



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la
Recherche en Ergothérapie

52 rue Vitruve -75020 Paris

DUFOUR Margot

Le rôle de l'ergothérapeute dans la transition occupationnelle
des personnes entrant en EHPAD

Session de Juin 2021

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E.6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Estelle HERNANDEZ, maître de mémoire.

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.* »

Remerciements :

La rédaction d'un mémoire d'initiation à la recherche est un travail sur le long terme. De nombreuses personnes ont contribué à ce que mon mémoire soit ce qu'il est aujourd'hui. J'aimerais les remercier profondément et leur exprimer ma sincère gratitude.

Tout d'abord, un grand merci à ma maîtresse de mémoire, Madame Estelle HERNANDEZ, qui pendant un an, a toujours été présente pour répondre à mes questions, écouter mes doutes et me conseiller. Je suis très reconnaissante d'avoir pu travailler avec elle.

Je tiens également à remercier ma famille, d'avoir été présente pendant ces trois années et de m'avoir relue et conseillée. Vous m'avez permis de vivre sereinement ces trois années d'études par votre présence et votre bienveillance. Merci pour votre soutien inconditionnel.

Je remercie l'institut de formation de l'ADERE pour leur accompagnement tout au long de cet exercice mais surtout tout au long de ces trois années particulières. Merci d'avoir été présents pour nous malgré des conditions parfois difficiles.

Merci à mes camarades de promotion. J'aurais aimé vous voir plus souvent puisque vous avez contribué à rendre ces trois années enrichissantes par l'entraide dont vous avez fait preuve et agréables par votre humour et les moments de pauses passés ensemble. J'espère vous recroiser dans le milieu professionnel.

Merci à mes différents tuteurs de stage qui m'ont transmis le goût du questionnement et ont pris le temps de partager leurs savoirs et leurs expériences. Les différents stages que j'ai eu la chance de faire ont tous été passionnants et extrêmement enrichissants.

Je remercie enfin toutes les personnes ayant acceptées de répondre à mon enquête ; sans elles ce mémoire n'aurait pas existé. Grâce à votre temps et votre expertise, vous avez contribué à faire avancer ma réflexion sur le sujet.

Table des matières

I.	Introduction	4
II.	Cadre théorique :	6
	A. L'évolution démographique de la population française : une population vieillissante	6
	B. L'EHPAD	8
	1. La situation en France, un secteur en souffrance	8
	2. L'EHPAD, une dernière demeure... ..	9
	3. L'arrivée des nouveaux résidents	10
	C. La prise en soin en EHPAD.....	11
	1. Le projet personnalisé	11
	2. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD	12
	3. Professionnel de l'occupation humaine.....	16
	D. La science de l'occupation.....	18
	1. Une science nouvelle.....	18
	2. La transition de lieu de vie et la transition occupationnelle, un déséquilibre temporaire.....	20
	E. Le Modèle de l'Occupation Humaine	21
III.	La méthodologie d'enquête	24
	A. Contexte de mise en œuvre.....	24
	B. Le choix de l'outil	24
	C. Contenu du questionnaire	26
	1. Présentation	26
	2. Votre profil.....	26
	3. Accompagnement de la transition occupationnelle en théorie.....	26
	4. Accompagnement de la transition occupationnelle en pratique.....	27
	5. Conclusion et ouverture	27

D.	Modalités de diffusion du questionnaire.....	27
E.	Analyse des résultats	27
1.	Profil des répondants.....	28
2.	Représentation de l'accompagnement de la transition occupationnelle chez les ergothérapeutes.....	32
3.	L'accompagnement de la transition occupationnelle en pratique	35
4.	Ouverture.....	40
5.	Synthèse et lien vers les entretiens semi-directifs.....	41
F.	Modalités de passation des entretiens semi-directifs.....	42
G.	Analyse des résultats.....	42
1.	Profil des répondants	42
2.	La transition occupationnelle	43
3.	Les bénéfices pour le patient.....	45
4.	Ouverture.....	45
IV.	Discussion.....	47
A.	Le processus d'intervention de l'ergothérapeute.....	47
B.	Une prise en soin individualisée	48
C.	Une forte collaboration entre les professionnels	49
D.	Une arrivée synonyme de grand changement	49
V.	Conclusion.....	50
VI.	Bibliographie	52
VII.	Annexes	I
A.	Réponses aux questionnaires réalisés avec 3 ergothérapeutes durant la phase exploratoire.....	I
B.	Questionnaire.....	VII
C.	Guide d'entretien	XVI
D.	Entretien 1 retranscrit.....	XVIII
E.	Entretien 2 retranscrit	XXIII

F. Entretien 3 retranscritXXVII

I. Introduction

La COVID-19 et les situations de confinements nationaux ont perturbé les activités de vie quotidienne de l'ensemble des populations française et mondiale. Plusieurs soignants travaillant en EHPAD¹ ont diffusé des messages d'alerte dans les médias à cette période concernant les conséquences de l'isolement et de la distanciation sociale des personnes âgées dépendantes qui accroîtraient le risque de comorbidité (apathie, majoration des troubles du comportement, déclin cognitif, grabatisation...).

J'ai alors interrogé trois ergothérapeutes (cf. Annexes) travaillant en EHPAD sur leurs pratiques. Il en est ressorti qu'il était important, pour préserver la santé des personnes âgées, de respecter leurs habitudes de vie ainsi que leur équilibre occupationnel. Ayant jugé ne pas avoir assez des ressources bibliographiques sur les situations de confinement, je me suis intéressée à d'autres situations pouvant entraîner un déséquilibre occupationnel des personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD. Les ergothérapeutes interrogés travaillant dans ces structures citaient en exemple le moment de l'arrivée de la personne en EHPAD et ses conséquences sur ses habitudes de vie. En effet, l'installation dans leur nouveau lieu de vie suscite un grand changement dans leurs repères et donc dans leur participation occupationnelle. Ainsi, l'arrivée d'une personne en EHPAD à la suite d'une réduction de son indépendance favorise la rupture de son équilibre occupationnel, ce qui a des conséquences sur sa santé. Or, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre les occupations de la personne et sa santé.

Mais quels sont les moyens mis en place par l'ergothérapeute afin d'accompagner au mieux la personne dans la période de transition qu'est l'arrivée en EHPAD ?

Selon l'enquête sur les conditions d'entrée et de vie des résidents en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) datant de 2007 : six résidents sur dix ne se sont pas sentis suffisamment préparés à l'entrée en EHPA et « le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'établissement » (Prevot 2011) (Weber, 2011). On constate que l'arrivée en EHPAD est mieux vécue lorsque celle-ci est préparée en amont. Une fois sur place, le fait de se sentir entouré et accueilli a une forte influence sur le vécu de la personne.

¹ Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Lors des échanges autour de cette question avec les ergothérapeutes exerçant en EHPAD, j'ai pu faire le constat que les ergothérapeutes sur le terrain, en lien avec les autres professionnels (infirmiers, médecins, psychologues), préparent plus ou moins l'entrée du résident selon les structures. Toutes les missions relatives à l'entrée de la personne en EHPAD permettent la rédaction du projet personnalisé (en lien avec les différents professionnels) qui orientera la prise en charge des personnes dans l'institution.

Le maintien des occupations est l'un des objectifs principaux, car une participation occupationnelle satisfaisante permet de conserver et d'améliorer la santé. « Les ergothérapeutes devraient davantage porter leur attention sur les occupations ou leur absence dans le milieu de soin pour en favoriser l'émergence et la diversité » (Meyer 2020, p. 42). La personne âgée en situation de privation occupationnelle perd en capacités. D'autre part, l'équilibre entre les différentes occupations est essentiel. Un changement important dans les occupations de la personne peut avoir un impact important sur sa santé. L'enjeu de l'accompagnement de la personne âgée entrant en institution est donc de garder ou de retrouver un équilibre occupationnel en favorisant la transition dans ce nouvel environnement qui lui permettra de s'engager davantage dans ses activités productives, de vie quotidienne ou de loisirs.

L'ergothérapeute a un rôle central à jouer pour répondre à cet enjeu ; or, dans les EHPAD, la profession semble souvent limitée à la préconisation de matériel médical et mériterait d'être valorisée et mieux reconnue dans son ensemble. À travers ce mémoire d'initiation à la recherche, je cherche à mettre en évidence à quel point les ergothérapeutes sur le terrain accompagnent la transition occupationnelle lors de l'entrée en EHPAD. En d'autres termes : *lors des interventions de l'ergothérapeute en EHPAD, quelle est la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des nouveaux résidents ?*

Les questionnaires avec les trois ergothérapeutes, mes expériences de stage ainsi que mes lectures m'amènent à penser que la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des nouveaux résidents par l'ergothérapeute travaillant en EHPAD serait proportionnelle au temps de présence par résident dont l'ergothérapeute bénéficie.

Ce mémoire commence par faire un état des lieux des connaissances de la recherche sur ce sujet dans mon cadre théorique. Puis je détaille ma méthodologie d'enquête et enfin j'analyse les résultats obtenus en regard de mon cadre théorique avant de conclure.

II. Cadre théorique :

A. L'évolution démographique de la population française : une population vieillissante

En 2018, selon l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE), la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans en France était de 25,7 %, soit plus d'une personne sur quatre (INSEE 2020) et pourrait représenter un tiers de la population en 2040 (Santé publique France 2019).

Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans de la génération née après-guerre (INSEE 2020). Parallèlement à cela, l'espérance de vie sans incapacités diminue. Les estimations pour 2060 présagent une augmentation des personnes âgées dépendantes : elles étaient 1,2 million en France en 2012 et seraient 2,3 millions en 2060 (Santé publique France 2019). Cela s'explique en partie par les progrès de la médecine qui permettent aujourd'hui aux personnes dépendantes jeunes de continuer à vivre plus longtemps.

Auparavant, la population n'atteignait pas des âges aussi élevés qu'aujourd'hui : en 1950, l'espérance de vie était de 69 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes (INSEE 2020). Lorsque la personne n'était plus en capacité physique de travailler, elle cessait de participer aux tâches permettant de nourrir ou d'entretenir son foyer et était à la charge des générations plus jeunes. La fin de sa vie se faisait au domicile familial dans lequel toutes les générations cohabitaient (Gineste et Pellissier 2007). La plupart du temps, il était très onéreux de bénéficier de soins médicaux et les personnes mouraient rapidement. Aujourd'hui, la société a évolué et les générations précédentes se sont battues pour acquérir des droits sociaux qui nous permettent désormais de partir à la retraite et de bénéficier de soins, quels que soient nos revenus. Avec ces évolutions, l'espérance de vie a considérablement augmenté tout comme le nombre de personnes âgées dépendantes : en 2019, une femme vit en moyenne jusqu'à ses 86 ans et un homme jusqu'à ses 80 ans (INSEE 2020). De plus, les humains se déplacent davantage et plus facilement. Ainsi les membres d'une même famille ont commencé à vivre dans des logements séparés et parfois éloignés géographiquement ce qui explique que, depuis plusieurs décennies, nous sommes confrontés à des personnes âgées dépendantes ne pouvant être prises en charge par leur famille et ayant besoin de vivre en institution (Gineste et Pellissier 2007).

Ces remarques nous amènent à définir ce qu'est une personne âgée, à quel âge sommes-nous âgés. Il est intéressant de noter qu'il fut un temps où les cartes d'identité n'existaient pas comme telles et où les dates de naissance avaient peu d'importance. La vieillesse dépendait davantage de critères physiques (capacités, maladies, apparence...) et sociaux (parents, veufs...) (Gineste et Pellissier 2007). Aujourd'hui, on considère les personnes comme « séniors » à partir de 60 ans ce qui correspondait à l'âge minimum de départ à la retraite sous François Mitterrand (en 1982) et jusqu'en 2010. L'âge de 60 ans correspond également juridiquement à une transition du statut social. Par exemple, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne peut être accordée qu'à partir de 60 ans et la prestation de compensation du handicap (PCH) doit quant à elle faire l'objet d'une première demande avant 60 ans. Enfin, l'âge minimum d'entrée en EHPAD est également fixé à 60 ans (Santé publique France 2020). Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, les personnes désignées par le terme « personnes âgées » sont les personnes de plus de 60 ans, tout en gardant à l'esprit qu'une personne de 60 ans en bonne santé et qui continue de travailler peut se sentir très jeune et qu'à côté de cela, une personne de 50 ans en situation de handicap qui ne travaille plus peut se sentir plus âgée. Il est aisé de considérer que l'on ne « devient » pas âgé, de la même manière que l'on ne « devient » pas adulte, mais que c'est davantage un processus de vieillissement qui est très variable selon les situations, la génétique, le parcours de vie et le ressenti des individus.

Étant donné cette situation démographique, la priorité pour la santé des Français aujourd'hui est d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes plus que la durée de vie (Santé publique France 2019). Dans cette optique, le dossier thématique « Bien vieillir » de Santé publique France définit la « prévention de perte d'autonomie [comme] une priorité ». L'ergothérapeute en tant que professionnel de l'autonomie fait partie des professionnels qualifiés afin de permettre le « bien vieillir » de nos aînés.

Néanmoins, lorsque la baisse d'autonomie et d'indépendance des personnes atteint un stade qui ne leur permet plus de vivre à leur domicile, elles peuvent être accueillies dans des établissements spécialisés. Parmi ces établissements, les EHPAD représentent 70 % des structures qui hébergent les personnes âgées et 80 % des places selon l'Agence Régionale de Santé (ARS 2017).

B. L'EHPAD

Les EHPAD sont des structures médicalisées qui hébergent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire. Ils se différencient des maisons de retraite par la réalisation de soins médicaux et paramédicaux adaptés à des personnes en situation de handicap. Ils fournissent au minimum des prestations d'hôtellerie, de restauration, de blanchissage, d'administration et d'animation (Santé publique France 2020).

1. La situation en France, un secteur en souffrance

La question de l'insuffisance des effectifs du personnel en EHPAD soulève des revendications de la part des soignants et des directions qui luttent à travers des mouvements de grève et des manifestations pour faire entendre leur voix. Ils font part d'un épuisement professionnel et demandent de revoir à la hausse les effectifs soignants afin de pouvoir mieux accompagner les résidents. En effet, la conférence nationale des directeurs d'Établissements pour Personnes Agées Handicapées (CNDEPAH) parle d'un « décalage devenu trop important entre les attentes des résidents et de leurs familles et les effectifs que peuvent effectivement proposer les EHPAD » (CNDEPAH 2019). La qualité des soins réalisés dépend de nombreux critères comme les formations du personnel, l'individualisation des accompagnements, les infrastructures, le matériel mis à disposition... Néanmoins, le ratio de personnes disponibles pour accompagner les usagers est trop faible pour permettre de répondre aux attentes des personnes, mais aussi des soignants qui se trouvent dans l'incapacité d'exercer leur métier aussi bien qu'ils le voudraient. En effet, la CNDEPAH a publié en 2019 un état des lieux des effectifs en EHPAD et il en ressort que dans une unité de 26 lits (qui est le nombre de lits médian dans les unités d'EHPAD en France), les effectifs soignants sont de 4,67 agents² travaillant entre 7 h et 21 h ce qui représente en moyenne 43 minutes disponibles par résidents le matin et 28 minutes l'après-midi.

Pour contextualiser : en 2006, le Plan solidarité grand âge faisait le constat que l'entrée en EHPAD survenait de plus en plus tard grâce aux aides à domicile. En conséquence, les personnes ont un état de dépendance plus avancé à leur arrivée et ont donc besoin de plus d'aides et plus de soins médicaux. Face à ce constat, le Plan solidarité 2006 prévoyait de passer à un ratio de 0,65 soignant par résident, et de 1 soignant par résident

² Seuls les Aides-Soignants / les Aides Médico-Psychologiques / les Agents de Services Hospitaliers / les Auxiliaires de Vie Sociale qui accompagnent directement les résidents sont comptabilisés. Sont donc exclus ici les Agents de Services Hospitaliers et Auxiliaires de Vie Sociale qui assurent exclusivement des fonctions hôtelières dans le cadre d'équipes hôtelières dédiées. Sont également exclus les agents travaillant la nuit.

pour les personnes les plus dépendantes (ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la Famille 2006). Malheureusement, ce plan n'a été que partiellement mis en œuvre. En effet, le ratio en 2015 selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est de 0,47 soignant par résident. La raison évoquée par les pouvoirs publics serait des coûts financiers trop élevés (CNDEPAH 2019).

Ce manque d'effectif soignant fragilise les institutions et impacte la qualité des soins. Bien que les chiffres présentés ci-dessus ne concernent pas directement les ergothérapeutes, ils influent sur le travail en équipe. Dans le cas précis de mon sujet de mémoire, accompagner la transition occupationnelle passe grandement par les transmissions aux équipes soignantes, afin de les informer des capacités des patients pour qu'elles puissent adapter leur prise en soin. Or, cela demande de laisser l'opportunité au résident de participer à la hauteur de ses capacités, ce qui prend plus de temps aux équipes.

C'est donc dans une institution fragilisée par le manque de personnel que les personnes âgées dépendantes emménagent lorsque leur domicile ne leur permet plus de vivre de manière sécurisée, en ayant plus ou moins conscience que l'EHPAD sera l'endroit où elles finiront leurs jours.

2. *L'EHPAD, une dernière demeure...*

Trévidy et al. (2018) nous explique que le lieu de vie n'est pas neutre puisque le logement est porteur de significations (meubles, souvenirs, savoirs expérientiels, connaissance des lieux, etc.) permettant la prise de décision de la personne. C'est alors un processus de reconstruction de l'identité qui débute lors d'un changement d'habitation. En 2015, sur 248 293 entrées en EHPAD, 49 % des personnes vivaient au domicile avant l'entrée, la majorité de l'autre moitié transite par une hospitalisation ou un service de rééducation, mais seulement une minorité (environ 9 %) vivait déjà en institution (DREES 2018). Ces personnes avaient au fil du temps construit leurs habitudes de vie et leur identité dans leur environnement. Arrivées en EHPAD, elles doivent pouvoir investir ce nouvel habitat afin de retrouver un rôle social et une vie qui les satisfait tout en conservant leur identité.

En effet, le modèle de l'identité logement présenté par Trévidy établit que l'identité se construit à travers la relation individu-environnement. L'article décrit l'importance de la cohérence identitaire et de la continuité biographique dans les mécanismes d'apprentissage

(ici, pour limiter les risques de chute au domicile). La personne aura plus tendance à s'investir dans un logement dans lequel elle se sent appartenir, qui représente ses valeurs et fait appel à ses goûts, ses souvenirs, ses habitudes...

Gineste et Pellissier (2007) expliquent dans le livre « Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux » que l'EHPAD correspond pour la grande majorité des personnes à leur dernier lieu de vie et l'institution constitue un véritable lieu d'habitation pour la personne. Ces chambres (ou pavillons pour certains) sont l'endroit qui les verra s'éteindre et leurs dernières années de vie ne peuvent se réduire à bénéficier de soins médicaux dans un environnement aseptisé, sous peine de déshumaniser les personnes en les réduisant à un corps dont il faut prendre soin.

3. L'arrivée des nouveaux résidents

En ayant connaissance du rôle du logement dans l'identité d'une personne, il est aisé de concevoir que le temps de transition qu'est l'arrivée des nouveaux résidents en EHPAD marque un tournant dans leur vie avec de grandes conséquences sur leurs repères et leurs habitudes.

Un nouveau résident entre en EHPAD dans le cas où le domicile ne lui permettrait plus de vivre en sécurité, ou lorsque la personne devient dépendante au point de ne plus pouvoir rester chez elle malgré l'aide de son entourage ou des intervenants extérieurs. Selon Djaoui (2008), le processus d'institutionnalisation est souvent le suivant : l'indépendance de la personne diminue due à son grand âge, menant à des allers-retours répétés entre le domicile et celui de l'entourage, des maisons de repos ou d'autres structures plus ou moins médicalisées, jusqu'à la décision définitive de s'installer en institution. Cette décision est parfois comprise comme une « sanction » de la part de la personne concernée (Djaoui 2008 p 73), elle peut paraître brutale et difficile (Donnio 2005) d'autant plus que dans la majorité des cas, l'institutionnalisation n'est pas une décision de la personne âgée elle-même (Villain et al. 2019).

Parler des nouveaux résidents nécessite de définir jusqu'à quand les résidents sont considérés comme nouveaux. Il n'est pas aisé de fixer un temps à partir duquel le résident qui arrive en EHPAD n'est plus « nouveau » dans l'institution. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, les résidents nouveaux seront ciblés à partir de leur entrée dans l'institution jusqu'à 3 mois après cette date. Cette décision s'appuie sur le délai accordé aux équipes pour remplir le projet personnalisé du résident. En effet, ce délai est de

deux à trois mois maximum (Anesm 2018). Passée cette date, les attentes et les besoins du résident sont transmis à l'équipe pluriprofessionnelle qui met en place les prises en soin de la personne. Avant ce délai, le résident rencontre les différents professionnels qui évaluent ses attentes et ses besoins.

Selon les ergothérapeutes interrogés lors de la phase exploratoire de mon mémoire (cf. Annexes), les patients semblent globalement satisfaits de leur arrivée en institution. Néanmoins, les ergothérapeutes aimeraient avoir plus de temps à accorder à chaque résident. Elles expliquent que les postes d'ergothérapie en EHPAD sont souvent à temps partiel ou trop peu nombreux par rapport au nombre de résidents. De ce fait, elles affirment manquer de temps pour accompagner chaque résident.

Une étude qualitative menée entre 2015 et 2016 sur le ressenti des personnes âgées lors de l'entrée en établissement montre que la décision de s'installer en EHPAD est souvent collective et que l'adhésion de la personne dépend de plusieurs déterminants comme le niveau de dépendance, la présence ou non d'alternatives, les risques encourus à rester au domicile et ceux inhérents à l'entrée en établissement (Villain et al. 2019). Il apparaît donc primordial que la décision soit juste et comprise par la personne.

Isabelle Donnio, psychologue, qualifie l'entrée en EHPAD de « tournant » à « bouleversement » et « traumatisme » dans la vie de la personne (Donnio 2005). Selon elle, les professionnels médicaux et paramédicaux sont chargés d'accompagner ce changement de lieu de vie en mesurant les conséquences sur la personne et sur ses proches. Elle insiste sur l'importance d'une collaboration entre l'institution et la personne, entre l'institution et les proches de la personne et une collaboration des professionnels de l'institution entre eux, afin de prévenir les risques de rupture des relations familiales et de permettre à la personne d'adhérer au projet. Un travail de co-construction de l'institutionnalisation avec la personne, les aidants, les professionnels intervenant au domicile et ceux de l'institution, respectueux de l'histoire de vie des personnes, est indispensable. Cette démarche est de plus en plus mise en pratique au sein des EHPAD et passe notamment par la co-élaboration du projet de soin de la personne.

C. La prise en soin en EHPAD

1. Le projet personnalisé

Les institutions s'orientent actuellement vers une prise en soin centrée sur la personne et axée sur ses capacités. Cela signifie que le soin est individualisé selon la personne, son

histoire de vie, ses désirs et ses besoins. De plus, l'équipe soignante cherche à lui permettre d'utiliser ses capacités actuelles en offrant des possibilités d'activités significatives et de connexions sociales. Une telle approche permet aux résidents de bénéficier d'une meilleure qualité de soin et augmente la satisfaction du personnel (Wood 2016).

