

Alors après, moi j'observe différents critères, ça va être soit leur participation, leur souhait de participer, soit pour voir s'ils sont plutôt dans l'observation, si ils vont interagir avec certaines personnes ou pas euh...voilà et puis bah si ce qui est proposé, ça fait partie d'un centre d'intérêt ou s'ils sont curieux aussi, la curiosité, l'envie de

découvrir...euh puis ben le côté si ouais si ils sont plutôt dans une observation ou plutôt passif.

Ou plutôt engagé ? Leur niveau d'engagement

Plutôt... oui alors après ça peut être l'engagement mais plutôt je dirais la curiosité, si on a des résidents qui sont pas du tout curieux de nouveauté et qui sont plus dans une réticence de ce qui est nouveau, bah, on va pas forcément, on va plutôt essayer de rejoindre des centres d'intérêt... et...

OK

et... ce qui peut se faire si vraiment on voit que l'activité en groupe et la collectivité, parce que c'est ce qui peut se produire bien souvent, c'est de descend... 'fin c'est de proposer l'activité plutôt en chambre, de venir auprès des résident et puis là de pro... de lui montrer ce qu'on peut lui proposer auprès de lui, dans un premier temps, voir si ça lui convient et pis si c'est pas suffisant bah voilà lui dire ben voilà ça peut se faire dans un autre espace avec d'autres personnes, alors des plus petits groupes par exemple.

Et ça c'est un rôle que va prendre euh...quel professionnel, d'accompagner l'activité en chambre ?

Alors l'activité en chambre, moi je vais, je participe à ce temps-là, j'accompagne certains résidents en chambre et puis l'animateur accompagné de bénévoles, donc après ya un relai de bénévoles qui sont ici.

OK

On a des bénévoles.

Qui sont dans des associations en particulier ou... ?

Euh y en a qui font partis de l'association H à l'H, et après on a une petite fille de résidente aussi, ça peut être les proches des résidents qui sont inclus dans les bénévoles.

D'accord. Et euh dans quelle mesure vous interrogez le projet de la personne en tant qu'ergothérapeute ?

Le projet de vie ? Ou ?

Le projet de vie...euh... son ?

Ça se travaille en équipe, ça se fait dans les trois mois après l'entrée du résident, le premier projet personnalisé, ensuite il est révisé tous les ans et pour l'unité de vie protégée, l'espace A, il est révisé tous les 6 mois.

Alors l'unité protégée, c'est ?

L'unité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démence apparentée.

Alors là c'est 6 mois, c'est plus fréquent parce que ...?

Parce que l'évolution de la pathologie, et puis aussi parce que les personnes sont inclus dans cet espace avec des critères euh... d'évaluation qui nous permettent de dire est ce que la personne est toujours, euh... avec des critères qui permettent de dire, est ce qu'on la maintient dans l'unité de vie ou est ce qu'elle sort de l'unité de vie.

C'est un peu comme un PASA ou c'est un autre dispositif ?

Pas du tout. C'est ce que l'on appelle nous une unité protégée, euh donc c'est y a les... les chambres font partie de cette unité de vie et puis un espace commun avec un salon et un espace cuisine, ils ont des activités dans le même espace plus ils descendent une fois par jour pour prendre leur repas en collectivité avec les autres résidents le midi donc au rez-de-chaussée...pour la plupart maintenant, des résidents, ils remontent manger le soir dans l'espace fermé. Donc en fait euh c'est une u... c'est un service où on a mis en place des activités aussi progressivement aussi parce qu'elle a ouvert en 2014. Et euh... sur l'accompagnement des résidents, euh... c'est tellement hétéroclite que au niveau de mettre en place des activités collectives, ça fonctionne pas énormément, on est plutôt sur des activités individuelles.

C'est un petit peu comme... euh Est-ce que c'est comme une maison recréé ? Avec euh...

Y avait une idée comme ça, avec l'idée de vraiment donner à la personne la possibilité de re participer à des activités, activités, ménages, cuisine ...'fin du quotidien. Sauf qu'en fait on se rend compte que les résidents, ils ont quand même la notion qui sont dans une résidence que, ils paient et que c'est pas à eux de faire la vaisselle, c'est pas à eux de mettre le couvert... euh voilà on leur doit un service

Le système d'hôtellerie ?...

On leur doit un service, et que même si pour nous, ça nous paraissait euh être bon dans l'activité, de les restimuler dans des activités... euh... 'fin de ce style [domestique]. On se rend compte, qu'ils sont vraiment réticents et qu'ils sont des arguments qui s'entendent.

Hum hum

Voilà, donc, on a de temps en temps des résidents qui vont nous aider sur certaines... voilà la vaisselle du gouter mais euh... on se rend compte que c'est pas du tout... bon alors après on est parti sur d'autres types d'activités, bien évidemment hein, on a... proposé plus d'activité à type de stimulation, motrice, cognitives, c'est plus euh... et puis médiation ... on a donc un chien qui nous visite là, avec son maître, plus relationnelle et sociale...

De la SPA non ?

Alors euh c'est le chien d'une petite fille d'une résidente

D'accord

De la SPA non, les chiens ne peuvent pas venir, mais c'est nous qui y allons.

Vous faites des sorties extérieures ?

En sortie extérieure ouais Mais euh...voilà. Donc dans l'espace d'unité de vie protégée, on se rend compte qu'il a été ... enfin moi quand je suis arrivée, il était déjà conçu. J'ai pas du tout participé à la mise en place de cet espace, je travaille avec la psychologue euh...sur la mise en place de certaines activités parce qu'on... on a besoin d'accompagner... alors ce sont les soignantes principalement qui animent les activités, moi j'animais deux activités je n'en anime plus qu'une cette année mais l'année dernière j'en animais deux. Ça dépend aussi des projets autres, parce que je suis que à 50% et je suis dispatchée sur autre chose par ailleurs. Mais on se rend compte que pour accompagner dans cet espace de vie, des résidents qui ont vraiment des path... enfin vraiment au niveau cognitif ...une évolution de la pathologie... euh... le soignant euh...a... recherche des fois une performance dans l'activité, recherche un résultat d'activité, sauf que on en est pas du tout là dans ces propositions hein, on est plus justement sur une médiation, une relation euh... et là des fois ça coince parce que du coup les soignantes se lassent un petit peu des activités qui sont proposées et ne perçoivent pas les objectifs, les petits objectifs, elle perçoivent des grands objectifs et du coup, elles abandonnent quoi.

D'accord... Donc les petits objectifs c'est quoi ? C'est le maintien de l'identité de la personne ? De là ?

C'est plutôt le maintien de la relation.

La relation.

La relation de confiance, la relation du toucher, lui permettre de retransférer ça lors de la prise en soin... parce que c'est toujours l'idée au travers de cette relation, de pouvoir transposer dans des temps d'accompagnement qui sont des fois plus complexes et difficiles hein. Quand la personne ne souhaite pas se faire toucher euh dans sa... ; côté intimité...euh...

On parle des réactions défensives par exemple à la toilette par exemple ?

Oui, hum hum donc euh... donc c'est plutôt dans ce sens-là. Après, maintien, stimulation, aujourd'hui, j'en reviens un peu sur ce qu'on peut mettre en place euh... on a des résidents qui... notamment une dame qui est arrivée assez jeune hein 68 ans maladie d'Alzheimer avancée... elle a été... on lui a proposé un certain nombre d'activité, d'accompagnement, euh... voilà elle.. Aujourd'hui là où elle en est, là où elle avance, la pathologie évolue très vite, et la mise en échec aussi est compliquée à accompagner donc euh... elle communique

pratiquement plus, on se rend compte que les consignes orales ne sont pas toujours comprises, donc voilà... et puis comme je disais tout à l'heure... **c'est de se dire qu'est-ce que le résident souhaite, 'fin comment il souhaite participer dans cet espace de vie qui lui est proposé... comment il souhaite euh... être identifié, être reconnu au travers des autres... des fois c'est...**

Sa place dans le groupe ?

Et on ira le visiter tout à l'heure... et moi des fois ça me pose question parce que... ils sont quand même... euh on leur impose euh... je... 'fin... c'est vraiment moi ce que je ressens... 'fin cette vision, on leur impose une vie de groupe euh... on peut comprendre que des fois ce soit un peu difficile... (Rire)

De respecter les choix de l'individualité ?

'Fin voilà ça c'est... 'fin voilà y a des réactions des fois vives, hein, dans l'espace. Qu'il y ait des fois des résidents qui se ferment pour se protéger ouais...Hum hum

D'accord. ...Est-ce qu'il y a cette dynamique, dans l'établissement, de bah du respect du souhait de le de la personne de vivre en solo 'fin... ?

Oui plutôt seul. Alors euh... dans l'espace euh...commun, je dirais de la résidence, on reste à l'écoute de ce souhait du résident..., accompagné, c'est-à-dire qu'il va y avoir des passages en chambre réguliers euh... Et puis on va quand même le solliciter et se dire tient bah aujourd'hui y a telle activité... Par exemple je vois hier c'était le bal des anniversaires. Voilà, c'est des moments importants dans le mois, on invite le résident à participer à des temps forts comme ça.

De proposer ouais, hum hum, de toujours proposer l'animation ?

On reste dans la proposition et puis euh... voilà après c'est de l'individuel donc si on se dit... de lui proposer peut être une sortie au jardin, un accompagnement individuel... voilà on reste dans ces propositions-là.

Alors, qu'est-ce que ça représente pour vous la qualité de vie en Ehpad ?

Alors la qualité de vie... moi dans un premier... comme ça... quand on parle de qualité euh... ça me fait penser vraiment... ça ça rejoint l'idée que quand une personne arrive dans l'établissement, dans un établissement de collectivité, ... euh c'est déjà de lui recréer un espace, enfin de créer un espace de vie, dans sa chambre où elle ait des repères avec un minimum d'éléments qui lui corresponde.

Hum hum

La qualité de vie, ça va être un espace dans lequel elle va pouvoir circuler en toute sécurité, ça va être aussi un ... qu'on ... qu'on s'attache à euh... par rapport à ses habitudes de vie à être à l'écoute

de ... d'un certain nombre de ses habitudes de vie tout en conciliant évidemment la vie en collectivité.

Hum

Et... respecter ça enfin, la qualité de vie par rapport à ça, je me rends compte qu'il y a énormément de concession qui qui sont à faire d'un côté et de l'autre. C'est-à-dire autant le résident va devoir aussi comprendre qu'il arrive en collectivité, donc qu'il y a des contraintes horaires, qu' y a des contraintes... euh... et autant nous de se dire pareil, que le résident arrive, donc la qualité de vie ça va être peut être de respecter l'heure de réveil que le résident avait d'habitude, euh... les temps de repos, euh... un certain nombre de petits éléments comme ça où pour lesquels...je dirais quand ils arrivent chez nous c'est déjà primordial de les prendre en compte dès le départ pour que y ait une confiance qui s'installe aussi et qu'ils se sentent écouter dans dans ce qu'il est et que voilà. Pour moi tout tout, ça c'est un peu la clé du bon démarrage (rire) dans l'établissement.

Les pré requis quoi ?

Euh ouais

Pour que ça se passe bien dans les relations avec le personnel...

Hum

Et puis avec les autres ?

Ouais, c'est un certain nombre de situations qui me font dire ça parce que ...mieux on est vraiment dans les petits points clés ouais de euh... voilà je dirais l'heure de lever, est-ce qu'ils préfèrent déjeuner avant d'être habillés, lavés, ou après... des petits détails comme ça dans la prise en soin, dans l'organisation de la prise en soins. Si ça on le démarre bien j'dirais qu'après derrière nous, on peut apporter un petit peu les contraintes de la collectivité...Voilà

Est-ce que si c'est comme si il fallait qu'il sente déjà accepté dans ses particularités au départ avant de pouvoir s'adapter finalement... euh... c'est ce que je comprends...

Oui c'est exactement ça, c'est se dire on accueille une nouvelle personne qui a vraiment des nouv... 'fin qui nous apporte des ... peut-être une nouvelle manière de fonctionner, pour l'équipe, forcément ça va avoir une répercussion, 'fin voilà... parce qu'en fait par étage, elles ont des organisations mais forcément une nouvelle entrée demande forcément à se réorganiser et que voilà que cet accueil-là se fasse dans un temps premier.

D'accord. Et comment l'ergothérapeute, peut-il soutenir cette qualité de vie du coup, en particulier ?

Et ben... quand moi, je suis là dans cet accueil, moi je vais le mettre en avant, je vais justement être dans l'écoute pour essayer que l'organisation de soin respecte ces points clés. Et maintenant

globalement, c'est quelque chose qui est entendu euh ...et elles savent bien euh que c'est des éléments de relation de confiance qui sont primordiaux pour enclencher voilà pour la suite un bon accompagnement et même par exemple se dire que la prise en soin du matin du prochain jour, va pouvoir s'amorcer dans de bonnes condition parce que justement, on a, par exemple, bien respecter les phases de coucher. Est-ce qu'il avait l'habitude de mettre la télé ou pas en fin de compte ces petits détails qui, d'emblée, si on les prend bien d'emblée, ça fonctionne quoi.

Et après, après l'accueil du coup, les la qualité de vie une fois que ça se passe bien, que la personne elle est bien adaptée à l'environnement, est ce qu'il y a des choses qui sont importantes pour vous ?

Donc dans la, après dans l'accompagnement, euh donc sur la mise en place d'un certain nombre de... alors les activités, je dirais que ça va être un peu la base du fil rouge qui va permettre que la personne va s'inscrire progressivement dans la vie de l'établissement.

Hum hum

C'est là qu'on va apprendre à la connaître aussi sur ce qui y a... lui permet soit de vivre en collectivité puis de reprendre un petit peu de lien social ou alors évidemment, si elle reste en chambre et si elle préfère rester en chambre, voilà c'est j'aurais qu'on a vraiment deux grands profils' fin on n'en a pas... voilà je dirais ces deux éléments là. Euh on a quelques résidents qui sont assez solitaires c'est-à-dire qu'ils vont être autonomes pour gérer voilà leur sorties ils vont faire deux trois tours de jardin, on sait qu'ils vont, eux, gérer leur activité revenir en chambre. Mais c'est être attentif en fait, s'assurer que oui ce matin il a bien fait son pti... 'fin son tour de jardin comme il en a l'habitude.

Hum hum

Voilà pour voir si y a pas des changements de ... mais globalement c'est de voir progressivement comment elle va s'inscrire dans telle ou telle modalité de fonctionnement de l'établissement quoi. Soit elle est plutôt isolée enfin elle va plutôt s'isoler en chambre ou vraiment être dans les espaces communs, rechercher le contact, soit avec les voisins de couloir, soit avec les soignants, ou alors elle voudra descendre au rez-de-chaussée.

Hum hum

Ça après c'est au quotidien qu'on évalue et ... ouais...

Donc c'est quand même un peu au travers de l'activité que ça se joue en fait, ces comportements, 'fin ça s'observe en tout cas. C'est ce que je comprends.

Oui. Ça va être aussi comment euh... une chose importante aussi c'est le relationnel aussi avec certains autres résidents. Parce que je

pense aussi que dans la découverte aussi des autres personnes, ils vont peut-être retrouver des relationnels ou des contacts qu'ils ont eu auparavant de se dire bah tiens Madame untel ou Monsieur untel ils vont aller peut-être plus vers ces résidents et euh... ça c'est aussi intéressant de voir les relations qui vont se mettre en place...

Leur dynamique en fait ?

La dynamique d'intégration euh... en sachant qu'on a des résidents qui sont plutôt dans l'accueil des nouveaux donc qui vont aller voilà au contact qui vont aller se présenter qui vont... et rien que ça c'est déjà de voir comment eux voilà réagissent.

Hum hum.

Mais c'est des fois, j'aurais c'est pas tant les activités mais le relationnel, ouais... les échanges qui va y avoir, les discussions, donc les sujets, est ce qu'il y a des sujets communs avec d'autres résidents euh... les milieux de vie aussi. On n'a pas parlé de ça mais ici en fait on a des milieux sociaux assez différents et je me rends compte que forcément y a un petit peu des groupuscules hein qui se créent vis-à-vis des... ouais des ... du niveau social du parcours aussi de vie ou des métiers.

D'accord

Et ça c'est... et en dehors d'une activité parce que le matin, y a très peu de choses qui sont proposées, y a... donc moi quand je suis là j'en propose mais sinon ils ont peu d'activité y a pliage de linge, y a la lecture du journal et puis sinon ils peuvent regarder en commun les informations et une émission le matin Midi en France qui est pro... qui est là dans la salle télé et euh... finalement, c'est des temps du matin qui sont aussi libres pour permettre des échanges donc ils vont descendre et ils vont parler, alors y a le journal aussi qui est à disposition avant qu'il y ait la lecture commune alors y en a qui vont lire un article et qui vont échanger avec les autres.

Donc ça c'est pour vous un facteur important de qualité de vie, l'interrelation dans la dans la résidence en fait ?

Ça en fait partie mais c'est eux qui le crée ça 'fin c'est eux qui...c'est leur dynamique.

C'est que là y a pas de prise de soignant ou hors soignant mais que ça y contribue ?

Il faut favoriser ... alors la qualité de vie elle serait favorisée par les lieux qui permettent ces espaces-là.

L'aménagement des lieux ?

Les aménagements des lieux ouais, les petits salons, ouais créer des lieux qui soient conviviaux ouais.

Hum hum d'accord. Et pas forcément liés avec une activité du coup ?

Ah non. Moi je pense que des fois il faut pouvoir aussi euh... parce que la médiation elle est peut être tant sur un sujet finalement de discussion 'fin moi je me rends bien compte, ils ont besoin de contacts relationnels vrais en fait.

Hum hum

Le jeu va... ils ont des jeux à disposition, pleins de jeux et c'est très rare que finalement, ils utilisent un jeu pour créer une dynamique entre eux en fait...

D'accord

Très très rare

Hum hum

Moi j'observe ça depuis ouais... alors la première année c'était pas trop mon... ma dynamique d'observation, mais maintenant je suis plus dans cette observation-là.

Est-ce que vous pouvez me dire comment la qualité de vie est prise en compte dans l'établissement ?

Alors y a des **questionnaires de satisfaction** (rire) ça c'est vrai

D'accord

Par la présentation du **projet personnalisé** au résident,

Ok

Hein, sur lequel on a travaillé en équipe et puis donc il est présenté au résident et à un de ses proches si nécessaire. Euh on a eu une échelle à un moment donné, qu'on utilise de temps en temps quand on a fait des animations spécifiques ou autre, **c'est une échelle de bien être**, que je pourrais te montrer qui est intéressante.

Hum hum

Donc ça sur la qualité, euh la qualité du...du... 'fin sur le bien-être, c'est une échelle qui est utilisée, elle s'appelle EVIB

C'est une échelle qui est présentée pendant l'activité ?

