



INSTITUT DE FORMATION



EN ERGOTHÉRAPIE

- TOULOUSE -

**Le Devenir occupationnel des personnes âgées en EHPAD :
Intervention de l'ergothérapie pour prévenir la dépression de nos
aînés**

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

SECHER Nolwenn

Mai 2022

Directeur de mémoire : SCHABAILLE Arnaud

Promotion 2019-2022

Engagement et autorisation

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

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

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

Fait à Toulouse.

Le : 09 mai 2022

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'N. Secher', written over a horizontal line.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche, écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (LeBoterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Me voici enfin à la page des remerciements, tant attendue sur toute la durée de ce projet. Pas que je n'ai pas aimé faire toutes ces recherches et écrire tout ce qui va suivre, mais je m'étais promis d'écrire ces quelques mots une fois que j'aurai réellement terminé mon mémoire. Donc me voici à 3h18 du matin, ce qui n'étonnera pas mes camarades qui me surnomment Oiseau de nuit.

La première personne que je souhaite remercier est mon directeur de mémoire, M. Arnaud SCHABAILLE. Sans lui, je ne serais sûrement pas arrivée au bout de ce chemin et me serais sûrement pris les pieds dans quelques ronces. Grâce à ses conseils, il a su me guider et me ramener sur la voie quand c'était nécessaire (et c'est arrivé plusieurs fois, avouons-le).

La seconde personne est une de mes sœurs, Solenn, qui m'a aidé et soutenue en ce dernier jour quand mon ordinateur a décidé qu'il était intéressant de supprimer les 5 dernières heures du travail fastidieux qu'était la bibliographie. Je respecte les auteurs, il ne faut pas croire, mais dieu que la bibliographie m'a agacé.

J'aimerai ensuite remercier avec un immense câlin (désolée, je sais que vous n'aimez pas ça, ne me haïssez pas) mes deux meilleures amies, Baï-Lu et Isis. Elles ont été d'un grand soutien pour moi, m'ont corrigé, m'ont relu, m'ont conseillé et m'ont permis de me détendre quand je n'en pouvais plus. Ne vous inquiétez pas les filles, je saurais vous rendre la pareille avec vos mémoire et thèse. Love you 3000.

Je remercie ensuite l'ensemble de ma famille : mes parents, Sylviane et Patrick, qui ont su m'apporter gourmandise et temps de repos quand je m'enfonçais dans le mémoire, et mes deux autres sœurs, Gwénaël et Annaïg. Mention spéciale à Gwénaël qui m'a conseillé sur la réalisation de mon mémoire dès le début. Tu es la meilleure prof !

Puis en dernier vient ma promotion : merci à eux pour les trois ans que nous avons passé ensemble, pour les souvenirs et les fous rires. Merci tout particulièrement aux parents qui m'ont rassuré, conseillé et corrigé. Et merci au groupe Marylou/Fanny/Tristan qui m'a écouté me plaindre sans cesse quand je n'en pouvais plus (encore désolée....).

C'est tout pour les remerciements, je vous souhaite une agréable lecture, en espérant que mon sujet vous plaira autant qu'il m'a plu.

Table des matières

1. Introduction:.....	1
2. Partie contextuelle.....	2
a. Les personnes âgées avec troubles dépressifs	2
i. Définition du vieillissement.....	3
ii. La dépression chez les personnes âgées	4
b. L'institutionnalisation des personnes âgées	8
i. Qu'est ce que l'EHPAD ?.....	9
ii. L'entrée en EHPAD.....	10
iii. Les facilitateurs et obstacles de l'institutionnalisation au Devenir occupationnel des personnes âgées.....	15
c. L'occupation au centre ni de la prise en soin des personnes âgées dépressives en EHPAD	19
i. Occupation et ergothérapie	19
ii. Le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2008).....	21
iii. L'utilisation de l'OPHI-II comme recueil du Devenir occupationnel	24
d. Conclusion et questionnement :	27
3. Méthodologie de recherche	27
a. Choix de la méthode.....	27
b. Choix de la population	28
c. Préparation et réalisation du groupe nominal.....	30
i. Modalités	30
ii. Les étapes adaptées.....	30
4. Résultats	32
a. Analyse quantitative	32
b. Analyse qualitative	33
5. Discussion	34

a. Analyse des résultats	34
b. Limites perçues de l'étude et retour sur l'hypothèse.....	35
c. Perspectives	37
6. Conclusion :	38
Références :	40
Annexes :	48

Glossaire

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
AOTA	American Occupational Therapy Association
AOTF	American Occupational Therapy Foundation
ASH	Agents de Service Hospitalier
AVC	Accident cardiovasculaire
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIM	Classification Internationale des Maladies
COVID	COronaVirus Disease
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes
GDS	Geriatric Depression Scale

GIR	Groupe Iso-Ressources
HAS	Haute Autorité de Santé
INED	Institut National d'Études Démographiques
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
MH5	Mental Health 5
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
OCAIRS	Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPHI-II	Occupational Performance History Interview-II
PA	Personne Âgée
PES	Prise En Soins
PVI	Projet de Vie Individuel
WFOT	Fédération Mondiale des ergothérapeutes
WHO	World Health Organization

1. Introduction:

Aujourd'hui, la population française vieillit, avec une espérance de vie comprise entre 79 et 85 ans selon l'Institut National d'Études Démographiques (INED, 2020)¹, hommes et femmes confondus. L'apparition des règles d'hygiène, de la médication, de l'évolution de la prise en soin ou encore l'amélioration de la qualité de vie ont bouleversé notre existence en allongeant notre espérance de vie. Cependant, cette évolution a eu, dans les décennies suivantes, un impact sur le nombre croissant de personnes âgées mais aussi sur l'augmentation de leur dépendance. Cette dernière, qui peut être à la fois physique, cognitive ou psychique, a entraîné sur le long terme une institutionnalisation de cette population qui se voit contrainte de quitter ses habitudes de vie pour maintenir son autonomie et sa sécurité. Aujourd'hui, le nombre de personnes âgées dépendantes nécessitant une institutionnalisation est en constante augmentation (Miron de l'Espinay et Roy, 2020), tout comme le nombre de personnes en souffrance psychologique dans ces instituts. En effet, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Abdoul-Carime, 2020) réalisée entre 2015 et 2016, l'état psychologique des personnes âgées vivant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est moins bon que ceux vivant à domicile. Il a aussi été démontré dans cette étude que la moitié des résidents en France consomme des antidépresseurs, un sénior sur cinq exprime souffrir de dépression et un tiers est en situation de détresse psychologique. Cette fragilité psychologique est donc fortement ancrée dans le quotidien de cette population, nous questionnant sur la prise en soin que nous pourrions apporter lors de notre futur professionnel en tant qu'ergothérapeute.

Au cours de mes expériences personnelles et professionnelles, j'ai pu être en contact avec des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs. J'ai pu me rendre compte que leurs fragilités psychologiques et leur impact sur le quotidien étaient un réel frein dans leur engagement occupationnel. J'ai également pu me rendre compte que l'EHPAD, cadre structurant une grande partie de cette population, pouvait apporter des avantages mais aussi être un obstacle dans leur prise en soin. Touchée par leurs témoignages mais aussi frustrée de ne pouvoir les accompagner pleinement avec mes connaissances actuelles, j'ai souhaité approfondir ma réflexion et mon analyse sur leurs situations.