Le projet personnalisé est une des manifestations de cette volonté. C'est un document qui se réfère à la recommandation sur la bientraitance de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Il s'inscrit dans l'objectif de prendre en compte les besoins et les attentes de la personne et renforce le droit des usagers du secteur social et médico-social de participer (directement ou avec l'aide de son représentant légal) à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement la concernant (en référence à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale). Il permet de mettre en lumière les attentes des personnes, qu'elles soient en capacité de l'exprimer ou non, envers les professionnels et les prises en soin dont elles vont bénéficier. En effet, comme évoqué ci-dessus, les personnes entrant en EHPAD ont souvent un état de dépendance avancé et sont, dans ce cas, dans l'incapacité de fournir les informations concernant leurs habitudes de vie. C'est pourquoi les professionnels travaillent étroitement en lien avec les familles des résidents pour obtenir le maximum d'informations à l'entrée des personnes.

La rédaction du projet personnalisé contribue à une meilleure coordination des professionnels, une meilleure adaptation de la personne aux changements vécus et un meilleur respect de ses habitudes de vie (Anesm 2018).

Ce projet est à remplir obligatoirement dans les 2 à 3 mois qui suivent l'entrée dans l'institution. Il sera réactualisé tous les ans ou plus tôt en cas de changement de situation ou de demande de la part de la personne, ses proches ou l'équipe. L'ensemble des soignants, des médecins tout comme l'ergothérapeute participent à la rédaction du projet personnalisé qui guidera la prise en soin de la personne (Anesm 2018).

2. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

Le nombre d'ergothérapeutes exerçant dans des établissements pour personnes âgées augmente rapidement chaque année : ils étaient 607 en 2014, 815 en 2016 et 1041 en 2018 (sur 11 971 ergothérapeutes en France soit, pour cette année, 9,4 % des ergothérapeutes qui exercent dans ces structures). C'est le 5^e secteur d'activité accueillant le plus d'ergothérapeutes avec les hôpitaux publics (1^{er}), les établissements pour personnes

handicapées (2e), les établissements de santé privés (3e) et les établissements de santé privés lucratifs (4e) (DREES 2019). Néanmoins, le taux moyen national d'ergothérapeute en EHPAD reste faible puisqu'il est de 0,18 emploi pour 100 places en 2019 (CNDEPAH 2019) soit 6 h 18 par semaine pour 100 places ou moins de 4 minutes par personne et par semaine. Ce résultat est une moyenne et l'accompagnement en ergothérapie peut évidemment se faire en groupe, mais cela permet d'avoir une idée de la représentation de la profession dans les EHPAD.

La question de la représentation de la profession m'amène à préciser ce que j'entends par « la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle » dans ma question de recherche. La valeur peut s'estimer à travers différents critères comme la place accordée dans les objectifs thérapeutiques, le temps dédié, l'ordre de priorité ou d'importance. Dans l'enquête de ce mémoire, je m'interroge sur la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle en matière d'importance, d'utilité, de priorité, ainsi qu'à la corrélation entre la valeur accordée et la pratique.

Sylvie Meyer (2020) s'appuie sur la littérature pour montrer que les patients dans les milieux de soin souffrent de privation occupationnelle. En conséquence, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le maintien des occupations dans ces milieux et doivent s'attacher à développer des pratiques véritablement fondées sur l'occupation. Cette privation s'explique par un changement d'environnement couplé à un changement des habiletés de la personne. De plus, avec l'âge, les capacités d'adaptation sont réduites. Or, lors d'un changement de domicile, la personne doit réapprendre à trouver ses repères.

En effet, l'environnement du lieu de vie (incluant l'environnement matériel, humain et social) joue un rôle essentiel dans la participation occupationnelle des personnes âgées. Les personnes ayant des troubles cognitifs peuvent avoir des difficultés à s'orienter dans l'institution qu'ils ne connaissent pas et perdre les habiletés d'interaction sociale et d'initiation d'activités signifiantes pour elles (Gaugler et al. 2014). Certaines adaptations comme le respect de ses habitudes de vie antérieure et de la culture de la personne (concernant la toilette, le sommeil, le repas...) permettent de réduire efficacement les troubles du comportement et les syndromes dépressifs chez les patients (Zimmerman et al. 2013). Selon Sylvie Meyer (2020), l'environnement influence les occupations et la performance de la personne dans ces occupations. Or, en institution, l'environnement étant différent du domicile de la personne, il ne lui permet pas de réaliser ses occupations de la

même manière qu'auparavant. Selon Trouvé (2011), la qualité de réalisation des occupations est impactée de manière équitable à la fois par les facteurs personnels de l'individu et par les facteurs environnementaux de la tâche. L'environnement adapté apparaît comme un vecteur d'opportunités de performance et les logements non adaptés augmentent le sentiment d'insécurité qui conduit les personnes âgées à se désinvestir dans leurs activités par peur du danger.

De plus, l'exercice de l'ergothérapie en gériatrie implique une forte interprofessionnalité. Selon (Bourrellis et Bazerolles 2009) l'ergothérapeute en gériatrie doit agir en équipe pluridisciplinaire, car intervenir auprès de la personne âgée nécessite une approche globale. Cela s'explique par l'hétérogénéité de la population et donc des besoins. En effet, contrairement à d'autres populations, les personnes âgées résidentes en EHPAD sont accueillies à la suite d'une diminution de leur autonomie et de leur indépendance, mais peuvent avoir des pathologies variées, voire pas de pathologies.

Le processus d'intervention de l'ergothérapeute en gériatrie se décompose en plusieurs étapes. L'intervention débute par l'évaluation afin de mesurer le plus précisément possible l'état de dépendance de la personne âgée. L'évaluation se doit d'être objective ; néanmoins, la dépendance n'est pas quelque chose de mesurable au sens strict. Il est de la responsabilité de l'ergothérapeute de choisir les outils d'évaluation adaptés, validés et faisant consensus dans la pratique, puis de faire preuve de rigueur dans leurs utilisations et l'interprétation des résultats (Kalfat 2009).

Dans sa pratique, l'ergothérapeute est amené à évaluer :

- Les risques de chute avec, par exemple, le bilan du Tinetti qui permet d'évaluer le risque de chute chez la personne âgée. Les risques cutanés trophiques avec les bilans de Braden et de Norton permettant d'évaluer le risque d'escarre.
- Les capacités cognitives (compréhension des consignes, fonctions exécutives, cohérence du discours, orientation temporo-spatiale, capacités mnésiques...) avec, par exemple, le bilan de la MOCA mais aussi l'entretien et l'observation.
- Les capacités fonctionnelles de la personne comme la mobilité des membres supérieurs avec le bilan des gestes test qui évalue la possibilité ou non de la personne à réaliser des mouvements fonctionnels comme porter la main à la bouche, la main à la tête, la main au dos... ainsi que la force de préhension à l'aide du Jamar qui mesure la force de préhension

en kilogrammes à interpréter en fonction des moyennes selon l'âge, le sexe et la latéralité de la personne.

- Les besoins en aides techniques pour réaliser les transferts, les déplacements, les activités de vie quotidienne et les loisirs. Ils sont évalués en interrogeant le résident et ses proches, en regard des mises en situation et en fonction des résultats aux bilans fonctionnels.

- Les activités de vie quotidienne comme la toilette, l'habillage, la prise des repas, l'élimination, les déplacements et les transferts évaluées à travers des mises en situation.

L'ergothérapeute peut également réaliser un entretien avec le résident pour se présenter et l'interroger sur ses habitudes de vie, ses loisirs, ses appétences et ses attentes.

L'évaluation de la personne et de sa manière d'agir dans son environnement est suivie de la pose d'un diagnostic en ergothérapie. Le diagnostic émane de la synthèse des évaluations, il est réalisé suivant le modèle conceptuel dans lequel l'ergothérapeute se reconnaît le plus. Dans le cas du modèle de l'occupation humaine, le diagnostic fait état de l'engagement de la personne dans l'occupation en fonction de ses contraintes et de ses ressources (Mignet, Doussin-Antzer, et Éric 2017).

Enfin, l'ergothérapeute met en place un plan d'intervention individualisé centré sur la participation occupationnelle de la personne dans ses activités courantes, en posant des objectifs négociés avec la personne (Mignet et al. 2017).

Selon Villaumé (2019), le champ d'action de l'ergothérapeute en gériatrie est très large et mal connu du grand public. Concrètement, il va accompagner la personne vers une meilleure autonomie en maintenant ou en compensant ses capacités. La spécificité de l'ergothérapeute est de solliciter la personne de manière fonctionnelle (en passant par l'activité) en opposition à un accompagnement analytique (qui rééduque les fonctions corporelles). Selon Isabelle Margot-Cattin, l'ergothérapeute travaillant en EHPAD permet l'amélioration de la participation occupationnelle de la personne en agissant sur l'environnement et en réintroduisant un but et un sens aux activités (2009).

Le traitement en ergothérapie est complémentaire des autres traitements (médicaux ou paramédicaux) et respecte les règles élémentaires de soin ainsi que les principes de prise en soin de la personne âgée (Kalfat 2009). Les compétences de l'ergothérapeute lui permettent d'intervenir dans toutes les phases de la prise en soin des personnes vieillissantes. De leur arrivée à leur décès, l'ergothérapeute va avoir des missions variées. Il peut intervenir

pour adapter le positionnement au lit et au fauteuil roulant, prévenir les risques cutanés trophiques, préconiser et entretenir des aides techniques, mettre en place des activités cognitives, des activités physiques et des ateliers de vie quotidienne, rééduquer ou maintenir les capacités des personnes, permettre ou faciliter les transferts, accompagner la marche et la toilette des résidents, aider la personne à la prise des repas, mais aussi former ses collègues au bon positionnement et à la manutention des résidents. Ainsi, il agit pour prévenir les risques de trouble musculosquelettiques du personnel. À l'entrée de la personne en EHPAD, l'ergothérapeute fait le point sur les besoins matériels en matière d'installation, de transferts, de déplacements et d'aides techniques et interroge la personne sur ses besoins immédiats.

À la suite de son intervention, l'ergothérapeute réévalue les besoins et capacités de la personne et confronte les résultats obtenus à ceux de l'évaluation initiale. Il peut ainsi estimer son évolution et adapter les objectifs en fonction (pose de nouveaux objectifs ou poursuite des objectifs actuels). Lors de l'ensemble du processus d'intervention, la transmission aux équipes des résultats d'évaluation est indispensable dans le double objectif de la dynamique interprofessionnelle de soin et de la reconnaissance scientifique de la pratique en ergothérapie (Kalfat 2009). L'ergothérapeute participe également à la coordination entre les acteurs amenés à intervenir auprès de la personne (comme les revendeurs médicaux).

Enfin, il forme le personnel soignant au respect des capacités, des occupations et des habitudes de vie du patient (Bourrellis et Bazerolles 2009). En effet, l'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'occupation humaine, est formé à l'évaluation et la considération des occupations de la personne. Dans cette approche, le patient est considéré comme expert de son histoire de vie et le rôle de l'ergothérapeute est de faciliter la participation occupationnelle dont le patient reste l'acteur principal (Whiteford 2008).

3. Professionnel de l'occupation humaine

Le terme d'« occupation humaine » provient de la science de l'occupation ou « occupational science » en anglais. C'est celui qui a été retenu par l'Association Nationale française des ergothérapeutes (ANFE) pour la traduction française, mais il pose des questions sémantiques aux ergothérapeutes de France. Certains y voient un aspect parfois péjoratif, parfois désignant davantage le travail que les autres occupations ou encore le voient comme un terme rappelant des événements douloureux de notre histoire. Or, plus qu'un terme, c'est un concept qui nécessite d'être défini.

Il en existe de nombreuses définitions (Meyer 2017). Selon Kühne et Tétréault (2017), « l'occupation est considérée comme un tout, incluant l'interaction entre les activités, les individus et les contextes », selon Pierce (2016). « Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues ».

Ces définitions nous éclairent sur ce que sont les occupations telles qu'utilisées dans la science de l'occupation. Ce sont les activités que l'on fait au sens le plus large possible et incluant la manière dont on les fait en relation avec le contexte à la fois environnemental, humain et personnel de celui ou celle qui réalise l'occupation. De plus, Pierce définit l'occupation comme un évènement unique, car elle s'inscrit dans un contexte très spécifique, en fonction, par exemple, de l'état d'esprit de la personne, de ses capacités à ce moment, des conditions spatio-temporelles, etc.

Dans son modèle de l'Occupation humaine (MOH), Kielhofner, définit l'occupation comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Mignet et al. 2017). Pour Townsend, les occupations se définissent comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auquel les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (Townsend 2002 p207).

On retrouve une fois de plus dans ces définitions l'importance du contexte lors de l'occupation ainsi que l'aspect culturel. La signification et l'importance d'une occupation dépendent de la valeur que la personne va lui donner en fonction de sa culture. Il est donc important de garder à l'esprit que la signification donnée à une occupation est très personnelle et que les ergothérapeutes s'intéressant à la participation occupationnelle doivent être vigilants à ne pas projeter leurs propres valeurs sur celles du soigné.

Sylvie Meyer (2020) définit les occupations comme ce que la personne fait, la manière dont elle le fait et la fréquence à laquelle elle le fait. Elles sont individuelles ou collectives et elles évoluent au fil du temps. Elles existent dans un environnement donné, organisent la vie et contribuent à la société. Elles sont associées à un rôle et donnent une identité à l'individu qui se construit à travers elles. Les occupations permettent ou empêchent

la survie, le bien-être et la santé (Meyer 2020). Cette définition inclut l'aspect social des occupations qui « contribuent à la société ». À travers ses occupations, la personne joue un rôle dans la société, façonne son identité et choisit le sens qu'elle donne à sa vie.

Dans un article de la revue *ErgOTHérapies*, Éric Trouvé (2011) situe l'ergothérapeute comme le spécialiste du lien entre l'occupation, l'individu et la santé. Il définit les occupations comme des « activités humaines signifiantes et significatives ou groupes d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel ; elles sont le support de la participation à la société et comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs » (Trouvé 2011 p40). Cette définition ajoute aux autres la catégorisation des occupations dans trois grands domaines : les soins personnels (ou activités de vie quotidienne selon le modèle de l'occupation humaine [MOH] détaillé ci-dessous), le travail (ou productivité selon le MOH) et les occupations de loisirs. De plus, Éric Trouvé insiste sur l'importance du sens de l'occupation pour la personne.

Ces définitions de l'occupation humaine proviennent du domaine plus large de la science de l'occupation.

D. La science de l'occupation

1. Une science nouvelle

La science de l'occupation vient du terme anglais « occupational science » et se traduit de différentes façons en français : science de l'activité humaine, ergologie, science de l'occupation... (Whiteford 2008).

La science de l'occupation est apparue dans le début des années 1990 et selon Doris Pierce, elle pourrait constituer un fondement scientifique pour l'ergothérapie (Morel-Bracq 2017). La science de l'occupation répond à une volonté de repenser l'ergothérapie dans un contexte historique où la pratique dérivait vers un paradigme biomédical davantage centré sur les déficiences physiques et s'éloignant du cœur de la profession d'ergothérapeute. L'objectif de cette discipline était de recentrer l'ergothérapie sur l'occupation comme concept fondamental et non sur les activités comme média permettant de rééduquer les fonctions corporelles (Meyer 2017).

La science de l'occupation est l'étude de l'être humain dans sa manière de « faire » et elle permet de mieux comprendre l'être agissant, d'expliquer les relations entre les

occupations et la santé et ainsi de soutenir, spécifier et développer l'exercice de l'ergothérapie en dehors des limites médicosociales traditionnelles (Whiteford 2008). L'ambition à terme serait de créer une discipline académique permettant de soutenir la pratique de l'ergothérapie (Meyer 2018) en fournissant les connaissances nécessaires pour justifier l'approche en ergothérapie (Pierce 2016), « universitariser » la formation et alimenter la recherche en ergothérapie.

Depuis 1989, la science de l'occupation n'a cessé de se développer avec de plus en plus de recherches et de publications dans ce domaine. Il a été créé dans certains pays, des diplômes (licences et doctorats) en science de l'occupation et une revue de la discipline existe depuis 20 ans. Néanmoins, le lien entre la science de l'occupation et la pratique en ergothérapie n'est pas acté pour tous et une barrière entre les deux persiste dans la pratique (Pierce et Morel-Bracq 2016).

Selon la science de l'occupation, les occupations sont exécutées par les hommes de manière différente en fonction de multiples exigences aussi bien individuelles, familiales, culturelles, sociétales ou globales. C'est la raison pour laquelle les occupations des hommes changent selon les lieux ou les périodes de l'histoire (Wilcock et Hocking 2015). Par exemple, l'organisation sociale d'aujourd'hui apporte une importance plus élevée aux occupations de travail. Cela se remarque avec la question : que faites-vous dans la vie ? À laquelle on répond habituellement par notre profession, nos études ou nos projets professionnels. Dans le passé, l'importance donnée au travail était encore plus marquée et les noms de famille des personnes indiquaient leur profession ; les personnes « étaient » le métier qu'elles faisaient. L'objectif de la science de l'occupation aujourd'hui est d'élever le niveau de connaissance sur la nature occupationnelle des hommes, au-delà des simples occupations de travail davantage étudiées par la recherche.

Une telle science explore la question du sens et de la signification de l'occupation pour la personne (Kühne et Tétreault 2017), elle cherche à comprendre la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal, offre une vision holistique du lien entre la santé et l'agir, mais aussi permet de développer et de légitimer la pratique clinique ergothérapique centrée sur l'occupation. Elle définit des concepts tels que l'engagement ou la participation occupationnelle (c'est le niveau le plus large qui correspond à l'engagement de la personne dans l'occupation), la transition (passage d'un état occupationnel à un autre) ou encore la justice occupationnelle (accessibilité des occupations en fonction des capacités

de la personne) (Meyer 2018). Elle est basée sur une « théorie de la nature humaine » qui part du principe que chaque personne a un besoin inné de s'engager dans des occupations, simples à plus complexes, mais surtout multiples, car c'est le propre de l'homme d'aller plus loin que la simple satisfaction de ses besoins primaires (Wilcock et Hocking 2015). De plus, l'engagement dans des occupations serait indispensable à la survie, au bien-être et aurait une part intégrante dans les mécanismes complexes de santé (Wilcock et Hocking 2015).

La science de l'occupation distingue les occupations nécessaires de celles choisies et postule qu'un bon équilibre entre ces occupations est essentiel à l'humain (Wilcock et Hocking 2015). L'équilibre occupationnel est un concept clé dans l'étude de l'occupation. Il est perçu comme dynamique et évoluant. C'est la juste quantité d'occupations associée à la juste variation entre les occupations. L'évaluation de cet équilibre est subjective et dépend de la signification que la personne donne à l'activité, de son niveau d'accomplissement, de ses rôles, de la performance de la personne et du niveau de défi (Bertrand 2020). Si cet équilibre est satisfaisant pour la personne, il lui permettrait de se maintenir en bonne santé (Kühne et Tétreault 2017).

2. La transition de lieu de vie et la transition occupationnelle, un déséquilibre temporaire

L'engagement des personnes âgées dans des occupations significatives serait primordial pour maintenir la bonne santé et le bien-être de la personne (Wilcock 2015) d'où l'importance de chercher à préserver cet engagement lors du changement de lieu de vie.

Le changement de lieu de vie implique une modification de l'environnement physique et social de la personne ; or, « l'environnement a le pouvoir de déclencher incapacité et détresse, comme il a le pouvoir de provoquer capacité et bien être » (Wood 2016). Les possibilités d'agir et les rôles sociaux de la personne dans ce nouveau lieu sont modifiés. Elle perd ses repères et doit en recréer de nouveaux. C'est un processus d'adaptation qui peut être plus ou moins fatigant, long et difficile selon l'état de santé de la personne.

Éric Trouvé (2011) s'intéresse aux personnes âgées et explique que, de par leur inactivité professionnelle, elles ont tendance à se désengager de la société et réciproquement. Elles cessent progressivement de participer à la vie de la communauté qui leur offre moins de place et d'avantages. Cette diminution de participation sociale entraîne de l'isolement, de l'anxiété et la détérioration des capacités et compétences de la personne par un manque

d'activités. Le déclin de la réalisation d'activités est significatif de la fragilisation de la personne âgée. L'ergothérapeute a alors un rôle à jouer dans le maintien d'un niveau suffisant d'activités, identifié comme primordial dans la prévention primaire.

Le rôle de l'ergothérapeute est d'intervenir sur cet équilibre en identifiant les occupations propres à la personne, les relations entre elles et leur signification (Bertrand 2020). Pour se faire, l'ergothérapeute dispose d'outils conçus d'après les sciences de l'occupation. Un modèle conceptuel nommé le modèle de l'occupation humaine (MOH) en fait partie.

Un modèle conceptuel est une manière de concevoir l'approche thérapeutique. S'appuyer sur un modèle permet d'homogénéiser les pratiques car les différents professionnels partagent ainsi la même approche et le même vocabulaire, ce qui permet également d'encadrer l'exercice professionnel en posant des bases universelles. Il en existe de nombreux ; certains sont spécifiques à une discipline et d'autres sont plus généraux.

E. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle spécifique à l'ergothérapie. Il permet de comprendre les forces et les faiblesses du patient concernant son engagement dans l'activité et de structurer le recueil de données de l'ergothérapeute. Il considère la « performance occupationnelle » comme « une force centrale dans la santé, le bien-être, le développement et le changement » (Mignet et al. 2017). Il prend en compte la subjectivité de la personne dans son environnement permettant d'individualiser l'accompagnement (Morel-Bracq et ANFE 2004). Il théorise le fait que l'accumulation des différentes occupations génère l'identité de la personne et améliore les compétences qui vont lui permettre de s'auto-organiser et de mieux s'adapter à de futures occupations.

Le modèle de l'occupation humaine a été élaboré à la fin des années 1980 par Gary Kielhofner et est aujourd'hui le modèle centré sur l'occupation le plus étudié (Mignet et al. 2017). Il est basé sur une vision de l'être humain comme un être occupationnel, un système dynamique qui évolue dans le temps et se construit en agissant (Mignet et al. 2017 ; Parkinson, Forsyth, et Kielhofner 2017). Le terme d'occupation humaine a été défini plus haut et nous avons vu qu'il existe de nombreuses définitions. Selon Kielhofner, qui est à l'origine du MOH, l'occupation humaine est « une large gamme d'activités (activités

productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Mignet et al. 2017).