Elle est présentée avant et après, pour voir le bénéfice euh...du bien-être.... Et puis moi j'ai pu 'fin, donc sur les trois ans là, j'ai participé à une étude, l'étude LEDEN c'est une étude justement qui était comparative entre différents Ehpad. Et ces différents Ehpad étaient...avaient été sélectionnés soit pour une activité euh activité plutôt physique animée par Siel bleu essentiellement au niveau et une autre activité socioculturelle. Donc nous on avait été sélectionné pour l'activité socioculturelle, et on avait eu de la musicothérapie.

Hum hum

On a eu le bilan de l'étude, donc on avait eu une batterie d'évaluation donc un feuillet comme ça à remplir, à différents temps, temps 0 t6

t12 euh etc... et puis on a eu le résultat de l'étude, et quand on parle de bien être donc cette étude qui a été menée par K et par le gérontopôle de T, nous montre, et je pourrais te faire passer le résultat hein, qui était assez euh... c'est que globalement, que ce soit une activité physique ou une activité socioculturelle, y a pas une grande différence, que ce soit au niveau moteur, cognitif...mais par contre on a, ce qu'on disait, le côté bien être Le fait que ce sont des temps où les résidents vivent quelque chose en groupe, qu'il y ait une dynamique de groupe, que ils s'inscrivent socialement, dans quelque chose, dans une démarche dans un projet euh et beh il en ressort en fait que c'est ça qui maintient.

Hum hum

Alors on n'a pas du tout de courbe positive. Mais on a un maintien des capacités physiques et cognitives qui sont identiques.

Ouais c'est intéressant

Et donc y avait un médecin-là qui, donc un médecin gériatre qui pareil il découvrait en même temps que nous au moment de la présentation des résultats de l'étude, ça l'étonnait pas du tout. Nous on pensait que bah l'activité physique on aurait une progression des résultats de l'équilibre euh... du périmètre de marche...euh...

Hum hum

Que voilà, avec des courbes positives...les mêmes courbes que nous.

Que la musicothérapie ?

'Fin que nous, la musicothérapie, d'autres c'était peinture créative et puis une autre y avait donc euh y avait nous parce qu'en fait sur la présentation de l'étude on était trois, et l'autre c'était.... du théâtre...

Le théâtre oui j'y pensais...

Donc voilà, c'était... ça montre que les résidents quand ils arrivent chez nous c'est pas t... le faire oui mais c'est pas que ça, ils aiment être entre eux.... Et...De toute façon 'fin...c'est ce qu'on dit souvent quand on voit nos résidents, on pense place de village voilà être ensemble... euh ce qui m'a amusé, on a eu, ben ils sont décédés malheureusement, deux résidents qui étaient dans la même chambre, et souvent ils étaient en bas là et souvent ils demandaient, ils proposaient à l'autre : « tu veux que je t'invite boire un café ? » tu vois... c'est donc, la convivialité

Hum hum

Etre avec l'autre et puis dans l'échange quoi mais pas forcément dans le faire.

D'accord, alors vous m'avez parlé du projet personnalisé, qu'est-ce que vous en pensez comme il est mis en place ici ?

Euh il est mis ouais, euh ce qui est très intéressant c'est qu'on est une équipe pluridisciplinaire pour le euh mett... ; 'fin pour le travailler... et puis on recueille auprès du résident en amont, voilà des informations, une impression sur son vécu, sur euh...s'il a des attentes particulières spécifiques et globalement euh..., c'est un temps vraiment d'échange ou des fois voilà on déborde un peu même. Ça nous permet vraiment de mieux se recentrer sur le résident voilà c'est un temps privilégié quand même hein...

Sur ses souhaits sur ses attentes ?

Sur ce voilà, pour re-cibler voilà euh. Et puis c'est un temps positif aussi dans la mesure où on se dit tient bah finalement : par rapport au projet personnalisé qui était... les objectifs qui étaient posés précédemment, on a réussi voilà à atteindre tel et tel objectif euh... c'est aussi de se dire ça hein.

Par rapport à la motivation des équipes aussi j'imagine ?

Ouais, voilà.

Et quels professionnels participent ?

L'infirmière coordinatrice, la psychologue, la responsable d'hébergement, l'animateur, la référente étage...

Hum

*L'infirmière qui est de soin sur la journée, **donc moi-même l'ergothérapeute**, voilà j'ai dit tout le monde j'pense. On est... quand tout le monde est là, oui on est.... Enfin ça arrive qu'il y ait des absents pour x raisons, des réunions etc... mais globalement on est minimum 4 ou 5 autour de la table à pouvoir euh... échanger*

Et vous votre recueil de données en tant qu'ergothérapeute, c'est par rapport à quoi en particulier ?

Alors moi je vais intervenir plus particulièrement dans tout ce qui va être déplacement, transfert hum bah tout ce qui va être autour de l'activité... euh la notion de contention ou pas, parce que j'ai un gros travail ici dans la mise en place et le retrait des contentions euh... le ... lien avec la famille aussi. Voilà. Comment la famille participe auprès du résident dans la résidence. Est-ce que là l'aidant voilà, est amené à sortir voilà de la résidence avec sa famille. Voilà tous ses liens qui peuvent être très importants.

Les activités aussi qu'il peut partager avec sa famille ?

Voilà c'est ça hum, tout à fait. Ces liens-là.

Et par rapport à l'activité, du coup, comment elle se sent, ce qu'elle voudrait faire.

Hum. Oui, le recueil que je fais souvent moi c'est : est-ce que les activités, qui vous ont été proposées jusque-là vous ont voilà... vous ont convenu ? Est-ce qu'il y a des souhaits particuliers de... d'autres

activités, souvent on leur propose d'autres activités qui seraient à venir, là je vois si on a des projets un peu différents qui... on en a un notamment au niveau socioculturel, avec des sorties euh... euh vraiment qui sont ciblées. Voilà, des sorties leur sont proposées, et puis on inscrit, si c'est quelque chose qu'ils retiennent.

Qui les intéresse ?

Hum

OK. Donc la personne elle est intégrée au projet, donc vous m'avez dit..., pendant le recueil ?

Oui

Auprès de sa famille aussi du coup ? 'Fin le projet il est...pas qu'auprès de la personne ?

Alors si la personne est en capacité de pouvoir répondre à son projet, y a qu'elle qui va... 'fin la famille, c'est pas la priorité dans ces cas-là. Après, si elle est pas en mesure, voilà ...on interroge la famille pour euh... voilà sur ce qu'elle en perçoit de son proche... le résident euh. Mais je dirais qu'auprès sur les activités principales, c'est pas elle qui va avoir à nous dire euh... voilà si y a des souhaits particuliers, c'est pas eux qui nous disent le choix des activités...

C'est la personne quoi.

Voilà, c'est la personne

Hum hum

Et après, qu'il est construit [le PAP] à 4-5-6 personnes, il est présenté ensuite à la personne ?

Voilà.

C'est sous quelle forme ?

Une restitution avec ce qui a été euh... ce que nous on en a rédigé. Et on rédige, 'fin on apporte des modifications aux souhaits de la personne si elle... elle veut qu'on modifie certaines données. Ou alors on rajoute des éléments qui n'y figuraient pas, on les rajoute à ce moment-là. Et après on s... enfin la personne va signer, et nous on signe avec elle, pour valider le nouveau projet.

D'accord.

Ou le projet initial en fonction.

Ok. Et qu'est-ce que vous en pensez de ce dispositif, en général ?

Bah, moi de... 'fin c'est vrai que j'ai un peu découvert ce fonctionnement-là, il a été mis en place quand je suis arrivée moi, en 2014 ça se mettait en place progressivement... je me suis toujours demandé comment ils faisaient avant. (Rires)

Hum

Sans avoir ce type de support de travail. Euh moi ce que j'ai observé aussi depuis que je suis ici, et ce que j'entends globalement, c'est qu'on se rapproche énormément quand même des habitudes de vie de la personne euh et qu'on est vraiment attentif de plus...euh beaucoup plus, peut être sûrement qu'à une époque, aujourd'hui ... Alors le projet personnalisé est un point majeur de ce dispositif, 'fin, c'est lui qui est garant finalement de cet accompagnement, c'est le garde-fou, des fois, bien souvent quand on ... on a une situation qui tend un petit peu à partir dans une direction qui nous... voilà qui va pas trop bien pour le résident, et bah tout de suite on se rapporte au projet personnalisé hein...On dit que voilà, où est ce qu'on a peut-être, pas été correct 'fin, ça a moins été bien dans certains points. Et on réajuste quoi...c'est ce qui nous permet de réajuster certaines fois certaines situations.

Bon bah je pense qu'on arrive au terme de cet entretien. Euh... est ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

(Soupire) non mais c'est vrai que c'est un sujet qui est fondamental j'pense. La qualité de vie en Ehpad, c'est une vraie question à se poser, on est tous 'fin, tous les professionnels hein, garants, par contre, ça j'en suis persuadée. Que ce soit l'ASH qui fait le ménage dans la chambre jusqu'à la directrice...

Est-ce que ce serait quelque chose qui nous... qui nous mobilise tous en fait ? Comme un fil conducteur qui donne du sens à la prise en soin ?

Complètement. Tous les acteurs qui sont près du résident dans sa, dans son environnement de vie, qui est sa chambre en premier lieu. Euh... on est tous garant de cette qualité hein. Hum hum.

D'accord

De s'assurer qu'il y ait le bon bibelot à la bonne place euh... 'fin tous ces détails-là, on en est tous garants. Que tout fonctionne bien même le technicien de l'établissement, s'assurer que tout fonctionne bien euh... hum.

Je vais juste faire une petite synthèse de ce que j'ai retenu, si c'est ok. Qu'en fait la qualité de vie ça dépendait d'une somme de petits détails auxquels il fallait être attentif mais dès le début pour que le résident se sente bien chez lui et qu'ensuite progressivement il puisse intégrer la collectivité. Euh de la manière dont il le désire... donc soit le plus solitaire soit le plus social.

Oui

Et qu'ensuite vous pouvez observer et maintenir ses activités en collectivité ou en individuel.

Hum, c'est vrai. C'est ça.

C'est à peu près ça ?

C'est ça. (Rires)

Très bien. Merci...

Sur l'occupation... 'Fin moi sur ce qui..., moi de ce que j'en observe maintenant que je suis vraiment dans le cœur du sujet, le résident quand il arrive chez nous... y a quand même...euh... il vient voir autre chose... 'fin sa vie est, c'est plus sa vie...entre guillemets.

C'est une transition quoi ?

Ouais, il...Il vient voir qu'est-ce qu'il s'y passe déjà dans cet... 'fin voilà la représentation qu'il en a eu toute sa vie, 'fin voilà, tout ce qu'on peut en dire. Il vient découvrir dans un premier temps, il vient s'en faire son idée...euh un moment donné voilà « j'y suis voilà j'arrive là qu'est-ce que... 'fin on en a tellement dit des choses 'fin voilà et j'y suis maintenant, c'est pas ma vie... »

Hum hum

D'emblée c'est pas leur vie... »

C'est une rupture en fait ?

Oh y'en a beaucoup pour qui c'est une rupture ouais... et je me dis après, retranscrire justement des occupations... des... ils ont du mal à retranscrire, parce qu'il veulent pas... moi de ce que j'observe, euh...ça leur fait mal au cœur en fait de retranscrire leur vie ici, parce que c'est pas possible en fait, on peut pas calquer...ils peuvent pas...

Ouais c'est intéressant...

Vraiment c'est ce que j'observe.

C'est comme si ils faisaient le deuil de leur vie et hop je fais autre chose ?

« Je passe à autre chose »

Autre expérience et...

Une nouvelle expérience ouais... et ça met du temps à comprendre ce qui se vit ici.

Est-ce qu'il y a quand même pas un, quelque chose... un noyau qui reste quand même... euh... dans leur identité... qui reste quand même fixe ? Quelque chose de stable ? (rires)

L'alimentation... ça va être le point fixe, le plaisir alimentaire, les petits côtés, s'ils aiment des petits gâteaux, des petites choses... ça va être beaucoup ça. S'il y en a qui arrive avec de la lecture, c'est la lecture, mais bon après ... voilà... avec la dégradation de la vision on a plus toujours ces possibilités là... euh. Ils ont du mal à transposer énormément leur environnement du domicile ou de là où ils viennent... ici c'est long, c'est vraiment long... des fois ils vont ramener 1-2-3 bibelots et puis tiens un mois après on va se rendre compte qu'il y a une nouvelle chose qui est arrivée... Parce que ils

commencent à comprendre que ça va être chez eux et qu'ils peuvent s'y installer vraiment mais ... ça prend du temps hein...

En fait c'est comme si fallait avoir confiance avant de s'investir dans le lieu

Hum

En fait de s'inscrire vraiment sur ce modèle d'accompagnement ?

Hum, et je dirais que les activités elles met... je dirais que ça vient dans un deuxième temps parce que souvent on nous dit « ouais il aimait jouer à la belote, il aimait faire ceci, il aimait faire cela... » Alors, on va lui proposer des groupes de belote 'fin, ça paraît évident...

Hum

Voilà. Et ben non pas du tout, parce que... il a pas choisi les gens avec qui il joue à la belote, alors qu'avant c'était un groupe d'amis, donc il peut pas trans... on peut pas transposer tout d'un coup comme ça, c'est trop... 'fin ça fait beaucoup de changement. Si si, à la rigueur, il se crée un réseau d'amis ici où qu'il crée du relationnel... peut être qu'avec ce groupe-là, il va créer un groupe de belote...

Oui parce que c'est peut-être pas jouer à la belote qui l'intéressait, c'était le moment avec ses amis...

Oui et puis j'en reviens à l'étude LEDEN qui nous montre bien ça... cette vie avec d'autres, peu importe le support qu'on utilise en fait, le médiateur qu'on utilise en fait, la médiation qu'elles soient activité euh... peu importe en fait.

C'est le rôle social en fait ?

C'est le côté social en fait. C'est vraiment ce dont je me suis rendue compte petit à petit... et c'est vrai que ces évaluations... euh... pour moi elles sont... [Soupire]... en Ehpad, c'est pas forcément évident de pouvoir les appliquer et de s'y vraiment de pouvoir s'y référer, parce qu'on a vraiment besoin de découvrir la personne, dans son appropriation de cette nouvelle vie quoi. En fait on se rend compte qu'on peut pas tout mesurer. Et justement dans l'étude LEDEN, quand on a fait, le résultat de l'étude, c'est un peu ce qui ressortait, on a mesuré énormément de paramètres physique, cognitif, mais...

comment mesurer le bien être ? Ben là y avait pas d'échelle en fait... Après est ce que le **taux de participation** ? Est-ce que le fait que les résidents étaient **assidus** à l'activité... se sont vraiment **mobiliser** pour y aller... est ce que ça, ça peut être un des paramètres qui est mesurable et qui donne justement et de se dire... là il y a été et s'est..., ça ça peut être un critère.

Son niveau d'implication ?

D'implication ouais, c'est ce niveau-là qui pourrait nous dire ben là il avait **plaisir** à y aller quoi

Hum. D'accord

Moi je me souviendrai d'une dame parce que..... 'fin même plusieurs, si tu lui demandais pas à l'issue de l'activité et tu lui demandais, 1 à 2 h... « Ah bon j'ai été à cette activité-là ? » (Rires) c'est ça aussi hein.

Ce qui être un petit peu...

La mémoire aussi au niveau cognitif, on doit en plus mesurer ça dans l'instant hein... c'est que si tu pars à deux... une heure ou deux heures, ils sont passés à autre chose... ils sont complètement passés à autre chose... c'est pas mesurable.

D'accord

Après c'est ça aussi c'est de se dire qu'ils vivent les instant de la journée... hein. Ils vivent pas... 'fin...ce que j'observe aussi c'est que nous on se transpose nos données, notre expérience de la vie d'une journée... dans notre capacité à nous adapter, nous et à notre mémoire de ce que l'on vit. Et la plupart, ils vivent instant par instant et le temps n'a pas du tout la même valeur... moi y a des résidents pour lesquels je vais pas du tout les informer de l'activité le matin... je vais les prévenir la demi-heure avant. Ça sert à rien de les prévenir avant... ils sont pas du tout dans les mêmes rapports de temps que nous... (Rires)

Merci beaucoup

De rien

Je vais arrêter l'enregistrement.