¹ Au cours du XXe siècle, les progrès sont plus rapides, à l'exception des deux guerres mondiales. Les décès d'enfants deviennent de plus en plus rares. La hausse de l'espérance de vie se poursuit grâce aux progrès dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

En tant que future ergothérapeute, j'aimerais intégrer notre approche occupationnelle dans la prise en soin des personnes âgées entrant en EHPAD dans le but de prévenir la perte d'autonomie liée à l'apparition de troubles dépressifs et ses conséquences sur le quotidien. Pour cela, j'aimerais comprendre au travers de mon mémoire les causes et conséquences de l'apparition de ces troubles au sein d'une institution de type EHPAD afin de mieux adapter individuellement l'intervention. À la suite de mes recherches, je me suis questionnée sur les différentes approches, méthodes et outils que nous, ergothérapeutes, pouvons leur proposer dans ce cadre structurel, en s'axant sur leur Devenir occupationnel.

Pour mieux comprendre la pertinence de mon étude, j'ai réalisé de nombreuses recherches sur les différentes notions-clefs que je vais vous présenter ci-dessous : personnes âgées, EHPAD, dépression, ergothérapeute, Devenir occupationnel, OPHI-II.

2. Partie contextuelle

a. Les personnes âgées avec troubles dépressifs

J'ai personnellement choisi comme population la personne âgée car j'ai un profond attrait pour celle-ci. À la différence de certaines populations cibles, l'état de la population âgée nous concerne tous car elle est partie intégrante du parcours de vie : nous faisons notre entrée dans le monde avec la naissance, nous développons lors de l'enfance, vivons et mûrissons lors de la phase adulte puis transmettons dans la vieillesse nos expériences avant de laisser la place à la génération future en fin de vie. Il est pour moi important de prendre soin de nos aînés pour les accompagner lors de la fin de leur parcours, fin souvent apeurante avec tout ce qu'elle entraîne.

Selon la World Health Organization (WHO) ou Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2021a), la population âgée comprend par définition les personnes de plus de 60 ans jusqu'à la fin de vie. Cependant, cette classification tend à changer avec l'évolution actuelle de l'espérance de vie. Alors que le terme de personnes âgées faisait référence il y a quelques années à la fragilité de la population et leur dépendance future, aujourd'hui la notion est plus complexe. Selon les études de Guedj, Broussy et Kuhn Lafont (Think Tank de 2018)², elle se subdivise en plusieurs seuils : le retraité actif valide (60 à 75 ans), l'apparition des fragilités (75 à 80-85 ans) et l'entrée dans le Grand Âge avec la perte d'autonomie (au-delà de 85 ans).

² Études basées sur les données et analyses fournies par l'INSEE, l'INED et la DREES, sur une revue de la littérature spécialisée sur le sujet, sur l'analyse des principaux sondages et études d'opinion touchant aux enjeux du vieillissement et d'entretiens conduits avec de experts du vieillissement et de sa prise en charge.

Selon ces mêmes études, l'espérance de vie à la naissance continuera sa croissance avec une moyenne de 93 ans pour les femmes et 90 ans pour les hommes en 2070 en France. L'évolution de cette moyenne va accentuer le besoin de changement de cette classification de la personne âgée qui devient obsolète. La forte gérontocroissance des prochaines années va marquer la société qui va devoir repenser l'offre sanitaire de cette population vieillissante pour répondre à ses besoins.

i. Définition du vieillissement

Le vieillissement est un processus physiologique constant connu de tous, qui commence dès le début de la vie et aboutit sur notre mort.

Selon Rowe et Kahn (1998), le bien vieillir comprend une intégration multifactorielle : biologique, sociodémographique, psychologique, comportemental et relationnel. L'ensemble de ces facteurs entre en jeu dans le vieillissement, influençant l'apparition des maladies et de leurs facteurs de risques et favorisant le maintien du fonctionnement physique et cognitif par un environnement occupationnel et social satisfaisant. Les recherches de ces auteurs ont alors distingué trois modes évolutifs de vieillissement :

- Le vieillissement réussi : la personne ne souffre d'aucune atteinte ou pathologie et présente un critère d'adaptation de la personnalité face aux différentes situations de pertes dans une notion d'équilibre facilitateur/obstacle ;
- Le vieillissement « habituel » : la personne n'a pas de pathologie définie mais certaines fonctions sont atteintes ;
- Le vieillissement avec pathologie et/ou handicap.

Selon la WHO (2021a), le « *vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.* » Cependant, celle-ci est non uniforme, propre à chacun et irréversible.

Fréquemment dans le vieillissement normal, une perte des capacités motrices, cognitives et sensorielles se produit. Elle dépend de nombreux facteurs internes et externes (état nutritionnel, pathologies inflammatoires et infectieuses, stress, etc) qui diminuent la performance occupationnelle de la personne âgée. La variabilité des limitations fonctionnelles possibles due à ces pertes, entraîne des conséquences sur le psychique : l'individu voit son

Être occupationnel modifié et est contraint d'adapter son quotidien – s'il le peut – pour maintenir son Agir et visualiser un Devenir. Cependant, cette adaptation est difficile à réaliser et la situation de la personne âgée devient complexe : en raison de ses incapacités, elle voit une dépendance s'installer dans son quotidien habituel, ce qui peut favoriser l'installation des signes de dépression (Boga et Saltan, 2020).

ii. La dépression chez les personnes âgées

Aujourd'hui, la dépression du sujet âgé est souvent banalisée et considérée comme une tristesse normale liée à leur grand âge et à l'approche de la mort. Cependant, la pathologie ne fait pas partie du processus normal du vieillissement. D'après la WHO (2019), les troubles psychiques constituent l'une des premières causes de mortalité du sujet âgé, avec la dépression pour pathologie la plus répandue. Il a été constaté que l'apparition de symptômes dépressifs augmente avec l'âge, entraînant un retentissement important sur les activités des individus et sur leur identité (Kuhnel, El Iraki, Tranchant & Aspe, 2010). La dépression représente aujourd'hui un enjeu prioritaire de santé publique par sa prévalence élevée : elle augmente le recours aux soins, favorise l'apparition d'une dépendance et accélère l'entrée en institution. 15 à 20% des personnes âgées de plus de 65 ans présenteraient des symptômes dépressifs dont 13% des épisodes dépressifs majeurs. En institution, cette prévalence augmente avec 35 à 40% des résidents impactés. En effet, selon une étude³, 36% des résidents des EHPAD présentent un état dépressif (Limosin, Manetti, René & Schuster, 2015).

Elle est toutefois difficile à repérer en raison du caractère polypathologique que présentent les personnes âgées. La prise en charge de ces personnes est donc souvent compromise par le manque de reconnaissance de la pathologie. Aujourd'hui, les différents professionnels (médecin, psychologue) utilisent l'échelle de la Geriatric Depression Scale (GDS/Mini-GDS) ou la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) pour dépister la dépression en évaluant au travers d'un questionnaire les facteurs de risques chez la personne âgée. En fonction des résultats, le médecin peut mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire avec un traitement médicamenteux et/ou un suivi psychologique.