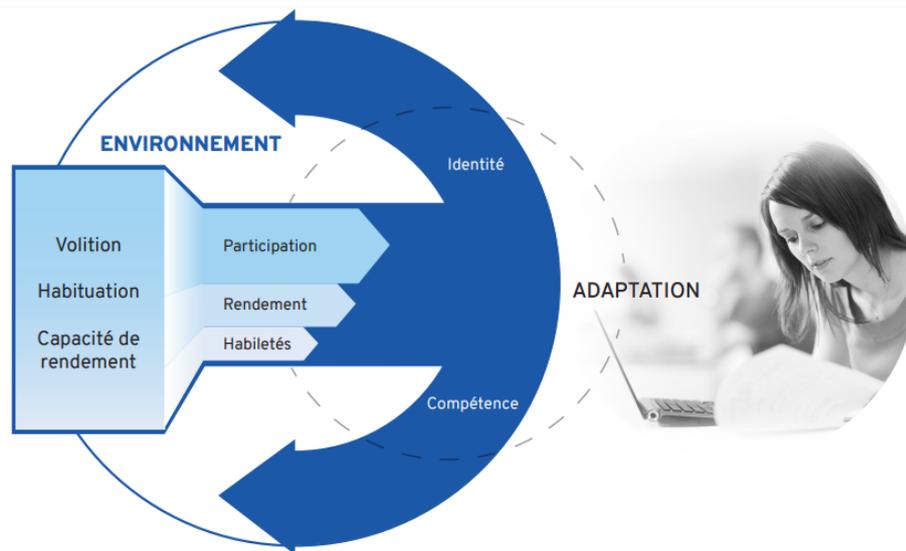
Les activités productives regroupent les activités ayant pour but de créer un savoir, des biens ou à rendre un service, qu'elles soient rémunérées ou non. Les activités de loisirs sont celles qui ont pour objectif le propre plaisir de la personne et ne sont pas soumises à la contrainte. Et les activités de vie quotidienne sont celles réalisées fréquemment dans la vie de la personne (ménage, hygiène...).

Le MOH peut être divisé en trois grandes parties qui sont : l'Être qui regroupe les caractéristiques de la personne, la manière d'Agir qui dépend de l'Être et le Devenir qui est la conséquence des deux autres. Ces trois parties dépendent de l'environnement et ce système est en constante évolution.

- En ce qui concerne l'Être, le MOH identifie trois sous-systèmes interdépendants et fortement influencés par l'environnement :
 - La volition, qui pousse la personne à choisir l'activité en fonction de ses valeurs, de ses centres d'intérêt et de son sentiment de causalité personnelle.
 - L'habitation, qui concerne l'organisation de la personne dans l'activité en fonction de ses habitudes et de son rôle social ou personnel.
 - La capacité de rendement en fonction des composantes physiques et mentales de la personne et de l'expérience subjective de son corps.
- L'Agir se divise également en trois niveaux :
 - La participation occupationnelle, qui est le niveau le plus large et qui correspond à l'engagement de la personne dans l'occupation.
 - Le rendement occupationnel, qui est la performance dans les activités variées visant la participation occupationnelle.
 - Les habiletés qui sont les différentes actions réalisées par la personne menant à la performance occupationnelle.
- Le Devenir, résultante de l'Être et de l'Agir part, du principe que l'expérience acquise dans les occupations va générer une identité occupationnelle ainsi qu'une

compétence occupationnelle. Cela permettra alors à la personne de s'adapter dans ses nouvelles occupations.

- L'Environnement est omniprésent et interagit avec chaque composante du MOH. Il est à la fois physique ou matériel et social ou culturel. Il est porteur d'opportunités, de ressources, mais aussi de demandes, d'exigences et de contraintes, le tout influençant la participation occupationnelle.



Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e éd.). Wolters and Kluwer.

Fig. 1 Le modèle de l'occupation humaine

Ce modèle est celui qui propose le plus d'outils servant à le transférer dans la pratique clinique. Ces outils permettent de structurer le recueil de données de la personne selon ses forces, ses difficultés, son engagement et sa participation dans ses activités quotidiennes (Mignet et al, 2017). Les évaluations en gériatrie issues du modèle de l'occupation humaine (MOH) utilisent principalement des instruments de mesure se référant à des critères qualitatifs plutôt que quantitatifs. Ce modèle utilise des méthodes de récolte de données telles que l'observation et l'entretien (Isabel Margot-Cattin 2009).

III. La méthodologie d'enquête

A. Contexte de mise en œuvre

Ma question de recherche « *Lors des interventions de l'ergothérapeute en EHPAD, quelle est la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des nouveaux résidents ?* » interroge les pratiques des ergothérapeutes sur le terrain. C'est pourquoi mon enquête est dirigée vers des ergothérapeutes exerçants en EHPAD. J'inclus dans mon panel des ergothérapeutes exerçant depuis plus de 2 ans afin qu'ils aient du recul sur l'ergothérapie dans ce domaine et qu'ils aient pu exercer 1 an avant l'épidémie de COVID-19 qui modifie les prises en charge actuelles ainsi que les modalités d'accueil des nouveaux résidents. Il faut également que ce soit des ergothérapeutes qui sont amenés à intervenir dans leur poste auprès des résidents entrants, et ce, dans les trois premiers mois suivant leur arrivée. Enfin, mon hypothèse étant que la place accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle est proportionnelle au temps de présence par résident dont l'ergothérapeute bénéficie, le type d'emploi (temps plein ou temps partiel) n'est pas un critère limitant dans ma population cible puisque j'ai choisi de poser la question et d'analyser les réponses en fonction.

B. Le choix de l'outil

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai décidé de mettre en place un questionnaire (cf. Annexes), enrichi de courts entretiens semi-directifs individuels avec des ergothérapeutes. L'objectif du questionnaire est d'avoir des données chiffrées sur la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des nouveaux résidents en ergothérapie. Par la suite, les entretiens m'apporteront des informations qualitatives et interprétatives sur la manière dont les ergothérapeutes interviennent.

J'ai fait ce choix car la question de la « valeur » dans mon sujet est à la fois quantitative (combien de temps, quelle position dans l'ordre des priorités, quelle importance...) mais aussi qualitative (la représentation de cette transition, les moyens utilisés pour l'accompagner...). Ainsi, l'aspect standardisé des réponses du questionnaire m'a permis réellement d'observer un parallèle ou non entre le temps de présence par résident et la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle en lien avec mon hypothèse. Cela m'a également permis d'obtenir un nombre important de données puisque 37 personnes ont répondu au questionnaire, et 36 réponses sont exploitables (un ergothérapeute n'a pas terminé le questionnaire). D'autre part, grâce aux entretiens semi-directifs réalisés en suivant un guide d'entretien (cf. Annexes), j'ai pu aller plus loin dans

ma réflexion et dans la compréhension de ce que représente la transition occupationnelle sur le terrain et des moyens concrets qu'utilise l'ergothérapeute pour l'accompagner. Les entretiens ont une structure définie mais permettent de garder une certaine flexibilité quant aux questions et de rebondir à certaines informations. Cela m'a permis d'aller plus loin dans les réflexions, de trouver de nouvelles idées à approfondir et de m'assurer de la bonne compréhension des questions de la part des ergothérapeutes et des réponses de mon côté.

Ces outils présentent néanmoins des limites. Tout d'abord, le mode de contact de ma population (par un groupe Facebook d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD) pose question puisqu'il n'est pas représentatif de la population nationale. En effet, les ergothérapeutes ayant répondu bénéficient en moyenne de quatre fois plus de temps de présence auprès des résidents que la moyenne nationale (voir III.E.1.). Cela pourrait s'expliquer par la manière dont j'ai recruté les répondants : on peut faire l'hypothèse que les ergothérapeutes n'intervenant que ponctuellement dans les EHPAD ne sont pas les plus actifs sur les groupes Facebook et ne sont donc pas représentés à hauteur de l'échelle nationale dans mon enquête.

De plus, les 36 réponses obtenues font état de la situation dans des structures précises et non dans la totalité des EHPAD français en excluant, par exemple, les EHPAD qui n'emploient pas d'ergothérapeutes, ainsi que ceux qui emploient des ergothérapeutes qui exercent depuis moins de 2 ans.

Le fait de ne pas interroger moi-même les répondants dans le questionnaire a pu entraîner des confusions chez les répondants qui ont pu ne pas comprendre la question qui leur est posée et donc ne pas y répondre ou répondre à côté. Enfin, les interactions étant limitées, je n'ai pas pu rebondir sur les éléments amenés par les répondants et approfondir la réflexion.

C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'enrichir mon enquête par des entretiens semi-directifs. Néanmoins, ils présentent également leurs limites puisque, par manque de temps, je n'ai pu en réaliser que 3, ce qui est loin d'être représentatif de la totalité des EHPAD. Du fait de la situation sanitaire, ces entretiens ont eu lieu par téléphone, ce qui limite également les interactions puisque nous ne nous voyons pas et ne nous sommes pas rencontrés. Néanmoins, cette limite n'en est qu'une partielle puisque cela m'a permis d'interroger des ergothérapeutes travaillant en France sans souci de situation géographique.

C. Contenu du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec Google Forms qui offre plusieurs types de questions (réponses courtes, choix multiple, choix unique...) et ne me limite pas dans le nombre de réponses que l'on peut obtenir. De plus, il offre la possibilité de diviser le questionnaire en plusieurs rubriques avec des titres et de courtes descriptions, ce qui est adapté pour mon sujet qui nécessite de brèves explications afin d'assurer une bonne compréhension des termes.

Mon questionnaire est composé de 5 rubriques :

1. *Présentation*

Dans cette première rubrique, il n'y a pas de question ; je présente brièvement mon sujet de mémoire, les critères d'inclusions du questionnaire, je rappelle le cadre de confidentialité, je donne mes coordonnées et je remercie les futurs participants.

L'objectif est de poser le cadre et de s'assurer que les personnes répondantes comprennent le contexte du questionnaire.

2. *Votre profil*

Cette rubrique contient des questions sur le profil des ergothérapeutes répondants : année d'obtention du diplôme (pour éventuellement observer un lien entre la formation à la science de l'occupation lors des études et la pratique sur le terrain), années d'expérience dans l'établissement, temps de présence, nombre de postes d'ergothérapeutes dans la structure, capacité d'accueil de la structure.

L'objectif est d'avoir des données à mettre en lien avec la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle. En effet, cela me permet de constater ou non une corrélation entre la valeur accordée à la transition occupationnelle et l'année d'obtention du diplôme ou le temps de présence des ergothérapeutes par exemple.

3. *Accompagnement de la transition occupationnelle en théorie*

Cette rubrique commence par une définition de la transition occupationnelle selon Wendy Wood (2016). Puis j'interroge la représentation des ergothérapeutes sur l'accompagnement de la transition occupationnelle (est-ce que cela fait partie de leur mission, est-ce que c'est bénéfique pour le patient, est-ce que c'est urgent, est-ce qu'ils ont suffisamment de connaissances, puis de moyens ?).

L'objectif est d'obtenir des données sur la valeur théorique accordée par les ergothérapeutes travaillant en EHPAD à l'accompagnement de la transition occupationnelle.

4. Accompagnement de la transition occupationnelle en pratique

Après avoir interrogé leurs représentations, j'interroge leurs pratiques professionnelles sur le terrain. Les questions dans cette partie concernent la fréquence, le niveau de priorité, l'importance, et je termine sur une question ouverte interrogeant les moyens qu'ils utilisent. Cette dernière ne répond pas directement à ma problématique, mais elle me permet d'aller plus loin dans mon analyse.

L'objectif est d'observer si l'accompagnement en pratique est en accord avec les croyances théoriques des ergothérapeutes.

5. Conclusion et ouverture

Je conclus en interrogeant la satisfaction des ergothérapeutes sur leurs pratiques et j'ouvre sur deux questions concernant l'impact de la COVID-19 et du confinement sur l'accompagnement des nouveaux résidents. Enfin, je leur demande s'ils ont des commentaires à ajouter, je donne à nouveau mes coordonnées et je les remercie une seconde fois.

D. Modalités de diffusion du questionnaire

J'ai envoyé ce questionnaire le 21/02/2021 aux ergothérapeutes membres du groupe Facebook « ergothérapeutes en EHPAD ». J'ai alors obtenu une vingtaine de réponses. Dans l'objectif d'en obtenir davantage, j'ai republié un message le 28/02/2021 qui m'a permis d'obtenir un total de 37 réponses, dont 36 exploitables.

E. Analyse des résultats

Les réponses au questionnaire ont été analysées à l'aide d'Excel pour les données purement quantitatives. Pour les réponses ouvertes, elles ont été analysées selon une analyse thématique : une fois que le questionnaire a été fermé, j'ai identifié plusieurs catégories de réponses. Je les ai alors regroupées en grands thèmes et j'ai observé leur fréquence d'apparition. Cela m'a ensuite permis d'analyser le sens des réponses obtenues.

Les résultats en pourcentage ont été arrondis au plus proche afin de faciliter la lisibilité. J'analyse les données chiffrées en utilisant le **calcul de la médiane**. En effet, la valeur médiane est celle qui partage les données en deux parties égales. La moitié des données sont supérieures à la médiane et l'autre moitié est inférieure. C'est un indicateur statistique plus

fiable que la moyenne, car il n'est pas biaisé par les valeurs extrêmes. Par exemple, si la majorité des répondants travaillent dans des EHPAD disposant de 50 lits, mais qu'un des répondants travaille dans un EHPAD disposant de 500 lits, la moyenne va être augmentée par cette valeur extrême tandis que la médiane n'en sera pas affectée.

En ce qui concerne les questions 3.2, 3.3, 3.4 et 4.2, j'utilise l'échelle de Likert pour les analyser (Tétreault et Guillez 2014) : le répondant a le choix entre 5 réponses concernant son degré d'accord avec la proposition, et chacune de ces réponses est cotée selon une valeur (de 1 à 5). J'ai donc pondéré les réponses en fonction de la cotation et calculé la moyenne qui indique le degré d'accord moyen. Par exemple, si la moyenne est à 4, le degré d'accord moyen des répondants correspond à la proposition n° 4.

1. Profil des répondants

La moitié des ergothérapeutes ayant répondu ont été diplômés dans les 6 dernières années (après 2015). Les autres ont obtenu leur diplôme entre 2003 et 2015. Ce résultat témoigne d'une ancienneté hétérogène selon les répondants avec 14 personnes exerçant depuis 10 ans ou plus, bien que la majorité exerce depuis moins de 10 ans.

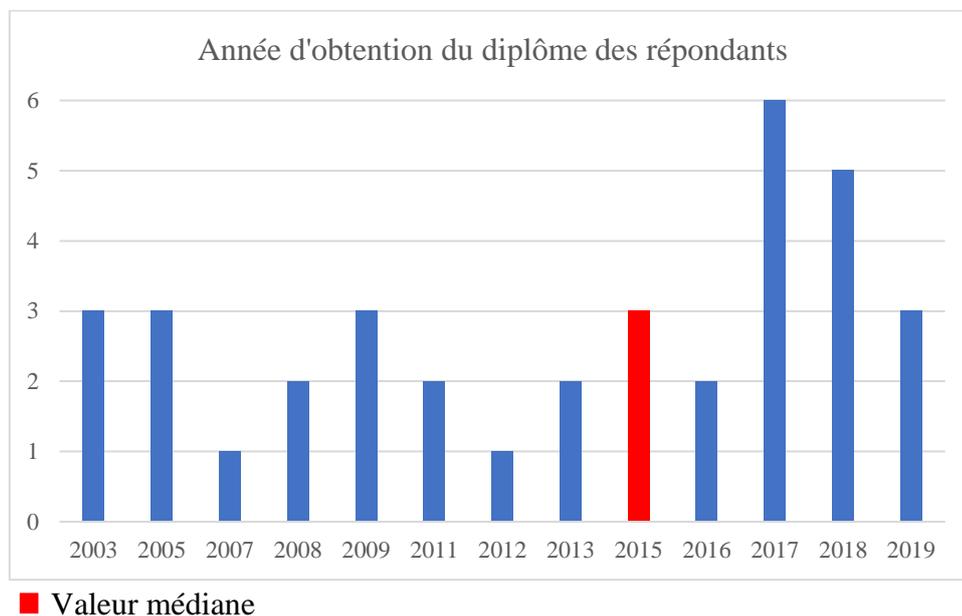


Fig. 2 Année d'obtention du diplôme des répondants

La deuxième question va dans le sens d'un relativement petit nombre d'années d'ancienneté pour les ergothérapeutes travaillant en EHPAD. En effet, la moitié des répondants exercent en EHPAD depuis 5 ans ou moins et moins de 20 % exercent depuis plus de 10 ans avec aucun répondant qui exerce depuis plus de 20 ans. Je rappelle que dans le cadre du questionnaire, les ergothérapeutes exerçants depuis moins de deux ans ne sont pas inclus dans la population des répondants.

1.2 Depuis combien de temps travaillez vous en EHPAD ? (Si vous travaillez dans plusieurs EHPADs, choisissez l'EHPAD où vous intervenez le plus d'heures dans la semaine)

36 réponses

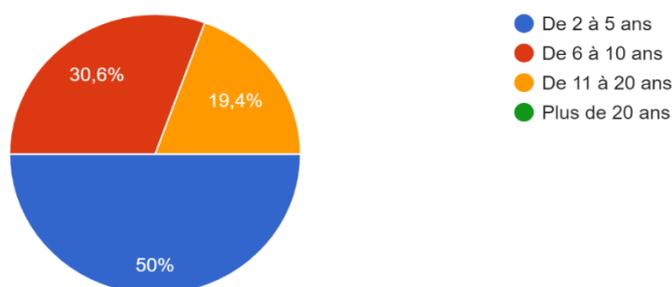


Fig. 3 Années d'ancienneté dans l'EHPAD

En ce qui concerne **le volume horaire des postes**, parmi les ergothérapeutes ayant répondu, la moitié exerce entre 0,8 et 1 équivalent temps plein (ETP) et 44% exercent entre 0,5 et 0,7 ETP. Seulement 6 % exercent moins d'un mi-temps. Ce résultat témoigne d'un temps de présence relativement important sur leur lieu de travail. Néanmoins il est à analyser en regard du nombre de résidents dans l'EHPAD et d'éventuels collègues ergothérapeutes dans la structure afin de calculer le temps de présence des ergothérapeutes en fonction des résidents qui est d'avantage significatif (voir ci-dessous).

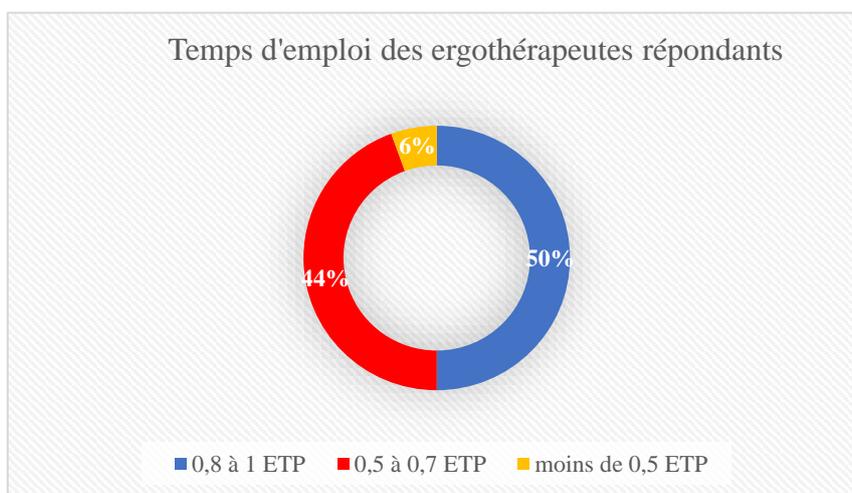
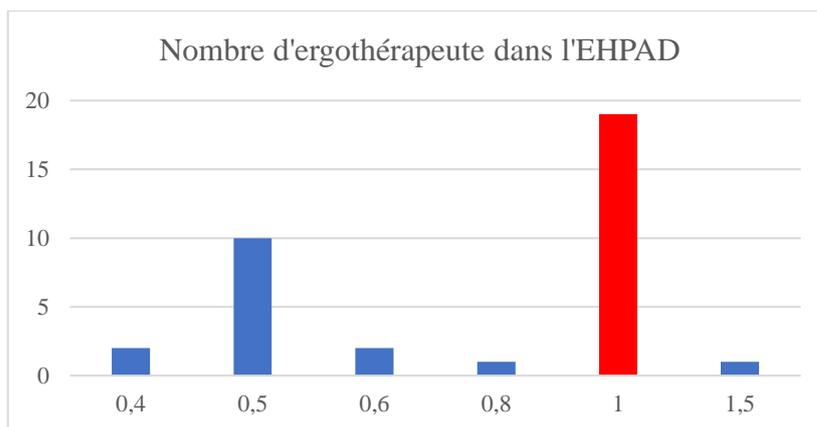


Fig. 4 Temps d'emploi des ergothérapeutes répondants

Le nombre médian d'ergothérapeutes au sein des EHPAD des répondants est de 1 ergothérapeute. Seul un EHPAD emploie plus d'un ergothérapeute (1,5) et 15 EHPAD emploient moins d'un ETP d'ergothérapeute. On observe deux pics de réponses : 1 ETP ou 0,5 ETP avec peu de réponses entre ces valeurs. Ici encore le nombre total de postes d'ergothérapeute est à analyser en regard du nombre de lits dans l'EHPAD.

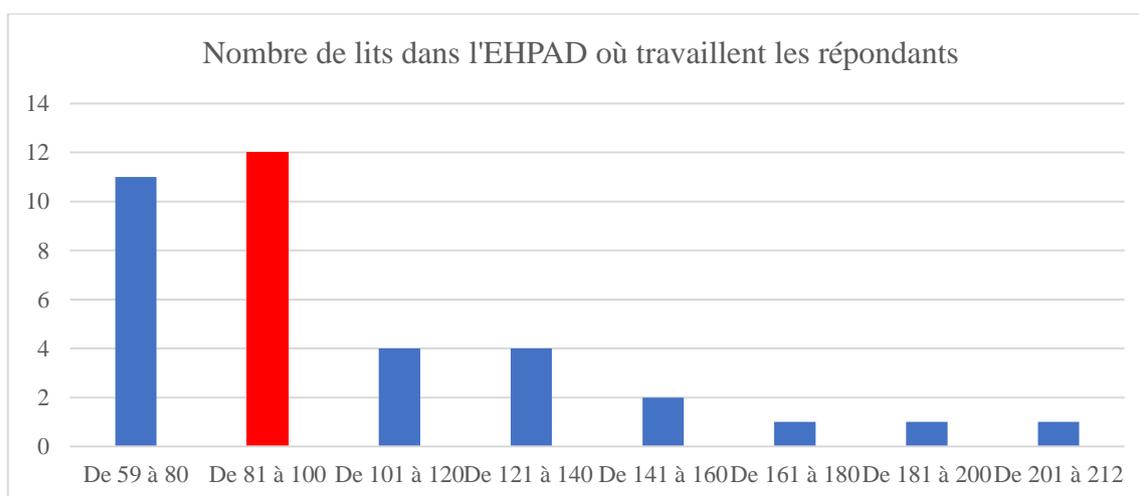


■ Valeur médiane

Fig. 5 Nombre d'ergothérapeutes exerçant par EHPAD

Le nombre de lits au sein des EHPAD varie de 59 à 212 lits selon les répondants avec une médiane à 96 lits.