ANNEXE VI : Grille d'analyse des entretiens

Thème	Lien avec le cadre théorique	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C	Ergothérapeute D
Recueil de données	Première étape de l'intervention en ergothérapie	<p>Lecture du dossier d'admission</p> <p>Recueil de données rempli par le cadre → permet de cibler l'intervention</p> <p>Rencontrer la personne la semaine de son arrivée</p>	<p>Recueil de données à partir des courriers médicaux, des bilans médicaux, établi à l'entrée et des dossiers patient.</p> <p>Recueil de données grâce à l'entretien lors de l'accueil du résident pour avoir des informations du quotidien et les axes d'intervention prioritaires</p>	<p>Prise de connaissance du dossier informatique avant de rencontrer la personne. renseignement pris sur sa santé, son état, les informations de bases.</p> <p>Recueil de données par un entretien avec ouverture de la discussion, mise en place de la relation.</p>	<p>Les Projets de Vie Individualisés sont utilisés prioritairement pour faire connaissance avec la personne.</p> <p>La consultation du dossier patient informatisé se fait ensuite ou si une demande d'intervention en ergothérapie apparaît et que l'ergothérapeute ne connaît pas encore la personne.</p>
	Evaluation	<p>Capacité motrice au déplacement et à l'autonomie « réévaluer si on voit une évolution des capacités »</p> <p>Evaluation en situation de vie quotidienne si plainte en autonomie ou motricité pour voir les habiletés/ce qui gêne les personnes</p> <p>L'aide-soignant alerte l'ergothérapeute sur les difficultés.</p> <p>Pas de bilan de l'autonomie systématique à l'entrée, car le bilan d'accueil est assez complet</p> <p>« J'ai très peu de bilan de validés ici. Euh ...je fais des grilles d'observation..., je me sers du retour des aides-soignantes »</p>	<p>Questionnement sur les modalités d'évaluation de la qualité de vie, le plaisir, l'engagement ? : « et c'est vrai que ces évaluations... euh... pour moi elles sont... [Soupire]... en Ehpad, c'est pas forcément évident de pouvoir les appliquer et de s'y vraiment de pouvoir s'y référer, parce qu'on a vraiment besoin de découvrir la personne, dans son appropriation de cette nouvelle vie quoi. En fait on se rend compte qu'on peut pas tout mesurer. Et justement dans l'étude LEDEN, quand on a fait, le résultat de l'étude, c'est un peu ce qui ressortait, on a mesuré énormément de paramètres physique, cognitif, mais... comment mesurer le bien être ? Ben là y avait pas d'échelle en fait... Après est ce que le taux de participation ? Est-ce que le fait que les résidents étaient assidus à l'activité... se sont vraiment mobiliser pour y aller... est ce que ça, ça peut être un des paramètres qui est mesurable et qui donne justement et de se dire... là il y a été et s'est..., ça, ça peut être un critère. »</p> <p><u>Son niveau d'implication ?</u></p> <p>D'implication ouais, c'est ce niveau-là qui pourrait nous dire ben là il avait plaisir à y aller quoi.</p> <p>L'échelle EVIBE :</p> <p>« Euh on a eu une échelle à un moment donné, qu'on utilise de temps en temps quand on a fait des animations spécifiques ou autre, c'est une échelle de bien être, que je pourrais te montrer qui est intéressante. »</p> <p>Donc ça sur la qualité, euh la qualité du...du... fin sur le bien-être, c'est une échelle qui est utilisée, elle s'appelle EVIBE</p> <p>Elle est présentée avant et après, pour voir le bénéfice euh...du bien-être.... »</p>		<p>L'observation dans les déplacements ou les repas.</p>
Données selon le Modèle de l'Occupation Humaine					
ETRE	Valeurs ce qui est important	<p>Ce qui est important pour le système famille est accompagné par l'équipe. « Nous ici on a un monsieur qui est arrivé ici, il avait beaucoup d'aide à domicile et sa femme ça a été vraiment un déchirement pour elle d'accompagner son mari ici,</p>	<p>Ce qui importe dans l'activité <u>d'une manière générale</u> :</p> <p>« J'en reviens à l'étude LEDEN qui nous montre bien ça... cette vie avec d'autres, peu importe le support qu'on utilise en fait, le médiateur qu'on utilise en fait, la médiation qu'elles soient activité euh... peu importe en fait. »</p>	<p>Discussion informelle pour faire connaissance avec la personne : « Je prends le temps, connaître, me présenter » « j'ai un premier contact qui est pas très rigoureux mais qui est</p>	

		<i>donc une fois par semaine, il retourne dormir chez lui, avec sa femme »</i>		<i>une première prise de contact on est, on est euh...social dans ce cas-là, donc je reste quelque chose comme ça »</i> <i>« je discute »</i> <i>« Donc voilà, moi je trouve que c'est important de s'ouvrir les yeux de ce qu'étaient les gens avant, d'où ils viennent, pas essayer de, faut pas se mentir, je crois pas que, on va pas faire comme si ils étaient chez eux ici, y a de l'utopie là-dedans. »</i>	
	Intérêts Ce qui est apprécié	Les activités qui les intéressent face aux déterminants personnels, recueil des sentiments de compétences et d'efficacité « <i>la question que je leur demande le plus c'est si y a des choses qu'ils aiment faire qu'ils peuvent plus faire... »</i> Les activités de loisirs de la personne sont recensées (manuelle, physique, artistique et culturelle, émission de TV) dans le bilan d'accueil du cadre	Recueil des centres d'intérêts par les aides-soignantes Au niveau des activités proposées : « <i>si ce qui est proposé, ça fait partie des centres d'intérêt »</i> Approche de transition des centres d'intérêts : « <i>Parce qu'on se rend compte que ce que faisait avant la personne chez elle ou bien avant qu'elle arrive chez nous...ces intérêts-là ne sont plus actuels. Et puis peut être que ça fait déjà plusieurs mois qu'elle est plus dans ces centres d'intérêt. Elle les a peut-être eu y a 2,3,5 mois [...]. »</i> Ecart entre les connaissances des familles et la réalité de leur proche dans l'institution : « <i>Donc des fois, on a des centres d'intérêt, justement des activités qui sont notées par les familles, donc on se dit, ben on va accompagner le résident là-dedans....et puis réellement c'est ça colle pas du tout, c'était, ça lui correspond plus, c'est pas son souhait, il veut passer à autre chose... »</i> <i>« Par contre euh ce recueil de données qui sont faites par les proches, on se rend compte que ils nous font plus un catalogue de souhait d'animation ou de souhaits d'activités etc... qui colle euh très rarement à la réalité des souhaits des personnes. »</i> La nourriture comme ancre des intérêts : « <i>L'alimentation... ça va être le point fixe, le plaisir alimentaire, les petits côtés, s'ils aiment des petits gâteaux, des petites choses... ça va être beaucoup ça. S'il y en a qui arrive avec de la lecture, c'est la lecture, mais bon après ... voilà... avec la dégradation de la vision on a plus toujours ces possibilités-là [...]. »</i>		Rencontrer la personne au travers de ses centres d'intérêts dans l'Ehpad :« <i>ce qu'ils apprécient faire à l'Ehpad. Parce que c'est aussi les connaître »</i> « <i>si ils se plaisent si y a des choses à faire pour qu'ils se plaisent en fait. »</i> Recherche des centres d'intérêts antérieurs : « <i>Et après je vais leur demander ce qu'ils aiment faire ici, ce qu'ils aimaient faire avant »</i> La personne ne communique plus spontanément de ce qu'elle apprécie faire« <i>parce qu'elle le demande plus forcément. »</i>
	Déterminants personnels : Sentiments de compétence et sentiment d'efficacité		Recherche de feed back par rapport aux activités que la personne a pu essayer et recherche d'une dynamique concernant les futures activités : « <i>le recueil que je fais souvent moi c'est : est-ce que les activités, qui vous ont été proposées jusque-là vous ont voilà... vous ont convenu ? Est-ce qu'il y a des souhaits particuliers de... d'autres activités, souvent on leur propose d'autres activités qui seraient à venir, là je vois si on a des projets un peu différents qui... on en a un notamment au niveau socioculturel, avec des sorties euh... euh vraiment qui sont ciblées. Voilà, des sorties leur sont proposées, et puis on inscrit, si c'est quelque chose qu'ils retiennent. »</i>		« <i>c'est là où moi je pose le plus de questions aux personnes et où ils vont me dire ce qu'ils appréciaient mais euh surtout avant, en fait. »</i> Recherche à savoir si les centres d'intérêts antérieurs sont possibles et pourquoi : « <i>Oh bah ils nous disent. Bah on en parle, du coup, est-ce que ça vous dirait ? Il y en a qui vont dire non tout de suite parce que « je suis plus capable » ou non tout de suite parce que « ça m'énerve ». Ils le disent, voilà après faut les aider à le formuler quoi »</i>
ETRE Habitué	Rôles liés à la société et à la culture	La présence de personnes ressources (famille, ou proches) : l'ambulancier, le médecin traitant, la vie sociale... est interrogée dans le bilan d'accueil du cadre. Les liens avec les relations extérieures sont encouragés dès l'entrée: « <i>y a quelques notes sur</i>	Exemple isolé :Rôle de grand-mère facilité par l'inclusion d'un parent dans les activités de la structure : [médiation animale] <i>« c'est le chien d'une petite fille d'une résidente »</i> Accueil en présence des proches permet recueil d'informations d'ordre familial <i>« c'était sa sœur qui était avec elle pour l'accompagner »</i>	Informations de base recueillies « <i>d'où ils viennent et ce qu'ils ont fait »</i> Rencontre des familles « [le jour de l'entrée] <i>je peux rencontrer des fois les familles qui sont souvent submergées... »</i>	Recherche de l'histoire de vie « <i>avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement</i> Recherche à connaître les relations sociales qui les visitent <i>« si au niveau de leur entourage y a du passage, du monde, ce qu'ils apprécient.... »</i>

		<p><i>l'environnement familial mais c'est là qu'on peut savoir et puis euh... si les gens veulent retrouver fin garder euh...des fois c'est les relations de couple. Nous ici on a un monsieur qui est arrivé ici, il avait beaucoup d'aide à domicile et sa femme ça a été vraiment un déchirement pour elle d'accompagner son mari ici, donc une fois par semaine, il retourne dormir chez lui, avec sa femme »</i></p> <p>Le rôle d'époux est facilité.</p>		<p>Réflexion sur la perte de contact à cause de la perte de moyen de communication à l'entrée en Ehpad avec la famille, les petits enfants.</p>	<p>Les activités qui peuvent être réalisées en famille, pour soutenir les rôles sociaux : « sa famille quand elle venait la voir, elle restait tout le temps dans la chambre. » « Parce qu'ils avaient euh, ils ont certainement eu la notion que leur maman allait toujours dehors mais pour autant quand ils venaient la voir ils l'amenaient pas quoi. »</p> <p>« Comme celle qui appréciait aller dehors, fin voilà c'est quelque chose qui n'était pas fait et pour autant la famille devait bien être au courant quoi. »</p>
	<p>Habitudes qui structurent la vie et lui donne son caractère familial</p>	<p>Les habitudes de vie avant l'entrée en Ehpad (en esthétique, alimentaire, les soins) sont interrogées dans le bilan d'accueil du cadre. « ...que ce soit... fin...ça va de comment ils font leur toilette d'habitude à ce qu'ils aiment manger au petit déjeuner le matin... fin ... voilà »</p>	<p>Questionne les habitudes de vie : « on essaye de rechercher la moindre information nécessaire et puis ensuite, dans les habitudes de vie ça va être par rapport justement à ... euh... à la ... à la toilette ou à l'habillement si y a des indications particulières, euh voilà, si, si elle utilise des choses particulières qui avaient déjà été mises en place. Voilà, c'est et puis après ça se fait au fur et mesure.</p>	<p>La prise en compte des habitudes de vie est récente et ne prend en compte que l'heure du lever ou du repas : « y a une prise en charge qui est toute récente là-dessus. Donc là y a encore un an, les gens mangeaient tous à la même heure. Là ça y est, on prend l'avis, le souhait du résident de manger à telle ou telle heure ».</p>	<p>Les aides-soignantes interrogent les habitudes de vie et les partagent au PVI sous forme de trame : « garder ses habitudes de vie, parce que c'est souvent ça qu'on va avoir tendance à oublier en fait. En fait, les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes.</p>
ETRE Capacités de rendement	<p>Systèmes organiques (musculo-squelettiques, neurologiques, cardio-respiratoire, sensoriel/cognitif) Objectifs</p>	<p>Antécédents médicaux, L'orientation, la cohérence, Les pathologies Critères physiques dans le bilan d'accueil du cadre Raison de l'entrée en Ehpad</p>	<p>Recueil d'informations d'ordre médical. Les troubles cognitifs, la mémoire</p>	<p>Les notions de risque d'escarre sont prises en considération pour la prévention d'escarres en positionnement.</p>	<p>Raison de l'entrée en Ehpad Les troubles cognitifs, la mémoire épisodique, l'orientation temporelle, la fiabilité du oui (la cohérence) Observation du trouble cognitif : « Mais du coup cette dame, voilà j'ai eu aucun renseignement auprès d'elle. »</p>
	<p>Expérience subjective</p>	<p>Les résidents expriment leurs difficultés auprès des soignants de proximité : « j'arrive pas forcément à construire une relation de confiance avec les 93 résidents qui sont ici... donc sachant que les filles sont là au plus près d'eux au jour le jour... c'est plus souvent vers elles qu'ils vont se tourner pour parler de leurs difficultés plutôt que vers moi qui va les voir une fois par semaine quoi... »</p>	<p>Généralité : la notion subjective du temps et l'écart entre le temps vécu par les soignants et celui vécu par les résidents : « Après c'est ça aussi c'est de se dire qu'ils vivent les instant de la journée... hein. Ils vivent pas... fin...ce que j'observe aussi c'est que nous on transpose nos données, notre expérience de la vie d'une journée... dans notre capacité à nous adapter, nous et à notre mémoire de ce que l'on vit. Et la plupart, ils vivent instant par instant et le temps n'a pas du tout la même valeur... moi y a des résidents pour lesquels je vais pas du tout les informer de l'activité le matin... je vais les prévenir la demi-heure avant. Ça sert à rien de les prévenir avant... ils sont pas du tout dans les mêmes rapports de temps que nous... »</p>		<p>Recueil du vécu en Ehpad : « souvent en fait je commence par ça [je demande comment ça va], pour l'entretien pour préparer le projet. C'est vraiment comment ils se sentent ici en fait. » Recueil de capacités subjectives de la personne : « Ensuite je vais leur demander est-ce qu'ils arrivent à se lever du lit tout seul. Qu'est-ce qu'ils font à la toilette et à l'habillement tout seul. Parce qu'on peut être très contradictoire entre ce qu'ils vont nous dire eux</p>

			<p>Exploration des composantes qui permet le choix de s'investir dans une activité donnée (dynamique du MOH) « [...] souvent on nous dit « ouais il aimait jouer à la belote, il aimait faire ceci, il aimait faire cela... » Alors, on va lui proposer des groupes de belote fin, ça paraît évident...</p> <p>[...] Et ben non pas du tout, parce que... il a pas choisi les gens avec qui il joue à la belote, alors qu'avant c'était un groupe d'amis, donc il peut pas trans... on peut pas transposer tout d'un coup comme ça, c'est trop... fin ça fait beaucoup de changement. Si, si, à la rigueur, il se crée un réseau d'amis ici où qu'il crée du relationnel... peut être qu'avec ce groupe-là, il va créer un groupe de belote... »</p>		<p>et ce que vont faire les aides-soignantes. Des fois ils disent qu'ils font tout seul et en fait ils font que le visage des choses comme ça. »</p> <p>« Après je vais leur demander comment ils se déplacent, alors que je l'ai lu dans le dossier et que je suis au courant, mais ça me permet d'apprendre à connaître la personne et d'y aller petit à petit. »</p>
AGIR Habiletés	<p>Motrices, opératoires, d'interaction et de communication</p>	<p>Critères de locomotion dans le bilan d'accueil du cadre.</p> <p>Recueil du type de déplacement si entrée suite à une chute et recherche du maintien des capacités en fonction du système organique : « ça dépend aussi les capacités, les pathologies [...] on essaie de garder au maximum quand même les capacités de la personne et de réévaluer si on voit une évolution des capacités »</p> <p>Prise en compte de la grille d'autonomie de la région proche de la grille AGGIR sans les fonctions instrumentales</p>	<p>Observation dans les déplacements et les transferts.</p>		<p>Recherche de l'origine des incapacités : « pourquoi ce patient ne marche plus, pourquoi il a besoin d'aide. »</p> <p>Recherche à évaluer le problème par l'observation directe : « Parce que très souvent l'équipe m'appelle et moi je vais voir le patient d'abord. J'aime bien en fait parce que comme ça fait pas longtemps que je suis arrivée ça me permet d'avoir une image de la personne, des capacités qu'elle a et puis après je vais voir l'équipe. »</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">AGIR Rendement</p>	<p>Observables dans les activités de vie quotidien</p> <p>Différents niveaux de dépendance/independance :</p> <p>capacités à réaliser ses activités seul, ou avec aide technique ou humaine</p>	<p>Interaction des capacités cognitives avec les activités de la vie quotidienne : « <i>Même si les capacités cognitives ne sont pas forcément là, les automatismes de la toilette restent parfois à intégrer</i> »</p> <p>Observation et retour des aides-soignantes versus ergothérapeute : « <i>ils mettent pas en place les mêmes capacités quand ils sont aidés par une aide-soignante que quand c'est moi qui vais les voir</i> »</p> <p>« <i>Ils font souvent moins de chose quand les aides-soignantes sont là que quand c'est moi.</i> »</p> <p>Evaluation en situation de vie quotidienne si plainte en autonomie ou motricité pour voir les habiletés/ce qui gêne les personnes</p>	<p>Evaluation des capacités motrices en chambre, en salle à manger, à la toilette et un peu en sortie extérieure : « <i>voilà mobilisation, au moins dans la chambre et puis jusqu'à la prise du repas, voir si y a des installations particulières aussi au niveau de l'assise euh... pour la prise du repas. Après y a une toilette évaluative qui est faite par la suite, on prend le temps quand même que le résident arrive et puis la... la toilette évaluative elle se fait dans la semaine qui suit l'entrée en fait.</i> »</p> <p>Regard sur le comportement social, les capacités à établir des relations sociales « <i>Ça [modalité de fonctionnement de la personne dans l'établissement, sociabilité] après c'est au quotidien qu'on évalue [...]</i> »</p> <p>Dichotomie entre le regard et les attentes des soignants de proximité et les attentes du psychologue et de l'ergothérapeute sur les activités en unité de vie protégée : « <i>Mais on se rend compte que pour accompagner dans cet espace de vie [unité de vie protégée], des résidents qui ont vraiment des path... enfin vraiment au niveau cognitif ...une évolution de la pathologie... euh... le soignant euh...a... recherche des fois une performance dans l'activité, recherche un résultat d'activité, sauf que on en est pas du tout là dans ces propositions hein, on est plus justement sur une médiation, une relation euh... et là des fois ça coince parce que du coup les soignantes se lassent un petit peu des activités qui sont proposées et ne perçoivent pas les objectifs, les petits objectifs, elle perçoivent des grands objectifs et du coup, elles abandonnent quoi.</i> »</p>		<p>Repérage des difficultés par les soignants de proximité : « <i>mais c'est surtout le soignant qui nous le fait remonter par rapport au positionnement, par rapport à l'installation au lit, au fauteuil,</i> »</p> <p>Recherche d'évaluations directes par l'observation même s'il ne s'agit pas de bilans validés :</p> <p>« <i>Quand je vais voir parce qu'on me dit qu'ils ont des difficultés à manger, j'observe comment ils mangent, s'ils arrivent à orienter leur poignet, s'ils arrivent à bouger les doigts, comment ils prennent la fourchette, fin c'est beaucoup d'observation.</i> » « <i>Mais c'est beaucoup beaucoup de l'observation.</i> » « <i>Le seul moment où je fais un bilan c'est dans l'atelier équilibre. Donc là c'était plus pour voir sur le long terme, l'évolution. Au bout d'un moment, si il perd, on oublie comment il était, c'est vraiment parce que là c'est un atelier au long court. Alors que les voir manger ou se déplacer en fauteuil, ça va vraiment être mon observation. Ça va vraiment être propre à chacun c'est sûr, mais je pense qu'on a la formation qui fait que on est assez fin quoi.</i> »</p>
---	---	--	---	--	--