1. Définition de la dépression

Selon la Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013), la dépression se caractérise par une tristesse ou une perte d'intérêt et de plaisir qui dure plus de deux semaines. À cela s'associe

³ Étude réalisée en 2003 par la DREES, avec n = 8972. Évolution croissante des cas depuis cette étude.

l'apparition d'une altération de la performance cognitive liée à la mémoire et de l'attention, une dévalorisation importante de soi, une altération du sommeil et/ou de l'appétit ou encore l'expression d'idées suicidaires. Ces symptômes peuvent être intenses et durables : ils peuvent se présenter sous forme d'épisode dépressif ou de troubles dépressifs récurrents selon la classification internationale des maladies (CIM) version 11⁴ (WHO, 2022).

Cependant, cette définition doit être ajustée pour correspondre à la population âgée qui présente un tableau clinique particulier. Selon diverses études (Limosin et al, 2015 ; National Institute on Aging, 2021), les symptômes sont généralement identiques mais leur apparition et intensité sont variables. La description des prochains symptômes suit ces études. Les affects dépressifs (tristesse et douleurs morales) sont en général moins verbalisés, souvent minimisés par la personne elle-même. Il est possible aussi d'observer des formes dites « masquées » avec une absence totale d'expression de tristesse voire un déni de la dépression par la personne. Des idées noires sont très courantes dans le discours de cette population, avec risque accru de passage à l'acte. Elle peut aussi développer un profil psychotique avec l'apparition de délires de persécution et une forte anxiété. Des plaintes subjectives sont présentes avec des sensations d'atteintes intellectuelles et les pertes mnésiques dues aux troubles de l'humeur impactant ses capacités cognitives comme l'attention ou la concentration. Un cercle vicieux se met en place suite à cette sensation de perte cognitive : face à cette impression, les personnes âgées ressentent une baisse de leur performance occupationnelle et diminuent leur participation, ce qui abaisse l'estime de soi et favorise les signes dépressifs. Si les personnes externes ont une mauvaise compréhension et/ou acceptation de la détresse, la personne âgée peut refouler son anxiété et perdre par la suite son investissement dans son quotidien par perte d'intérêt ou de plaisir.

La dépression est donc un frein pour la performance occupationnelle des personnes âgées qui voient une perte identitaire dans leur quotidien par leur manque d'investissement et les difficultés relatives à leurs troubles lors de la réalisation de leurs activités.

2. Facteurs favorisant l'apparition de signes dépressifs chez la personne âgée

Chez la personne âgée, l'apparition d'une dépression est augmentée en raison du processus de vieillissement qui implique des pertes successives (fonctionnelles, sociales, environnementales etc.). Il est cependant important d'en comprendre les facteurs pour

⁴Chapitre 06 – « troubles mentaux et du comportement », sous-chapitre “Troubles dépressifs - A671”

prévenir et limiter son apparition afin d'en éviter les conséquences délétères chez cette population.

Suite à de nombreuses études au fil des années pour comprendre cette pathologie et la prévenir, certains facteurs de risques (internes et externes) ont pu être constatés. Selon Limosin et al (2015), « *les facteurs de risque sociaux et environnementaux ont une place importante dans la vulnérabilité dépressive du sujet âgé, qu'il s'agisse de la solitude, de l'isolement, du faible support social et de la perte de proches* ». L'ensemble des facteurs de risques est répertorié sur le site national d'information pour les personnes âgées (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 2021) :

- Avoir des antécédents de dépression ;
- Être une femme ;
- Être atteint de pathologies chroniques notamment cardiovasculaires et neurologiques comme un accident cardiovasculaire (AVC), la maladie d'Alzheimer etc. ;
- Avoir vécu des événements stressants, notamment un deuil, un traumatisme, un changement soudain d'environnement, etc. ;
- Avoir un faible statut socioéconomique ;
- Être isolé.

À ces facteurs s'ajoute la perte d'autonomie et la fonction d'aidant auprès d'une personne dépendante, selon l'HAS (2014a).

De plus, selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, s.d), certains médicaments présentent des effets secondaires comportant des symptômes dépressifs : le risque est plus élevé chez les personnes âgées en raison de la polymédication mise en place pour répondre aux nombreuses problématiques liées au vieillissement.

Face à l'ensemble de ces critères pouvant être source de l'apparition de troubles dépressifs, nous pouvons alors nous questionner sur la façon dont prévenir ces troubles pour limiter les conséquences de ces symptômes sur l'autonomie et la participation occupationnelle des personnes âgées.

3. Prévention de la dépression chez les personnes âgées

Un des enjeux du vieillissement est le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie du sujet âgé. Rentre alors la notion du "bien vieillir" et ici du bien vieillir psychiquement qui correspond à la conservation du maximum de capacité d'adaptation (occupationnelle) et le

meilleur équilibre psychologique sur toute la durée de vie du sujet. (Caria, Gallarda, Gauillard & Loubières, 2020 ; Gangbè, Marcellin, Ducharne & Francine, 2006). Le maintien de la santé mentale de cette population n'est donc pas à négliger avec l'avancée en âge, ce qui correspond à « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (WHO, 2018). Pour répondre à cet enjeu, la prévention de la dépression va donc rechercher l'atteinte du vieillissement réussi de Rowe et Khan (1998).

Selon l'HAS (2006), la prévention « *consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* ». Elle se divise en trois catégories : la prévention primaire qui agit avant la maladie, la prévention secondaire à l'apparition des premiers signes et la prévention tertiaire pour limiter les complications et les risques de rechute. En mai 2014, ce même organisme a publié un cahier des charges pour améliorer et adapter la prise en soin de cette population au travers d'une prévention, d'un repérage et d'un accompagnement des différents professionnels. En effet, la prévention est aujourd'hui une nécessité concernant cette pathologie, car elle impacte fortement le quotidien des personnes âgées et ainsi leur état de santé général. En 2020, une étude comparative de Boga et Saltan (réalisée en Turquie) a démontré que le niveau de dépendance dans les Activités de Vie Quotidienne (AVQ) des personnes âgées vivant en EHPAD était corrélé à l'état mental et à la dépression. Agir en amont, c'est éviter les problèmes ou limiter les complications.

Les objectifs qui ont découlé de ce cahier des charges sont :

- « *Repérage des facteurs de risque de souffrance psychique de la personne ;*
- *Repérage des expressions et symptômes de souffrance psychique ;*
- *Gestion des situations de crise ;*
- *Coordination des professionnels pour un accompagnement interdisciplinaire et complémentaire de la personne en situation de souffrance psychique. »*

En lien avec ces objectifs, des programmes de prévention ont été mis en place auprès de la population âgée et les programmes d'exercices insérés ont démontré un impact positif (WHO, 2021b). D'autres actes d'intervention ont été testés et étudiés au Canada pour suivre les nouvelles lignes directrices de 2021 sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées. De ces actions sont ressortis plusieurs axes de prévention agissant bénéfiquement sur l'apparition ou la réduction des troubles de la dépression :

- La réduction de l'isolement social et de la solitude par des thérapies de groupes dans des milieux de soins de longue durée. Cela pouvait être par de la réminiscence, des programmes d'exercice physique, des visioconférences avec la famille, etc. La réminiscence est par ailleurs une intervention des plus efficaces pour réduire significativement la solitude et la dépression (Westerhof & Slatman, 2019) ;
- L'apport d'activité physique. Un faible niveau d'activité physique (simple loisir physique ou participation dans les AVQ) augmente la probabilité que le sujet âgé soit atteint d'une dépression au cours de son séjour (Dishman, McDowell & Herring., 2021 ; HAS, 2019) ;
- L'approche comportementale sur la pensée positive, la revalorisation de soi et l'espoir d'un avenir, sur le bien-être et la qualité de vie. Face à la vulnérabilité du sujet âgé suite à la confrontation avec la maladie ou à une/des perte(s), de nombreuses études ont mis en avant l'importance de ces facteurs complexes et multidimensionnels dans l'approche des professionnels pour prévenir la dépression et aider les personnes présentant des troubles dépressifs (Kwon et coll., 2015 ; Haney and all, 2018).