Analysons ces données en fonction des réponses précédentes :



■ Valeur médiane

Fig. 6 Nombre de lits par EHPAD

Les données du pourcentage d'ETP des ergothérapeutes croisées avec celles du nombre de postes d'ergothérapeutes et du nombre de lits dans les EHPAD me permettent de

calculer le **temps d'ergothérapie disponible par patients et par semaine**. Je fais ce calcul afin de le comparer avec le taux moyen national dont je parle dans mon cadre théorique (II.C.2.) et qui est de 0,18 emploi pour 100 places en 2019 (CNDEPAH 2019) soit 6 h 18 par semaine pour 100 places ou moins de 4 minutes par personne et par semaine. Ce calcul me permet d'obtenir une donnée chiffrée afin de comparer les résultats obtenus avec la moyenne nationale. Cette donnée me permettra également d'observer ou non une différence dans l'accompagnement de la transition occupationnelle des ergothérapeutes en fonction du temps de présence disponible. Néanmoins, elle n'est pas significative de la pratique car l'ergothérapeute intervenant en EHPAD n'accompagne pas nécessairement tous les patients et les suivis peuvent également se faire en groupe ou sur un rythme non hebdomadaire.

Parmi les ergothérapeutes ayant répondu, le temps d'ergothérapie disponible par patients et par semaine est en moyenne de 17 minutes et 52 secondes avec une médiane à 15 minutes et 24 secondes ce qui est presque quatre fois supérieur à la moyenne nationale de 2019 selon la CNDEPAH (2019). Cet écart peut s'expliquer par le faible nombre de données que j'analyse mais aussi par l'absence de représentation dans mon enquête des EHPAD n'employant aucun ergothérapeute.

Nombre d'ergothérapeutes	Nombre de lits	Temps par patient par semaine (en min, sec) ³	Moyenne	Médiane
1	116	18,06	17 min 52 s	15 min 24 s
1	134	15,40		
0,5	180	5,50		
0,5	84	12,30		
1	120	17,30		
1	75	28,00		
1	185	11,21		
1,5	148	21,17		
1	212	9,54		
0,5	59	17,48		
1	90	23,20		
1	60	35,00		
0,5	82	12,48		
1	151	13,54		
1	62	33,52		
0,5	80	13,08		
0,6	87	14,29		
0,4	93	9,02		
1	96	21,53		
0,8	121	13,53		
1	80	26,15		
0,5	84	12,30		

³ Calcul = nombre d'ergothérapeutes/nombre de lits * 35 h * 60 (pour convertir en minutes)

0,5	120	8,45
1	62	33,52
0,4	80	10,30
1	98	21,26
1	85	24,42
1	70	30,00
0,6	140	9,00
0,5	70	15,00
1	127	16,32
1	88	23,52
0,5	80	13,08
0,5	82	12,48
1	87	24,08

Tab. 1 Temps d'ergothérapie disponible par patients et par semaine

Maintenant que le profil des répondants est connu, analysons la représentation qu'ils ont de l'accompagnement de la transition occupationnelle.

2. Représentation de l'accompagnement de la transition occupationnelle chez les ergothérapeutes

La grande majorité des ergothérapeutes (91,7 %) pensent que l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD **fait partie de leurs missions**. Néanmoins, 8,3 % des répondants ne se prononcent pas sur le sujet (ils ne sont ni en accord ni en désaccord). Parmi les ergothérapeutes ne se prononçant pas, un évoque le temps d'adaptation nécessaire pour que la personne fasse le deuil de son ancien logement avant d'intervenir et que cet accompagnement n'est pas exclusivement le rôle de l'ergothérapeute. Une autre ergothérapeute explique axer son intervention sur les bilans pour ensuite communiquer avec l'équipe comme l'assistante de soin en gérontologie qui accompagne la personne. Enfin une ergothérapeute pense que ce n'est pas important et écrit ne pas aimer le terme « occupationnel » car chaque activité a son objectif.

2.1 : L'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD fait partie de mes missions d'ergothérapeute

36 réponses

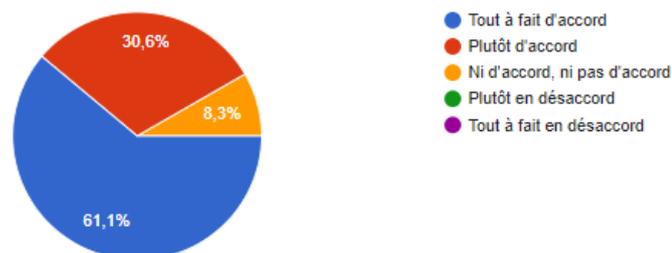


Fig. 7 l'accompagnement de la transition occupationnelle vu par les ergothérapeutes

En ce qui concerne les **personnes responsables** des ergothérapeutes, les réponses sont plus nuancées. En effet, une majorité des ergothérapeutes répondent que leurs responsables considèrent l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD comme faisant partie des missions de l'ergothérapeute (55,5%). Mais 30,6 % des ergothérapeutes ne se prononcent pas à ce sujet et presque 14 % répondent que leurs responsables ne considèrent pas l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrant en EHPAD comme faisant partie des missions de l'ergothérapeute.

2.2 : Mes responsables pensent que l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD fait partie de mes missions

36 réponses

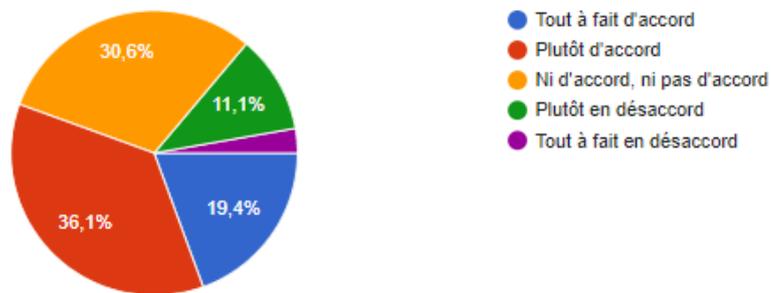


Fig. 8 l'accompagnement de la transition occupationnelle vu par les responsables

La perception des ergothérapeutes sur leurs **connaissances théoriques** ne semble pas être un frein à l'accompagnement de la transition occupationnelle, car plus de 86 % des répondants estiment avoir suffisamment de connaissances théoriques pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD.

2.3 : J'ai suffisamment de connaissance théoriques pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD

36 réponses

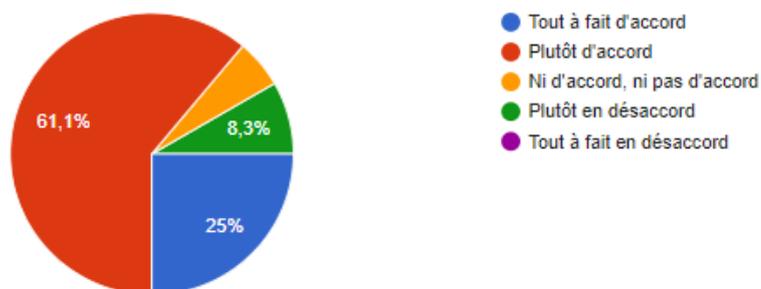


Fig. 9 Perception des ergothérapeutes sur leurs connaissances théoriques concernant la transition occupationnelle

En revanche, **les moyens** semblent manquer, car plus de 61 % des ergothérapeutes répondent ne pas avoir assez de moyens (outils, temps...) pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents en EHPAD et plus de 19 % ne se prononcent pas.

2.4 : J'ai suffisamment de moyens (outils, temps...) pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD

36 réponses

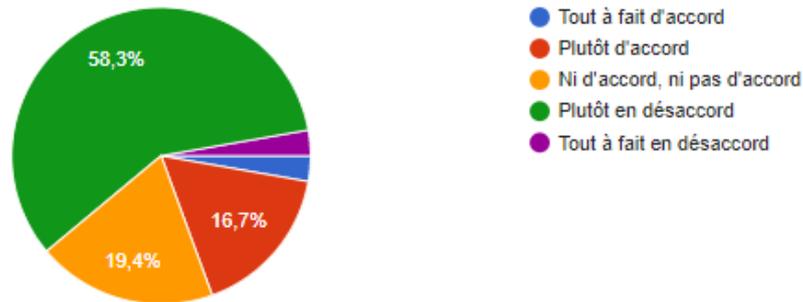


Fig. 10 Perception des ergothérapeutes sur les moyens dont ils disposent afin d'accompagner la transition occupationnelle

Pour ce qui est des **bénéfices** de l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD, l'ensemble des ergothérapeutes s'accorde à dire que cet accompagnement est bénéfique pour le patient avec plus de 61 % qui pensent que c'est « très » bénéfique.

2.5 Selon vous, dans quelle mesure l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD est bénéfique pour le résident ?

36 réponses

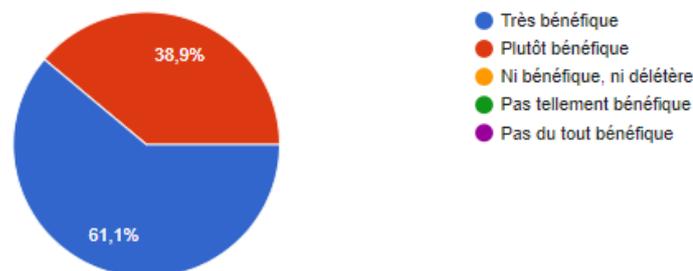


Fig. 11 Perception des ergothérapeutes sur les bénéfices de l'accompagnement de la transition occupationnelle

Enfin, en ce qui concerne l'urgence, la grande majorité des répondants considère l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD comme **urgent** (82 %). Seulement 6 % répondent que ce n'est « plutôt pas urgent » et 12 % ne se prononcent pas. Les réponses à cette question étaient ouvertes aux commentaires. Deux

répondants ont évoqué un temps d'adaptation nécessaire à l'entrée en EHPAD afin que la personne puisse faire son deuil et retrouver ses repères avant d'entamer un nouveau projet occupationnel.

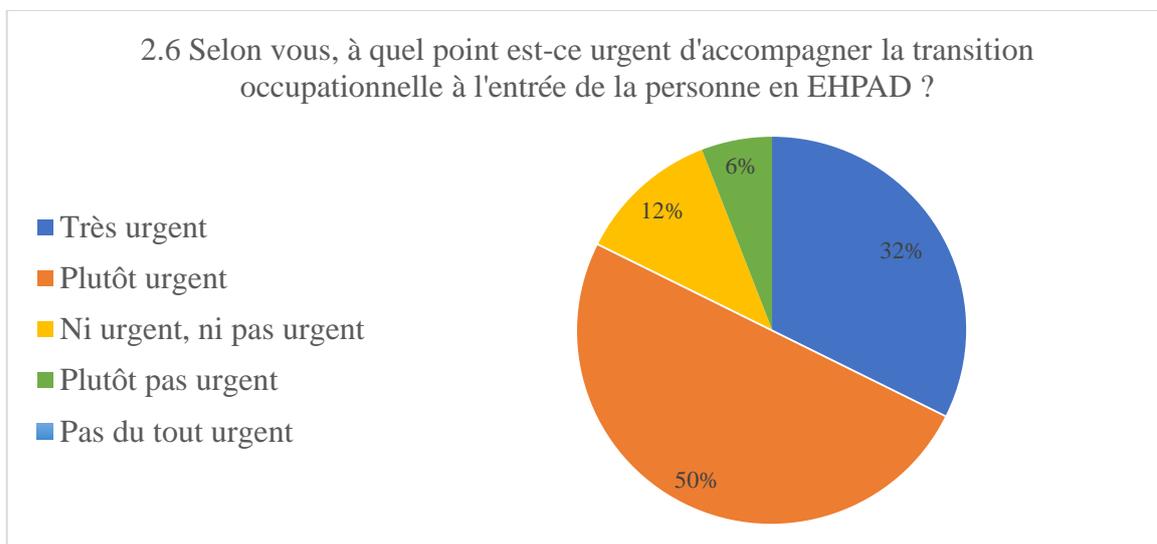


Fig. 12 Perception des ergothérapeutes sur l'urgence de l'accompagnement de la transition occupationnelle

Nous avons désormais des informations sur la représentation qu'ont les ergothérapeutes de l'accompagnement de la transition occupationnelle. Analysons maintenant leurs pratiques professionnelles sur le terrain.

3. L'accompagnement de la transition occupationnelle en pratique

La question 3.1 : « Dans votre pratique, quels sont vos objectifs thérapeutiques prioritaires lors de l'entrée d'un nouveau résident à l'EHPAD ? (Les objectifs que vous accomplissez en premier) » est une question ouverte. Afin d'analyser les réponses, je les ai lues puis j'ai identifié plusieurs marqueurs (des réponses qui revenaient fréquemment) que j'ai ensuite regroupés en grands thèmes afin d'en analyser la fréquence :

Marqueurs :	Grands thèmes (fréquence) :
<u>Favoriser l'autonomie et l'indépendance du résident</u>	<u>Autonomie/indépendance dans les AVQ (51) :</u> – Évaluations (déplacements, transferts, repas, toilette, orientation, communication). – Compensation (matériel, environnement).
<u>Bilan des activités de vie quotidienne (AVO)</u>	<u>Bien-être (14) :</u> – Relation thérapeutique. – Intégration au sein de l'EHPAD.
<u>Évaluation des capacités/incapacités (toilette/repas) physiques, cognitives et sensorielles</u>	<u>Confort (12) :</u> – Installation. – Préparation de l'entrée.
<u>Matériel : préconisation et adaptation</u>	<u>Sécurité (10) :</u> – Chutes (évaluation, prévention).

	– Escarres (évaluation, prévention).
<u>Déplacements</u>	<u>Lien avec les activités/occupations (10) :</u> – Évaluation (recueil de données, entretien). – Permettre les activités (lien avec les ateliers de l’EHPAD ou d’ergothérapie)
<u>Transferts</u>	<u>Coordination (4) :</u> – Transmissions aux équipes. – Collaborations pluridisciplinaires.
<u>Permettre au résident de se repérer</u>	
<u>Créer une relation de confiance</u>	
<u>Intégration au sein de l’établissement</u>	
<u>Préparer l’entrée de la personne en aménageant l’environnement</u>	
<u>Installation</u>	
<u>Prévention des escarres</u>	
<u>Chutes</u>	
<u>Bilan des habitudes de vie (HDV) et des loisirs</u>	
<u>Les objectifs dépendent du bilan d’entrée d’ergothérapie</u>	
<u>Recueil de données</u>	
<u>Évaluation du profil occupationnel</u>	
<u>Trouver des ateliers/animations significantes</u>	
<u>Transmissions des informations à l’équipe</u>	

Tab. II Analyse thématique de la question 3.1

Cette analyse me permet d’établir un graphique regroupant les grands thèmes. Ainsi, l’autonomie et l’indépendance du résident dans les AVQ semblent représenter la majeure partie des objectifs prioritaires à l’entrée de la personne en EHPAD. Ces objectifs sont liés à l’accompagnement de la transition occupationnelle, car les AVQ font partie du profil occupationnel de la personne. Néanmoins, le terme AVQ est vaste et mériterait d’être précisé afin de savoir s’il désigne ou non les 3 grands domaines d’occupations à savoir les loisirs, les soins personnels et la productivité.

En ce qui concerne les objectifs centrés sur les occupations de la personne, 10 objectifs en lien avec les occupations de la personne ont été mentionnés sur les 101 objectifs évoqués. Cela montre que dans leur pratique les ergothérapeutes mettent peu en place, de manière consciente et formulée, des objectifs liés aux occupations de la personne lors de son entrée en EHPAD.

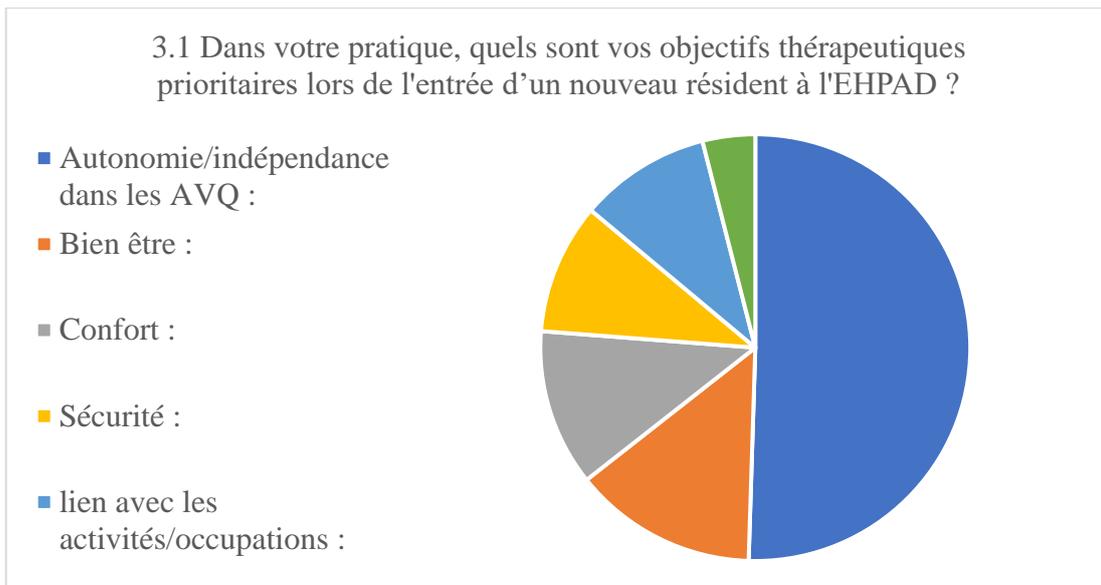


Fig. 13 Objectifs prioritaires lors de l'entrée d'un nouveau résident à l'EHPAD

Malgré une relativement faible apparition des objectifs liés aux occupations dans les objectifs prioritaires des ergothérapeutes, les réponses à la question suivante montrent que la transition occupationnelle est tout de même une notion « plutôt importante »⁴ dans la pratique des ergothérapeutes en EHPAD.

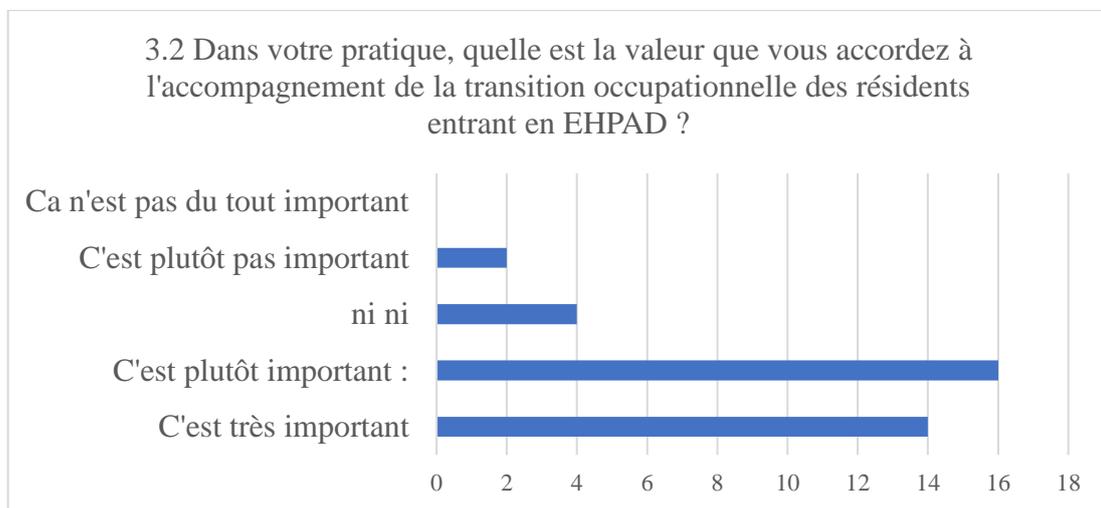


Fig. 14 Valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD dans la pratique des ergothérapeutes

⁴ Calcul effectué selon l'échelle de Likert qui donne une moyenne à 4,2 (4 correspondants à plutôt important et 5 à très important)

L'accompagnement de la transition occupationnelle fait partie des objectifs posés par les ergothérapeutes pour presque la plupart des patients entrants,⁵ mais il n'est pas prioritaire puisqu'il passe après 1 ou 2 objectifs⁶.

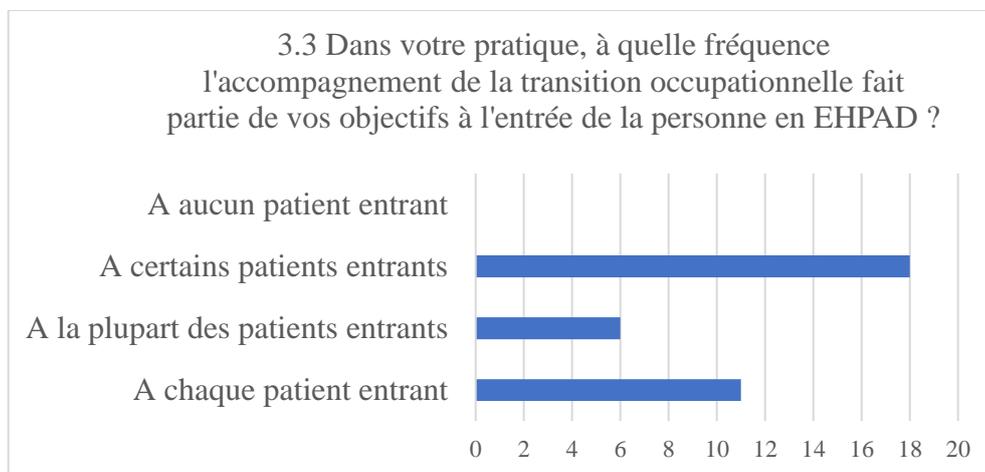


Fig. 15 Fréquence de l'accompagnement de la transition occupationnelle dans les objectifs d'entrée.

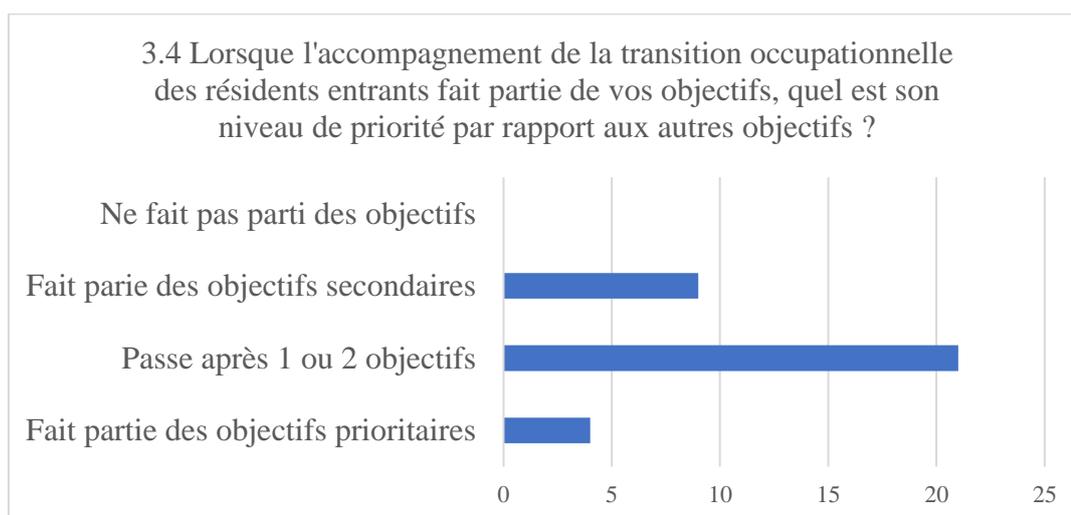


Fig. 16 Niveau de priorité des objectifs centrés sur l'accompagnement de la transition occupationnelle

Lorsque l'accompagnement de la transition occupationnelle fait partie des objectifs, les moyens utilisés par les ergothérapeutes sont variés.