AGIR Participation	<p>Engagement dans des activités productives, de loisirs, de vie quotidienne</p> <p>Plaisir de faire une activité.</p> <p>S'investir dans une activité</p>	<p>Orientation dans les activités du PASA : « <i>en fonction de leurs capacités cognitives et des troubles du comportement. Parce qu'au PASA on accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée euh... qui ont des troubles du comportement modéré</i> »</p> <p>Activités proposées au PASA : « Cuisine et... et après activité de la vie quotidienne ça peut aller du repassage, ... ; couture...euh on n'a pas beaucoup d'homme donc du coup euh ... (rires) c'est des activités assez féminines mais euh ou ça peut aller du jardinage, là elles commencent à en refaire un petit peu avec l'arrivée du printemps...enfin voilà... »</p>	<p>Participation à tel ou tel groupe d'activité, selon ce que la personne exprime : « <i>Euh ça va se faire avec l'équipe soignante qui va être auprès du résident et qui va pouvoir être aussi à l'écoute lors de l'accompagnement du matin, toilette, habillage si il y a des besoins. Le résident va forcément exprimer un certain nombre de choses.</i> »</p> <p>Proposer pour encourager la participation « <i>Le matin, je passe dans les étages pour les nouveaux résidents, je vais les rencontrer et puis dans la matinée je leur propose voilà de venir, de descendre progressivement et de venir voir ce qui se propose en bas dans les espaces d'animation...</i> »</p> <p>Attention portée au niveau d'engagement : « <i>Alors après, moi j'observe différents critères, ça va être soit leur participation, leur souhait de participer, soit pour voir s'ils sont plutôt dans l'observation, si ils vont interagir avec certaines personnes [...] ou s'ils sont curieux aussi, la curiosité, l'envie de découvrir...euh puis ben le côté si ouais si ils sont plutôt dans une observation ou plutôt passif.</i> »</p> <p>Proposition d'activité sous la forme d'essai-erreur, des activités de stimulation motrices ou cognitives et relationnelle et sociale : « <i>On leur doit un service, et que même si pour nous, ça nous paraissait euh être bon dans l'activité, de les restimuler dans des activités... euh... fin de ce style [domestique]. On se rend compte, qu'ils sont vraiment réticents et qu'ils sont des arguments qui s'entendent.</i> »</p> <p>« <i>Voilà, donc, on a de temps en temps des résidents qui vont nous aider sur certaines... voilà la vaisselle du goûter mais euh... on se rend compte que c'est pas du tout... bon alors après on est parti sur d'autres types d'activités, bien évidemment hein, on a... proposé plus d'activité à type de stimulation, motrice, cognitives, c'est plus euh... et puis médiation ... on a donc un chien qui nous visite là, avec son maître, plus relationnelle et sociale ...</i> »</p>	<p>Intervention en ergothérapie sur la notion d'envie de faire les choses :</p> <p>« <i>Je suis attentive à voir ce qu'elle a envie de faire. Après si elle y arrive ou pas, c'est une autre chose, mais ce qu'elle a envie de faire, je vais pas tellement... poussé sur un truc dont elle a pas envie. Si elle a pas envie de se coiffer, c'est même pas la peine que je lui trouve des aides techniques ou quoique ce soit, si elle en a pas envie.</i> »</p> <p>« <i>Qu'elle exprime avoir envie</i> »</p> <p>Intervention en ergothérapie si la demande est confirmée sur du long terme : « <i>là par contre je vais aller sur la durée parce que ce qu'on dit à un instant, c'est pas forcément ce qui va être dit la semaine d'après</i> »</p> <p>« <i>Donc là je pars en ... je vais essayer de ressentir son envie mais dans la... en profondeur.</i> »</p> <p>Contrainte de priorisation des interventions sur demande spontanée du résident :</p> <p>« <i>Voilà, lui donner une attention particulière...Il a d'autres attentes, très clairement d'autres attentes...</i> »</p> <p>« <i>mais après je reconnais que c'est pas juste, pourquoi lui ? Peut-être justement parce qu'il est seul dans ce cas-là, quoi. [...] oui il demande, mais yen a plein d'autres potentiellement si j'allais leur demander qui serait demandeurs, mais je peux pas suivre.</i> »</p>	<p>Recueil des différents niveaux d'engagement : « <i>Comment elle s'engage... comment ... si elle a envie de venir ?</i> »</p> <p>Recherche de l'engagement : « <i>Déjà lui demander s'il en voulait. [du bois à tailler]</i> »</p> <p>Constatation de non motivation initiale fréquente qui a besoin d'un amorçage : « <i>Oui parce qu'en fait c'est moi qui vais chercher avec elle les résidents et en fait on se retrouve très facilement confrontée au fait qu'ils ne veulent pas venir.</i> » « <i>Et je pense que c'est quasiment tout le temps ça.</i> » « <i>En fait ils sont souvent bien voilà dans leur fauteuil. En chambre oui</i> » « <i>Il y en a beaucoup qu'il faut un petit peu booster je vais dire, en disant : « allez, venez, vous allez voir, vous vous rappelez, vous avez apprécié la semaine dernière », ils ont ben voilà des pertes de mémoires, du coup ils se rappellent pas que la semaine dernière ça c'était hyper bien passé. Donc l'engagement dans l'activité, il est compliqué en fait je trouve. Du fait des troubles cognitifs.</i> »</p> <p>« <i>Alors quand on y est dans l'activité, c'est bon, mais c'est pour les faire venir, je dirais. Et pour les ¾ des personnes en fait. Dans l'atelier équilibre que je fais avec les animatrices. Mais pas parce qu'ils n'apprécient pas l'activité, parce qu'on fait un débriefing à la fin et certains donnent des pistes « c'était pas assez long » « faudrait le faire un peu plus long, de rajouter des difficultés ». Donc ça veut dire qu'ils se sont investis dans l'activité, qu'ils ont appréciée. Mais pour autant la semaine d'après, il y en a plusieurs qui ne veulent pas y aller. Alors après quand ils ne veulent pas ils ne veulent pas, on va pas non plus les forcer. Et finalement, on les voit arriver 5 minutes après. Il y a un temps. Il y a un temps pour s'engager en fait.</i> »</p> <p>Certains sont toujours partants : « <i>Il y a des gens qui vont dire tout de suite « oui » parce qu'ils vont à toutes les activités mais ils sont pas nombreux.</i> »</p> <p>Est à l'écoute de la dynamique d'engagement dans l'activité : « <i>souvent ils le disent moi je trouve. Ils disent « bah non parce que avant je faisais pour mes petits enfants » par exemple. Du coup ils vont plus forcément trouver l'intérêt de l'activité.</i> »</p>
--------------------	--	---	---	--	--

Devenir Identité	<p>Identité occupati onnelle Autonomie : capacité à faire ses choix, à s'exprimer en son nom, à demander r de l'aide, à choisir son niveau de dépendance</p>	<p>Question ouverte dans le bilan d'accueil du cadre : « Ça sert vraiment à ouvrir un petit peu le projet... si la personne souhaite faire part de quelque chose... »</p> <p>Le caractère de la personne est spécifié dans le bilan d'accueil du cadre, cela sert de référence pour observer un changement de comportement</p> <p>Leur souhait de participation est également interrogé ; l'autonomie « ce qu'ils veulent faire dans leur quotidien » ou « Pour qui f... qu'ils gardent le plus d'autonomie dans les activités qu'ils souhaitent faire » « si c'est vraiment ... quelque chose... qu'ils veulent obtenir, si c'est un but personnel pour eux d'être autonome dans la toilette fin des gens qui... veulent garder leur sphère d'intimité le plus possible du coup, essayer de les autonomiser, en fonction de leur désir en fait »</p> <p>Le terme autonomie est ici employé dans le sens du terme indépendance. Néanmoins, la totalité de la phrase exprime la notion d'autonomie</p> <p>Respect de l'autonomie dans l'intervention : « je me vois pas apporter de l'aide si c'est pas ça qui les dérange, en fait. »</p>	<p>Expression de l'autodétermination des personnes et du refus de participer aux propositions « Sauf qu'en fait on se rend compte que les résidents, ils ont quand même la notion qui sont dans une résidence que, ils paient, et que c'est pas à eux de faire la vaisselle, c'est pas à eux de mettre le couvert... euh voilà on leur doit un service » « On se rend compte, qu'ils sont vraiment réticents et qu'ils sont des arguments qui s'entendent. »</p> <p>Personnalité plus ou moins sociale du résident : « et puis au niveau social aussi, c'est de se rendre compte est ce que c'était quelqu'un qui était plus d'habitude à être euh à s'isoler ou alors au contraire qui aime bien le contact social. Et là c'est de se dire de recréer du lien et puis ça permet un petit peu de cerner la personnalité de la... du résident, pour se dire, bah finalement, il pourrait peut-être être inclus dans tel groupe d'activité...etc »</p> <p>Un établissement qui propose la vie en collectivité mais qui respecte le choix du résident à s'en extraire : « [...] dans la résidence, on reste à l'écoute de ce souhait du résident..., accompagné, c'est-à-dire qu'il va y avoir des passages en chambre réguliers euh... Et puis on va quand même le solliciter et se dire tient bah aujourd'hui y a telle activité... Par exemple je vois hier c'était le bal des anniversaires. Voilà, c'est des moments importants dans le mois, on invite le résident à participer à des temps forts comme ça. »</p> <p>« On reste dans la proposition et puis euh... voilà après c'est de l'individuel donc si on se dit... de lui proposer peut être une sortie au jardin, un accompagnement individuel... voilà on reste dans ces propositions-là. C'est là qu'on va apprendre à la connaître aussi sur ce qui y a... lui permet soit de vivre en collectivité puis de reprendre un petit peu de lien social ou alors évidemment, si elle reste en chambre et si elle préfère rester en chambre ».</p> <p>Deux profils types : « elle est plutôt isolée enfin elle va plutôt s'isoler en chambre ou vraiment être dans les espaces communs, rechercher le contact, soit avec les voisins de couloir, soit avec les soignants, ou alors elle voudra descendre au rez-de-chaussée. » « voilà c'est j'aurais qu'on a vraiment deux grands profils fin on n'en a pas... voilà je dirais ces deux éléments là. Euh on a quelques résidents qui sont assez solitaires c'est-à-dire qu'ils vont être autonomes pour gérer voilà leur sorties ils vont faire deux trois tours de jardin, on sait qu'ils vont eux gérer leur activité revenir en chambre. Mais c'est être attentif en fait, s'assurer que oui ce matin il a bien fait son pti... fin son tour de jardin comme il en a l'habitude. »</p>	<p>L'ergothérapeute voudrait beaucoup plus tenir compte du vécu de la personne</p> <p>« L'état civil euh, son histoire de vie... »</p> <p>« Euh j'attends que les projets de vie se mettent en place dans l'établissement ... »</p> <p>« Après moi je vais interroger d'autres choses. Bon y a un monsieur, on... il a un parcours de vie un petit peu particulier qui ici paraît complètement incongru. Là on est sur des gens du terroir quoi, et ce monsieur, il a voyagé, il parle 3 langues quoi... »</p> <p>« Je pense qu'on pourrait beaucoup mieux tenir compte du vécu de la personne âgée. »</p>	<p>Présentation de la personne au PVI : « y a un résumé de leur vie tout simplement »</p> <p>Habitude des soignants de côtoyer la personne mais sans la connaître dans son identité propre : « Parce que y en a ça fait euh pff 5 ans qui peuvent être là et du coup les aides-soignantes elles sont, fin elles les connaissent par cœur et elles se posent plus la question, elles se posent pas forcément la question elles pourront pas non plus me répondre forcément de l'entrée et c'est vrai que moi j'aime bien connaître ces informations-là.</p> <p>Recherche de la raison de l'entrée et notamment de l'implication de la personne dans le choix : « Parce que des fois, l'entrée en Ehpad c'est quelque chose qui est voulu, des fois c'est un peu forcé, fin voilà la famille a réussi à dire, « tu te mets en danger à la maison, du coup voilà, faut y aller » et des fois on leur demande même pas leur avis »</p> <p>Le professionnel fait le lien entre l'autonomie et les capacités cognitives : « Sa capacité à faire des choix ? Pas facile, pas facile. parce que la capacité à faire des choix c'est aussi lié au troubles cognitifs quand même. »</p> <p>Respect de l'autonomie dans l'intervention : « On va les voir et ils disent : « ben non, moi ça me va bien en fait qu'on me lave mon dos, ça me fait un passage le matin et je veux le garder » « moi je vais rien changer. C'est la personne qui décide. » « c'est un choix, donc c'est son autonomie, il choisit ce qu'il a envie. Donc si il a pas envie de se laver le dos tout seul ou les pieds parce que le passage de l'aide-soignante le matin à 8h30 c'est important ben... moi ça me va bien qu'il soit pas indépendant. »</p>
------------------	--	---	---	---	--

Devenir Compétences	Compétences	<p>Les personnes peuvent prendre conscience de leur besoin de retrouver des compétences pour répondre à leur désir d'indépendance : <i>« en général aujourd'hui, les gens qu'arrivent ici, ils ont toujours besoin de mobilisation et ils savent fin... me dire à un moment ou à un autre euh bah ça, ça m'embête, j'aimerais réussir à faire ça, fin c'est c'est au cours d'une relation de confiance. »</i></p>	<p>Transposition de la relation de confiance sur des temps d'accompagnement plus délicats : <i>« [C'est [l'objectif] plutôt le maintien de la relation.</i> <i>La relation de confiance, la relation du toucher, lui permettre de retransférer ça lors de la prise en soin... parce que c'est toujours l'idée au travers de cette relation, de pouvoir transposer dans des temps d'accompagnement qui sont des fois plus complexes et difficiles hein. Quand la personne ne souhaite pas se faire toucher euh dans sa... ; côté intimité...euh »</i></p> <p>Dynamique du MOH en ce qui concerne l'interaction entre la volition, la participation et l'impact de l'identité occupationnelle : <i>« Après, maintien, stimulation, aujourd'hui, j'en reviens un peu sur ce qu'on peut mettre en place [...] c'est de se dire qu'est-ce que le résident souhaite, fin comment il souhaite participer dans cet espace de vie qui lui est proposé... comment il souhaite euh...être identifié, être reconnu au travers des autres [...] »</i></p> <p>Les temps d'accompagnement et groupe et les relations sociales comme facteur de maintien des capacités physiques et cognitives: <i>« Le fait que ce sont des temps où les résidents vivent quelque chose en groupe, qu'il y ait une dynamique de groupe, que ils s'inscrivent socialement, dans quelque chose, dans une démarche dans un projet euh et beh il en ressort en fait que c'est ça qui maintient. Alors on n'a pas du tout de courbe positive. Mais on a un maintien des capacités physiques et cognitives qui sont identiques. Et donc y avait un médecin là qui, donc un médecin gériatre qui pareil il découvrait en même temps que nous au moment de la présentation des résultats de l'étude, ça l'étonnait pas du tout. Nous on pensait que bah l'activité physique on aurait une progression des résultats de l'équilibre euh... du périmètre de marche...euh... Que voilà, avec des courbes positives...les mêmes courbes que nous. Fin que nous, la musicothérapie, d'autres c'était peinture créative et puis une autre y avait donc euh y avait nous parce qu'en fait sur la présentation de l'étude on était trois, et l'autre c'était... du théâtre... »</i></p>		<p>Recherche de maintien des compétences au travers des activités habituelles malgré les contraintes du contexte environnemental : <i>« J'essaye de le relancer là-dedans parce que si c'est quelque chose qu'on a toujours fait dans notre vie, après faut..., et qu'on apprécie encore, faut pas s'interdire parce que la personne est rentrée en maison de retraite de faire ça quoi. »</i> <i>« Moi je serais pour garder les habitudes de vie et c'est quelque chose qu'on va avoir tendance à oublier parce qu'on est arrivé dans un institut, un Ehpad et que du coup on peut plus faire ce qu'on veut parce que y a des heures, y a des... »</i> <i>« parce qu'il y a un monsieur ici, fin c'est difficile à savoir parce qu'il a de gros troubles au niveau expression et même notre compréhension, qui taillait du bois. Et moi je me suis posé la question pourquoi il a arrêté quoi. Donc on essaie de savoir du coup je crois que c'est l'animatrice qui devait lui poser la question s'il voulait du bois. Parce qu'en fait, personne ne peut dire pourquoi il a arrêté. »</i> Recherche de la cause de la rupture occupationnelle : <i>«il y a un monsieur ici, fin c'est difficile à savoir [...] personne ne peut dire pourquoi il a arrêté. »</i></p>
---------------------	-------------	--	---	--	--