Face à ces différents axes de préventions, nous pouvons nous demander si l'ergothérapeute pourrait participer à ces diverses interventions. En effet, par son approche occupationnelle, il serait à même de mener des ateliers thérapeutiques pour lutter contre l'isolement social, maintenir une activité physique et participer à la revalorisation de soi. Dans le cadre de cette étude, nous allons donc poursuivre cette réflexion sur l'environnement institutionnel qui va cadrer cette intervention.

b. L'institutionnalisation des personnes âgées

Comme expliqué auparavant, avec l'augmentation de l'espérance de vie vient une fragilité puis une perte d'autonomie entraînant une dépendance dans le quotidien. En France, la proportion de personnes âgées nécessitant une aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne devrait être multipliée par deux entre 2010 et 2060 (Lecroart, Froment, Marbot & Roy, 2013). Malgré les nombreuses aides à domicile qui se développent⁵ pour maintenir leur autonomie et assurer leur sécurité à domicile, les familles sont souvent dans l'obligation de les placer en institution quand celles-ci ne suffisent plus. Pourtant, selon une étude de la DREES réalisée en 2017 (Abdoul-Carime, 2020), 66% des français ne souhaitent pas vivre en

⁵ Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

établissement pour personnes âgées et plus de 80% souhaitent maintenir leur proche à domicile.

En France, différentes institutions peuvent accueillir les personnes âgées qui nécessitent une aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il existe les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA)⁶ comprenant les résidences seniors, les résidences autonomie et les maisons de retraite. J'ai choisi de m'axer sur les EHPAD en raison de mon expérience personnelle, de la dépendance accrue impactant l'autonomie moyenne des résidents et la présence d'une équipe soignante dont l'ergothérapeute. Il a cependant été observé dans cette même étude de la DREES (2020) que la prévalence d'états dépressifs en EHPA était aussi importante : une analyse pourrait être réalisée dans un second travail de recherche en fonction des facilitateurs et obstacles que proposent cette institution.

i. Qu'est ce que l'EHPAD ?

Selon la CNSA (2022), l'EHPAD est un « *établissement médicalisé [qui a] pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* ». En France métropolitaine, le Panorama2021 dénombre 595 982 places en EHPAD fin octobre 2021, ce qui représente un lieu d'accueil majeur des personnes âgées dépendantes (Hospital, 2022).

Les EHPAD s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans qui sont en conditions de dépendance et nécessitant une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Cependant, un vieillissement des résidents à leur entrée en établissement est constaté avec une moyenne d'âge de 85 ans (Muller, 2017)). Cette avancée peut s'expliquer par l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité et par la politique de maintien à domicile instaurée depuis plusieurs années. Les personnes résidant en EHPAD correspondent donc à une population présentant une dépendance légère à sévère, mesurée par la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) avec un Groupe Iso-Ressources (GIR) moyen de 3-4. Pour répondre à ces dépendances, plusieurs équipes pluri-professionnelles se coordonnent : l'équipe hôtelière, soignante, administrative et d'animation. Pour l'équipe

⁶ Accueille des résidents ne nécessitant pas de suivi médical. Les personnes âgées sont globalement autonomes mais nécessitent d'un accompagnement dans la vie quotidienne, notamment en ce qui concerne les repas (GIR 5-6 sur l'AGGIR)

soignante, les EHPAD sont en obligation d'avoir au minimum un médecin coordonnateur, des infirmières, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et une psychologue (CNSA, 2021). Ils font régulièrement appels à divers professionnels extérieurs pour assurer une prise en charge plus globale tels que les kinésithérapeutes ou les pédicures. Un ergothérapeute et/ou psychomotricien sont de plus en plus intégrés dans l'équipe soignante, ayant les compétences premières pour répondre à la mission principale de l'EHPAD qu'est le maintien des capacités préservées. En effet, de plus en plus d'établissements prennent conscience de l'importance du travail de l'ergothérapeute dans la gestion et le maintien de la dépendance au cours des années : que ce soit avec l'évaluation des capacités, la mise en place d'activités thérapeutiques ou de matériels pour satisfaire bien-être et bonne santé aux résidents, l'ergothérapeute a développé un rôle capital dans cette prise en soin pluridisciplinaire (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2015).

Toutefois, des inégalités peuvent être observées entre les EHPAD, modifiant l'accessibilité et la qualité de prise en soins entre les départements au sein même du territoire français métropolitain. Nous pouvons retrouver trois facteurs d'inégalités (Hospital, 2022) : le positionnement géographique avec une délocalisation des EHPAD en campagne, les ressources humaines avec une variation du nombre de personnel présent et les capacités socioéconomiques de la personne âgée liées à la tarification des lieux d'hébergement.

Ainsi, l'environnement de la personne âgée peut être une ressource dans son parcours de vie mais aussi un obstacle. Dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Kielhofner (2004), une des bases de raisonnement de l'ergothérapie, l'environnement (ici l'EHPAD) englobe l'ensemble des composantes de la personne (son Être, son Agir et son Devenir), interagissant avec chacune pour faciliter ou limiter son développement dans son quotidien. Ainsi, en fonction de celui-ci, l'entrée en institution et la prise en soin peuvent ne pas correspondre aux besoins de la personne âgée et engendrer divers troubles, notamment dépressifs.

ii. L'entrée en EHPAD...

1. et l'apparition de troubles dépressifs

Selon Polard (2017, p.35), de nombreuses personnes âgées entre en EHPAD suite à une situation de crise brutale ou répétée en lien avec une hospitalisation. Ces événements

peuvent être une chute avec/sans station allongée prolongée et/ou blessure, la perte de son/sa conjoint(e) ou encore l'apparition/l'aggravation de troubles fonctionnels.

À la suite de ces situations de crise, le maintien à domicile est parfois impossible en raison de contraintes multifactorielles, enclenchant le processus d'institutionnalisation de la personne âgée (Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H, Brälher, E. & Riedel-Heller, S.G., 2010). Pour 20-30% de la population (Leudière, 2014), l'acceptation de cette entrée en EHPAD, vue comme la dernière demeure de vie avant la mort, est difficile et peut entraîner l'apparition de troubles dépressifs. L'auteur constate aussi un lien de causalité entre l'entrée en institution à partir du domicile et l'apparition d'un état dépressif : à la différence de l'institutionnalisation suite à une hospitalisation, une dégradation brutale de l'état de santé n'est pas forcément ressentie par la personne âgée qui a plus de difficulté à réaliser le deuil de sa vie passée. Une étude réalisée par la DREES (Weber, 2011) confirme ces faits, avec une moyenne de deux résidents sur dix qui vivent mal leur entrée. Ils n'arrivent pas à se sentir chez eux, ayant dû se séparer de leurs biens et se sentent isolés. Nous pouvons faire le lien entre ces éléments et les facteurs favorisant la dépression étudiés dans la partie 2.1. ii.2.