J'ai classé les différents marqueurs en grands thèmes et j'observe que cet accompagnement passe pour la majorité par la connaissance du patient à travers différents bilans, recueils de données, entretiens, visites de pré-admission mais aussi en travaillant en

⁵ Selon l'échelle de Likert : moyenne à 2,8 ; 2 correspond à « certains patients entrants » et 3 à « la plupart des patients entrants ».

⁶ Selon l'échelle de Likert : moyenne à 2,9 ; 2 correspond à « fait partie des objectifs secondaires » et 3 à « passe après un ou deux objectifs ».

lien avec la famille et l'équipe. La participation du patient aux activités est fréquemment citée également ; cela peut passer par des séances d'ergothérapie et au PASA (pôle d'activités et de soins adaptés), mais également par la participation à la vie de l'établissement. La notion d'activité signifiante est également apparue ; en effet, les activités auxquelles la personne participe doivent avoir un sens pour elle afin d'entrer dans une démarche de transition occupationnelle. Enfin, le fait de favoriser l'autonomie et l'indépendance dans l'EHPAD semble être un moyen d'accompagnement de la transition occupationnelle. Or, cette notion a déjà été citée plus haut comme objectif prioritaire à l'entrée de la personne en EHPAD. Ainsi, les ergothérapeutes travaillant en EHPAD semblent favoriser la transition occupationnelle des résidents en favorisant leur autonomie et leur indépendance de même que leur participation aux activités grâce à une connaissance approfondie du patient.

Marqueurs :	
<u>Bilan de l'autonomie et de l'indépendance dans les AVO.</u>	<u>Collaboration</u>
<u>Recueil de données</u>	<u>Entretiens</u>
<u>MCRO (mesure canadienne du rendement occupationnel)</u>	<u>Mises en situation</u>
<u>Lien avec les occupations antérieures</u>	<u>Lien avec la famille du résident</u>
<u>Séances d'ergothérapie individuelles et en groupe</u>	<u>Adaptation environnement</u>
<u>Activités signifiantes</u>	<u>Infos au résident</u>
<u>Participation à la vie de l'établissement</u>	<u>Matériel</u>
<u>PASA</u>	<u>Sécurité</u>

Tab. III Analyse thématique des moyens utilisés afin d'accompagner la transition occupationnelle

3.5 Lorsque vous accompagnez la transition occupationnelle des résidents entrants à l'EHPAD, quels sont les moyens que vous utilisez ?

- Favoriser l'autonomie et l'indépendance dans l'EHPAD
- Participation aux activités
- Connaissance du patient

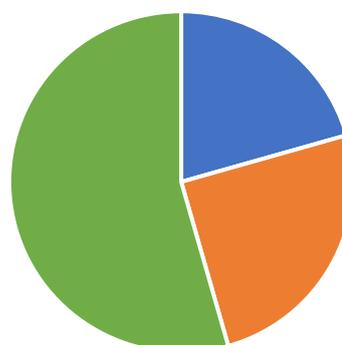


Fig. 17 Moyens utilisés dans l'objectif d'accompagner la transition occupationnelle

4. Ouverture

La majorité des ergothérapeutes (64%) ne sont pas satisfaits de la place qu'ils accordent à la transition occupationnelle des résidents. Seulement un quart le sont. Ce résultat illustre le décalage entre la volonté des ergothérapeutes et leur pratique sur le terrain.

4.1 Etes vous satisfaits de la place accordée à la transition occupationnelle des résidents dans votre prise en soin ?

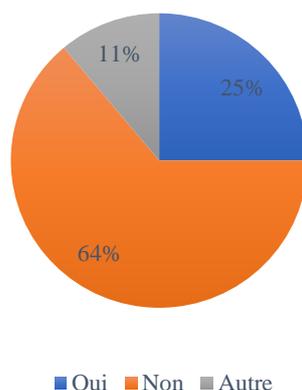


Fig. 18 Satisfaction des ergothérapeutes au niveau de la place qu'ils accordent à la transition occupationnelle dans leur prise en soin

Les ergothérapeutes répondants citent plusieurs freins à leur satisfaction concernant leur pratique. J'ai regroupé les éléments qu'ils aimeraient changer en trois grandes catégories :

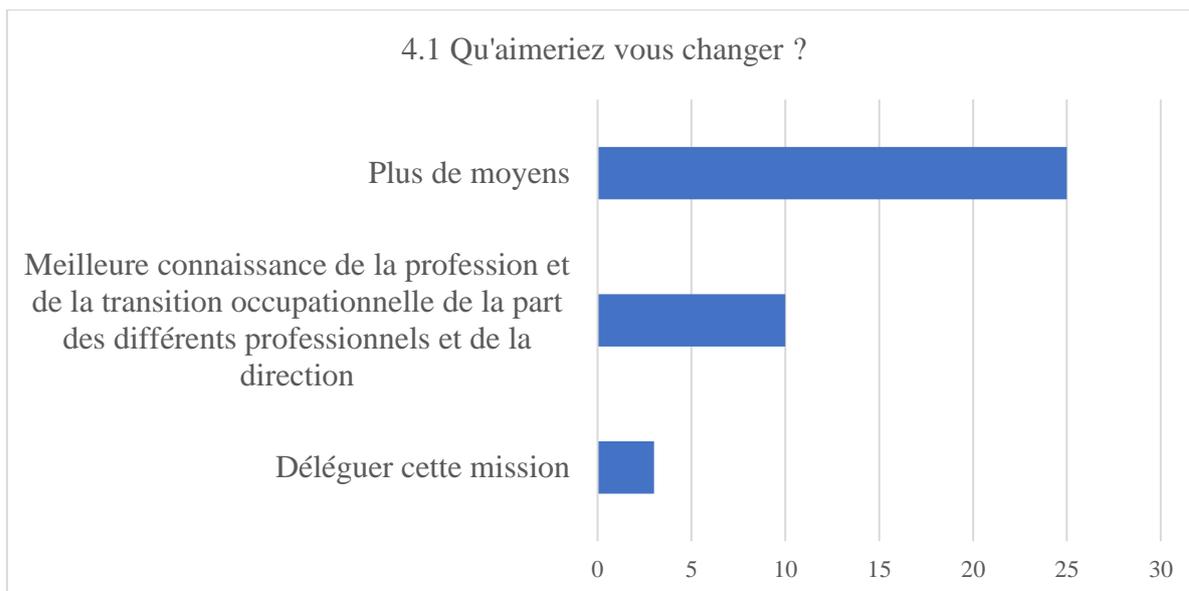


Fig. 19 Ce que les répondants aimeraient changer dans leurs pratiques afin d'être plus satisfaits de la place qu'ils accordent à la transition occupationnelle des résidents

Dans le grand thème « Plus de moyens » sont inclus : le temps de présence des ergothérapeutes, le budget attribué à leur poste, plus de formation, des locaux adaptés ainsi que du temps pour mieux préparer l'entrée des résidents en amont. C'est la réponse qui est revenue en majorité ; elle apparaît 25 fois parmi les 38 éléments cités. En deuxième position (citée 10 fois), on retrouve une volonté d'améliorer la connaissance de la profession et de la science de l'occupation de la part des différents professionnels et de la direction. Enfin, 3 personnes pensent que l'accompagnement de la transition occupationnelle devrait être délégué à d'autres professions et citent les animateurs de l'EHPAD comme professionnels compétents.

5. Synthèse et lien vers les entretiens semi-directifs

En lien avec mon hypothèse, j'ai observé les réponses apportées au questionnaire en fonction du temps de présence dont les ergothérapeutes bénéficient. L'ergothérapeute bénéficiant du moins de temps par patients et par semaine (5 min 50s) explique que par manque de temps, il ne peut pas accompagner correctement la transition occupationnelle des nouveaux résidents mais il n'y accorde pas moins d'importance. Selon lui, cet accompagnement est très important car très bénéfique pour le patient. De même, l'ergothérapeute bénéficiant de plus de temps de présence auprès des patients (parmi ceux interrogés) semble globalement en accord avec le premier en ce qui concerne la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle (plutôt important car plutôt bénéfique pour les patients). Il indique également ne pas avoir assez de temps car depuis

l'épidémie de COVID-19, le nombre de missions a augmenté au détriment de l'accueil des résidents.

Les personnes ayant répondu que l'accompagnement de la transition occupationnelle n'était pas important ou pas urgent expliquent cela par une différence de vision de la pratique et du rôle de l'ergothérapeute qui ne semble pas en lien avec le temps de présence dont ils bénéficient. C'est-à-dire que, dans la représentation de certains ergothérapeutes (2 sur 36 dans mon enquête), cet accompagnement n'est pas de leur ressort mais est réalisé par les autres professionnels intervenants auprès de la personne, comme les animateurs par exemple.

Les réponses obtenues au questionnaire donnent ainsi une indication de la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle qui ne semble pas liée au temps de présence de l'ergothérapeute. En effet, la grande majorité des répondants accordent une valeur importante à cet accompagnement indépendamment du temps dont ils bénéficient auprès des résidents. Une fois ces résultats analysés, j'ai eu besoin d'obtenir des réponses concrètes sur des questionnements qualitatifs : concrètement, comment l'ergothérapeute utilise ses compétences pour accompagner la transition occupationnelle des nouveaux résidents tant par ses connaissances théoriques, son approche professionnelle mais aussi les moyens utilisés ? La totalité des répondants pensent que l'accompagnement de la transition occupationnelle est bénéfique pour le patient, mais en quoi ?

F. Modalités de passation des entretiens semi-directifs

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, j'ai décidé de réaliser 3 entretiens semi-directifs. Au vu des conditions sanitaires, les entretiens ont eu lieu par téléphone. J'ai contacté 3 ergothérapeutes ayant déjà répondu à mon questionnaire et qui ont accepté d'être recontactés par mail pour un entretien. Nous avons convenu d'un rendez-vous téléphonique et les entretiens se sont déroulés en suivant la même grille d'entretien (cf. Annexes) pour les 3 répondants.

Les entretiens ont été enregistrés ce qui m'a permis par la suite de retranscrire et d'analyser les réponses des ergothérapeutes interrogés.

G. Analyse des résultats

1. Profil des répondants

Afin de respecter l'anonymat, les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens semi-directifs seront désignés « ergothérapeutes 1, 2 et 3 ».

L'ergothérapeute 1 est diplômée depuis 2013 et travaille à temps plein dans un EHPAD de 114 lits depuis 3 ans et demi. Au sein de son poste, elle est en charge du matériel, s'occupe des missions de réadaptation et intervient pour améliorer la qualité de vie des patients. Elle précise d'ailleurs qu'elle participe à beaucoup de projets en lien avec l'amélioration de la qualité de vie.

L'ergothérapeute 2 est diplômée depuis 2003 et travaille à mi-temps dans un EHPAD de 80 lits depuis 8 ans. Elle travaille également un « petit temps » en libéral.

L'ergothérapeute 3 est diplômée depuis 2008 et travaille à 60% dans un EHPAD de 89 lits depuis 7 ans.

2. La transition occupationnelle

Les trois ergothérapeutes ont su définir la transition occupationnelle malgré la non utilisation de ce terme pour l'ergothérapeute 2. Cela traduit une certaine cohérence dans les pratiques et dans l'approche des ergothérapeutes.

En ce qui concerne la pratique, la connaissance de la personne, afin de l'accompagner dans sa transition, a été citée par les trois ergothérapeutes. Quant aux moyens utilisés, ils sont différents selon les ergothérapeutes. L'ergothérapeute 1, qui travaille à temps plein, effectue, lorsqu'elle le peut, des visites de pré-admission avec le médecin coordinateur, la psychologue, le cadre et la direction. Les ergothérapeute 2 et 3, elles, ne participent pas aux visites de pré-admission, sauf cas particulier. Ce sont le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice qui l'organisent pour l'ergothérapeute 2. Cette dernière s'est déjà posée la question de participer aux visites de pré-admission mais elle a déjà trop de missions pour arriver à y assister. L'ergothérapeute 3 pense que ça serait intéressant d'y assister plus souvent si elle le pouvait car cela permet à la personne de se sentir plus accueillie dans l'EHPAD. De plus, l'ergothérapeute 3 possède le BME (Bilan Modulaire en Ergothérapie) dans son établissement. C'est un bilan normé spécifique à l'ergothérapie en gériatrie qui permet de faire état du profil occupationnel de la personne mais par manque de temps, elle ne l'utilise pas et réalise des entretiens avec les patients en moyenne un mois après leur entrée. Elle utilise également le projet personnalisé de la personne comme outil afin de connaître la personne. Ce projet personnalisé est rédigé par la psychologue qui est la référente des projets personnalisés mais elle travaille en lien avec l'ergothérapeute et la sollicite lorsqu'elle peut intervenir.

Les suivis de groupes en ergothérapie sont des moyens utilisés par les ergothérapeutes 1 et 3 également. Les groupes permettent de stimuler des fonctions cognitives ou motrices en lien avec le projet de la personne. Par exemple, l'ergothérapeute 3 met en place un groupe d'écriture car cela correspond à la demande de plusieurs résidents ce qui va également permettre la socialisation de la personne qui va faire connaissance avec les autres résidents partageant la même problématique qu'elle. Lors des activités de groupe, l'ergothérapeute 1 s'adapte quand même à chaque personne et ne propose pas exactement la même activité aux résidents en fonction de leurs capacités.

Pour l'ergothérapeute 2, les moyens utilisés dépendent de la personne ; c'est la raison pour laquelle elle passe souvent par des suivis individuels en commençant par évaluer la personne puis à « initier » l'activité. Le fait que la personne participe aux activités de l'EHPAD va permettre de lui créer des repères à la fois spatio-temporels (se repérer dans la semaine ou dans la journée à l'aide de l'activité qui est à heures fixes), mais aussi des repères environnementaux (investir l'EHPAD et se déplacer vers l'endroit où se déroule l'activité).

De manière plus globale, les ergothérapeutes 1 et 3 expliquent que l'ergothérapeute évalue le profil occupationnel de la personne et pose des objectifs ou identifie des actions à mettre en place afin d'accompagner la transition occupationnelle mais qu'il va rapidement déléguer aux autres professionnels. Par exemple, l'ergothérapeute va proposer à un résident de participer à une activité signifiante pour lui et une fois que le résident adhère au projet, l'ergothérapeute relaie l'information aux différents professionnels concernés. Il va « initier » ou « induire l'occupation » (ergothérapeute 1), mettre en place un rituel qui va devenir une habitude. La spécificité de l'ergothérapeute réside dans le fait qu'il « permet l'activité » (ergothérapeute 1), soit en termes de matériel qu'il peut préconiser ou adapter, soit en termes physique et cognitif qu'il peut parfois réentraîner ou rééduquer.

L'accompagnement de la transition occupationnelle peut être freiné par différents facteurs. Premièrement, la personne elle-même peut être un frein car il est fréquent qu'elle n'ait pas envie de vivre en EHPAD et donc qu'elle ne s'investisse pas dans la prise en soin. Ensuite, le temps est un frein puisque, selon l'ergothérapeute 3, les postes ne sont pas souvent à temps plein et s'ajoute à cela la pluralité des missions confiées à l'ergothérapeute. Cela a souvent pour effet de privilégier certaines missions comme la préconisation ou l'adaptation de matériel au détriment de l'accompagnement des nouveaux résidents. Enfin, la communication entre les familles, les hôpitaux et les EHPAD est un frein. En effet, il y a

trop souvent de la perte d'informations selon l'ergothérapeute 2. Il serait nécessaire d'améliorer la coordination entre tous les acteurs afin d'éviter ce problème et d'améliorer la connaissance de la personne. En effet, les admissions sont souvent rapides à la suite d'un évènement qui a rapidement dégradé la situation de la personne (chute, décès du conjoint...) ce qui laisse peu de temps aux différents acteurs pour préparer l'entrée de la personne.

3. Les bénéfices pour le patient

Le deuxième thème de mes entretiens portait sur le bénéfice que l'accompagnement de la transition occupationnelle apporte aux patients. En effet, lors des réponses aux questionnaires, la totalité des ergothérapeutes s'accordaient à dire que cet accompagnement est bénéfique mais en quoi ?

L'ergothérapeute 1 explique que lorsque l'arrivée en EHPAD est accompagnée, cela permet à la personne de se sentir plus vite chez elle, de se sentir plus accueillie. Elle ajoute que si on ne le fait pas, cela pose rapidement problème. Par exemple, il y a un résident qui a été peu accompagné à son arrivée et rapidement il a fugué car il expliquait ne pas se sentir chez lui. Après cette fugue, il a développé des troubles du comportement (opposition, refus de s'alimenter) et le suivi de cette personne a été très long. Ces problématiques auraient peut-être été moins prononcées si l'arrivée avait été mieux préparée, améliorant ainsi le bien-être du résident et des soignants. L'ergothérapeute 2 émet d'ailleurs l'hypothèse que lorsqu'on accompagne bien l'entrée de la personne, cela peut limiter les problématiques qui apparaissent après plusieurs mois ou années. Selon elle, cela permet à la personne d'être actrice de son projet de vie et de mieux l'accepter : « la personne aura vraiment envie d'être actrice de sa transition occupationnelle et aura beaucoup plus envie de s'adapter à ce nouveau milieu, recréer des occupations et pouvoir s'intégrer » (ergothérapeute 2).

Selon l'ergothérapeute 3, accompagner la personne dans sa transition occupationnelle permet de maintenir ses capacités et de limiter la grabatisation de la personne ainsi que le repli sur soi. Le maintien des occupations permet d'améliorer le bien-être des personnes dans une situation qui est souvent mal vécue.

4. Ouverture

Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont parlé des capacités cognitives des personnes qui influencent fortement les possibilités d'accompagnement de la transition occupationnelle. En effet, l'ergothérapeute 2 estime « à quel point elle (la personne) peut

comprendre qu'elle a changé d'environnement, qu'elle est entrée en institution » avant de travailler sur l'accompagnement de la transition.

Le rôle de la famille a été évoqué également. Selon l'ergothérapeute 1, il y a un travail de transition à faire, un « deuil » au niveau des liens familiaux et de la relation qui ne sera plus la même du fait de la vie en collectivité. La vie en collectivité est un sujet qui est souvent revenu aussi. La vie en EHPAD est très différente de la vie seul ou à deux chez soi. Les personnes doivent apprendre à s'adapter aux règles, aux habitudes de vie, aux horaires, à la nourriture, aux odeurs, à la décoration... Ils ne sont jamais réellement chez eux. C'est une question qui pose problème dans l'accompagnement car parfois, la structure n'est pas en mesure de s'adapter au rythme du résident. Par exemple, l'ergothérapeute 3 explique qu'une dame vivait mal le fait d'être changée en pyjama vers 18h et de manger en pyjama. Ça ne correspondait pas à ses habitudes de vie mais l'institution n'était pas en mesure de changer son organisation pour changer l'horaire de mise en pyjama.

Ce genre de problématique est également lié au manque de temps et de moyens : après 18h, les équipes de jour partent et l'équipe de nuit n'a pas le temps de faire la mise en pyjama. Le travail de l'ergothérapeute est donc limité car une fois la problématique occupationnelle identifiée, le relai ne peut pas être fait auprès des équipes.

C'est la raison pour laquelle j'ai demandé aux ergothérapeutes si elles pensaient qu'il serait intéressant d'avoir plus de temps d'ergothérapie. L'ergothérapeute qui travaille à temps plein pense que ce n'est pas un poste d'ergothérapeute qu'il faudrait mais plus de soignants afin qu'ils aient la possibilité de mettre en place les préconisations qu'elle fait. Les deux autres ergothérapeutes qui travaillent à 60% et 50% pensent qu'un temps plein en ergothérapie serait nécessaire afin d'avoir le temps de préparer et d'accompagner l'entrée des résidents qui est parfois relayée au second plan du fait des autres missions qu'elles ont.

Enfin, l'ergothérapeute 3 aimerait travailler plus en lien avec la direction afin qu'ils comprennent mieux les enjeux du maintien de l'activité pour les personnes âgées. En effet, elle explique que la représentation qui est faite de son métier sur son lieu de travail est qu'il faut soulager au maximum les personnes des tâches. Par exemple, les soignants vont automatiquement faire le lit des personnes bien que certaines soient en capacité de le faire seules. Selon l'ergothérapeute 3, tout faire à la place des résidents n'est pas bénéfique pour eux et mène à un déclin des capacités mais elle a des difficultés à transmettre ces valeurs auprès de la direction et de ses collègues soignants.

IV. Discussion

A. Le processus d'intervention de l'ergothérapeute

Dans le cadre théorique, nous avons vu que le processus d'intervention de l'ergothérapeute en gériatrie débute par l'évaluation afin de mesurer le plus précisément possible l'état de dépendance de la personne âgée (Kalfat 2009) ce qui est largement confirmé par l'enquête puisque les questionnaires et les entretiens mettent en évidence l'importance de l'évaluation et de la connaissance du patient dans le suivi en ergothérapie.

Le cadre théorique citait un ensemble d'évaluations que l'ergothérapeute est amené à réaliser à l'entrée du résident : l'évaluation du risque de chute, des risques d'escarres, des capacités cognitives, des capacités fonctionnelles, des besoins en aides techniques, des activités de vie quotidienne, et du profil occupationnel de la personne. Cela semble tout à fait en accord avec la pratique puisque l'ensemble de ces évaluations ont été mentionnées lors des questionnaires. Néanmoins, peu d'ergothérapeutes ont dit utiliser des bilans normés tels que cités dans mon cadre théorique (le Tinetti, le bilan de Braden, la MOCA...). Lors des entretiens semi-directifs, l'ergothérapeute 3 a parlé du BME (Bilan Modulaire en Ergothérapie) car il est disponible dans son établissement mais elle ne l'utilise pas par manque de temps. A la place des bilans, un moyen permettant d'évaluer la personne souvent citée par les ergothérapeutes a été l'entretien.

Selon le cadre théorique, l'évaluation de la personne et de sa manière d'agir dans son environnement est suivie de la pose d'un diagnostic en ergothérapie (Mignet, Doussin-Antzer, et Éric 2017). Lors de mon enquête, le diagnostic en ergothérapie n'a pas été évoqué, ce qui pourrait supposer que les ergothérapeutes qui ont participé à ma recherche ne rédigent pas de diagnostic en ergothérapie à l'issue de leurs évaluations.

Pour ce qui est de la spécificité de l'ergothérapeute en gériatrie, mes entretiens semi-directifs confirment la théorie : la spécificité de l'ergothérapeute est de solliciter la personne de manière fonctionnelle, c'est-à-dire en passant par l'activité, information donnée par l'ergothérapeute 1.