Devenir Adaptation	<p>Adaptation occupationnelle</p> <p>De l'activité par les Aides-soignantes du PASA « elles ont ce qu'il faut en bas pour changer leur activité et l'adapter en fonction de la dynamique de groupe »</p> <p>Par le recueil des souhaits et des attentes à distance de l'accueil « est-ce que y a des activités que vous aimez... que vous aimez faire ou que vous avez aimé faire et que vous êtes plus capable de faire et que vous aimeriez reprendre ? »</p> <p>L'adaptation peut être à la fois rééducative (mise en place d'activité) ou réadaptative (mise en place et apprentissage d'aide technique) « voir si on peut adapter »</p> <p>« Ça peut être aussi l'animatrice, dans les activités de loisirs, elle, elle se rend compte aussi bien que la personne elle arrive pas à faire ça et pourtant elle a envie de faire... donc... ce que tu penserais pas... fin elle, elle a déjà des jeux adaptés, du coup, au vieillissement...mais y a des fois des difficultés qu'elle peut remarquer elle fait appel à moi pour que je recherche des aides techniques adaptées et du coup plus aux loisirs... mais euh... enfin voilà ça va venir petit à petit... »</p>	<p>Adaptation matérielles ou posturales : « Si y a des adaptations au niveau repas également, si y a des couverts à mettre en place, l'installation de couverts adaptés, même au niveau de l'alimentation...parce que, la dernière résidente qui est arrivée, dans le questionnaire, chose qui était pas du tout perçu à l'avance par exemple, elle faisait des fausses routes.... »</p> <p>En unité protégée les soignants s'adaptent aux besoins individuels : « sur l'accompagnement des résidents, euh... c'est tellement hétéroclite que au niveau de mettre en place des activités collectives, ça fonctionne pas énormément, on est plutôt sur des activités individuelles. »</p> <p>Adaptation à l'environnement : « Bah cette adaptation c'est pour moi c'est dans l'évaluation de ses repères dans l'espace et dans le temps, donc ça c'est déjà évaluer où il en est »</p> <p>Adaptation occupationnelle : <u>Centres d'intérêts découlant de l'adaptation de la personne au lieu de vie, en fonction des propositions de l'institution</u> : « Parce qu'on se rend compte que ce que faisait avant la personne chez elle ou bien avant qu'elle arrive chez nous...ces intérêts-là ne sont plus actuels. par un contexte, c'est plus ça [d'autres intérêts] vers lequel elle souhaite aller... » « je dirais la curiosité, si on a des résidents qui sont pas du tout curieux de nouveauté et qui sont plus dans une réticence de ce qui est nouveau, [...] on va plutôt essayer de rejoindre des centres d'intérêt... et... » <u>En fonction du groupe</u> : « et... ce qui peut se faire si vraiment on voit que l'activité en groupe et la collectivité, parce que c'est ce qui peut se produire bien souvent, c'est de descend... fin c'est de proposer l'activité plutôt en chambre, de venir auprès des résident et [...]de lui montrer ce qu'on peut lui proposer auprès de lui, dans un premier temps, voir si ça lui convient et pis si c'est pas suffisant bah voilà lui dire ben voilà ça peut se faire dans un autre espace avec d'autres personnes, alors des plus petits groupes par exemple. »</p> <p><u>Deuil de sa vie en dehors et rupture occupationnelle</u> : « Sur l'occupation...Fin moi sur ce qui..., moi de ce que j'en observe maintenant que je suis vraiment dans le cœur du sujet, le résident quand il arrive chez nous... y a quand même...euh... il vient voir autre chose... fin sa vie est, c'est plus sa vie...entre guillemets. [...] Il vient voir qu'est-ce qu'il s'y passe déjà dans cet... fin voilà la représentation qu'il en a eu toute sa vie, fin voilà, tout ce qu'on peut en dire. Il vient découvrir dans un premier temps, il vient s'en faire son idée...euh un moment donné voilà « j'y suis voilà j'arrive là qu'est-ce que... fin on en a tellement dit des choses fin voilà et j'y suis maintenant, c'est pas ma vie... » « D'emblée c'est pas leur vie... » « Oh y en a beaucoup pour qui c'est une rupture ouais... et je me dis après, retranscrire justement des occupations... des... ils ont du mal à retranscrire, parce qu'il veulent pas... moi de ce que j'observe, euh...ça leur fait mal au cœur en fait de retranscrire leur vie ici,</p>	<p>Adaptation de l'activité de loisirs : « [animatrice] Ouais, l'adaptation en fait de ce qu'elle fait au grand âge en fait hein... on travaille ensemble. »</p> <p>« j'ai pu être sollicitée pour aider quelqu'un à tenir ses cartes... des choses comme ça. C'est du ponctuel là, c'est des aides techniques. »</p> <p>Adaptation de la personne à la collectivité : « C'est une institution, c'est une réalité, faut pas se mentir et faut pas croire que l'institution va pas faire comme si on était chez soi. Ça a ses avantages, ça a ses inconvénients mais comment on peut s'adapter là-dedans » « l'accompagner là-dedans, pour l'aider à entrer là-dedans. » « Mais non on fera pas du... on peut pas faire mine qu'on est chez soi, et puis ça n'a pas de sens. [...] Donc vaut mieux qu'ils soient bien en collectivité, en sachant qu'ils y sont. Dans l'idéal, moi je trouve ça mieux d'être bien en collectivité que mal parce qu'on poursuit un idéal qu'on n'atteindra pas quoi. »</p> <p>Adaptation de l'institution aux demandes et aux nouvelles générations : « Mais je pense que ça peut venir très très vite [les nouvelles technologies]. Un petit peu comme y a 20 ans quand les gens demandaient des douches toutes les semaines... « ça va pas la tête », et puis y a 40 ans ils étaient pas habillé. Moi quand j'ai commencé à travailler, j'avais discuté avec une infirmière qui disait que quand elle-même avait commencé à travailler, les gens, ils étaient dans en dortoir et en robe de chambre quoi. Elle, elle avait vu dans l'établissement, les chambres se faire dans le même espace. Oui ça va très très vite, et je pense qu'on va avoir ça avec la communication. »</p>	<p>Recherche à comprendre comment la personne s'est adaptée globalement, dans la vie de l'établissement: « voir si déjà ils se sont adaptés. » « Matériel ouais, mais le reste aussi m'intéresse parce qu'on peut remonter des choses aux équipes. ».</p> <p>Adaptations matérielles mises en place dans l'activité : « et puis je vais faire des essais, un peu essais erreur en fait. Je vais essayer des fourchettes, j'en aurais mis plein, après très souvent je me trompe pas mille fois et puis si vraiment ça va pas on enlève et on réessaye. » « Comme apporter une brosse à longue manche à une dame qui l'avait cassé y a peut-être 2 ans »</p> <p>Adaptation vis à vis des professionnels, mise en place de la relation de confiance : « En fait, on va commencer à avoir une discussion un peu plus ouverte parce que du coup ils ont moins de crainte. Parce qu'au début ils ont une feuille avec marqué, plein de professionnels vont venir vous voir et du coup ça va permettre d'apprendre à les connaître et qu'ils nous expriment des choses en fait. Et à la fin je leur demande surtout est-ce qu'ils ont des choses à rajouter. Est-ce qu'ils ont envie de me dire des choses que je vais remonter. Enfin souvent ils ont peur, ils disent « bah oui mais non c'est pas la peine de le dire, c'est pas grave »</p> <p>Constataion de la tendance des résidents à se faire oublier à ne plus s'exprimer en son nom, à perdre son autonomie : « [une dame] et qui n'a osé rien dire et qui ose tout juste demander qu'on vienne lui laver le dos parce qu'en fait elle sonne pas cette dame. Donc elle va juste regarder dans le couloir si y a quelqu'un, si y a personne, elle demande pas »</p> <p>Explication par l'effet générationnel : « Je sais pas si c'est un problème de génération ou quoi mais ils ont souvent peur de déranger, des choses comme ça donc euh... » « je pense que c'est pas une génération qui exprime leurs besoins. Ils se disent que sonner ça va déranger quoi. »</p>
--------------------	---	--	--	---

			<p><i>parce que c'est pas possible en fait, on peut pas calquer....ils peuvent pas... »</i></p> <p><i>« Vraiment c'est ce que j'observe. »</i></p> <p><i>« Je passe à autre chose »</i></p> <p><i>« Une nouvelle expérience ouais... et ça met du temps à comprendre ce qui se vit ici ».</i></p>		
Environnement Matériel	<p>Proche (espace, objet, manière d'agir) élargi (culture, économie, politique)</p>	<p>Raison de l'entrée en Ehpad</p> <p>Prise en compte des besoins en matériel (en particulier pour équiper le lit, pour se déplacer) et aides techniques et mise à disposition dès l'entrée.</p> <p>L'environnement architectural de l'Ehpad est pris en compte dans sa globalité projet de reconstruction.</p> <p>La personnalisation de l'espace privé : <i>« On leur propose toujours quand ils arrivent ici, si ils souhaitent euh... ils peuvent amener des meubles, après fin voilà, ça dépend les chambres dans lesquelles ils sont, on a des chambres exigües donc euh... ils peuvent amener du mobilier, ils peuvent amener des affaires, accrocher des photos, des cadres aux murs... »</i></p>	<p>Optimiser les transferts et la mobilisation à l'aide de matériel : <i>« voir si y a des aides techniques à mettre en place en priorité [...] »</i></p> <p>L'adaptation de la personne à son nouvel environnement physique : <i>« C'est pas immédiat, on prend le temps, on prend le temps, déjà que les gens, fin le résident, quand il arrive dans la structure faut déjà qu'il prenne... qu'il s'imprègne de l'environnement, qu'il prenne ses repères qui... fin le travail que j'ai aussi c'est de m'assurer qu'il va utiliser, alors l'ascenseur, s'il a besoin de prendre l'ascenseur, les escaliers, s'il peut prendre les escaliers... voilà, qu'il se repère dans l'espace. »</i></p> <p><i>« la phase d'adaptation à l'environnement physique. Et donc cette phase-là, moi ...elle est souvent, on voit bien de 3-4 jours hein. »</i></p> <p>L'unité de vie protégée : un environnement à part dans l'institution avec un fonctionnement à part : <i>« L'unité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démence apparentée.[...] C'est ce que l'on appelle nous une unité protégée, [...] les chambres font partie de cette unité de vie et puis un espace commun avec un salon et un espace cuisine, ils ont des activités dans le même espace plus ils descendent une fois par jour pour prendre leur repas en collectivité avec les autres résidents le midi donc au rez-de-chaussée...pour la plupart maintenant, des résidents, ils remontent manger le soir dans l'espace fermé. [...] »</i></p> <p><i>« [...] l'idée de vraiment donner à la personne la possibilité de participer à des activités, activités, ménages, cuisine ...fin du quotidien. »</i></p> <p>Un espace privé en construction : <i>« Ils ont du mal à transposer énormément leur environnement du domicile ou de là où ils viennent... ici c'est long, c'est vraiment long... des fois ils vont ramener 1-2-3 bibelots et puis tiens un mois après on va se rendre compte qu'il y a une nouvelle chose qui est arrivée.... Parce que ils commencent à comprendre que ça va être chez eux et qu'ils peuvent s'y installer vraiment mais ... ça prend du temps hein... »</i></p>	<p>Référence le matériel :</p> <p><i>« c'est moi qui étiquette le matériel pour dire que c'est du matériel personnel et tout ça, donc je viens voir, ce que vous avez, j'en parle avec elle, à quoi elle vous sert votre canne etc... »</i></p> <p>Préconisation du matériel sur demande des soignants de proximité et en propre : <i>« Donc les demandes, c'est souvent... il faut que tu lui mettes un matelas à air ou il faut que tu lui mettes un fauteuil... »</i></p> <p><i>« j'interviens de moi-même quoi. Pour son bien-être, pour son confort, alors y a beaucoup de demandes de positionnement »</i></p>	<p>Recherche de matériel pour faciliter l'activité :</p> <p><i>« Par exemple hier j'étais en PVI pour une personne qui me disait qu'elle utilisait avant une brosse à long manche pour son dos, c'est la seule chose que les aides-soignantes elles lui font et qu'en fait elle le disait plus parce qu'en fait elle était cassée. »</i></p>

Environnement Humain	Groupes sociaux	<p>Raison de l'entrée en Ehpad</p> <p>Constitution des groupes PASA « <i>en fonction des capacités cognitives restantes, y a deux groupes qu'ont été créés, sur certains jours euh... y a pour les personnes qui ont plus de capacités cognitives... euh y a le groupe du mercredi et du vendredi où les stimulations vont être plus poussées. Et y a un groupe pour les personnes qui ont moins de capacités cognitives où les filles font des activités plus simples.</i> »</p> <p>Les personnes ont des liens ou des affinités antérieures à leur entrée en Ehpad « <i>ici étant en campagne, y a beaucoup de résident qui se connaissent déjà ici, des résidents qui se connaissent entre eux</i> »</p> <p>Habitudes de vie sociales : « <i>Ils vivent beaucoup en communauté donc ils essaient de trouver des activités qui leur apportent du plaisir, et du partage, des choses qu'ils sont capables de faire</i> »</p> <p>Le personnel se rend disponible pour évaluer le besoin des familles.</p>	<p>Des temps de repas comme moment privilégié à la relation : « <i>[...] s'assurer aussi que [...] justement que la place euh la place dans la salle à manger correspond bien, qu'il soit à une table où voilà... où c'est agréable pour lui [...] si c'est quelqu'un qui parle pas ou quelqu'un qui parle beaucoup, [...] on peut réajuster les tables aussi</i> »</p> <p>Un temps de latence pour apprivoiser la collectivité : « <i>on se rend compte que quand les gens arrivent chez nous, ils vont préférer rester en chambre plus. Ils vont pas forcément descendre tout de suite [...] et venir en collectivité hein, parce que c'est ça aussi hein, on arrive en Ehpad, qu'est ce que... je me retrouve en collectivité et comment j'apprécie cette collectivité... Y a souvent une mise un petit peu à distance au départ donc euh, une protection... ils vont venir au repas, ils vont aller sur les temps de repas collectifs mais ils vont facilement très vite remonter en chambre, donc progressivement ça va être de les accompagner à venir observer ce qui se passe dans la vie de la structure.</i> »</p> <p>Un questionnement personnel sur la contrainte de la collectivité : « <i>des fois ça me pose question parce que [...] on leur impose euh... je... fin... c'est vraiment moi ce que je ressens... fin cette vision, on leur impose une vie de groupe euh... on peut comprendre que des fois ce soit un peu difficile [...]</i> »</p> <p>La constitution de groupe, des liens ou des affinités antérieures : « <i>On n'a pas parlé de ça mais ici en fait on a des milieux sociaux assez différents et je me rends compte que forcément y a un petit peu des groupuscules hein qui se créent vis-à-vis des... ouais des ... du niveau social du parcours aussi de vie ou des métiers.</i> » « <i>une chose importante aussi c'est le relationnel aussi avec certains autres résidents. Parce que je pense aussi que dans la découverte aussi des autres personnes, ils vont peut-être retrouver des relationnels ou des contacts qu'ils ont eu auparavant de se dire bah tiens Madame untel ou Monsieur untel ils vont aller peut-être plus vers ces résidents et euh... ça c'est aussi intéressant de voir les relations qui vont se mettre en place...</i> »</p> <p>Des résidents facilitateurs pour l'entrée en relation : « <i>La dynamique d'intégration euh... en sachant qu'on a des résidents qui sont plutôt dans l'accueil des nouveaux donc qui vont aller voilà au contact qui vont aller se présenter qui vont... et rien que ça c'est déjà de voir comment eux voilà réagissent.</i> »</p>	<p>Les personnes ont des liens ou des affinités antérieures à leur entrée en Ehpad : « <i>Mais ici ... y a beaucoup de gens qui se connaissent entre eux, ils ont été à l'école ensemble quoi, ils se retrouvent ici mais ils étaient à l'école ensemble.</i> »</p> <p>Intervention auprès de personne isolée par la culture : « <i>personne sait trop comment le prendre, il a tellement une réserve culturelle qui est très importante. Donc là j'essaie d'avoir une attention particulière parce que je crois que sinon ici il aura personne pour euh...</i> »</p> <p>« <i>le monsieur [...] qui a voyagé [...] parce que je sens qu'il va être paumé sinon... [...] son histoire de vie elle est tellement décalée par rapport aux autres, si on fait rien c'est inhumain quoi, parce qu'il se retrouve avec des gens qui n'ont pas quitté la Mayenne et lui il a vécu des années en Afrique, il a travaillé pour une multinationale en Afrique, au Cameroun, rien à voir</i> »</p> <p>Prise en compte de la collectivité comme principe de réalité de vie : « <i>Les gens sont collectivité parce qu'ils en ont besoin aussi de la collectivité. Donc vaut mieux qu'ils soient bien en collectivité, en sachant qu'ils y sont. Dans l'idéal, moi je trouve ça mieux d'être bien en collectivité que mal parce qu'on poursuit un idéal qu'on n'atteindra pas quoi. Voilà, ça fait partie de la réalité, ils sont en collectivité.</i> »</p> <p>Réflexion sur l'adaptation face à la perte de communication qui nuit aux liens sociaux et les nouveaux outils de communication: « <i>Et la communication justement, c'est ce qui manque quand ils entrent en institution, ils perdent contact, donc là on a un outil super pour garder contact. Alors ça va pas se faire du jour au lendemain. Ils vont pas forcément maintenir des liens avec leur voisin... qui est peut-être pas branché, mais au moins avec la famille, les petits enfants ils sont branchés eux.</i> »</p>	<p>Regard particulier sur la dynamique de groupe, recherche à donner une place à chacun dans le groupe : « <i>On voit de tout façon dans un groupe c'est comme à tout âge, y a toujours un meneur, des gens qui se mettent plus en retrait. C'est vrai que moi j'essaie de donner la parole à ceux qui se mettent en retrait facilement, parce qu'il y a des bavard et surtout des bavardes qui peuvent prendre beaucoup de place dans le groupe et du coup en laissant moins à d'autres qui vont vraiment se mettre en retrait. Je vois à la fin de l'atelier équilibre là, avant le débriefing, on se met tous en rond et en fait on a un grand ballon tout léger et tout le monde shoot dedans ou voilà. C'est vraiment pour clore la séance et c'est quelque chose qu'ils apprécient en fait, ils rigolent tous, et en fait il y en a qui vont piquer le ballon de l'autre parce qu'ils veulent se mettre en avant et les autres un peu plus en retrait. Et du coup moi j'ai tendance à donner le ballon en disant le nom en même temps pour éviter qu'elle soit toujours en retrait.</i> » « <i>c'est plus les traits de caractère qui ressortent.</i> ». « <i>Et plus ou moins de caractère mine de rien, qui s'efface facilement, alors que d'autres on les sent bien présents et il faut qu'ils se montrent entre guillemets.</i> » « <i>Mais voilà dans un groupe on le voit facilement, donc moi j'essaie de contrer un petit peu ça.</i> » « <i>pour que tout le monde participe à la même hauteur quoi.</i> »</p>
----------------------	-----------------	---	---	--	---