Le « bien-entrer » est donc un facteur majeur sur le « bien y vivre », mettant en avant la nécessité d'une préparation au changement de lieu de vie, la participation active du résident à la décision d'être institutionnalisé et le suivi une fois entré en EHPAD (Weber, 2011). En effet, selon cette même étude de la DREES, un résident qui déclare avoir réussi son « bien-entrer » dans l'établissement, a une chance presque six fois supérieure de développer le « bien y vivre » par rapport à un résident qui aurait mal vécu son arrivée en institution.

La première année est donc charnière dans la prévention de l'apparition des troubles dépressifs en EHPAD, d'autant plus que la durée de vie moyenne dans cette institution est estimée à trois ans et quatre mois (Muller & Roy, 2018). En effet, selon le psychiatre Jean-Pierre Clément⁷, l'entrée en établissement serait un facteur important d'apparition d'épisodes dépressifs, avec 10 à 15% de personnes âgées en présentant un épisode majeur durant l'année suivant leur entrée.

Par ailleurs, Solenne Leudière a soulevé une augmentation du pourcentage de résidents prenant un traitement antidépresseur au cours de la première année : 43% de personnes âgées avaient un traitement antidépresseur avant leur entrée. Cette population avait déjà subi une

⁷ Chiffres exprimés lors du Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française de 2017 à Limoges

perte d'autonomie majeure, entraînant une chute de leur participation occupationnelle et donc de leur identité occupationnelle. Cependant, lors d'un bilan à un an, 57% des résidents avaient ce traitement inscrit dans leur parcours de soins. 13% des résidents ont donc vu un traitement antidépresseur implanté dans leur cursus un an après leur entrée en institution. Cette population exprime ne pas arriver à s'intégrer dans son nouvel environnement qu'est l'EHPAD. L'intégration dans un cadre privatif tend donc à être un critère majeur pour prévenir l'apparition des troubles dépressifs.

Force est donc de constater que cette population a un état psychologique précaire dès son entrée. Depuis quelques années, des études ont commencé à émerger sur leur état psychique et une préoccupation majeure a débuté avec l'apparition de la crise sanitaire de la COVID-19, débutée en mars 2020 et se poursuivant aujourd'hui. Selon la DREES (Abdoul-Carime, 2020), l'état psychologique des résidents est en moyenne moins bon que ceux présents à domicile. Pour toute tranche d'âge de 10 ans (de 60 à 100 ans et plus), l'étude constate une nette différence au travers de cinq signes : fatigue, lassitude, épuisement (1); manque d'appétit (2); problèmes de sommeil (3); besoin de motivation pour effectuer les tâches des activités quotidiennes (4); absence d'activité quotidienne (5). Il est d'ailleurs possible de constater un écart majeur concernant les deux derniers points : alors qu'à domicile, les personnes âgées maintiennent leur participation dans leur quotidien dans 90 à 100% des cas, en institution, entre 12 à 38% de personnes ont besoin de motivation ou perdent totalement leurs activités quotidiennes.

Concernant l'état thymique, cette même étude de la DREES montre que 20% des résidents expriment se sentir régulièrement voire toujours tristes au cours du mois contre 10% à domicile, score calculé par le Mental Health 5 (MH5). De plus, environ un tiers des personnes obtiennent un score inférieur à 55, ce qui signifie qu'elles ont une probabilité élevée de développer des syndromes dépressifs. Ainsi, l'ensemble de ces signes favorise l'apparition de troubles dépressifs (cf 2.a.ii.). Cette étude a par ailleurs évalué 18% des résidents avec un état dépressif en 2016. Cependant, l'ensemble de ces chiffres est sous-estimé car de nombreux résidents ne pouvaient pas répondre aux questionnaires en raison de leur état de dépendance avancé (GIR 1) ou de leurs démences.

Un désengagement occupationnel est donc fortement présent suite à l'entrée en institution, impactant leur identité occupationnelle et plus généralement leur Devenir occupationnel. Selon différentes études (Limousin et al, 2015 ; KY Miu & KM Chan, 2011) la dépression

aurait un réel impact sur l'autonomie fonctionnelle qui déclinait proportionnellement à l'évolution des symptômes. Face à ce constat, Badey-Rodriguez (2005) exprime que l'entrée en institution représenterait un risque important de perte identitaire pour les résidents.

2. et la crise identitaire

Les vieillissements normal et pathologique sont caractérisés par les pertes sociales, cognitives, somatiques et affectives et participent à l'entrée en crise identitaire du sujet âgé. En effet, l'identité d'une personne est créée à partir d'une expérience continue, elle-même liée aux relations entre l'organisme et l'environnement (Dewey & Bentley, 1949 ; Vallée, 2018). Lorsque les personnes âgées sont confrontées à des événements traumatisants (accidents, pertes, institutionnalisation etc.), elles peuvent ressentir une rupture de cette continuité. Selon Kafoa et Roumilhac (2012), cette crise constitue un état charnière avec une rupture et une remise en question qui affecte la vie psychique. Fragilisée dans son intégrité, la personne âgée va subir chaque perte comme une fracture supplémentaire dans son identité qu'aucune compensation ne pourra atténuer.

Or, l'institutionnalisation des personnes âgées signifie qu'ils ne sont plus en capacité de rester à domicile en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou d'insécurité importante face à leur vulnérabilité. La perception médicale que l'institutionnalisation va imposer va alors altérer la représentation de soi, représentation que le sujet avait souvent réussi à maintenir, non sans labeur, en dissimulant ou compensant ses difficultés dans les actes de la vie quotidienne. Elle va introduire un repère dans le vieillissement alors que le domicile noyait les changements dans les habitudes de vie et la routine identitaire (Mallon, 2005).

Malgré son intervention préventive et/ou curative, l'institut va alors majorer les pertes (environnementales, sociales, fonctionnelles etc.) vécues par la personne âgée et accentuer son ébranlement psychique. Le statut de résident va tendre à effacer l'identité initiale active du sujet pour un caractère plus passif, dans l'attente de quelque chose. Les rôles, qui n'ont plus d'utilité sociale au sein de l'institution, ne sont maintenus que par la volonté que la personne met pour s'y engager. Le contexte institutionnel provoque alors la transformation des rôles en habitudes qui finissent souvent par se réaliser sans motivation, dans le seul but de combler le temps. Les habitudes, quant à elles, deviennent des réassureurs identitaires, maintenant dans une approche occupationnelle les activités signifiantes de la personne âgée en s'adaptant au contexte dans lequel elle évolue (Mallon, 2005).