D'après Wilcock, l'engagement des personnes âgées dans des occupations significatives serait primordial pour maintenir la bonne santé et le bien-être de la personne (Wilcock 2015). C'est le propos qu'a tenu l'ergothérapeute 3 lors de notre échange : la diminution d'activités à l'entrée en EHPAD est significative de la grabatisation de la personne âgée. L'ergothérapeute a alors un rôle à jouer dans le maintien d'un niveau suffisant d'activités

identifié comme primordial dans la prévention primaire (Trouvé 2011). Selon la littérature, l'équipe soignante devrait chercher à permettre à la personne d'utiliser ses capacités (Wood 2016) ; or, c'est un aspect mal reconnu par certaines institutions qui considèrent qu'il faut soulager la personne de ses obligations et qui peuvent parfois trop faire à sa place selon l'ergothérapeute 3.

B. Une prise en soin individualisée

D'après mes lectures, les institutions s'orientent vers une prise en soin centrée sur la personne et axée sur ses capacités. C'est-à-dire que le soin est d'avantage individualisé en fonction du résident et que l'ergothérapeute met en place un plan d'intervention individualisé centré sur la participation occupationnelle de la personne dans ses activités courantes, en posant des objectifs négociés avec la personne (Mignet et al. 2017). C'est une information qui a été confirmée par les entretiens semi-directifs qui ont souligné l'importance d'un accompagnement individualisé et par les questionnaires qui ont montré que la connaissance de la personne est le moyen le plus cité pour l'accompagner dans sa transition occupationnelle.

La mise en place du projet personnalisé dont je parle dans mon cadre théorique permet d'accentuer cette individualisation des soins. Néanmoins, selon mes lectures, l'ensemble des soignants, des médecins tout comme l'ergothérapeute, participent à la rédaction du projet personnalisé qui guidera la prise en soin de la personne (Anesm 2018). Or, dans la pratique, l'ergothérapeute n'y participe pas toujours comme l'ergothérapeute 3 qui se sert du projet personnalisé (une fois rédigé) comme outil pour mieux connaître la personne mais ne participe pas à sa rédaction.

Enfin, nous avons vu dans le cadre théorique que le respect de ses habitudes de vie antérieure et de la culture de la personne (concernant la toilette, le sommeil, le repas...) permettent de réduire efficacement les troubles du comportement et les syndromes dépressifs chez les patients (Zimmerman et al. 2013). C'est une observation que les ergothérapeutes sur le terrain ont également pu faire, notamment l'ergothérapeute 1 puisque, selon elle, une arrivée en institution trop peu accompagnée va majorer les troubles du comportement.

C. Une forte collaboration entre les professionnels

Dans mon cadre théorique, je parle d'une forte collaboration entre les différents professionnels en EHPAD et c'est également ressorti dans mon enquête : l'ergothérapeute va repérer et initier les actions à mener grâce à sa connaissance de la personne mais fera ensuite le relai aux différents professionnels (animation, aides-soignants...) pour que l'activité devienne une habitude.

Selon Bourrellis et Bazerolles (2009), l'ergothérapeute en gériatrie doit agir en équipe pluridisciplinaire, car intervenir auprès de la personne âgée nécessite une approche globale. On retrouve cette information dans le discours de l'ergothérapeute 3 qui explique que les différents professionnels la sollicitent lorsqu'ils repèrent un besoin de suivi en ergothérapie.

D'après le cadre théorique, les institutions souffrent du manque d'effectif soignant. C'est une donnée qui est revenue lors des questionnaires où le manque de moyens (matériel mais aussi au niveau des effectifs) a été cité 25 fois sur 36 répondants. Il semblerait que cela soit la cause principale de la non satisfaction des ergothérapeutes quant à la place qu'ils accordent à l'accompagnement de la transition occupationnelle (64 % d'insatisfaction).

D. Une arrivée synonyme de grand changement

Lors de la rédaction de mon cadre théorique, j'ai pu constater que l'arrivée en EHPAD est un tournant dans la vie des personnes âgées. La décision de rentrer en EHPAD est parfois difficile voire brutale (Donnio 2005) ; d'autant plus que la décision ne vient pas de la personne elle-même dans la majorité des cas.

C'est une donnée qui a été confirmée par les ergothérapeutes lors des entretiens semi-directifs qui m'ont expliqué que la personne pouvait être un frein à l'accompagnement de la transition occupationnelle car elle n'a pas forcément envie de venir, que l'institutionnalisation s'est faite rapidement ou sans son accord.

Isabelle Donnio, psychologue, insiste sur l'importance d'une collaboration entre l'institution, les familles et la personne ainsi qu'une collaboration des professionnels entre eux afin de prévenir les risques de rupture des relations familiales. C'est un sujet qui a été abordé par l'ergothérapeute 1, qui explique que les liens familiaux ne seront plus les mêmes

du fait de la collectivité et qui aimerait faire un travail sur l'accompagnement de cette transition au niveau du rôle familial.

V. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis d'approfondir mes connaissances au niveau de l'accompagnement en ergothérapie de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD. Nous avons vu que dans la représentation des ergothérapeutes, cet accompagnement de la transition occupationnelle est un objectif important et bénéfique pour le patient. Ces représentations semblent en décalage avec la pratique. En effet, dans les objectifs prioritaires, les ergothérapeutes formulent peu d'objectifs liés aux occupations de la personne en faveur d'objectifs visant son indépendance et son autonomie dans l'EHPAD. Néanmoins, selon les ergothérapeutes, ces notions d'indépendance et d'autonomie constituent des moyens afin d'accompagner la transition occupationnelle du résident bien que le moyen principal soit la connaissance du résident. Il semblerait donc que le peu d'objectifs liés à l'accompagnement de la transition occupationnelle pourrait venir de la non utilisation des termes issus des sciences de l'occupation mais que dans la pratique, cet accompagnement se fait à travers l'optimisation de l'indépendance et de l'autonomie des résidents. Cette hypothèse est renforcée par l'ergothérapeute 2 qui, lors de l'entretien, m'a dit ne pas utiliser le terme de transition occupationnelle car elle n'a pas été formée à cela, bien qu'elle en comprenne le sens et sache le définir. Malgré tout, seulement un quart des ergothérapeutes se dit satisfait de la place accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle dans leur pratique. Le motif principal de ce faible taux de satisfaction semble être la volonté de bénéficier de plus de moyens afin d'exercer la profession d'ergothérapeute en EHPAD.

Grâce aux entretiens j'ai appris que, pour accompagner la transition occupationnelle, l'ergothérapeute met en place des adaptations matérielles (moyens) et organisationnelles (instauration de rituels) afin de permettre l'activité signifiante en lien avec l'histoire de vie de la personne. Cet accompagnement permet aux résidents de mieux s'intégrer à la collectivité mais peut créer des troubles du comportement (fugue, apathie) s'il est négligé.

Ce travail de recherche suppose que les personnes rentrant en EHPAD s'y installent mais il existe aussi des séjours temporaires où la personne rentrera à terme chez elle. Dans

ce cas, qu'est-ce que l'ergothérapeute peut mettre en place afin de limiter la rupture durant les 2 ou 3 mois d'accueil et faciliter le retour à domicile dans de bonnes conditions ?

Une des remarques apparues à la fois dans les questionnaires et dans les entretiens est que l'accompagnement de la transition occupationnelle est très différent selon les troubles de la personne. Par exemple, l'accompagnement sera beaucoup plus compliqué pour les personnes présentant des troubles cognitifs. C'est une partie du questionnement que je n'ai pas traitée dans mon cadre théorique, ni dans mon enquête et qui amène d'autres questions : quelles différences existe-t-il dans la prise en charge en ergothérapie en fonction des capacités cognitives des personnes entrant en EHPAD ? Comment l'ergothérapeute travaillant en EHPAD accompagne-t-il la transition occupationnelle des personnes ayant des troubles cognitifs ?

Enfin, il a souvent été abordé par les ergothérapeutes, le rôle des familles qui est très différent selon les histoires de vie des personnes mais qui prend souvent une place importante. Comment l'ergothérapeute participe à l'intégration de l'environnement social humain de la personne dans sa prise en soin en EHPAD ?

VI. Bibliographie

- Anesm. 2018. « LE PROJET PERSONNALISÉ: UNE DYNAMIQUE DU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT (volet EHPAD) ».
- ARS. 2017. « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre ». *ars.sante.fr*. Consulté 13 décembre 2020 (<http://www.ars.sante.fr/laccueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et-diversification-de-loffre>).
- Bertrand, Romain. 2020. « Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits ». *Ergothérapies* 78:17-29.
- Bourrellis, Catherine, et Marie-Christine Bazerolles. 2009. « La filière gérontologique : parcours de vie / parcours de soin ». P. 39-62 in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Vol. 1. Marseille.
- CNDEPAH. 2019. « Les effectifs soignants en Ehpad : état des lieux et perspectives ». P. 14 in.
- Djaoui, Elian. 2008. *Intervenir au domicile*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Donnio, Isabelle. 2005. « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». *Gerontologie et société* 28 / n° 112(1):73-92.
- DREES. 2018. « Tableau 15. Distribution des entrants au cours de l'année 2015 par type d'hébergement antérieur et catégorie d'établissement ». *data.drees.sante.gouv.fr*. Consulté 8 novembre 2020 (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>).
- DREES. 2019. « TABLEAU 2. EFFECTIFS DES ERGOTHERAPEUTES par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge ». *ta.drees.sante.gouv.fr*. Consulté 7 novembre 2020 (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3700>).
- Gineste, Yves, et Jérôme Pellissier. 2007. *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris: A. Colin.
- INSEE. 2020a. « Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee ». *INSEE.fr*. Consulté 7 novembre 2020 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>).
- INSEE. 2020b. « Personnes âgées dépendantes : Tableaux de l'économie française ». *INSEE.fr*. Consulté 2 octobre 2020 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>).
- Josephsson, Staffan, Lars Bäckman, Lena Borell, Birgitta Bernspång, Louise Nygård, et Lisa Rönnerberg. 1993. « Supporting Everyday Activities in Dementia: An Intervention

- Study ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(5):395-400. doi: 10.1002/gps.930080505.
- Kalfat, Hadj. 2009. « La démarche thérapeutique en ergothérapie : outils conceptuels, diagnostic et organisation du processus de soin ». P. 85-97 in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Vol. 1. Marseille.
- Kühne, Nicolas, et Sylvie Tétréault. 2017. « Equilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ? » in *Occupation Humaine et Santé*. Lausanne.
- Margot-Cattin, Isabel. 2009. « L'évaluation ergothérapique en gériatrie et gérontologie ». P. 99-111 in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Vol. 1. Marseille.
- Margot-Cattin, Isabelle. 2009. « La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. » P. 125-36 in *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille: Solal.
- Meyer, Sylvie. 2017. « Les facettes d'une approche occupationnelle ». in *Occupation Humaine et Santé*. Lausanne.
- Meyer, Sylvie. 2018. « Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie ». *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* 4(2):13-28. doi: 10.13096/rfre.v4n2.116.
- Meyer, Sylvie. 2020. « L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. » *ErgOTHérapies* (77):37-44.
- Mignet, Gladys, Aline Doussin-Antzer, et Sorita Eric. 2017. « Modèles généraux en ergothérapie ». P. 72-85 in *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. 2006. « Plan solidarité grand âge ».
- Morel-Bracq, Marie-Chantal. 2017. « Le défi de l'occupation humaine selon Doris Pierce ». in *Occupation Humaine et Santé*. Lausanne.
- Morel-Bracq, Marie-Chantal et Association nationale française des ergothérapeutes. 2004. *Approche des modèles conceptuels en ergothérapie*. Arcueil, France: Association nationale française des ergothérapeutes.
- Parkinson, Sue, Kirsty Forsyth, et Gary Kielhofner. 2017. *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. De Boeck Supérieur. Louvain-la-Neuve.
- Pierce, Dorris. 2016. « La science de l'occupation : Une base de connaissances disciplinaires puissantes pour l'ergothérapie. » P. 364 in *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-la-Neuve.
- Pierce, Dorris, et Marie-Chantal Morel-Bracq. 2016. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

- Racaud, Elie, et Mathilde Rousset. 2020. « Guide pour maintenir sa santé COMMENT S'OCCUPER Quand on est confiné ? »
- Santé Publique France. 2019. « Bien vieillir ». *Service-public.fr*. Consulté 3 octobre 2020 (<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>).
- Santé Publique France. 2020. « Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». *Santé publique france*. Consulté 5 novembre 2020 (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>).
- Tétreault, Sylvie, et Pascal Guillez. 2019. « Chapitre 8 Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit ». P. 247-68 in *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Belgique: De Boeck Solal.
- Townsend, E. 2002. *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : Association Canadienne des ergothérapeutes.
- Trouvé, Eric. 2011. « L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées ? » *ErgOTHérapies* (44):39-53.
- Villain, Anne Sophie, Isabelle Donnio, Aude Villain, et Dominique Somme. 2019. « C'est la vie... Jamais j'aurais cru. Ressenis lors de l'entrée en établissement. » P. 135-54 in *Gérontologie et société : Le Vieil Homme et la Terre*. Vol. 41.
- Villaumé, A. 2019. « Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 19(109):30-38. doi: 10.1016/j.npg.2018.09.002.
- Whiteford, Gail. 2008. « Science de l'activité humaine : développement, contribution et futur ». in *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille.
- Wilcock, Ann Allart. 2015. *An occupational perspective of health*. n°3. Slack Incorporated.
- Wilcock, Ann Allart, et Clare Hocking. 2015. « An occupational theory of human nature ». P. 85-115 in *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Wood, Wendy H. 2016. « Les influences environnementales sur l'utilisation du temps quotidien et sur le bien-être. » P. 364 in *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

VII. Annexes

A. Réponses aux questionnaires réalisés avec 3 ergothérapeutes durant la phase exploratoire

1) Où travaillez-vous ? Pouvez-vous décrire brièvement vos missions dans cet établissement ?

Ergothérapeute 1 :

Je travaille actuellement sur 2 EHPAD différents :

- A 40% soit 14h dans un EHPAD privé associatif, mes missions sont diverses : 2h30 par semaine pendant lesquelles je m'occupe du positionnements au lit et au fauteuil roulant des 77 résidents de L'EHPAD plus la fourniture d'aide technique et 11h30 par semaine ou je collabore avec une ASG (Assistante de Soins en Gériatrie) et ponctuellement avec le neuropsychologue dans le cadre du PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) qui est une structure d'accueil de résidents de l'EHPAD dans un local aménagé comme un appartement adapté. Nous réalisons de nombreux ateliers tournant autour des activités de vie quotidienne et de la mobilisation cognitive et ou physique en accompagnement chaque résident de façon collective en fonction de ses capacités préservées, de ses besoins et de ses appétences. Nous partageons le quotidien avec les résidents entre 10h30 le matin et 17h y compris les repas thérapeutiques
- A 30% soit 10h30 dans un EHPAD privé, accueillant 80 résidents, faisant partie d'un grand groupe international. Dans cette structure j'effectue de façon hebdomadaire un atelier de gymnastique douce, je participe à la création des projet personnalisés des résidents, la fourniture et l'entretien des aides techniques dont les résidents ont besoins, le positionnement au lit et au fauteuil roulant, ponctuellement de la rééducation en individuel, la création de matériel d'activité pour le CANTOU (Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles).

Sur les 2 structures j'ai aussi un rôle de conseil auprès de mes collègues : bonne posture, aménagement des postes de travail, dans la manutention.

Ergothérapeute 2 :

Je travaille en tant qu'ergothérapeute dans une association qui comprend 3 EHPAD. Je suis à 90% sur deux établissements : un de 49 lits et 1 de 67 lits. Tous deux ont une unité de vie

Alzheimer (UVA) ou unité de vie Protégée (UVP). Il y a également des lits d'hébergement temporaire.

En tant qu'ergo, mes missions sont diverses et variées ! Toilette évaluative, proposition de groupes et ateliers adaptés. Coordination des UVA/UVP avec réunions des service et proposition des plannings d'activités. Rééducation dans les transferts et AVQ, aide au repas avec apport d'aides techniques.

Ergothérapeute 3 :

50% Unité de Soins de Longue Durée (USLD) 50% Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA). Je réalise différentes missions : positionnement au lit, au fauteuil roulant, rééducation de la verticalisation, équilibre et marche, activités culinaires, hortithérapie, snoezelen (c'est une stimulation multisensorielle visant à éveiller la sensorialité de la personne), activités artistiques, menuiserie, formation matériel de manutention, réunions pluridisciplinaires.

2) L'entrée en EHPAD est-elle préparée avant avec les patients ?

Ergothérapeute 1 :

En ce qui concerne l'entrée des résidents en EHPAD, celle-ci nécessite obligatoirement en amont que le futur résident ou qu'un membre de la famille ou le médecin traitant ou l'assistante sociale ait complété le dossier sur le site internet "Via Trajectoire".

Forcément lorsque l'entrée n'est pas faite en urgence suite à une hospitalisation pour dégradation de l'état de santé, chute qui a entraîné une fracture etc, l'entrée en EHPAD peut se préparer dans de meilleures conditions. En général, le futur résident effectue une visite de préadmission avec un membre de sa famille pour visiter les lieux et se familiariser une première fois avec les locaux et échanger à propos de l'organisation de vie dans l'établissement afin de savoir si cela correspond à ses attentes lorsqu'il/elle est en mesure de les formuler.

Ergothérapeute 2 :

Au niveau des entrées des résidents, j'interviens dans la mesure du possible en amont pour tout ce qui est autonomie de la personne, je contacte la famille par rapport à du matériel, aide technique déjà en place au domicile. Quand il y a besoin de fauteuil adapté, j'essaye que la personne l'ait avant son entrée en définitif.

Sinon, c'est le médecin coordinateur et l'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) qui font la visite de pré admission.

Ergothérapeute 3 :

Non très rarement.

3) Quels sont les moyens mis en place en ergothérapie lors de l'arrivée d'un nouveau résident afin qu'il soit accompagné dans son changement de lieu de vie ?

Ergothérapeute 1 :

Lors de l'arrivée d'un nouveau résident en EHPAD je réalise un bilan d'entrée avec un généralement la passation du Tinetti (test permettant d'évaluer le risque de chute chez la personne âgée), l'évaluation des aides techniques nécessaire pour les transferts, les déplacements et plus globalement pour les activités de vie quotidienne et les loisirs que le résident à su me formuler sinon se sera plus par la suite en fonction des observations des collègues, bilan des aides de July et une évaluation toilette en collaboration avec les infirmières lorsque des difficultés sont rencontrées par les aides-soignants.

J'effectue également un entretien afin de recueillir des informations sur les habitudes de vie antérieures, les appétences et présente les activités qui sont proposés tout au fil de l'année afin de savoir ce qui pourrait l'intéresser et quel projet pourrait être intéressant de lui faire intégrer : projet jardinage en collaboration avec un IME etc.

Et dans les semaines suivantes je vais plusieurs fois voir le résident pour savoir si l'intégration à l'EHPAD se déroule bien, s'il a tout ce qu'il lui faut niveau matériel, s'il a d'autres choses à ajouter à notre entretien préliminaire car il n'y aurait pas pensé sur le moment.

Ergothérapeute 2 :

Quand la personne entre en EHPAD, je la vois dès le premier jour pour avoir une bonne installation en chambre et je la vois systématiquement en toilette sur la 1ère semaine afin de dire aux équipes son degré d'autonomie et si stimulation il y a.

Ergothérapeute 3 :

On a créé un bilan d'entrée (test moteur minimum, une partie du BME (c'est un bilan en ergothérapie qui se base sur le projet de vie de la personne), MCRO éventuelle (c'est une évaluation en ergothérapie qui mesure le rendement occupationnel), jamar (c'est un outil de mesure de la force de préhension) ...) mais on n'arrive pas à le faire systématiquement. On voit généralement tous les nouveaux dans la semaine qui suit leur entrée et principalement pour les problématiques de positionnement.

4) En général, les résidents sont-ils satisfait de la manière dont ils ont été accueillis les premières semaines ? Est-ce qu'ils en parlent ? Et vous quelle est votre opinion ?

Ergothérapeute 1 :

Il est vrai qu'en général les résidents qui sont en mesure de le formuler nous exprime leur satisfaction sur leur arrivée en EHPAD, bien que souvent certains résidents avec des troubles cherchent à partir de l'EHPAD car n'ont pas intégré ou n'ont pas accepté qu'il s'agisse de leur nouveau lieu de vie. En tant qu'ergothérapeute arrivée dans la structure depuis moins d'un an il est vrai que je considère qu'il est important que l'ergothérapeute effectuée un bilan d'entrée en EHPAD. Il s'agit d'abord d'une manière pour se présenter au résident et mettre en place la relation thérapeutique de confiance mais également de lui permettre d'identifier la personne à qui faire appel lorsque le besoin de matériel supplémentaire par exemple va se faire ressentir. Cependant n'étant qu'à temps partiel, comme la majorité des ergothérapeutes en EHPAD je n'ai pas autant de temps à accorder à chaque résident que ce que je souhaiterais donc forcément je dirais que les résidents sont bien accueillis par l'équipe pluriprofessionnelle qui travaille de manière transdisciplinaire mais cela peut toujours être amélioré.

Ergothérapeute 2 :

En général, l'accueil se passe bien.

Je pense néanmoins que voir la personne sur son lieu de vie avant l'entrée en EHPAD est plus que nécessaire car, parfois, surtout chez les personnes ayant des troubles cognitifs, on se rend compte que certains objets du domicile étaient très importants et n'ont pas été amenés à l'EHPAD, ce qui est très perturbant pour elle.

Ergothérapeute 3 :

Personne ne demande aux résidents s'ils sont satisfaits de l'accueil et ils n'en parlent pas non plus à notre connaissance. L'accueil pourrait largement être amélioré avec présentation de tous les professionnels, livret d'accueil et repérage par organigramme avec photos des intervenants.

5) Pensez-vous qu'il est important d'améliorer l'accompagnement en ergo concernant l'arrivée en EHPAD ?

Ergothérapeute 1 :

Je crois que j'ai commencé à répondre à cette question avec la précédente. Il est toujours intéressant de penser qu'on puisse améliorer son accompagnement. Je ne vente pas d'avoir

la science infuse et le fait d'envisager cette amélioration permet de toujours se questionner sur sa pratique et de ne pas rester sur ses acquis. De continuellement poursuivre l'acquisition de nouvelles données, informations, compétences qui nous font évoluer notre pratique au quotidien.

L'accompagnement au moment de l'arrivée en EHPAD est souvent limité par des moyens financiers : pas suffisamment de moyen niveau dotation de temps ergo sur la structure ou niveau matériel disponible avec lequel nous faisons au mieux. Dans l'optique d'amélioration il serait génial de pouvoir accueillir les résidents en les accompagnant dans la transition progressive de leur domicile à l'EHPAD pour que le changement ne soit pas soudain et pas une rupture avec leur vie antérieure.

Ergothérapeute 3 :

Oui mais ça nécessiterait des moyens humains que nous ne possédons pas.

6) Quels sont pour vous les actions qu'il serait possible de mener pour améliorer le vécu des patients entrant en EHPAD ?