Thème	Lien avec le cadre théorique	A	B	C	D
Qualité de vie	<p>Représentation de la qualité de vie pour l'ergothérapeute centré sur l'activité/la participation ou autre chose ?</p>	<p>« le plus de confort et pouvoir accéder le plus possible à leurs souhaits tout en gardant une mesure de sécurité... ce qui est pas forcément évident avec des gens ayant des troubles cognitifs parce que voilà...ils ont des désirs parfois contraires à leur sécurité et ils ne se rendent pas forcément compte qu'il y a un risque derrière. Dans ces cas-là, on travaille beaucoup avec les familles. Mais euh... moi ce que je mets derrière la qualité de vie c'est euh pouvoir accompagner la personne le plus longtemps possible dans les activités qu'ils souhaitent faire et garder leur autonomie et ... en faisant connaissance avec eux aussi fin permettre de cibler ce qui leur apporte du plaisir et qu'on puisse garder ça en les accompagnant jusqu'à la fin, quoi. Même dans les derniers moments, là les filles, même pour tout ce qui est nourriture, elles font beaucoup attention à ce qu'ils aiment ou pas, pour savoir fin voilà dans les derniers jours, si fin le dernier plaisir c'est souvent la nourriture donc pour savoir ce qu'il faut donner pour faire plaisir. »</p> <p>Confort Accéder à leur souhait Sécurité en conciliation avec la famille Accompagner le plus longtemps possible dans les activités qu'ils souhaitent faire Garder leur autonomie Les connaître Cibler et leur apporter ce qui leur fait plaisir Le plaisir passe souvent par la nourriture</p>	<p>« Alors la qualité de vie... moi dans un premier... comme ça... quand on parle de qualité euh... ça me fait penser vraiment... ça, ça rejoint l'idée que quand une personne arrive dans l'établissement, dans un établissement de collectivité, ... euh c'est déjà de lui recréer un espace, enfin de créer un espace de vie, dans sa chambre où elle ait des repères avec un minimum d'éléments qui lui corresponde. La qualité de vie, ça va être un espace dans lequel elle va pouvoir circuler en toute sécurité, ça va être aussi un ... qu'on ... qu'on s'attache à euh... par rapport à ses habitudes de vie à être à l'écoute de ... d'un certain nombre de ses habitudes de vie tout en conciliant évidemment la vie en collectivité. Et... respecter ça. Enfin, la qualité de vie par rapport à ça, je me rends compte qu'il y a énormément de concessions qui sont à faire d'un côté et de l'autre. C'est-à-dire autant le résident va devoir aussi comprendre qu'il arrive en collectivité, donc qu'il y a des contraintes horaires, qu'y a des contraintes... euh... et autant nous, de se dire pareil, que le résident arrive, donc la qualité de vie ça va être peut être de respecter l'heure de réveil que le résident avait d'habitude, euh... les temps de repos, euh... un certain nombre de petits éléments comme ça où pour lesquels...je dirais quand ils arrivent chez nous c'est déjà primordial de les prendre en compte dès le départ pour que y ait une confiance qui s'installe aussi et qu'ils se sentent écouter dans ce qu'il est et que voilà. Pour moi tout tout, ça c'est un peu la clé du bon démarrage (rire) dans l'établissement.</p> <p>Ouais, c'est un certain nombre de situations qui me font dire ça parce que ...mieux on est vraiment dans les petits points clés ouais de euh... voilà je dirais l'heure de lever, est-ce qu'ils préfèrent déjeuner avant d'être habillés, lavés, ou après... des petits détails comme ça dans la prise en soin, dans l'organisation de la prise en soins. Si ça on le démarre bien j'dirais qu'après derrière nous, on peut apporter un petit peu les contraintes de la collectivité...Voilà »</p> <p>Conséquence pour la routine des soignants : « c'est se dire on accueille une nouvelle personne qui a vraiment des nouv... fin qui nous apporte des ... peut-être une nouvelle manière de fonctionner, pour l'équipe, forcément ça va avoir une répercussion, fin voilà... parce qu'en fait par étage, elles ont des organisations mais forcément une nouvelle entrée demande forcément à se réorganiser et que voilà que cet accueil-là se fasse dans un temps premier. »</p> <p>L'évaluation, la mesure de la qualité de vie est difficile notamment en raison des pertes de mémoire des résidents qui empêche d'avoir une notion globale mais une notion heure par heure de l'état de la personne « La mémoire aussi au niveau cognitif, on doit en plus mesurer ça dans l'instant hein... c'est que si tu pars à deux... 1 h ou</p>	<p>« Ya plusieurs choses, y a l'idée de, y a plusieurs choses... y a le respect de la personne avec toute son individualité. Y a de l'empathie, je tiens beaucoup à l'empathie c'est quelque chose qui est très important pour moi. [...] »</p> <p>« Voilà, tu partages son humanité. Et ça on se reconnaît comme, voilà on partage quelque chose de l'humanité quoi. Donc on n'est pas obligé d'aimer les gens dans le sens d'être copain avec tout le monde mais l'empathie c'est la base quoi.</p> <p>De reconnaître dans la personne son humanité »</p> <p>« Le respect de la personne avec toutes son histoire... »</p> <p>« La qualité de vie c'est ça, c'est pouvoir exprimer ses besoins, être entendu. Enfin ses besoins, pas que les besoins primaires [...] mais ses désirs, ses souhaits, pouvoir être entendu. Pouvoir exister en fait. La qualité de vie [...] pouvoir exister vraiment quoi »</p> <p>La qualité de vie se joue en fonction de l'approche des professionnels, par l'empathie, la reconnaissance de la personne dans son individualité, le partage de son humanité, ce qui permet à la personne de pouvoir exister et de se sentir entendu dans ses besoins et désirs.</p>	<p>La qualité de vie en Ehpad, moi je dirais prendre la personne dans sa globalité. C'est pas parce qu'on est ergo qu'on prend la personne âgée juste avec son fauteuil, quoi.</p> <p>Moi c'est vraiment la globalité. On met un fauteuil en place, faut savoir si la famille va se promener dehors avec, si dans la salle à manger il va être bien installé. C'est pas juste le fauteuil on le met et point barre. On s'arrête pas à une chose, c'est vraiment tout, comme les activités, c'est pas parce que la personne n'en veut pas qu'il faut pas essayer d'aller chercher pourquoi il ne veut plus...ou pourquoi il s'est arrêté là.</p> <p>Mais la qualité de vie pour moi c'est la personne dans sa globalité, essayer de garder ses habitudes de vie antérieures qu'on a tendance à oublier des fois parce qu'ils sont moins dans la demande, ils expriment moins...</p> <p>Se montrer disponible : « on fait le point avec la personne. Souvent on se dit « ah bah oui on lui a pas proposé ça » alors qu'en fait c'est tout bête. On a juste été voir la personne et elle nous en a parlé quoi. »</p> <p>Recevoir la personne dans toute son identité : « Donc en fait, ça nous permet de se recentrer sur la personne vraiment en elle-même quoi. Pas la personne âgée. Juste Monsieur untel qui est devant nous. »</p> <p>De lui permettre de décider par elle-même de ses objectifs, d'être actrice : « Et que d'aller la voir, de lui poser les questions c'est vraiment la mettre au cœur de sa prise en soin et donc de fixer les objectifs avec elle quoi. »</p> <p>De ne pas imposer le même plan de soin à tous les résidents :</p> <p>« Parce que c'est vraiment ce qu'on aurait tendance à ne pas faire. Au bout d'un moment on va lui imposer le fauteuil parce qu'elle arrive plus à marcher, on va lui imposer de manger mixé parce qu'elle fait des fausses routes alors qu'au final c'est elle qui est actrice de sa vie. »</p> <p>Prendre la personne dans sa globalité Essayer de garder les habitudes de vie antérieures, personnaliser le plan d'aide Se montrer disponible Recevoir la personne dans toute son identité</p>

		<p>2h, ils sont passés à autre chose... ils sont complètement passés à autre chose... c'est pas mesurable. »</p> <p>Un espace privé avec des repères identitaires, Circuler en sécurité ,conciliation douce des éléments d'habitude de vie avec la vie en Ehpad qui passe par la précocité de la prise en compte des rituels singuliers de la personne pour qu'elle se sente acceptée comme pré-requis pour ensuite amener les contraintes de la collectivité, une évaluation ponctuelle.</p>		Lui permettre de de décider par elle-même de ses objectifs, d'être actrice
Qualité de vie dans la prise en soin par l'ergothérapeute	<p>Les soignants de proximité jaugent le besoin et l'ergothérapeute intervient ensuite en fonction des demandes du résident.</p> <p>« c'est vraiment les équipes qui ciblent les besoins et les demandes des résidents et qui font appel à moi ensuite, pour que je puisse réfléchir pour améliorer la qualité de vie en fonction des demandes des résidents, quoi »</p> <p>Etre dans la proposition de réponse en fonction des limites</p> <p>Apporter une réponse le ... plus possible, mais après... fin voilà on est aussi limité par la capacité du résident »</p>	<p>Présence, écoute, confiance, respect initial des habitudes de vie : « Et ben... quand moi, je suis là dans cet accueil, moi je vais le mettre en avant [respect des singularités], je vais justement être dans l'écoute pour essayer que l'organisation de soin respecte ces points clés. Et maintenant globalement, c'est quelque chose qui est entendu euh ...et elles savent bien euh que c'est des éléments de relation de confiance qui sont primordiaux pour enclencher voilà pour la suite un bon accompagnement et même par exemple se dire que la prise en soin du matin du prochain jour, va pouvoir s'amorcer dans de bonnes condition parce que justement, on a, par exemple, bien respecter les phases de coucher. Est-ce qu'il avait l'habitude de mettre la télé ou pas en fin de compte ces petits détails qui, d'emblée, si on les prend bien d'emblée, ça fonctionne quoi. »</p> <p>Après la phase d'accueil et d'adaptation, la participation aux activités constitue le fil rouge de la qualité de vie : « Donc dans la, après dans l'accompagnement, euh donc sur la mise en place d'un certain nombre de... alors les activités, je dirais que ça va être un peu la base du fil rouge qui va permettre que la personne va s'inscrire progressivement dans la vie de l'établissement. » « C'est le côté social en fait. C'est vraiment ce dont je me suis rendue compte petit à petit... »</p> <p>L'empowerment dans la relation aux autres comme socle de la qualité de vie, sur les temps libres non régit par l'institution avec ou sans activité spontanée :</p> <p>« Mais c'est des fois, j'dirais c'est pas tant les activités mais le relationnel, ouais... les échanges qui va y avoir, les discussions, donc les sujets, est ce qu'il y a des sujets communs avec d'autres résidents euh... les milieux de vie aussi. Et ça c'est... et en dehors d'une activité parce que le matin, y a très peu de choses qui sont proposées, y a... donc moi quand je suis là j'en propose mais sinon ils ont peu d'activité y a pliage de linge, y a la lecture du journal et puis sinon ils peuvent regarder en commun les informations et une émission le matin Midi en France qui est pro... qui est là dans la salle télé et euh... finalement, c'est des temps du matin qui sont aussi libres pour permettre des échanges donc ils vont descendre et ils vont parler, alors y a le journal aussi qui est à disposition avant qu'il y ait la lecture commune alors y en a qui vont lire un article et qui vont échanger avec les autres.</p> <p>Donc voilà, c'était... ça montre que les résidents quand ils arrivent chez nous c'est pas t... le faire oui mais c'est pas que ça, ils aiment être entre eux.... Et...De toute façon fin...c'est ce qu'on dit souvent</p>	<p>L'écoute, les éléments de confort et de positionnement et la formation du personnel pour pouvoir déléguer ce que l'ergothérapeute met en place auprès des résidents, la continuité du soin : « Alors en tant qu'ergothérapeute, je dirais peut être en premier, l'écoute. Parce que je crois quand on se sent écouté on peut résoudre bien des problèmes qui seraient pas résolus autrement. » « Après moi en tant qu'ergothérapeute je vais faire tout ce que je peux au niveau confort, positionnement et formation du personnel. [positionnement, apprentissage des transferts, apprentissage du fauteuil roulant] »</p> <p>Le respect de l'individu, de son intimité, le non jugement, la mise en place de la relation de confiance pour que la personne puisse s'exprimer, l'empathie :</p> <p>Voilà la qualité de vie, ça passe par le respect de l'individu, du coup ça passe aussi par l'intimité bien sûr, le non jugement, faut que les gens puisse exister ! C'est ça exister hein. Si tu es jugé eh bah tu peux plus exister si tu es pas entendu, tu peux plus exister. »</p> <p>Le regard global porté sur la personne</p> <p>« [...]ce qui est peut être propre à l'ergothérapeute, c'est peut-être le regard global sur la vie de la personne : prendre en compte la dimension physique, orthopédique, enfin voilà, mais aussi la souffrance psychique, le fait de pas comprendre un délire, une démence par exemple [...] »</p> <p>Qualité de vie par l'activité et notamment la mise à jour technologique des établissement :</p> <p>« je pense qu'on va vite être confronté à des soucis de qualité de vie en terme d'informatique parce qu'on est pas du tout prêt à ça. Et là on va arriver avec des gens qui vont vouloir des ordinateurs, du wifi,[...] Et pour moi la qualité de vie passe aussi par les nouvelles technologies »</p>	<p>Respect du choix de la personne, de son autonomie : « C'est en respectant le choix de la personne, ses habitudes, ses besoins, et répondre au maximum aux difficultés que peut ressentir le patient, parce que la personne n'arrive plus à manger toute seule, qu'elle garde son autonomie [/indépendance] euh si elle a envie de la garder [/autonomie]. »</p> <p>Respect du besoin d'aide quelle que soit la raison (contact social, incapacité, motivation...) :</p> <p>« Des fois ils ont pas envie. On va les voir et ils disent : «ben non, moi ça me va bien en fait qu'on me lave mon dos, ça me fait un passage le matin et je veux le garder » « Donc dans ces cas-là, moi je vais rien changer. C'est la personne qui décide. »</p> <p>« C'est un choix, donc c'est son autonomie, il choisit ce qu'il a envie. Donc si il a pas envie de se laver le dos tout seul ou les pieds parce que le passage de l'aide-soignante le matin à 8h 30 c'est important ben... moi ça me va bien qu'il soit pas indépendant. »</p> <p>« surtout que c'est justifié, j'ai envie de dire. Voilà il est en Ehpad, c'est peut-être aussi parce qu'à la maison y avait plus de socialisation, y avait plus personne qui passait, des difficultés de maintien à domicile et du coup le fait d'être indépendant en Ehpad, souvent on voit beaucoup moins de monde. Donc si la personne n'a pas envie de... Parce qu'elle apprécie cette relation là... pourquoi la forcer à rester indépendant ? »</p>

		<p>quand on voit nos résidents, on pense place de village voilà être ensemble... euh ce qui m'a amusé, on a eu, ben ils sont décédés malheureusement, deux résidents qui étaient dans la même chambre, et souvent ils étaient en bas là et souvent ils demandaient, ils proposaient à l'autre : « tu veux que je t'invite boire un café ? » tu vois... c'est donc, la convivialité Etre avec l'autre et puis dans l'échange quoi mais pas forcément dans le faire. »</p>	<p>« Et là dans le regard qu'on a c'est super important. Là le monsieur, il a eu son ordinateur hier, qu'est ce qui va en faire ? Il l'avait chez lui, c'était un moyen de compensation à l'écriture, il tapait son courrier et il l'imprimait ensuite. Normal, il vient avec son outil ! Et là : « oui il a voulu venir avec ça », ben non c'est pas « oui il a voulu venir avec ça », c'est super qu'il vienne avec ça. ! »</p> <p>L'empowerment , de soutenir l'autonomie dans la recherche solution d'adaptation : « De l'aider à adapter son quotidien, j'irais même jusque-là, parce qu'au final, c'est elle qui a les réponses, si elle peut s'exprimer, ça dépend, c'est jamais aussi simple que ça. » « c'est parce qu'on a essayé d'autres choses qu'elles s'autorisent à faire des essais. » <u>Donc là ça rejoint ce que tu disais tout à l'heure, le fait d'écouter ce que la personne a comme solution, ça permet d'engager une relation et de répondre à d'autres besoins que la personne aurait, pour maintenir sa qualité de vie.</u> Voilà, mais là on est loin des cours, on est sur du bon sens mais qui s'appuie quand même sur des connaissances.</p>	
<p>Comment la qualité de vie est soutenue par l'établissement ?</p>	<p>Le PAP « c'est un outil qui en fait partie »</p> <p>Individuel, centré sur la personne, permet de réinterroger les routines de l'accompagnement par les professionnels, connaître les désirs et les souhaits « le Projet d'accompagnement personnalisé ça nous permet de poser une réflexion pour une personne euh... quand on entre dans le quotidien des gens qui sont entrés ici depuis longtemps, fin on... on leur redemande pas forcément euh...fin ça peut nous arriver fin voilà... que les gens soient ritualisés, ils ont leur quotidien pis des fois bah : « est ce que vous aimeriez qu'il y ait quelque chose qui change dans... fin voilà, le Projet d'Accompagnement Personnalisé, c'est vraiment quelque chose d'intéressant parce que ça nous permet, voilà de nous poser sur chaque personne et d'avoir vraiment les désirs et les souhaits des personnes. C'est des temps un peu privilégiés pour chaque, parce que dans le quotidien on n'a pas vraiment ces temps-là. » L'Humanitude, une approche qui permet le recul et recentre la personne accompagnée dans le faire et de respecter l'engagement et l'autonomie de celle-ci.</p>	<p>L'établissement favorise la qualité de vie grâce aux temps libres sans aucune intervention professionnelle qui permet aux personnes de créer leur propre dynamique, grâce à la mise en place d'espace non dédiées à une activité pour ces temps-là : « Ça [l'inter relation] en fait partie mais c'est eux qui le crée ça fin c'est eux qui...c'est leur dynamique. Il faut favoriser ... alors la qualité de vie elle serait favorisée par les lieux qui permettent ces espaces-là. Les aménagements des lieux ouais, les petits salons, ouais créer des lieux qui soient conviviaux ouais. [...] Moi je pense que des fois il faut pouvoir aussi euh... parce que la médiation elle est peut être tant sur un sujet finalement de discussion [et donc sans être liée à une activité précise] fin moi je me rends bien compte, ils ont besoin de contacts relationnels vrais en fait. Le jeu va... ils ont des jeux à disposition, pleins de jeux et c'est très rare que finalement, ils utilisent un jeu pour créer une dynamique entre eux en fait... Moi j'observe ça depuis ouais... alors la première année c'était pas trop mon... ma dynamique d'observation, mais maintenant je suis plus dans cette observation-là [1an].</p> <p>L'établissement soutient l'amélioration de la qualité de vie grâce aux questionnaires de satisfaction, aux projets personnalisés et à la recherche :</p>	<p>Evolution de la prise en soin au niveau de la prise en soin, changement de regard progressif : « C'est en train de bouger... bon ils sont sur une démarche Humanitude donc ça fait évoluer beaucoup beaucoup de choses quoi. »</p> <p>Les techniques d'Humanitude : « <u>L'humanitude est utilisée comme levier par l'établissement ?</u> » « Oui c'est un bon mot que tu as utilisé, c'est un levier. Donc voilà, c'est l'humanité de la personne d'abord. » « il faut que tout le monde se forme pour la démarche Humanitude...qui a été mise en place, ça a son importance. » « A humanitude ils leur ont dit qu'il fallait mettre les gens debout, donc maintenant ils mettent les gens debout quoi. (Rire) y a longtemps que je leur avais dit. » « y a des choses qui sont en place sur la stimulation physique, voilà, y a vraiment du progrès qui est fait la dessus. Donc oui la qualité de vie oui, on en prend, on en tient de plus en plus compte, on la prend mieux en compte. »</p>	<p>L'organisation des soins pour respecter les habitudes de vie : « <i>Déjà c'est sur la prise en soin, par exemple, je pense aux aides-soignantes où vraiment on sait les habitudes de vie de la personne : elle se lave au lavabo, elle va d'abord aux toilettes avant de se laver, elle mange d'abord avant de se laver...</i> » « elles ont toujours la même trame en fait, c'est pas parce que le soignant change que les soins changent pour la personne. Elles ont une trame bien définie et elles respectent le choix de la personne »</p> <p>Personnalisation des soins grâce au PVI, et souvent sur des petites choses : « des fois on aurait tendance à suivre le même chemin, pour deux personnes à peu près de la même autonomie [l'indépendance] alors qu'ils ont pas les mêmes besoins et du coup on aurait tendance à faire toujours la même chose. » « c'est propre à la personne et moi je trouve ça plutôt bien. » « on se rend compte que y a des toutes petites choses qui peuvent être faite pour améliorer la qualité de vie de la personne. »</p>