Kafoa et Roumilhac (2012) expriment par ailleurs le paradoxe de l'institutionnalisation en EHPAD où la personne âgée intègre un lieu de vie pour y mourir. En effet, l'EHPAD, vu comme un lieu de décès, a une représentation mortifère qui génère crainte et angoisse avant même l'entrée dans celui-ci. Il ne va pas sans rappeler au sujet âgé le contexte de fin de vie dans lequel il va être amené à évoluer, au travers de la représentation de l'image de la vieillesse créée par l'ensemble des résidents, pouvant engendrer un traumatisme et un vécu dépressif (Gibowski, Balard & Le Duff, 2013). De plus, par son caractère inéluctable et définitif, l'institutionnalisation en EHPAD va réduire voire empêcher la projection dans son avenir, accentuant sa perte identitaire et son désengagement occupationnel. Le Devenir se fragilise alors un peu plus.

Cependant, est-ce vraiment une perte ou plutôt un renoncement ? Le renoncement ne doit pas être vu comme l'abandon de vivre, mais plutôt comme l'acceptation de sa vieillesse, de son état de santé et de sa nouvelle identité (Mallon, 2005). Selon les études citées plus haut, une partie des personnes âgées entrant en institution exprime avoir bien vécu l'entrée en EHPAD, ayant renoncé à son ancien environnement pour s'adapter au nouveau et créer une nouvelle identité au sein de l'établissement accueillant. Alors pour quelle raison 20 à 30% des résidents participants aux entretiens n'ont pas accepté leur entrée ? Est-ce dû à un travail de deuil de leur ancienne vie, de leur ancienne identité ? Dans un entretien tiré de l'article de Kafoa et Roumilhac (2012), Mme B. exprime lors d'une interrogation sur son image avant et après institutionnalisation : « *Je ne me suis jamais sentie vieille... Jusqu'au jour de mon entrée en maison de retraite.* » Dans cet exemple, force est de constater que l'institutionnalisation fracture l'identité de la personne et oblige le sujet âgé à se reconsidérer. Selon Mallon (2005), ce n'est pas tant l'entrée en EHPAD qui marque la prise de conscience du vieillissement, imagé par le changement matériel du décor, mais plutôt la série d'événements qui a provoqué cette entrée et ébranlé l'identité de la personne âgée. L'entrée n'est que le dernier bouleversement de cette situation de crise, comme les ondes d'une pierre jetée dans l'eau qui troublent la surface et le reflet que la personne peut observer. Elle crée alors l'opportunité de réaliser une rétrospective pour remettre de l'ordre dans sa vie ou au contraire de mesurer la profondeur des troubles psychiques dans lequel le résident a sombré.

C'est donc dans une dynamique de renaissance que le sujet, pour maintenir un état psychique stable, se doit de désinvestir son identité perdue pour pouvoir en investir une nouvelle. L'ergothérapeute peut-il agir dans cette reconstruction de l'identité, et ce dans le but de développer leur Devenir occupationnel au sein de l'EHPAD ? En agissant sur leurs activités

signifiantes et significatives, l'ergothérapeute est à même de revaloriser cette identité fracturée. De plus, avec l'évaluation des capacités préservées des résidents et la valeur du « laisser faire » que l'ergothérapeute essaie d'implanter dans le travail des équipes, il est le plus à même de devenir un soutien dans cette reconstruction, de limiter l'apparition de troubles dépressifs et d'agir pour leur Devenir occupationnel.

iii. Les facilitateurs et obstacles de l'institutionnalisation au Devenir occupationnel des personnes âgées

Face à ce constat, l'EHPAD pourrait inconsciemment limiter la participation des résidents et les désengager de leurs activités de la vie quotidienne. Récemment, certains auteurs ont pu mettre en avant le contexte difficile dans lequel évoluent ces établissements, engendrant une maltraitance des personnes âgées. En effet, face au manque de personnel, les soignants y enchaînent les soins et accompagnements dans les AVQ à une cadence soutenue. Dans le cadre de l'affaire ORPEA révélant les failles de certains EHPAD (Castanet., 2022), le cadre infirmier et ancien député Laurent GARCIA a témoigné à ce sujet dans le journal de France info : « *Le matin, c'était une soignante jusqu'à 9h30 sur un étage, avec 33 résidents, qui devait s'occuper jusqu'à 9h30 des levers, de l'aide au repas, au petit-déjeuner...* ». ⁸ En moyenne, ces établissements n'ont pas un manque de personnel aussi important mais la plupart des EHPAD tournent avec douze à quatorze résidents pour un soignant. (Kherief, 2019). Cela impacte par la suite la participation des résidents dans leurs AVQ, les professionnels ayant un temps trop court (environ quinze minutes) pour réaliser l'enchaînement transfert-déshabillage-toilette (souvent au gant par manque de temps)-habillage-soins de l'apparence-réalisation du lit. Pour compenser cela, les institutions ont parfois recours à l'embauche de soignants sans diplôme, entraînant une perte de la qualité de soins voire une maltraitance institutionnelle des résidents, mais aussi des soignants et des familles. (Richard, 2021). À cela s'ajoutent les capacités financières insuffisantes qui entraînent des restrictions matérielles importantes au détriment de la santé du sujet âgé. Les exemples les plus souvent cités dans les témoignages sont le maintien dans des protections souillées dans la durée par manque de moyens, ou l'utilisation de serviettes de bain en remplacement. Dans cette situation, comment les soignants peuvent-ils préserver ou maintenir l'engagement des résidents dans leurs activités ? Comment peuvent-ils maintenir leurs

⁸ Phrase tirée de son témoignage dans France info (2022, 25 janvier). Maisons de retraite privées : "La maltraitance existe" Chez Orpéa "encore plus que dans les autres Ehpads", dénonce UN cadre infirmier.

identités avec leur intimité, leurs représentations de soi et leurs habitudes de vie mises de côté pour le bien de la collectivité malmenée ?

Dans l'attente de la loi Grand Âge et Autonomie qui pourrait atténuer ces failles, les institutions mettent en place différentes modalités pour accompagner les résidents dans leur parcours de vie au sein de l'établissement.

1. Un environnement encadré et concerné

Chaque établissement regroupe nombre de professionnels, en santé ou en dehors, qui gravitent autour de la personne âgée et participent consciemment ou inconsciemment à cette prévention. La description suivante est basée sur l'article de l'équipe pluriprofessionnelle rédigée par la CNSA (2021).

En premier temps vient le pôle administratif avec le directeur de l'établissement (finances, logistique, personnels etc.). C'est par lui que naissent les différents projets liés à la vie en établissement et leurs bons déroulements. Il peut être épaulé par un directeur adjoint. À cette équipe s'ajoute le secrétaire qui participe aux tâches administratives et fait le lien entre proches et résidents. De part son rôle central entre intérieur et extérieur, il peut être un soutien pour les personnes âgées.

En second temps vient le pôle santé avec un médecin coordinateur, un cadre de santé, des infirmiers représentés par un infirmier coordinateur, des aides-soignants et un psychologue. A cette équipe s'ajoute l'ergothérapeute qui est de plus en plus intégré à l'équipe initiale, mais il sera développé dans une partie future.