Ergothérapeute 1 :

Avant l'entrée en EHPAD éventuellement avec une équipe d'ergo mobile en collaboration avec l'ergo et la psychologue de la structure des visites à domicile pour vérifier que l'entrée en EHPAD est nécessaire et que des modifications architecturales, des ressources matérielles et humaines ne seraient pas suffisantes pour un maintien à domicile mais aussi pour débiter avec la psychologue le travail de transition d'un lieu de vie à l'autre, des séjours d'essai à l'EHPAD pour permettre au nouveau résident de s'accoutumer aux lieux et de ne pas appréhender avec des repas d'abord puis des après-midi pour des activités, enfin lorsque cela est possible une institutionnalisation près du précédent lieu de vie pour que l'EHPAD soit dans un quartier, une zone connue et rassurante permettant la poursuite d'activités extérieures à l'EHPAD dans des conditions aménagées pour préserver la sécurité : le bistrot où la personne avait l'habitude de prendre un café toute les semaines avec des amis, le club de belotte où il allait depuis de nombreuses années le dimanche après-midi et ainsi permettre de lier l'EHPAD à la cité et que l'EHPAD ne soit plus comme il a pu être dans le passé dans la représentation des personnes : un lieu fermé où rien ne se passe ou les personnes ne sont là qu'en attendant la mort.

Ergothérapeute 3 :

Une information claire et objective avant l'entrée, pas de promesses qui ne seront pas tenues (animation et entrée au PASA, pas de mensonges sur la possible sortie à la fin de la saison ou de la "rééducation"), un passage systématique de tous les professionnels avec MCRO par les ergothérapeutes.

7) Les objectifs d'accompagnement des patients à l'entrée en EHPAD sont-ils différents selon les pathologies ? Pensez-vous qu'il serait pertinent que je cible mes recherches sur une pathologie ?

Ergothérapeute 1 :

Je pense que pour tous les résidents en EHPAD les objectifs sont globalement les même mais le moyens mis en place seront nécessairement différents d'une personne à l'autre.

Ces objectifs vont tourner autour de l'autonomie, du confort, de la sécurité, du bien-être.

Ergothérapeute 3 :

Oui ils sont différents, pas forcément sur la pathologie mais sur l'accueil différent selon la présence de troubles cognitifs.

8) Avez-vous eu l'occasion de travailler en PASA et si oui pensez-vous que cela peut jouer un rôle pour un meilleur accueil de la personne en EHPAD ?

Ergothérapeute 1 :

Oui comme mentionné plus haut. Je ne sais pas si cela joue un rôle dans un meilleur accueil de la personne en EHPAD. En effet, l'intégration d'un PASA nécessite un profil particulier qui ne correspond qu'à une petite partie des arrivées en EHPAD.

Lorsque le profil de la personne correspond au profil d'accueil du PASA, que la file active permet l'accueil d'un nouveau résident alors ou la PASA peut jouer un rôle dans la transition. En effet, le résident est occupé toute la journée ce qui détourne son attention et le fait se concentrer sur le moment présent. De plus la réalisation d'ateliers thérapeutiques axés sur les AVQ permet surtout à la personne de retrouver un quotidien et des habitudes de vie proche de ce qu'il avait à domicile.

Ergothérapeute 3 :

Oui on y a travaillé et on a participé à son élaboration. En aucun cas un PASA doit être la motivation d'une entrée en EHPAD car il y a des critères bien précis pour y rentrer (troubles du comportement modérés évalués au minimum un mois après l'entrée avec un score

Neuropsychiatrique version Equipe Soignante (NPIES : score qui informe sur la présence de troubles du comportements) minimum, capacités de verticalisation et transfert wc obligatoires) ce qui ne correspond pas à tous les résidents.

9) Pratiquez-vous des visites au domicile du patient et/ou évaluations des habitudes de vie avant son entrée en EHPAD ?

Ergothérapeute 1 :

Non pas de visite à domicile pour moi malheureusement.

10) Donnez-vous votre accord pour que je retranscrive notre échange dans un de mes devoirs concernant mon mémoire ?

Ergothérapeute 1 :

Oui pas de soucis.

Ergothérapeutes 2 et 3 :

Oui.

A la demande des ergothérapeutes, ces questionnaires ont été envoyés par mail.

B. Questionnaire

L'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche permettant l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute.

Je m'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD.

Pour cela, j'interroge vos pratiques en tant qu'ergothérapeutes DE avec pour critère d'inclusion : vous travaillez en tant qu'ergothérapeute en EHPAD en France depuis au moins 2 ans.

Pour toute question ou demande de renseignements, vous pouvez me contacter par mail : margotvalentine.dufour@gmail.com

Je vous remercie du temps que vous aurez pris pour remplir ce questionnaire (environ 15 minutes) et je vous informe que les réponses sont strictement anonymes.

Margot Dufour, étudiante en L3 à l'IFE de l'ADERE

Début le : 21/02/2021

[Suivant](#) Page 1 sur 5

L'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD

*Obligatoire

Votre profil

Pour toutes les questions concernant l'EHPAD où vous intervenez : si vous travaillez dans plusieurs EHPADs, choisissez l'EHPAD où vous intervenez le plus d'heures dans la semaine.

1.1 En quelle année avez vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? *

Votre réponse



1.2 Depuis combien de temps travaillez vous en EHPAD ? (Si vous travaillez dans plusieurs EHPADs, choisissez l'EHPAD où vous intervenez le plus d'heures dans la semaine) *

- De 2 à 5 ans
- De 6 à 10 ans
- De 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Autre : _____

1.3 A combien de pourcent en équivalent temps plein (ETP) intervenez vous dans cet EHPAD ? (note : pour un salarié travaillant 28 heures par semaine le calcul est $28 \times 100\% / 35$ soit 80%) *

Votre réponse _____

1.4 Combien de postes d'ergothérapeutes équivalents temps plein (ETP) sont pourvus dans cet EHPAD ? *

Votre réponse _____

1.3 A combien de pourcent en équivalent temps plein (ETP) intervenez vous dans cet EHPAD ? (note : pour un salarié travaillant 28 heures par semaine le calcul est $28 \times 100\% / 35$ soit 80%) *

Votre réponse _____

1.4 Combien de postes d'ergothérapeutes équivalents temps plein (ETP) sont pourvus dans cet EHPAD ? *

Votre réponse _____

1.5 Quelle est la capacité d'accueil maximale de cet EHPAD ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 2 sur 5

L'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD

*Obligatoire

Accompagnement de la transition occupationnelle

La transition occupationnelle à l'arrivée en EHPAD peut se définir comme une modification des possibilités d'agir et des rôles sociaux de la personne dû à une modification de son environnement physique et social.

(Wood, Wendy H. 2016. « Les influences environnementales sur l'utilisation du temps quotidien et sur le bien-être. » P. 364 in La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.)

En ce qui concerne l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD, dans quelle mesure êtes vous d'accord avec ces affirmations ? (Questions 2.1 à 2.4)

2.1 : L'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD fait partie de mes missions d'ergothérapeute *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Tout à fait en désaccord

2.2 : Mes responsables pensent que l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD fait partie de mes missions *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Tout à fait en désaccord

2.3 : J'ai suffisamment de connaissance théoriques pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Tout à fait en désaccord

2.4 : J'ai suffisamment de moyens (outils, temps...) pour pouvoir accompagner la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Tout à fait en désaccord

2.5 Selon vous, dans quelle mesure l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD est bénéfique pour le résident ? *

- Très bénéfique
- Plutôt bénéfique
- Ni bénéfique, ni délétère
- Pas tellement bénéfique
- Pas du tout bénéfique
- Autre : _____

2.6 Selon vous, à quel point est-ce urgent d'accompagner la transition occupationnelle à l'entrée de la personne en EHPAD ? *

- Très urgent
- Plutôt urgent
- Ni urgent, ni pas urgent
- Plutôt pas urgent
- Pas du tout urgent
- Autre : _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 5

L'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD

*Obligatoire

En pratique

La suite des questions concerne votre pratique professionnelle

3.1 Dans votre pratique, quels sont vos objectifs thérapeutiques prioritaires lors de l'entrée d'une nouveau résidents à l'EHPAD ? (Les objectifs que vous accomplissez en premier) *

Votre réponse

2.1 : L'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD fait partie de mes missions d'ergothérapeute *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Tout à fait en désaccord

3.3 Dans votre pratique, à quelle fréquence l'accompagnement de la transition occupationnelle fait partie de vos objectifs à l'entrée de la personne en EHPAD ?

*

- A chaque patient entrant
- A la plus part des patients entrants
- A certains patients entrants
- A aucun patients entrants
- Autre : _____

3.4 Lorsque l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants fait partie de vos objectifs, quel est son niveau de priorité par rapport aux autres objectifs ? *

- C'est l'objectif prioritaire
- Il passe après 1 ou 2 objectifs d'avantages prioritaires
- Il fait partie des objectifs secondaires
- Il ne fait pas partie des objectifs
- Autre : _____

3.5 Lorsque vous accompagnez la transition occupationnelle des résidents entrants à l'EHPAD, quels sont les moyens que vous utilisez ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 4 sur 5

L'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD

*Obligatoire

Conclusion

4.1 Etes vous satisfaits de la place accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD dans votre prise en soin ?
Qu'aimeriez vous changer ? *

Votre réponse

4.2 En ce qui concerne la place accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrants en EHPAD dans votre prise en soin : *

- J'y accorde beaucoup plus de place qu'avant l'épidémie de COVID-19
- J'y accorde un peu plus de place qu'avant l'épidémie de COVID-19
- L'épidémie de COVID-19 n'a pas impacté la place que j'y accorde
- J'y accorde un peu moins de place qu'avant l'épidémie de COVID-19
- J'y accorde beaucoup moins de place qu'avant l'épidémie de COVID-19

4.3 Pouvez vous expliquer brièvement ce qui a été modifié par l'épidémie de COVID-19 ? *

Votre réponse

4.4 Avez-vous des commentaires, des remarques ou des réflexions concernant mon sujet ?

Votre réponse

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. J'aimerais réaliser des entretiens semi-directifs pour aller plus loin dans mes recherches. Si vous êtes intéressé, vous pouvez me transmettre votre mail ou me contacter à l'adresse : margotvalentine.dufour@gmail.com

Votre réponse

Retour

Envoyer

Page 5 sur 5

C. Guide d'entretien

Thème	Questions centrales	Questions de relance
Profil	Pouvez vous vous présenter brièvement et présenter votre poste ?	DE de quelle année ? Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ? Combien d'heures par semaines travaillez-vous ? Combien de résidents sont accueillis dans votre EHPAD ?

<p>L'accompagnement de la transition occupationnelle : les moyens</p>	<p>Qu'est ce que c'est pour vous la transition occupationnelle ?</p> <p>→ DEF : La transition occupationnelle à l'arrivée en EHPAD peut se définir comme une modification des possibilités d'agir et des rôles sociaux de la personne dû à une modification de son environnement physique et social.</p> <p>Quels sont les moyens concrets que vous utilisez pour accompagner la transition occupationnelle ?</p> <p>Quel est le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans cet accompagnement ?</p> <p>Quels sont les freins que vous rencontrez pour accompagner cette transition occupationnelle ?</p>	<p>Par quoi cet accompagnement passe ?</p> <p>Est-ce que vous formulez des objectifs liés à la transition occupationnelle ou est-ce que c'est « compris » dans des objectifs plus globaux ?</p> <p>Est-ce que vous avez assez de temps ? De connaissances ? de moyens ?</p> <p>Est-ce que ca fait partie de vos missions ?</p>
<p>Ouverture : l'intérêt pour le patient</p>	<p>Quels sont les enjeux pour le patient d'accompagner la transition occupationnelle ?</p>	<p>En quoi c'est bénéfique pour le patient d'accompagner la transition occupationnelle à l'entrée dans l'établissement ?</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Je vous remercie</p>	<p>Des remarques ou des suggestions ?</p>

	Est-ce qu'il y a des sujets que je n'ai pas abordé et qui vous semblent pertinents ?	
--	--	--

D. Entretien 1 retranscrit

Moi : Bonjour c'est Margot, on s'est eu par mail hier.

Ergothérapeute 1 : oui bonjour.

Moi : Je vais commencer par me présenter rapidement 2. Je suis Margot étudiante En 3e année d'ergothérapie. J'écris mon mémoire et je m'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie des résidents qui entrent en EHPAD et notamment à l'accompagnement de la transition au niveau de leurs occupations.

Ergothérapeute 1 : Parfait.

Moi : Ma première question, ce serait est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement et présenter votre poste s'il vous plaît ?

Ergothérapeute 1 : Pas de souci. Donc du coup je suis ergothérapeute à temps plein depuis 3 ans et demi à l'Ehpad X. Il y a 114 lits. Donc on a déjà la chance que ce soit toutes des chambres seule. Il n'y a pas de chambre double. Je m'occupe de tout ce qui est réadaptation, je gère le matériel et j'ai tout ce qui est la qualité de vie aussi, pas mal de projets là-dessus. Voilà je crois que j'ai fait à peu près le tour.

Moi : Ça fait combien de temps que vous êtes diplômé ?

Ergothérapeute 1 : 2013, donc ça va faire 8 ans là.

Moi : D'accord ok et vous travaillez depuis combien de temps dans l'EHPAD ?

Ergothérapeute 1 : 3 ans et demi et avant j'étais dans deux EHPAD différents. Je faisais 50 % dans chaque EHPAD.

Moi : D'accord ok oui donc là c'est bon j'ai tout pour la présentation. Et au niveau de l'accompagnement de la transition occupationnelle du coup qu'est-ce que c'est pour vous la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 1 : Alors il y a toute la partie adaptation à une vie en collectivité. C'est-à-dire qu'on passe d'une personne qui souvent était seule à domicile ou en couple mais voilà il

y avait peu de monde. Et on passe à une vie en collectivité avec des repas au restaurant, des choses à faire en groupe, même le petit-déjeuner il faut l'attendre parce qu'il y a d'autres personnes qui passent avant. Donc voilà la transition se passe essentiellement sur le fait de se faire une place individuellement dans un espace collectif. Et après, ce qui est pour eux une occupation ou un hobby ou une passion qu'ils peuvent faire seul au milieu de cette collectivité comme du tricot, de la lecture, tout de suite ça, si on leur laisse une place pour faire ça, déjà ils arrivent à mieux comprendre la transition entre les deux.

Moi : D'accord ok.

Ergothérapeute 1 : Voilà, et après par contre les personnes démentes avec des troubles cognitifs avancés là c'est beaucoup plus compliqué.

Moi : Oui c'est intéressant l'idée de la collectivité. Je n'en avais pas encore entendu parler et c'est vrai que c'est super intéressant. Et du coup au niveau des moyens concrets que vous utilisez pour accompagner cette transition, vous passez par quoi ?

Ergothérapeute 1 : Alors d'abord on commence par des visites de pré-admission. Alors c'est assez long en soit donc du coup, un de nos points faibles à ce qu'il paraît c'est qu'on met trop de temps avant que la personne rentre en EHPAD. Mais du coup en même temps le médecin voit la personne, le directeur voit la personne, le cadre aussi, et moi quand je peux parce que des fois c'est pas moi mais la psychologue qui rencontre la personne. Du coup on arrive à avoir une histoire de vie et une connaissance au niveau de ses occupations qui est assez complète. Donc quand la personne rentre en fait on sait déjà beaucoup sur la personne. Après en partant de là, soit on peut préparer en avance, j'avoue que c'est pas souvent qu'on prépare en avance, à part le matériel que je prépare en avance mais pour finir c'est souvent avec la personne faire en sorte qu'il y a des choses qui restent. Par exemple, on a un monsieur qui adorait tout ce qui est voiture. On a mis en place tout un moment où il a ses magazines avec ses voitures et on voit que c'est important pour lui. Il parle de ses voitures et même si c'est pas les vraies, les siennes qu'il a dans un garage, au moins il a les magazines avec les voitures. Qu'est-ce qu'il y avait d'autre que je peux vous dire comme exemple... Une dame qui a toujours été dans les halles au marché. Qui alpaguait tout le monde pour dire que ses légumes c'était les meilleurs, c'était les mieux. Et en fait elle fait le tour du petit-déjeuner avec l'ASH (Agent de Service Hospitalier) et elle dit « oh vous voyez j'ai du beurre j'ai de la confiture c'est magnifique est-ce que vous en voulez ? » et voilà, c'est son moment à elle quoi. Voilà on essaie après on n'arrive pas à s'adapter à tous, il ne faut pas rêver, surtout à 114. Mais déjà

en savoir beaucoup sur l'histoire de vie ça aide beaucoup. Et après on a de la chance d'avoir beaucoup d'AMP (Aide Médico Psychologique) parmi nos aides-soignantes qui à la base ne devraient même pas faire le boulot d'aide soignants et qui sont des personnes en plus, qui sont là pour faire des toilettes plus longues, et plus adaptée à la personne. Et voilà, nous elles sont finalement embauchées en tant qu'aides-soignantes mais ce petit plus qu'elles ont eu pendant leur formation ça fait qu'elles s'intéressent plus à la personne en dehors de ce qu'on peut voir comme rougeur, comme plaies. Enfin voilà elles s'intéressent à ce que fait la personne et ce qui la rend intéressante aussi. Pour ça c'est bien.

Moi : Ok. Et qu'est-ce qui selon vous serait plutôt spécifique au rôle de l'ergothérapeute dans ce que vous m'avez cité ?

Ergothérapeute 1 : Ouais, alors moi je fais en sorte déjà qu'on ait les moyens. Par exemple, si la dame veut faire du tricot, je vois si elle peut avec ses mains en fonction de si elle a de l'arthrose ou pas si ça peut être une possibilité. Si la personne veut de la lecture ça peut être des fois tout simplement avoir des livres avec des gros caractères. Donc déjà faire en sorte que la personne ait le média, l'outil. Ensuite, j'essaie de mettre en place des rituels dans la journée. Soit je vais voir la personne pour l'inciter à faire ça comme par exemple pour la dame qui faisait le petit-déjeuner. A la base c'est moi qui l'ai incité à faire ça puis après c'est devenu une habitude mais voilà c'est moi qui l'ai induit on va dire. Le truc c'est qu'à chaque fois c'est induire quelque chose mais après il faut que ça devienne une habitude dans la vie de l'établissement. Après il faut que ce soit sans moi, que je puisse m'en détacher en fait. Donc c'est vraiment juste l'initiation de l'occupation. Après je sollicite des ateliers en groupe : prévention des chutes, atelier cognitif. Et dans ces cas-là j'essaie de plus m'adapter à chaque fois à la personne. En gros je ne fais pas d'exercices où tout le monde fait la même chose tous ensemble, après ils ne sont pas très nombreux, 6/8 maximum. Et on ne fait pas tous exactement la même chose en fonction de la personne et de ses troubles mnésiques si c'est un atelier cognitif. Voilà j'essaie de m'adapter au mieux.

Moi : D'accord. Et donc au niveau des missions que vous avez à l'Ehpad, vous m'avez dit que vous êtes responsable du matériel, de la réadaptation et de la qualité de vie. Pour vous ça rentre dans...

Ergothérapeute 1 : La qualité de vie.

Moi : Ouais ok. Et est-ce qu'il y a des freins que vous rencontrez pour accompagner la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 1 : Oui ! Ouais ouais ouais. Les freins ça peut être la personne elle-même parce qu' elle ne veut pas venir dans l'EHPAD. Parce qu'il ne faut pas rêver, les personnes qui veulent rentrer en maison de retraite avec leur entier consentement,elles ne sont pas nombreuses. Donc finalement on arrive à ce que la personne elle-même soit un frein et refuse tout. Après il faut y aller malheureusement par ruse et voir si après il y a quelque chose qui arrive, s'il y a une étincelle d'envie. Et après l'autre frein pour moi ça n'est pas l'Institution car ils sont à fond là-dedans mais plutôt quelques aides-soignantes qui me disent qu'en gros elle non pas le temps.

Moi : Donc ça veut dire que l'institution sait que ça fait partie des compétences de l'ergothérapeute et qu'ils vous soutiennent là-dedans ?

Ergothérapeute 1 : oui

Moi : Ok. Et est-ce que vous avez assez de temps auprès des patients pour cet accompagnement ? Ou aimeriez vous avoir un collègue ou une collègue ?

Ergothérapeute 1 : Alors, comment je pourrais dire ça. Ça serait plus, en fait, un peu sous la forme d'une ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer). Où en gros il y a l'ergothérapeute, et à côté il y a des ASG et ça serait peut-être dans ce sens-là que par exemple ça serait assez drôle. Nous par exemple, c'est trop bien en ce moment, parce que l'accueil de jour est fermé à cause du covid et qu'il y a une fille qui faisait l'accueil de jour et qui est là en plus pour les résidents dans l'établissement depuis 1 ans. Elle ne fait pas de toilette, elle est vraiment là en plus. Et alors ça mais c'est le top parce qu'elle arrive à faire des choses avec les résidents qu'on arrivait pas à faire jusqu'à présent. Donc je travaille beaucoup avec elle. Et voilà donc juste une personne comme ça, pour qui c'est important, parce que elle, elle prend sa très à cœur aussi. Et comme en plus en ce moment l'EHPAD est un peu vide, il faut qu'on fasse des entrées et heureusement qu'elle est là.

Moi : Ok et du coup c'est pas forcément un ergothérapeute mais du personnel en plus pour avoir plus de temps auprès des patients mais pas forcément en ergothérapie ?

Ergothérapeute 1 : Par contre il ne faut pas que ce soit fait n'importe comment quoi. Donc voilà moi je pense que le fait qu'on collabore pour dire « avec cette personne ce serait bien qu'on fasse comme ça » parce qu'en plus après il y a le refus de la personne. Par exemple, il y a une dame qui est arrivée il y a quelques semaines et qui disait non à tout. Je suis allée voir ma collègue en lui disant : écoute je crois qu'il faut qu'on lui dise qu'on va faire un peu

de gym, et après tu l'amènes à autre chose parce qu'elle ne va pas faire de la gym toute la journée non plus. Et on y est arrivées, et maintenant elle lui fait confiance à 100%, et elles ont pu faire des séances snoezelen, j'ai pu aller la voir pour lui apprendre à se lever seule du lit, parce qu'elle n'arrêtait pas de sonner les aides-soignantes pour se lever, se recoucher, se lever, se recoucher, maintenant elle sait faire toute seule. Voilà je pense que c'est davantage une collaboration plutôt que deux ergos.

Moi : C'est intéressant. Dans mes lectures les auteurs parlaient beaucoup du travail en collaboration en gériatrie. En ce qui concerne le patient, pour vous c'est quoi l'enjeu d'accompagner la transition occupationnelle pour le patient ?

Ergothérapeute 1 : Alors, on a vraiment vu des différences pour les personnes qui sont rentrées et pour qui on n'avait pas pris assez de temps. En gros en 1 jour hop hop hop l'adaptation est faite allez on ne s'en occupe plus. Et en fait les problèmes sont arrivés peu de temps après quoi. Si à la base on est pas dans l'accompagnement de cette transition la personne elle arrive pas à se sentir chez elle. Pour elle, elle est juste là de passage et donc après elle veut rentrer chez elle. Et elle ne peut pas considérer l'EHPAD comme un endroit où elle pourrait rester longtemps. Pour elle c'est juste un passage.