		<p>« Après la qualité de vie, elle se fait... elle se fait au quotidien. Ici tous les soignants ont été formés Humanitude c'est... euh du coup un désir de ... de l'institution, que ce soit sur l'Ehpad, et le reste du pôle, sur le foyer d'accueil médicalisé ou sur la MAS. Et euh... je pense que ça permet aux soignants d'avoir le recul pour essayer de faire faire ce que les gens ont envie de faire et pas forcément faire à la place ... ou de...fin voilà je pense que ça permet aux soignants d'avoir un recul et de se questionner sur leur pratiques, d'avoir un œil vigilant... donc je pense que c'est comme ça qu'on... [la personne] Au centre, au centre de son accompagnement, pour que ce soit cette personne-là qui choisisse et pas euh... ce qui est pas forcément facile à faire et j'dis pas qu'on arrive à le faire tous les jours... mais que ce soit lui qui soit le décideur et pas nous quoi... »</p> <p>Humanitude et les PAP : des outils au quotidien, pour répondre aux besoins des résidents :« Fin, c'est un tout la qua... fin, ouais... après c'est les outils que nous nous on met en place pour euh... pour arriver à... à j'pense à répondre à...aux besoins des résidents du mieux qu'on peut quoi »</p>	<p>« Alors y a des questionnaires de satisfaction (rire) ça c'est vrai » « Par la présentation du projet personnalisé au résident, Hein, sur lequel on a travaillé en équipe et puis donc il est présenté au résident et à un de ses proches si nécessaire. » « Et puis moi j'ai pu fin, donc sur les trois ans là, j'ai participé à une étude, l'étude LEDEN c'est une étude justement qui était comparative entre différents Ehpad. [...] on a eu le résultat de l'étude, et quand on parle de bien être donc cette étude qui a été menée par K et par le gérontopôle de T, nous montre, et je pourrais te faire passer le résultat hein, qui était assez euh... c'est que globalement, que ce soit une activité physique ou une activité socioculturelle, y a pas une grande différence, que ce soit au niveau moteur, cognitif...mais par contre on a , ce qu'on disait, le côté bien être »</p> <p>Des soignants fédérés sur cet objectif d'amélioration de la qualité de vie, et d'abord par le respect de l'espace privatif : « c'est un sujet qui est fondamental j'pense. La qualité de vie en Ehpad, c'est une vraie question à se poser, on est tous fin, tous les professionnels hein, garants, par contre, ça j'en suis persuadée. Que ce soit l'ASH qui fait le ménage dans la chambre jusqu'à la directrice... » Complètement. Tous les acteurs qui sont près du résident dans sa, dans son environnement de vie, qui est sa chambre en premier lieu. Euh... on est tous garant de cette qualité hein. Hum hum. De s'assurer qu'il y ait le bon bibelot à la bonne place euh... fin tous ces détails-là, on en est tous garants. Que tout fonctionne bien même le technicien de l'établissement, s'assurer que tout fonctionne bien euh... hum. »</p>	<p>« y a un vrai progrès de fait sur le bien-être de la personne mais y a encore du chemin à faire. »</p> <p>La projection de l'établissement vers les projets personnalisés : « Ça [le projet individualisé] va se compléter voilà mais je pense que dans l'idée aussi c'est assez confus la formation autour de l'humanité, on pourra après être plus efficace ou plus, plutôt plus ouvert dans la mise en place du projet personnalisé »</p>	
PAP		NOM Projet d'accompagnement Personnalisé	NOM : Projet de vie		NOM : Projet de Vie Individualisé
Nom	QUI L'infirmière et l'aide soignante coordonnent le recueil de données et rédigent	QUI « Le projet de vie ? [...] Ça se travaille en équipe pluridisciplinaire » « L'infirmière coordinatrice, la psychologue, la responsable d'hébergement, l'animateur, la référente étage [...] l'infirmière, [...] l'ergothérapeute... »	QUI : non défini	NOM : le PAP n'est pas encore nommé dans l'institution	QUI « aides-soignantes etchaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho »
Qui	« si lors du projet d'accompagnement personnalisé, où elles font ça en équipe, avec l'équipe soignante et une infirmière, si elles voient qu'il y a un besoin euh qui requiert les capacités que moi je peux mettre en place pour adapter euh du coup une activité qui pourrait faire plaisir à la personne, elles font appel à moi à ce moment-là. Et je mets ça en place ensuite »	« si lors du projet d'accompagnement personnalisé, où elles font ça en équipe, avec l'équipe soignante et une infirmière, si elles voient qu'il y a un besoin euh qui requiert les capacités que moi je peux mettre en place pour adapter euh du coup une activité qui pourrait faire plaisir à la personne, elles font appel à moi à ce moment-là. Et je mets ça en place ensuite »	QUI : non défini	QUI : non défini	QUI « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Quoi			QUOI « on recueille auprès du résident en amont, voilà des informations, une impression sur son vécu, sur euh...s'il a des attentes particulières spécifiques et globalement »	QUOI : trame du logiciel non remplie : latéralité, la compagnie, la profession, le besoin de s'isoler, croyances, langues, implication dans le projet, souhaits et attentes, l'indépendance, le besoin d'aide, le matériel dont ils ont besoin.	COMMENT « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Comment			COMMENT « c'est un temps vraiment d'échange ou des fois voilà on déborde un peu même. Ça nous permet vraiment de mieux se recentrer sur le résident voilà c'est un temps privilégié quand même hein... »	COMMENT « Mais je pense qu'on n'est pas tous prêt à entendre les choses... »	COMMENT « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Quand			QUAND « ça se fait dans les trois mois après l'entrée du résident, le premier projet personnalisé, ensuite il est révisé tous les ans et pour l'unité de vie protégée, l'espace A, il est révisé tous les 6 mois. »	QUAND « Mais je pense qu'on n'est pas tous prêt à entendre les choses... »	COMMENT « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Pourquoi				ETAT DE MISE EN PLACE : « Ya rien, y a rien encore, c'est pas mis en place, ça a trainé...ça fait 3 ans qu'on en parle, on a eu des formations pour ça [...] pour l'instant, on n'a pas beaucoup avancé. Donc ça commence à venir, on est en chemin. »	COMMENT « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Où	QUOI l'expérience subjective « comment vous vous sentez ici ? » ce qui est important, quelles sont les attentes, quels sont les souhaits, par les questions et par l'observation, « ils ont construit cette feuille de recueil de souhait qu'est un peu un tableau binaire tout simple » et des activités choisies ou proposées ? : « après les filles elles regroupent ici, les animations du coup, les activités auxquelles il participe, ça c'est rempli, par l'animatrice. Elle a la liste de toutes les				COMMENT « les aides-soignantes vont faire en fait un peu une trame de la journée du patient, à quelle heure il se lève, ses habitudes. Euh avant ça y a un résumé de leur vie tout simplement et après en fait, chaque professionnel, donc euh kiné, ergo, diet, psycho va faire un petit détail de ... nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. Et après on met les objectifs en place et en fait de revoir le PVI plus tard ça nous permet aussi de voir si les demandes de la personne sont réalisées en fait. »
Etat de mise en place			OU		« On choisit un peu autour de la table, qui va relire le PVI, et il est aussi montré à la famille. » QUAND « Je sais qu'on le révisé un mois après pour vérifier que les objectifs défini ont été mis en place »

<p><i>activités qui sont proposées ici et elle coche les activités auxquelles la personne participe.</i> » <u>Qu'il souhaite faire ?</u> Voilà,</p> <p>COMMENT</p> <p>Un double recueil par l'équipe référente : recueil auprès de la personne, et auprès des professionnels, aide-soignante et infirmière se questionnent et font un retour à l'équipe ensuite</p> <p>QUAND</p> <p>Un rythme soutenu : « 4 Projets d'Accompagnement Personnalisés par semaine. »</p> <p>OU</p> <p>Des documents physiques difficiles d'accès : « je l'ai pas là... » « Excuse moi, j'ai eu un peu de mal à trouver...ça ressemble à ça... » « mais je sais pas où elles les rangent...je suis pas sûre que ce soit là.... »</p> <p>POURQUOI</p> <p>Une dynamique professionnelle qui bouge, des efforts qui restent à faire « Aujourd'hui, bah voilà, les filles sont beaucoup plus fin... c'est une dynamique d'équipe, fin ... ça n'allait à personne... autant au résident que euh au soignant de faire ça comme ça... donc ils se sont reposé [...], mais permet de donner un vrai sens au Projet d'accompagnement personnalisé, en partant vraiment de la volonté des résidents... euh... de ce qu'ils souhaitent euh faire, après on sait que, fin voilà, c'est des prémices, on voudrait que ces changements soient un peu plus protocolisés et on a un groupe de travail dessus qui...bosse... dessus cette année... »</p> <p>Vers une posture réflexive commune : « c'est plus [...] une formalisation [...] par rapport à ce qu'on peut faire aujourd'hui, [...] pour qu'on sache vraiment l'analyse qu'on met derrière et ce qu'on met en place [...] » « Donc voilà, c'est vraiment pour formaliser ça, qu'on veut refaire ce groupe de travail là pour euh... que la dynamique reste en place et que ça s'essouffle pas, que les filles mettent vraiment un sens derrière... »</p> <p>ETAT DE MISE EN PLACE : PAP en cours de réécriture</p> <p>« on a un groupe de travail dessus qui est en création, parce que... à un moment ils avaient... fin quand ça avait été créée, les Projets d'accompagnement personnalisés, c'est vite devenu euh... fin...un recueil de symptômes et une réponse médicale. »</p>	<p>POURQUOI pour réajuster, pour fixer les objectifs de l'accompagnement et pour éviter de dériver.</p> <p>« pour re-cibler voilà euh. Et puis c'est un temps positif aussi dans la mesure où on se dit tient bah finalement : par rapport au projet personnalisé qui était... les objectifs qui étaient posés précédemment, on a réussi voilà à atteindre tel et tel objectif euh... c'est aussi de se dire ça hein. » « Alors le projet personnalisé est un point majeur de ce dispositif, fin, c'est lui qui est garant finalement de cet accompagnement, c'est le garde-fou, des fois, bien souvent quand on ... on a une situation qui tend un petit peu à partir dans une direction qui nous... voilà qui va pas trop bien pour le résident, et bah tout de suite on se rapporte au projet personnalisé hein...On dit que voilà, où est ce qu'on a peut-être, pas été correct fin, ça a moins été bien dans certains points. Et on réajuste quoi...c'est ce qui nous permet de réajuster certaines fois certaines situations. »</p> <p>ETAT DE MISE EN PLACE</p> <p>« Une restitution avec ce qui a été euh... ce que nous on en a rédigé. Et on rédige, fin on apporte des modifications aux souhaits de la personne si elle... elle veut qu'on modifie certaines données. Ou alors on rajoute des éléments qui n'y figuraient pas, on les rajoute à ce moment-là. Et après on s... enfin la personne va signer, et nous on signe avec elle, pour valider le nouveau projet.</p> <p>[...]</p> <p>Ou le projet initial en fonction. »</p>		<p><i>Donc dans le mois, les objectifs doivent être mis en place et on le révisé et une autre fois je sais pas je pense que ça doit être tous les ans. Mais du coup c'est beaucoup plus court, ça prend 10 minutes en transmission alors que quand on le fait la première fois ça prend une heure, une heure et quart. »</i></p> <p>OU</p> <p>POURQUOI « pour connaître les personnes »</p> <p>« ça permet de voir la personne, d'apprendre à la connaître, de savoir ses besoins, après de faire le point en équipe et souvent »</p>
---	--	--	---

Rôle de l'ergothérapeute dans le PAP	<p>Répondre le plus possible aux demandes : « Apporter une réponse le ... plus possible » « pour arriver à... à j' pense à répondre à...aux besoins des résidents du mieux qu'on peut quoi »</p> <p>La mise en place d'une activité de choix : « si elles voient qu'il y a un besoin euh qui requiert les capacités que moi je peux mettre en place pour adapter euh du coup une activité qui pourrait faire plaisir à la personne, elles font appel à moi à ce moment-là. Et je mets ça en place ensuite »</p> <p>La mise en avant de l'approche centrée sur la personne et le respect de la posture d'acteur : « poser une réflexion pour une personne » « ça nous permet, voilà de nous poser sur chaque personne » « au centre de son accompagnement, pour que ce soit cette personne-là qui choisisse » « mais que ce soit lui qui soit le décideur et pas nous pour... » « C'est des temps un peu privilégiés pour chaque, parce que dans le quotidien on n'a pas vraiment ces temps-là »</p> <p>Pas d'interrogation directe du projet de la personne : « j'interviens ici pour les 93 résidents c'est... c'est plus facile pour moi que ce soit les aides-soignantes qui ciblent et qui m'appellent en fonction des besoins qu'elles auront évalués. » « Des fois, quand on fait appel à moi, j'essaie d'y aller parce que quand il y a un besoin, une réflexion, fin les filles quand elles font les recueils de souhait et qu'elles se rendent compte bah là faut que y ait C qui vienne [l'ergothérapeute]. Du coup je... j'interviens... mais normalement y a 4 PAP par semaine. 4 projets d'Accompagnement Personnalisé par semaine. Je peux pas aller à tous... c'est pas possible »</p> <p>Opinion sur le PAP : Participation de l'ergothérapeute au groupe de travail pour formaliser et réécrire le PAP « Alors, ouais, alors euh, celui-là, je sais pas si ça fait longtemps qu'elles l'ont fait... ouais, alors ça c'est les feuilles qu'elles me donnent les filles... je suis pas super fan... » « J'attendais justement le groupe pour qu'on en reparle... » « Oui voilà, c'est pas très bien écrit, et je pense qu'il y a d'autres manières de le faire »</p>	<p>Recueil de donnée : « Alors moi je vais intervenir plus particulièrement dans tout ce qui va être déplacement, transfert hum bah tout ce qui va être autour de l'activité... euh la notion de contention ou pas, parce que j'ai un gros travail ici dans la mise en place et le retrait des contentions euh... le ... lien avec la famille aussi. Voilà. Comment la famille participe auprès du résident dans la résidence. Est-ce que là l'aidant voilà, est amené à sortir voilà de la résidence avec sa famille. Voilà tous ses liens qui peuvent être très importants. Hum. Oui, le recueil que je fais souvent moi c'est : est-ce que les activités, qui vous ont été proposées jusque-là vous ont voilà... vous ont convenu ? Est-ce qu'il y a des souhaits particuliers de... d'autres activités, souvent on leur propose d'autres activités qui seraient à venir, là je vois si on a des projets un peu différents qui... on en a un notamment au niveau socioculturel, avec des sorties euh... euh vraiment qui sont ciblées. Voilà, des sorties leur sont proposées, et puis on inscrit, si c'est quelque chose qu'ils retiennent. »</p> <p>Temps donné à la personne : « c'est un temps vraiment d'échange ou des fois voilà on déborde un peu même. »</p> <p>Approche centrée sur la personne : « Ça nous permet vraiment de mieux se recentrer sur le résident voilà c'est un temps privilégié quand même hein... » Opinion sur les Projet personnalisés : Bah, moi de... fin c'est vrai que j'ai un peu découvert ce fonctionnement-là, il a été mis en place quand je suis arrivée moi, en 2014 ça se mettait en place progressivement... je me suis toujours demandé comment ils faisaient avant. [...] Sans avoir ce type de support de travail. Euh moi ce que j'ai observé aussi depuis que je suis ici, et ce que j'entends globalement, c'est qu'on se rapproche énormément quand même des habitudes de vie de la personne euh et qu'on est vraiment attentif de plus...euh beaucoup plus, peut être sûrement qu'à une époque, aujourd'hui. ...</p>	<p>Le regard global permet à l'ergothérapeute de sensibiliser les autres soignants « de temps en temps j'interviens la dessus mais c'est toujours du ponctuel, au feeling quoi. De dire attention faut peut-être repenser que cette dame-là elle a fait ça elle a vu ça comme ça, est ce que bon... »</p> <p>L'ergothérapeute attend beaucoup du PAP pour soutenir son approche : « j'espérais beaucoup, » « C'est vraiment la base. Donc en fait, moi j'en attends beaucoup parce que je trouve que c'est trop léger, on pourrait aller beaucoup plus loin. J'attends que ça se mette en place. Mais ça je peux pas mettre en place si l'établ... Je vais pas porter l'institution. »</p>	<p>Entretien de l'ergothérapeute avec la personne : Euh moi ça me permet d'apprendre à les connaître, parce que du coup moi je vais les voir, je vais les rencontrer, je leur demande en fait comment ça se passe à l'Ehpad, parce que souvent c'est des gens qui sont pas arrivés depuis trop longtemps quand on fait les PVI. Comment ça se passe ? Qu'est-ce qu'ils font tout seul ? S'ils ont besoin d'aide pour certaines choses euh ? Au tout début, est ce qu'ils se plaisent là ? Qu'est-ce qu'ils ont besoin comme aide technique ? Tout le matériel qu'ils ont dans la chambre en fait, j'essaye de voir. Le Projet de vie individualisé va permettre de garder une trace des centres d'intérêt : « si ça fait 5 ans qu'elle est là, on va avoir tendance à oublier qu'elle apprécie faire ça, faire telle chose » « Il y a souvent des dames qui vont dire « je faisais du tricot, je faisais des choses comme ça » qui se refusent de le faire ou d'essayer depuis qu'elles sont arrivées à la maison de retraite. [les projets de vie individualisés] c'est des moments où on peut interpeller les gens pour mettre ça en place. » [oubli des habitudes de vie/intérêts] « du coup c'est bien d'avoir, de soit de l'avoir noté dans le dossier, donc c'est ce qu'on fait avec les Projets de Vie Individualisés soit de le demander. » « nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. »</p> <p>Temps donné à la personne « on va retrouver ce temps que je peux consacrer plus facilement à une personne »</p> <p>Opinion sur les PVI : « je trouve ça hyper bien, parce que du coup ça permet de voir la personne, d'apprendre à la connaître, de savoir ses besoins, après de faire le point en équipe et souvent on se rend compte que y a des toutes petites choses qui peuvent être faites pour améliorer la qualité de vie de la personne. »</p>
Participation	La personne soignante référente de la chambre interroge chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire à propos de la personne pour avoir	[recueil de données par les aide-soignant] « Et ça c'est fait avec le résident, pareil euh ça se fait pas le jour de l'entrée. On prend le		La personne choisit ses objectifs prioritaires : « Donc ça c'est l'objectif à mettre en place dans le mois. »