- Le médecin coordonnateur cadre l'ensemble de l'équipe médicale et assure la liaison entre les médecins traitants et l'EHPAD. De plus, il apporte un œil médical sur les admissions lors des démarches d'entrée ;
- Le cadre de santé s'occupe de la gestion de la qualité des soins et les ressources humaines de l'établissement ;
 - o L'infirmier coordinateur cadre l'ensemble des infirmiers et aides-soignants, administrativement et médicalement parlant. Les infirmiers quant à eux assurent les soins (traitements, pansements, etc), contrôlent l'hygiène et la sécurité des résidents en lien avec leur santé générale.
- L'aide-soignant participe à la réalisation des actes de la vie quotidienne des résidents et au maintien des habitudes de vie concernant l'hygiène, l'alimentation, le

déplacement et le transfert. C'est le premier à être en contact direct avec les résidents, du lever au coucher ;

- Le psychologue assure un contrôle de l'état cognitif et psychologique des résidents en proposant soutien, évaluations et activités thérapeutiques.

Le dernier pôle correspond au pôle hôtellerie avec les agents de service hospitalier (ASH) qui assurent l'entretien de la résidence et l'animateur qui maintient au travers d'activités le lien social, lutte contre l'isolement et stimule en parallèle les habiletés des résidents.

Cette liste est non exhaustive, à ces personnes peuvent s'ajouter de nombreux acteurs qui interviennent de manière ponctuelle, consciemment ou inconsciemment au parcours de soin du résident. Tous les acteurs cités ci-dessus peuvent, dans une logique d'intervention interdisciplinaire, accompagner le résident dans de nouveaux investissements et dans la création d'une nouvelle identité.

2. De nombreux outils communs : l'exemple du Projet de Vie Individuel

Aujourd'hui, de nombreuses modalités interdisciplinaires sont utilisées pour accompagner les personnes âgées et participent consciemment ou non à la prévention des troubles dépressifs. Nous pouvons citer les traitements médicamenteux, ralentisseurs de pertes d'autonomie fonctionnelle, de déclin cognitif et de troubles psycho-comportementaux, et les traitements non médicamenteux de types Snoezelen, psychothérapie, reminiscence, musicothérapie etc.

Le Projet de Vie Individuel (PVI), que nous pouvons retrouver dans tous les EHPAD en France, est un bon exemple sur lequel nous pouvons nous appuyer. En effet, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils généraux obligent les équipes soignantes depuis le 2 janvier 2002⁹ à construire « *un projet de vie institutionnel répondant aux besoins des résidents afin de leur assurer un bien-être optimal et de maintenir leur autonomie* » (Gibowski, Balard & Le Duff, 2013). C'est dans cette loi que s'inscrit le PVI, projet personnalisé à chaque résident qui définit des objectifs et les moyens à mettre en place pour répondre aux demandes et attentes du sujet dans le respect de ses capacités. Ce projet permet de préserver au maximum leur autonomie fonctionnelle, physique, psychique et sociale en trouvant un équilibre entre les soins, la qualité de vie quotidienne, la préservation de leur vie

⁹Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

sociale et leur projet d'avenir. Grâce à cet outil, une projection dans le temps va être proposée à cette population qui ne voit plus leur entrée comme synonyme de mort mais plutôt comme un maintien de la vie. Pour sa création, il se subdivise en plusieurs phases : un entretien, réalisé dans le premier mois suite à leur entrée, puis une réunion pour trouver compromis entre attentes et contraintes institutionnelles avant de finir par l'élaboration d'un contrat, le PVI, modulable en fonction des attentes de la personne mais aussi de ses potentielles pertes d'autonomie futures. Ce contrat est renouvelé tous les ans sauf besoin afin d'assurer un accompagnement adapté et concret. Un PVI adapté correspond à un accompagnement adapté : la personne se sentira entendue et soutenue dans ses choix ce qui facilitera son intégration dans ses nouveaux environnements et occupations. Cet outil devient alors un levier pour son Devenir occupationnel.

Pour élaborer un PVI, l'ensemble des professionnels de santé, le résident et les proches sont amenés à participer. L'ergothérapeute, grâce à son approche occupationnelle sur les habitudes de vie, rôles et participation, peut avoir un rôle important dans la construction de ce projet. A l'aide de divers outils de récits de vie ou de mises en situation, il va pouvoir rendre actrice la personne âgée en l'intégrant dès son entrée en EHPAD dans son parcours de vie collective. Grâce aux évaluations des capacités préservées sur les divers actes du quotidien, l'ergothérapeute sera le plus à même d'adapter les objectifs occupationnels intégrés dans le PVI pour qu'il soit le plus adapté à la personne âgée. Celle-ci, au centre de la prise en soin (PES), doit être intégrée au travers d'échanges et d'actions à sa création : la contraindre à un rôle passif dans son quotidien l'amènerait à une construction identitaire négative. L'écoute devient alors une notion primordiale. En effet, dans une étude d'Arbuz menée en 2017, l'auteur présente les nombreux bénéfices qu'apportent l'écoute et l'approche centrée sur la personne dans l'accompagnement du vieillissement et de son acceptation qui peuvent être facteurs de dépression si non/mal-réalisées. Une autre étude a par ailleurs confirmé que suite à l'entretien, une réduction significative du vécu dépressif des personnes qui ont pu être intégrées au processus était observée (Gibowski, Balard, Le Duff, 2013). Le PVI devient alors le médiateur entre le résident et l'équipe et facilite l'institutionnalisation de la personne âgée en procédant à une adaptation et non à un renoncement de son quotidien passé. L'ergothérapeute peut par ailleurs contribuer à cette adaptation : certaines activités peuvent être limitées par le cadre structurel ou par les capacités altérées qui ont entraîné l'institutionnalisation. Dans un travail commun avec la personne âgée, il va pouvoir mettre en place stratégies et aides (techniques ou humaines) pour détourner ou compenser les difficultés

présentes. Cela peut concerner les activités de la vie quotidienne (le repas, les déplacements, la toilette) mais aussi certaines activités loisirs (le jardinage avec la mise en place d'une activité de jardin thérapeutique, la cuisine etc.). En plus de stimuler la personne à s'engager dans son quotidien, cela favorise son intégration dans la collectivité par la création de liens sociaux, valorise son identité et participe à la prévention des troubles dépressifs et la création de son Devenir occupationnel au sein de la structure.

Au travers de cet exemple, nous pouvons observer que l'équipe est donc un pilier de cette accompagnement : elle est le premier témoin de la reconnaissance de l'identité de la personne, non pas comme elle le voit mais comme la personne âgée (PA) se décrit, premier pas vers la construction de ce projet mais aussi de la reconstruction identitaire et du maintien de l'autonomie. Elle va de plus apporter à la personne âgée des moyens pour prévenir l'apparition de ces troubles et toutes les conséquences liées à ceux-ci. L'expertise et les outils des nombreux professionnels vont être le point de départ pour assurer la prévention la plus efficace possible et assurer une prise en soin adaptée pour cette population à risque (Aquino, Gohet et Mounier, 2013). Et l'ergothérapeute, grâce à ses compétences, va avoir un rôle important dans l'adaptation de la prise en soin occupationnelle.

c. L'occupation au centre ni de la prise en soin des personnes âgées dépressives en EHPAD