Moi : D'accord. Quand vous dites que les problèmes sont arrivés, c'est quoi comme type de problèmes ?

Ergothérapeute 1 : Et bien là par exemple un monsieur qui était très très bien, qui parlait à tout le monde et tout et bien il a fugué. On ne s'y attendait pas. Et donc après il nous a expliqué qu'il n'était pas bien ici, qu'il ne se sentait pas accueilli et tout. Et après il n'a plus fugué parce qu'il s'est fait peur (il s'était perdu). Mais après c'est de l'opposition : il ne voulait plus manger. Il a fallu tout retravailler avec la psychologue. Donc, ouais, ça a été plus long finalement.

Moi : Donc selon vous c'est important de bien préparer l'entrée et de bien accueillir tous les patients ?

Ergothérapeute 1 : Ah ouais Ça change beaucoup de choses pour la suite après. Et en fait pour moi c'est à partir de la visite de pré-admission qu'on commence tout. C'est à partir de ce moment-là, quand ils sentent qu'on les prend en compte, qu'on prend en compte leurs goûts, qu'ils se disent qu'ils ne seront pas qu'un numéro quoi.

Moi : D'accord, j'ai toutes les réponses que je voulais. Est-ce qu'il y a des choses que je n'ai pas abordé et qui vous semblent pertinentes à discuter maintenant ?

Ergothérapeute 1 : Alors c'est un autre questionnement mais en ce qui concerne la famille il y a un deuil à faire par les proches et par la personne. Parce qu'en fait, ils ne se verront plus de la même façon. Je ne parle pas des visites cadrées à cause du covid. Il n'y aura plus la même relation entre les parents et les enfants ou la femme et le mari. Parce qu'il y a toujours l'histoire de la collectivité. Il y a toujours du monde autour et du coup ça change la relation. Il y a un deuil à faire là-dessus. Mais c'est encore un autre sujet.

Moi : Oui, mais c'est toujours l'adaptation à la collectivité.

Ergothérapeute 1 : Oui.

Moi : Merci beaucoup pour votre temps, c'était très intéressant.

Ergothérapeute 1 : Merci, n'hésitez pas à m'envoyer des nouvelles après.

Moi : Bonne journée au revoir.

Ergothérapeute 1 : Au revoir.

E. Entretien 2 retranscrit

Moi : Bonjour c'est Margot

Ergothérapeute 2 : Bonjour, alors il va falloir me réexpliquer le contexte parce que je ne me rappelle plus exactement votre sujet.

Moi : Alors, je suis étudiante en 3e année, je rédige mon mémoire, et je m'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD. Du coup ma première question, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement et présenter votre poste ?

Ergothérapeute 2 : Alors, je suis ergothérapeute depuis 2003 ça fait bientôt 18 ans je pense. J'ai commencé en rééducation adulte puis je me suis orienté en aménagement du domicile, conseil en aide technique dans différents types de structures. Depuis 8 ans je suis à mi-temps en EHPAD. J'ai également un petit temps en libéral où j'interviens principalement sur de l'aménagement du domicile, concernant les aides techniques, un peu de rééducation adulte, donc un poste assez atypique en libéral.

Moi : Donc vous n'intervenez pas en EHPAD en tant que libéral ?

Ergothérapeute 2 : Non, mais ça peut m'arriver. Lors de vacances très ponctuelles, ou de formations.

Moi : Et donc dans l'EHPAD où vous travaillez à mi-temps, il y a combien de résidents ?

Ergothérapeute 2 : 80 places mais il y en a un peu moins en ce moment.

Moi : D'accord. Et en ce qui concerne l'accompagnement de la transition occupationnelle, déjà qu'est-ce que c'est pour vous la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 2 : Ouais, alors moi je suis une vieille ergo donc on ne parlait pas forcément dans ces termes là. Dans le cadre d'une entrée en EHPAD, j'imagine que la transition occupationnelle c'est de passer d'une personne qui vit à son domicile, qui a ses occupations à son domicile à devoir changer de lieu de vie et du coup devoir retrouver des occupations, recréer des occupations qui ont du sens pour la personne.

Moi : Oui c'est tout à fait ça, la définition officielle c'est la modification des capacités d'agir et des rôles sociaux de la personne due à une modification de son environnement physique et social. Mais nous parlons de la même chose. Et pour vous en tant qu'ergothérapeute quels sont les moyens que vous utilisez pour accompagner cette transition ?

Ergothérapeute 2 : Les moyens, ils vont dépendre des personnes. De leurs capacités à la fois physique même si je dirais que ce n'est pas le plus important il va falloir pallier à des difficultés motrices, mais vraiment leur capacité cognitive. Parce qu'une personne qui rentre en EHPAD avec de gros troubles cognitifs déjà est-ce qu'elle va réussir à comprendre qu'elle a changé d'environnement ? Ça va passer par là aussi, de voir déjà à quel point elle peut comprendre qu'elle a changé d'environnement, qu'elle est entrée en institution. Donc les moyens ils vont être très différents je trouve en fonction de la personne, de sa participation, ses capacités de sa motivation aussi à entrer en EHPAD, sa motivation à trouver des occupations significatives. Parce qu'il y a aussi des personnes qui sont dans un état émotionnel proche de la dépression, qui ont très peu de projet de vie, Peu d'envie, hormis celui de rentrer chez elles ou de mourir. Du coup les moyens ça va être des accompagnements individuels, essayer de voir avec la personne quelles sont les activités qui ont du sens pour elle, auxquelles elles ont envie de participer. Éventuellement d'accompagner les activités soit qui sont déjà existantes en EHPAD, et qui permettent aussi à la personne de trouver des repères dans l'EHPAD, des repères spatio-temporels donc se repérer dans les jours de la semaine et dans la journée, de se repérer dans l'EHPAD c'est-à-dire d'arriver à savoir si je veux

participer à telle ou telle activité si elle a lieu ou non. Et aussi de l'accompagner à faire de nouvelles rencontres, d'essayer de l'intégrer à sa table, l'inciter à rencontrer de nouvelles personnes etc... Après ça peut être aussi des moyens qui passent par l'activité, de voir quelle activité lui plaît et de pouvoir éventuellement le mettre en place ou l'accompagner pour le mettre en place.

Moi : D'accord, donc le rôle spécifique de l'ergothérapeute ça serait plutôt au niveau de l'activité ? Je pose cette question parce que par exemple pour ce qui est de la socialisation j'imagine que ça n'est pas spécifique à l'ergothérapeute et que d'autres professionnels peuvent le faire aussi ?

Ergothérapeute 2 : Oui effectivement. Après je trouve qu'en EHPAD en tout cas l'ergothérapeute a plus cet aspect spécifique car il a aussi plus le temps de le faire, le temps de faire connaissance de manière un peu plus approfondie avec la personne, de l'accompagner un peu plus spécifiquement. Après oui, le rôle de l'ergothérapeute ça serait plutôt effectivement au niveau de l'activité

Moi : D'accord. Et est-ce que vous rencontrez des freins pour accompagner la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 2 : Oui, le frein majeur pour moi c'est le temps. En étant à mi-temps et même si c'est déjà beaucoup pour un poste en EHPAD, ça demande du temps tout ça et surtout quand il y a des chemins intrinsèques à la personne. Il y a tellement d'autres missions aussi que finalement le frein principal ça va être le temps. Parce qu'on aimerait prendre le temps d'accompagner les personnes dans leur transition occupationnelle, mais on va avoir plein d'autres problématiques d'installation des personnes, d'évaluation; qui font que vraiment accompagner chaque personne dans sa transition occupationnelle ça va être compliqué.

Moi : Donc pour vous le temps que vous passez pour des objectifs d'installation par exemple ça ne participe pas à l'amélioration de la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 2 : Si ça peut, mais j'étais plus sur l'entrée du résident en lien avec votre sujet et les problématiques d'installation ne sont pas forcément à l'entrée du résident. Par exemple, je suis en train de travailler sur une nouvelle installation au fauteuil d'une résidente, alors oui ça va l'aider dans ses occupations et c'est le but aussi mais ce n'est pas son entrée puisque ça doit faire 3,4 ans qu'elle est là. Donc c'est plutôt un problème d'aggravation. Ceci dit,

peut-être que si on passait plus de temps au moment de l'entrée, il y aurait moins de problèmes après.

Moi : Dans votre structure est-ce que l'entrée est préparée en amont ?

Ergothérapeute 2 : Pas suffisamment à mon sens. Oui elle est préparée, il y a des entretiens de pré-admission. Alors moi je n'en fais pas partie. C'est le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice, qui rencontrent la famille ou la personne qui va rentrer ou les deux. Et après il y a vraiment le côté administratif de la direction. Ici pour moi ça pourrait être mieux préparé. De toute façon le problème n'est même pas au sein de mon EHPAD pur que de manière générale. Malheureusement souvent les entrées en institution sont faites de manière rapide. C'est souvent quand même une chute à domicile, le décès du conjoint ou une difficulté qui entraîne une hospitalisation et qui entraîne une institutionnalisation. Avec souvent quand même peu de préparation aussi.

Moi : Et donc du coup je rebondis là-dessus mais pour vous c'est quoi les enjeux d'accompagner l'entrée et donc la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 2 : Ah les enjeux pour moi c'est une meilleure acceptation de la part de la personne de son entrée en institution, que la personne soit pleinement, enfin pleinement c'est peut-être pas toujours possible, mais soit quand même au moins actrice de ce projet là et partante pour ce projet là. Parce que finalement on voit qu'il y a parfois des institutionnalisations qui sont à l'encontre du projet du résident et si il y a une meilleure acceptation ça voudra dire que la personne aura vraiment envie d'être actrice de sa transition occupationnelle et aura beaucoup plus envie de s'adapter à ce nouveau milieu. Recréer des occupations et de pouvoir s'intégrer.

Moi : D'accord. C'est un entretien un peu rapide puisque il est complémentaire du questionnaire que j'ai déjà fait. Je vous remercie du temps que vous avez pris pour répondre à mes questions. Est-ce qu'il y a des sujets que je n'ai pas abordé et qu'il vous semblent pertinent d'aborder maintenant ?

Ergothérapeute 2 : Oui ça serait d'améliorer en amont les communications entre les familles, les hôpitaux, et les EHPAD. On voit bien qu'il y a des pertes d'information. Alors c'est peut-être pas forcément partout, mais quand même globalement il y a un manque de coordination quand même dans ces entrées en EHPAD. Je trouve que c'est quand même rarement fait de la bonne façon. Améliorer la coordination entre tous les acteurs, je pense que ça serait

vraiment mieux. Et puis dans les EHPAD, vraiment avoir des entrées bien réfléchies. Par exemple ici on a des chambres différentes les unes des autres et parfois je trouve que la famille fait des choix plus en lien avec la taille de la chambre ou la vue, mais ne voit pas qu'une chambre peut-être plus petite serait beaucoup plus adaptée parce que par exemple la salle de bain est faite de telle manière que la personne pourra y accéder.

Moi : Vous n'intervenez pas dans le choix de la chambre ?

Ergothérapeute 2 : Non. Comme je n'interviens pas dans les visites de pré-admission, non. Mais je me suis déjà posé la question et en même temps il y a tellement de choses à faire. C'est vrai que je n'ai pas mis ma priorité là-dessus. Et ça m'est arrivé deux trois fois de le signaler quand je suis au courant en amont. En l'occurrence ça n'a pas porté ses fruits dans mon EHPAD.

Moi : Vous m'avez dit manquer de temps. Est-ce que selon vous ça serait intéressant d'avoir un ou une collègue avec vous ?

Ergothérapeute 2 : Ah si bien sûr, un collègue ou un temps de travail plus important, si si. Il y a énormément de choses à faire en EHPAD. Après ce n'est pas un milieu très facile l'Ehpad. Quand je suis arrivé j'ai eu un peu de mal à trouver ma place. Il faut trouver sa place et ne pas se faire happer par le côté matériel "bête" (l'ergothérapeute n'est pas transporteur ni réparateur de matériel). Les postes ne sont souvent pas à temps plein et c'est dommage parce que souvent les postes ne sont pas à temps plein et si tu travailles à 20% tu vas forcément être limité et ne faire que du matériel avec peut-être une activité de groupe de temps en temps mais ça ne met pas en valeur les possibilités de la profession en EHPAD.

Moi : D'accord, merci beaucoup j'ai tout ce qu'il me faut.

Ergothérapeute 2 : De rien, bon courage pour la fin. N'hésitez pas à m'envoyer votre travail quand il sera finalisé.

F. Entretien 3 retranscrit

Moi : Bonjour, alors pour resituer rapidement, dans mon sujet je m'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie des résidents entrants en EHPAD. Et donc ma première question ce serait est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement et me présenter votre poste ?

Ergothérapeute 3 : Donc, je suis ergothérapeute depuis 2008. Le poste dont je vais parler j'y exerce depuis 2014 à 60 %. Donc c'est un EHPAD avec 3 unités dont 1 pour personnes âgées

nécessitant une unité fermée. Avec 89 résidents dans l'EHPAD dont 4 temporaires. Les résidents temporaires ce sont des résidents qui viennent en séjour court, en moyenne c'est 3 mois.

Moi : Ok merci. Pour parler de mon sujet, je m'intéresse à l'accompagnement de la transition occupationnelle. Ma première question là-dessus ça serait : qu'est-ce que c'est pour vous la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 3 : Ce serait le passage entre les activités du quotidien que la personne avait à la maison, et ce que l'EHPAD peut lui proposer.

Moi : Oui c'est ça, c'était juste pour s'assurer qu'on parlait bien de la même chose point la définition officielle c'est que la transition occupationnelle à l'entrée en EHPAD c'est une modification des rôles sociaux et des possibilités d'agir de la personne du à une modification de son environnement physique et social. Et dans votre pratique quels sont les moyens que vous utilisez pour accompagner cette transition ?

Ergothérapeute 3 : Alors pour les permanents j'essaie d'aller les voir dans les 2 mois à peu près, parce que les temporaires c'est différent j'essaie d'aller les voir un peu plus vite. Ça permet d'aller les voir à une période où ils ont déjà eu le temps de prendre leurs marques dans la structure et dans leurs services afin de réaliser les bilans en ergothérapie. Et je passe par l'entretien pour récupérer les informations de ce qu'il faisait ou ce qu'il aimait faire avant et que la structure ne propose pas forcément. L'ergothérapeute avant moi avait fait acheter le BME (bilan modulaire en ergothérapie) mais j'ai pas le temps de le faire.

Moi : En ce qui concerne l'entretien, vous ne le faites qu'avec le résident ?

Ergothérapeute 3 : Oui, parce que en lien avec la psychologue j'ai participé à la rédaction du livret d'accueil des nouveaux résidents. Et on a réussi par ce biais là à obtenir pas mal d'informations pour que les animateurs puissent proposer des choses. Aujourd'hui avec le covid vide et le manque d'investissement des collègues c'est un peu compliqué de faire remplir ce livret. Donc en fait c'est la psychologue qui voit le patient avant moi, pour toutes les problématiques d'intégration et de moral qui souvent est bas à l'arrivée en EHPAD. Même pour ceux qui ont décidé, c'est quand même une étape à franchir. Du coup elle les voit rapidement, donc si elle me fait un retour en me disant qu'il faut que j'intervienne avant les 2 mois, j'y vais plus tôt. Donc en fait elle quand elle fait les projet personnalisé des résidents dans les 4 à 6 mois après l'admission, elle fait la réunion avec le résident et un membre de

sa famille et le référent soignant. Et moi je m'incrute en fonction des prises en charges : les gesn que je vois régulièrement et pour qui j'ai mis en place des choses j'y assiste.

Moi : Est-ce que vous participez à la rédaction du projet personnalisé ?

Ergothérapeute 3 : Non, c'est la psychologue qui s'en charge. Ça permet qu'il y ait une personne charge de ça et que les gens la repèrent. Parce que si on mets juste les référents de soin, certains sont moins investis que d'autres.

Moi : À l'issue de l'entretien, est-ce que vous formuler des objectifs liés à la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 3 : Oui, alors après ça dépend des résidents parce qu'il y en a certains où les objectifs vont plus être sur de l'aménagement ou de l'adaptation mais en général je mets toujours un objectif. Que ce soit à proposer aux animateurs d'inviter la personne à participer à ce qu'elle aime, sinon de mon côté je mets en place des choses. Par exemple, je suis en train d'organiser un groupe d'écriture car j'ai des gens qui m'ont dit qu'ils ont des difficultés pour écrire et que ça les gênes. Voilà après des fois les objectifs ne sont pas réalisables. Par exemple, parfois ils veulent aller au marché tout seuls, il y a eu une personne pour qui c'était possible mais une deuxième pour qui ça ne l'était pas. Après moi j'initie le truc avec mes objectifs ergo mais j'essaie ensuite de relayer notamment à l'animation pour tout ce qui est lien avec l'extérieur. Puisque il y a aussi ça dans la transition qu'ils arrivent en structure ils sont souvent dans une bulle

Moi : Quels sont les freins que vous rencontrez pour accompagner la transition occupationnelle ?

Ergothérapeute 3 : Alors le manque de temps c'est un gros frein. Un autre gros frein c'est que là où je travaille on a pas de véhicule adapté donc c'est la commune qui nous prête un minibus. Mais ils ne sont pas disponibles par exemple l'été puisque ils sont utilisés pour les enfants. Donc là c'est un frein matériel. Autre frein, il y a les finances puisque je n'ai pas de budget ergo pour les activités. Donc par exemple si je veux faire un atelier il faut que je budgetise et s'il y a des sous ça va et s'il n'y en a pas je ne peux pas le faire. Il y a des difficultés au niveau de l'institution pour faire comprendre l'intérêt pour le résident de continuer de faire à manger. L'entrée en institution est souvent synonyme de "vous n'allez pas faire à manger on vous prépare tout" donc ce tout ce qui est repas thérapeutique c'est difficile de faire valoir l'intérêt à la direction.

Moi : Pour vous, quels sont les enjeux pour le patient, les intérêts d'accompagner la transition à l'entrée en EHPAD ?

Ergothérapeute 3 : Ça permet le maintien des capacités pour ne pas aller trop vite vers une grabatisation parce que on fait tout à leur place. J'essaie de communiquer sur le fait que les gens qui sont capables de faire ce n'est pas la peine de faire à leur place. Parce qu'il y a beaucoup cette culture là où je travaille où on leur fait leur lit, on leur plie leur linge sans se demander si elle est capable. Pour ceux qui ont une démence en général ils veulent sortir et ils n'ont pas d'autres grands centres d'intérêts donc je ne parle pas trop d'eux. Mais pour ceux qui sont encore en toute autonomie de pensée, ça permet d'éviter tout ce qui est repli sur soi, éviter les plaintes et les réclamations parce qu'ils n'ont pas demandé d'être là, ils n'ont pas choisi d'être là, ils étaient très bien chez eux même s'ils ne pouvaient pas forcément faire grand-chose. L'objectif occupationnel permet d'essayer de leur apporter un peu de bien-être même si la situation n'est pas forcément bien vécue. Alors des fois ça peut permettre de leur faire découvrir d'autres choses qu'ils ne connaissaient pas mais comme je fais l'entretien j'essaie souvent de passer par le biais des activités antérieures pour essayer d'avoir une satisfaction dans ce nouveau lieu de vie parce que ça reste un EHPAD.

Moi : Pour ma part j'ai posé toutes mes questions. Est-ce qu'il y a des sujets que je n'ai pas abordé et dont vous voudriez parler maintenant ?

Ergothérapeute 3 : Peut être le lien aux familles. Moi c'est vrai que je n'ai pas trop le temps, mais venant de pédiatrie c'est vrai que c'est quelque chose que je ne retrouve pas beaucoup en EHPAD et je pense qu'il y aurait un travail à faire là dessus. Par exemple une résidente avec qui c'est compliqué c'est une institutionnalisation choisie par la fille après une chute à domicile mais la dame ne voulait pas. Et en discutant avec sa fille on a réussi à trouver des compromis et des centres d'intérêt. Le lien aux familles c'est important. Après aussi pendant les entretiens de pré-admission de travailler en lien avec moi pour les situations particulières. Pour pouvoir un peu évaluer l'environnement et l'organisation de la personne au domicile avant l'entrée. Je pense que si il y avait possibilité ca serait intéressant d'aller plus souvent au domicile avant l'entrée.

Et aussi la problématique du temps, des temps à respecter en fonction des habitudes de la personne. souvent l'organisation et les horaires de l'EHPAD ne collent pas avec les habitudes de vies de la personne.

Moi : Ca me fait penser à la problématique de la collectivité.

Ergothérapeute 3 : Oui c'est ça, il faut s'adapter aux horaires, au repas, aux lieux, à la déco, aux odeurs, aux autres...

Moi : Je vous remercie de votre temps

Ergothérapeute 3 : Bon courage pour la dernière ligne droite

Le rôle de l'ergothérapeute dans la transition occupationnelle des personnes entrant en EHPAD

Mots-clés :

Ergothérapie - Entrée en EHPAD - Personnes âgées - Transition occupationnelle - Activité

Résumé :

L'arrivée en EHPAD est un grand bouleversement dans la vie d'une personne. L'enjeu est de taille puisqu'il est primordial, afin que l'état de santé de la personne ne se dégrade pas, qu'elle continue à participer aux occupations qui ont un sens pour elle dans ce nouveau lieu de vie. Ce mémoire d'initiation à la recherche cherche à comprendre quelle est la valeur accordée par les ergothérapeutes à l'accompagnement de la transition occupationnelle des résidents entrant en EHPAD. Ainsi, un questionnaire a été diffusé et rempli par 36 ergothérapeutes travaillant en EHPAD depuis plus de 2 ans. Les données obtenues ont ensuite été enrichies par 3 entretiens semi-directifs. Ces enquêtes ont mis en évidence que la valeur accordée à l'accompagnement de la transition occupationnelle est plutôt élevée mais que les ergothérapeutes manquent de temps pour l'accompagner ce qui crée une forte insatisfaction. Quant aux moyens utilisés, ce sont majoritairement la connaissance de la personne à travers les évaluations ainsi qu'un accompagnement individualisé.

Key words :

Occupational therapy - Entering nursing homes - Elderly person - Occupational transition - Activity

Abstract :

Arriving in a nursing home is a major upheaval in a person's life. The issues are high since it is essential, so that the person's state of health does not deteriorate, that they continue to participate in the occupations that are meaningful to them in this new living place. This research initiation thesis seeks to understand the value accorded by occupational therapists to supporting the occupational transition of residents entering EHPAD. Thus, a questionnaire was distributed and completed by 36 occupational therapists working in EHPAD for more than 2 years. The data obtained were then enriched by three semi-structured interviews. These surveys have shown that the value given to support for the occupational transition is rather high, but that occupational therapists lack the time to assist it, which creates strong dissatisfaction. As for the means used, it is mainly knowledge of the person through assessments as well as individualized support.

Mémoire d'initiation à la recherche de Margot DUFOUR,
sous la direction de Mme Estelle HERNANDEZ.