<p>directe de la personne à son projet selon la loi 2 janvier 2002</p>	<p>un bilan de suivi, puis le référent rencontre la personne sous la forme d'entretien. Il y a une réunion de PAP où les référents se questionnent sur les suivis mis en place. Une synthèse est rédigée et retournée à l'ensemble de l'équipe, avec une fiche spécifique pour chaque professionnel.</p> <p>« Après voilà c'est aussi ça que l'on veut remettre en... revoir, parce que c'est pas forcément bien écrit c'est...c'est très soignant comme euh...comme items... et du coup euh... »</p> <p>Une version allégée si la personne a des difficultés d'expression :</p> <p>« Ouais, non parce que... en plus c'est une personne qui parle pas euh... mais en général quand c'est comme ça les filles, elles font moins... »</p>	<p><i>temps pareil que le résident prenne ses marques. Et puis après on vient vers lui sur cette prise de données là. »</i></p> <p><i>« Alors, il est vrai qu'on se... ce qu'il arrive c'est que, on en fasse un avec le résident, et, donc c'est des référentes étage, on a des soignantes qui sont des référentes étage, ici. Si la personne, si le résident n'est pas dans mesure de nous donner des informations qui nous paraissent cohérentes, c'est la personne référente qui va remplir ce recueil de données. »</i></p> <p><i>«Le référent oui, le référent étage où se situe la chambre du résident en fait »</i></p> <p><i>« Par contre euh ce recueil de données qui sont faites par les proches, on se rend compte que ils nous font plus un catalogue de souhait d'animation ou de souhaits d'activités etc... qui colle euh très rarement à la réalité des souhaits des personnes. »</i></p> <p>La personne participe au projet au moment du recueil, la famille est interrogée secondairement si la personne n'est pas en capacité de s'exprimer : <i>« Alors si la personne est en capacité de pouvoir répondre à son projet, y a qu'elle qui va... fin la famille, c'est pas la priorité dans ces cas-là. Après, si elle est pas en mesure, voilà ...on interroge la famille»</i></p> <p>Validation du projet par la personne lors de la restitution : <i>« Une restitution avec ce qui a été euh... ce que nous on en a rédigé. Et on rédige, fin on apporte des modifications aux souhaits de la personne si elle... elle veut qu'on modifie certaines données. Ou alors on rajoute des éléments qui n'y figuraient pas, on les rajoute à ce moment-là. Et après on s... enfin la personne va signer, et nous on signe avec elle, pour valider le nouveau projet. »</i></p>		<p>L'équipe soutient la personne en lui donnant la capacité / l'empowerment : <i>« vu que cette personne elle aime bien faire les magasins, aime bien acheter pleins de chose. C'est l'animatrice qui va aller au supermarché avec elle pour acheter la brosse à long manche et après on verra le fonctionnement ensemble. »</i></p> <p>La personne est prévenue, les professionnels la rencontre, elle a une relecture du PVI en entier et elle le signe pour signifier son accord : <i>« Elle a d'abord une feuille qui l'informe qu'il va y avoir un projet de vie qui va être fait, que différents professionnels qui vont venir dans sa chambre. Donc nous on va la voir à tour de rôle en fait. Donc en une semaine des fois elle peut avoir beaucoup de monde, elle répond aux questions si elle veut, si elle veut pas, y en a qui vont pas pouvoir répondre aux questions d'ailleurs, donc on va voir dans le dossier et on interroge la famille... »</i></p> <p><i>« moi j'essaie de leur demander à la fin, s'ils ont des questions, s'ils ont des choses à remonter, peu importe si ça me concerne ou pas. Et c'est surtout qu'on va leur lire le PVI en entier après, avec tout ce qui a été dit, avec les objectifs de mis en place et du coup c'est à ce moment-là que la personne peut, ils le signent en fait. Ils peuvent faire remonter des choses, « ben non ça, ça me va pas »....ou euh autre chose. »</i></p> <p><i>Ça [la signature de la personne] engage la personne si elle est d'accord sur les objectifs de sa prise en soin.</i></p>
--	--	---	--	--

<p>Rôle de l'ergothérapeute dans l'établissement</p>	<p>Référence matériel médical et aide technique, installation du matériel avant l'arrivée du résident</p> <p>Intervention sur les capacités et les compétences dans l'activité : « essayer de les autonomiser, en fonction de leur désir en fait. »</p> <p>Travail l'autonomie au déplacement et l'autonomie à la motricité en collaboration avec les soignants de proximité et l'animateur « la place que j'ai pris ici c'est surtout dans l'autonomie au déplacement et l'autonomie à la motricité »</p> <p>L'ergothérapeute est alerté les soignants ou l'animateur quand ils se questionnent sur un manque d'autonomie, une motricité ou une plainte. « on fait euh...appel à moi à bon escient la plupart du temps après faut que je remette la réflexion derrière mais euh... y a des choses auxquelles elles pensent pas non plus encore à m'appeler alors que j'ai ma place et... ça dépend des soignants et de leur curiosité et par rapport à ce qu'elles mettent derrière le soin aussi quoi... » « c'est surtout la toilette parce que euh les activités de loisirs c'est ... on fait moins appel à moi, parce que c'est déjà difficile d'intégrer des activités de loisirs »</p> <p>Animation et coordination du PASA « moi j'interviens du coup beaucoup plus au sein du PASA. Euh pour euh mobiliser les capacités cognitives des résidents qui sont au sein du PASA au sein d'une activité de cuisine et une activité motrice »</p> <p>Accompagnement des familles « j'interviens beaucoup si y a un questionnement des familles au niveau de l'autonomie, surtout pour les sorties familiales... du coup pour accompagner les sorties en fauteuil ou des fois les rendez-vous médicaux, au niveau de l'autonomie de déplacement, c'est une question qui revient régulièrement et dans ces cas-là ma porte est toujours ouverte, pour préparer les sorties et accompagner les personnes. »</p>	<p>Aider la personne à prendre ses repères temporo spatial dans l'établissement</p> <p>Proposer l'activité aux résidents en chambre, notamment les nouveaux. Accompagner l'activité en individuel, en chambre. Accompagner l'activité en unité protégée dans le but de maintenir la relation de confiance.</p> <p>Intervention pour les déplacements, les transferts et l'optimisation du rendement de la personne dans l'activité. L'évaluation quant au questionnement de mise en place et retrait des contentions physiques et l'accompagnement des familles dans leur participation à la vie de l'établissement.</p>	<p>Missions sous la forme d'interventions collectives ou ponctuelles Interventions individuelles rares et encadrées dans une recherche de réadaptation suite à des troubles cognitifs. La continuité du soin est régulièrement déléguée en raison du 20% : « Donc en fait du positionnement, beaucoup de positionnement et des demandes de matériel. » « Enfin, j'ai pas le temps... de suivre, comme j'aurais pas le temps de suivre la prise en charge... j'en fais très peu, j'interviens que sur du ponctuel... » « j'ai une personne pour qui je fais une prise en charge pour troubles cognitifs, j'en ai qu'une [...] suite à des troubles du comportement aigus. Du coup je me suis dit que peut être si elle sent que l'on prend en charge ses problèmes de mémoire ou de raisonnement, peut être que ça lui développera pas tant d'anxiété et que peut être y aura moins de troubles du comportement. » « J'attends toujours la prescription médicale... Parce que je veux travailler vraiment, je veux être très réglé, les suivis dans la durée, je demande une prescription. »</p> <p>Formation des soignants : « je passe beaucoup de temps pour la formation des services des soignant « ben tu vois faut que tu... » Faut qu'il y ait une demande sinon ça sert à rien... ». « Je passe beaucoup de temps sur la formation du service en me disant que ce que je donne à un moment, si c'est reproductible après, c'est intéressant. »</p> <p>Accompagnement des familles et empowerment des familles par la formation « les accompagner aussi dans : est-ce que c'est judicieux ou non de passer un weekend à la maison ? Est-ce que c'est judicieux de ... et puis la réponse je l'ai pas, ça va dépendre des gens. [...] ou d'aller faire un tour, les encourager. Comment est-ce qu'on met une personne âgée dans une voiture ? Tout ça. accompagner la famille, dans l'envie de sortir. Les gens ont peur de sortir. Moi y a des gens à qui j'ai montré comment aider quelqu'un, aider leur mamy ou leur ... l'aider à marcher. Comment la mettre au toilette [...]. Parce que, pour oser, parce les gens la famille, ...parce qu'une fois que leur parent est là... alors y a ceux qu'ont vraiment de l'audace tout ça mais je pense qu'il y a des tas de gens pour qui ce</p>	<p>Le PVI est un élément clé de l'intervention en ergothérapie : évaluation des capacités cognitives, recherche des capacités de déplacement et de transfert « On répond à leurs attentes et on remet en place des choses qui ont été arrêtée, souvent on sait pas pourquoi, parce que le temps passe et que finalement une fois ça a pas été fait parce que y avait du monde qui était pas là... Par exemple, y a beaucoup de dames qui aiment bien plier les petites lingettes que les femmes de ménage ou les ASH utilisent et du coup il suffit qu'une fois elles aient pas eu le temps de les poser ou que la deuxième fois pareil et que du coup la personne n'est plus amenée parce qu'à chaque fois y a pas de lingette... Alors que c'est quelque chose qu'elle appréciait faire entre 10H et 11H avant l'activité avec l'animatrice. Du coup y a de l'ennui qui s'installe et tout ça et en fait, souvent on sait pas pourquoi ça a été arrêté, et ça permet de le remettre en place en fait. » « Mais parce je pense que le fait que je sois nouvelle arrivante, je m'y retrouve complètement en fait. Alors je sais pas si en connaissant mieux les personnes on s'y retrouve autant mais moi je m'y retrouve complètement là-dedans en fait. Ça me permet vraiment de connaître la personne et voilà de répondre à la qualité de vie au mieux. »</p> <p>Transmettre l'information à la pluridisciplinarité pour agir dans le sens de la personne: « [...] faire remonter l'information qu'en fait la personne elle apprécie aller à l'extérieur et que ça serait quand même bien de l'amener, voilà faire des promenades... »</p> <p>L'évaluation au repas et la mise en place d'aides techniques « nous c'est surtout sur les aides techniques qui peuvent être mises en place par rapport à la personne. » « Je vais essayer des fourchettes » Recherche de l'harmonie des interactions dans le groupe</p>
--	---	--	---	---

			<p><i>serait possible, en étant accompagné..., de revenir chez soi. Ces trucs-là. La sieste de l'après-midi... Une fois qu'on a couché Mamy, comment on la relève . Et c'est pas si difficile que ça mais faut juste l'apprendre quoi.. »</i></p> <p>Questionnement sur le rôle des familles : « <i>Moi je m'interroge sur le rôle des familles aussi. Les familles, bon, elles sont pas surveillantes. Je trouve que quelque fois on leur pose beaucoup de responsabilités en terme de choix [...] je trouve qu'on pourrait vraiment leur laisser du rôle. »</i></p> <p>Adaptation des activités avec l'animatrice</p>	
--	--	--	--	--

Rôle d'autres professionnels	<p>Cadre recueil de données initial IDE « Après y a aussi les... les ... les toilettes évaluatives, ici c'est pas moi qui les fait c'est les infirmières » Animateur « Après on a une animatrice ici qui est aussi à temps plein, qui propose une activité toutes les après-midi. » AS renseignent le plan d'aide (La sécurité, avec les contentions, la motricité, communication, toilette, habillage, alimentation, élimination, sommeil et repos, suivi de traitement, activité et fin de vie.), recherche le plaisir dans l'activité et à limiter l'isolement« sont très en recherche de mobiliser les gens dans l'activité, donc elles recherchent avec eux des activités qui leur font plaisir ... euh... on... elles essaient de limiter au plus possible l'isolement » Un référent soignant par chambre recueille les souhaits pour le projet d'accompagnement personnalisé (recueil de souhait, des attentes)</p> <p>Groupe de travail pour redéfinir le PAP : « Alors y a le directeur de soin, la cadre de proximité,...Infirmière... euh...moi du coup, la psychologue ça dépend fin elle est là un jour et demi par semaine donc euh ? Après on peut faire des réunions et faire intervenir ponctuellement une personne dont on a besoin que ce soit du coup psychologue, diététicienne et euh...une référente soignante sur chaque étage. Et la responsable de la démarche qualité bien sûr» Réunion PAP : « Déjà que les infirmières, elles ont du mal des fois à avoir le temps pour y aller, elles le prennent parce que c'est... c'est important. Mais même pour les soignantes pour les programmer parfois c'est un peu difficile [...] » Le psychologue : évaluations cognitives (MMS), suivi et synthèse des rendez-vous</p>	<p>Les aides-soignants font un recueil de données, concernant les centres d'intérêt</p> <p>Le réfèrent étage, aide-soignant, qui remplit le recueil « si le résident n'est pas dans mesure de nous donner des informations qui nous paraissent cohérente », accueille un nouveau résident, et présent au Projet Personnalisé</p> <p>L'animateur fait un recueil des centres d'intérêt, accueille le nouveau résident, accompagne à l'activité individuellement en chambre et est présent lors du Projet Personnalisé</p> <p>Les autres professionnels qui accueillent le résident le jour de l'entrée l'infirmière, la responsable d'hébergement, le médecin coordonnateur, la directrice qui accueille souvent la famille et»</p> <p>Les bénévoles accompagnent l'activité en chambre et en groupe (Association locale, Siel Bleu, des proches par exemple)</p>	<p>Informations sur ce que la personne a envie de faire est reléguée par les soignant de proximité : « au-delà de l'instant où je la rencontre donc ça c'est aussi avec ce que j'ai comme information de la part du service... »</p> <p>« La récolte des données va beaucoup dépendre de l'attention du service et donc, des individus quoi... [...] et c'est elles qui m'apportent ces informations là parce que moi je ne peux pas passer tous les matins dans les 80 chambres, au moment de la toilette... j'y arrive pas. » « ça vient de certaines filles qui vont me dire, telle personne, elle a envie de faire ces trucs du visage, elle y arrive pas. Ça, ça peut arriver... »</p> <p>Approche interdisciplinaire avec le psychologue sur des situations particulières et l'animatrice sur l'adaptation de l'activité au groupe et au public âgé :</p> <p>[le psychologue] « on peut avoir des échanges quoi, on se connaît, c'est arrivé qu'on travaille ensemble et en plus on partage le même bureau, c'est des fois un peu compliqué aussi. Mais c'est ... ouais, si si c'est une ressource quand même. Même de soutien, quand on... lui a pu trouver d'autres mots pour parler du syndrome post chute, il a dit la même chose que moi mais autrement, y en a qui l'on mieux entendu que ce que je disais, et vice et versa, y en a qui m'ont mieux entendu que ce qu'il disait... c'est de la pluridisciplinarité » [l'animatrice] « Qui est à temps plein avec une aide-soignante qui l'aide, un agent, une ASH, une aide soignante donc au total il doit y avoir un temps plein peut être pas et demi... mais pas loin. Et là on peut travailler ensemble. On a revu des choses concrètes, plus générales, l'emploi du temps, les couleurs qu'elle utilise, des choses comme ça... y a encore des choses à revoir mais j'avance doucement. [...] l'adaptation en fait de ce qu'elle fait au grand âge en fait ...[...]Donc c'est non plus personnel mais c'est global</p>	<p>L'animatrice, anime les activités : « même si c'est pas moi qui fais les activités, c'est l'animatrice. Et bah l'animatrice devait aller essayer de voir, lui proposer de lui mettre du bois. » Kinésithérapeute, psychologue, diététicien : participent au projet de vie individualisé par le recueil de donnée. Aide-soignant : recueil de l'histoire de vie et des habitudes de vie</p>
------------------------------	---	---	--	---

Approche de l'ergothérapeute	« Je les laisse se débrouiller plus longtemps »		<p>Une approche humaine <i>En fait c'est le propre de la gériatrie. Tu peux pas faire de la gériatrie si tu passes pas par la case humanité quoi. Les gens ils sont hors tableau. Si tu restes sur le pathologique de toute façon ils rentrent pas dans les cases. Y en n'a pas un qui rentre dans les cases que tu as appris à l'école, bien rangé, tout ça. Soit il rentre dans les cases mais en plus il est sourd aveugle et (rire) il a plus de dent etc... donc voilà, t'as seule approche elle est globale, et puis après honnêtement tu t'en fiches de quel groupe musculaire... la main elle s'ouvre, mais qu'est-ce qu'il a en fait ? Et c'est vraiment ça qui est intéressant en gériatrie. Parce que de toute façon les gens ils vont le dire : « on n'est pas des objets, on n'est pas des organes on est des gens !</i></p> <p>Une adaptabilité dans l'approche <i>Et après bah ça me vient, c'est en fonction de la suite quoi. C'est en fonction de ce qui va se passer après ou pas. Selon, les demandes. Donc moi, soit j'interviens avec ce que je ressens soit on me fait des demandes.</i></p> <p>Un regard global <i>Pour le psychisme et les troubles cognitifs, là je pense qu'on a un apport, que le psychologue a aussi, mais pas forcément avec la même approche.</i></p>	<p>L'ergothérapeute se fait sa propre idée, porte un regard sur l'activité, évaluation par l'observation dans l'activité : <i>« Oui c'est ça. J'aime bien me faire mon idée, ça me permet de voir, oui parce que des fois on va me dire « faudrait mettre telle chose en place » et si je dis oui oui devant l'équipe, alors que je connais pas la personne bah... »</i></p> <p>L'ergothérapeute creuse pour avoir tous les éléments nécessaires pour leur modèle de pratique : <i>« Mais ça, c'est en les questionnant que je vais avoir ces réponses-là. Il faut pas en fait, moi dans l'entretien je ne m'arrête pas à leur réponse quoi. Je vais aller creuser un petit peu plus pour avoir toutes les informations. »</i></p> <p>Se laisser du temps libre pour faire venir naturellement l'expérience de la personne : <i>« quand je vais la voir la personne je vais vraiment me laisser une heure voire plus quoi. Si elle a vraiment des choses à dire c'est le moment quoi. Pour connaître ses projets et ses envies, moi je trouve que c'est le moment important. »</i></p>
Approche d'autres professionnels	<p>AS « Je pense que voilà, y a la culture aide-soignante qui font...fin ici j'ai de la chance parce que y a pas mal d'aide-soignante qui sont dans le laisser faire et pas ... et le faire faire plutôt que à la place de ...euh... donc elles ont cette politique là... mais après en fonction des dynamiques du service où elles peuvent pas laisser les gens faire trop longtemps... fin »</p> <p>Les filles construisent le plan d'aide à partir du bilan d'accueil du cadre</p>		<p><i>Pour le psychisme et les troubles cognitifs, là je pense qu'on a un apport, que le psychologue a aussi, mais pas forcément avec la même approche.</i></p>	

Qualité de vie en EHPAD : Regard de l'ergothérapeute

Résumé

Ce travail de recherche explore le rôle de l'ergothérapeute dans le soutien de l'amélioration de la qualité de vie des résidents en EHPAD. Ce travail de recherche présente les outils mis à la disposition des professionnels et des structures pour promouvoir la qualité de vie des résidents en EHPAD ainsi que les domaines d'intervention privilégiés de l'ergothérapeute dans cette optique. En effet, l'ergothérapeute peut soutenir l'amélioration de la qualité de vie grâce à la mise en place d'activités qui procurent du bonheur au résident et par le soutien de la participation sociale de la personne. L'enquête par entretien sur le terrain révèle l'approche et les missions de l'ergothérapeute pour soutenir cet objectif. Les résultats montrent que l'ergothérapeute soutient l'amélioration de la qualité de vie par l'analyse des dynamiques occupationnelles du résident et par son intervention dans les activités de la vie quotidienne, dans la participation sociale, en particulier avec la famille et par l'empowerment. Le soutien de l'amélioration de la qualité de vie du résident passe par une démarche interdisciplinaire au moyen du Projet d'Accompagnement Personnalisé où l'ergothérapeute peut s'inscrire pleinement.

Mots Clés : Qualité de vie, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Ergothérapeute, Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), Modèle de l'Occupation Humaine

Abstract

This research explores how the Occupational Therapist function helps enhance the quality of life of nursing home residents. It shows the tools available to professional caregivers and organizations, like life project, to promote better quality of life of nursing home residents, and how the occupational therapist positively contributes to this objective. The occupational therapist can help improve the quality of life with occupations that promote happiness and encourage social participation. Interviews conducted in the field reveal the approach and tactics used to achieve this goal. The results show that the occupational therapist supports the improvement of quality of life by analyzing the resident's occupational dynamics, then assisting with daily life activities and social interaction, especially for the family and empowering the individual. The outcome of this work is that quality of life is highly dependent on a collaborative team approach, in which the Occupational Therapist plays a critical role.

Key Words : Quality of life, EHPAD (nursing homes), Occupational Therapist, PAP (life project), Model Of Human Occupation