Au terme de ces précédents constats, il a été mis en avant que la personne âgée est à risque dépressif à son entrée en institution. Son environnement est différent, ses relations diminuées, ses habitudes et occupations modifiées. L'ensemble peut favoriser la fracture de son identité par les nombreuses pertes et peut engendrer des difficultés à participer à son quotidien, accentuant dans un cercle vicieux un désengagement occupationnel et une altération de la perception de son Devenir. L'occupation apparaît alors comme une modalité centrale pour prévenir l'apparition de troubles dépressifs. Quel autre professionnel est le plus à même d'intervenir dans son parcours de soin que l'ergothérapeute, dont l'occupation est la fondation de sa pratique ?

i. Occupation et ergothérapie

Selon la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT, 2010), l'ergothérapeute est un professionnel du paramédical travaillant dans la promotion de la santé et du bien-être à travers l'occupation. *« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient,*

réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (décret de 2010)¹⁰. Dans le cadre de la gériatrie et de l'EHPAD, secteur de plus en plus demandeur de ses compétences, l'ergothérapeute va y avoir toute sa place pour lutter contre le vieillissement et ses conséquences. En effet, le vieillissement et l'entrée en institution vont engager un renouvellement chez la personne âgée, de ses rôles, de ses habitudes de vie ou encore de ses activités. Les français Jean-François Barthe, Serge Clément et Marcel Drulhe (1988) ont d'ailleurs défini cet état de renouvellement avec le concept de déprise : « *processus de réorganisation des activités [...] au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles : une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes, une fatigue plus prégnante, une baisse de leurs opportunités d'engagement* » (Caradec, 2008). Les rôles, qui n'ont plus d'utilité sociale au sein de l'institution, ne sont maintenus que par la volonté que la personne met pour s'y engager. Le contexte institutionnel provoque alors la transformation des rôles en habitudes qui finissent souvent par se réaliser sans motivation, dans le seul but de combler le temps. L'ergothérapeute prend alors tout son rôle dans cette désorganisation des activités. De notre point de vue, ces habitudes ne doivent pas être négligées : inconsciemment, elles deviennent pour les personnes âgées des réassureurs identitaires, maintenant dans une approche occupationnelle les activités significatives de la personne âgée en s'adaptant au contexte dans lequel elles évoluent (Mallon, 2005). Par ailleurs, l'établissement d'une identité et d'une compétence occupationnelle fortes, choisies par la personne, positives et flexibles permet de contribuer de manière importante à la réussite, à l'adaptation sociale et au bien-être psychologique (Skorikov et Vondracek, 2011). Les activités en EHPAD prennent alors toute leur importance : en plus de stimuler et maintenir leurs habiletés, les ateliers thérapeutiques proposés par l'ergothérapeute liés au quotidien (cuisine thérapeutique, jardin thérapeutique) contribuent au maintien des habitudes des résidents et à l'adaptation de leur identité et compétence occupationnelle en se conformant au cadre institutionnel.

Pour accompagner ce processus et comprendre au mieux la pertinence d'intégration d'un ergothérapeute dans le parcours de soins de cette population, le modèle du MOH va définir et cadrer son intervention.

¹⁰ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la santé et des sports, 2010, *Annexe I Diplôme d'état d'ergothérapeute*

ii. Le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2008)

Les modèles conceptuels sont aujourd'hui au cœur de notre pratique. Cadre de référence à notre réflexion et intervention, ils représentent sous forme de schéma simplifié les différents processus théoriques, concepts philosophiques, épistémologiques et pratiques de notre approche (Morel-Bracq, 2017). Ils permettent à la fois d'appuyer notre identité professionnelle, de nous pousser à la réflexion mais aussi de faciliter la compréhension et la communication autour d'un vocabulaire commun.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle conceptuel défini par Gary Kielhofner en 2008. L'occupation humaine, concept central de ce modèle, se caractérise par « *la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ), de travail et de loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un lieu physique précis et un contexte culturel spécifique qui caractérisent la vie humaine* » (Kielhofner, 2008, p.5). En effet, selon lui, l'être humain est un être occupationnel, car l'occupation est une caractéristique essentielle du fonctionnement de l'individu. C'est en agissant que le sujet va se construire. L'auteur a donc représenté trois parties qui s'influencent et évoluent dans une boucle infinie : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'ensemble de ce processus est en constante relation avec l'environnement (cf Annexe I). Pour exposer l'ensemble de ce modèle, un exemple inspiré de faits réels va illustrer les notions-clefs.

Contexte de l'intervention de l'ergothérapeute :

Mme X., 77 ans, est arrivée en EHPAD il y a deux semaines suite à l'hospitalisation de son mari. Son maintien à domicile est difficile seule en raison de chutes fréquentes due à une atrophie ponto-cérébelleuse qui entraîne des troubles de l'équilibre majeur. Suite à l'aggravation de l'état de santé de son conjoint, le placement initialement temporaire a été prolongé jusqu'à une institutionnalisation complète un mois après son entrée. Durant la période de court-séjour, l'équipe a observé chez Mme une dévalorisation et un « laisser-faire » malgré ses capacités en plus d'un isolement de plus en plus fréquent. Une évaluation de ses capacités, forces et faiblesses a été réalisée.

1. L'Être

L'Être regroupe les composantes de la personne avec la volition, l'habitation et la capacité de rendement. En fonction des ressources personnelles de la personne, ces composantes vont soit soutenir soit limiter l'Agir.

La volition est la motivation de la personne à agir sur son environnement. Elle englobe les valeurs, les centres d'intérêts et enfin les déterminants personnels qui correspondent à ce que la personne connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser l'activité. La volition est donc le processus qui va nous permettre de nous engager dans une activité.

L'habituation correspond à l'organisation et à l'intériorisation de comportements qui peuvent être réalisés dans un environnement connu. Elle intègre les habitudes, c'est-à-dire, les dispositions acquises à répondre automatiquement et à agir de façon constante, pour simplifier et adapter notre quotidien et nos rôles.

La capacité de rendement est l'aptitude (physique et cognitive) à agir grâce aux composantes organiques et à l'expérience subjective de la personne (exemple de la douleur, fatigue, anxiété etc.). Elles sont donc difficilement évaluables.

Dans le cas de Mme X., elle exprime peu de motivation à agir dans son quotidien concernant les activités de la vie quotidienne, de production et de loisirs. En premier temps, elle accepte de participer aux activités mais refuse dans les secondes suivantes sans en exprimer la raison. Auparavant, elle avait l'habitude de se mouvoir en fauteuil roulant avec un déplacement podal mais se refuse à le faire ici, sans explication. Ses habitudes concernant la cuisine, le ménage et le tricot qu'elle réalisait avec plaisir à domicile ont aujourd'hui disparu. Aujourd'hui, elle apprécie lire des magazines culinaires, activité qu'elle réalise dans sa chambre. Le reste du temps, elle explique regarder la télévision ou parler à son mari par téléphone portable. Une dévalorisation est présente lorsqu'elle est stimulée à la réalisation des tâches, elle exprime se sentir en moins bon état de santé depuis son entrée.

2. L'Agir

L'Agir est la composante qui permet à la personne de s'engager dans une activité et d'exprimer un certain degré de satisfaction lors de sa réalisation.

La participation occupationnelle correspond au premier niveau, à savoir, l'engagement de la personne dans ses activités (AVQ, loisirs, productives) dans un contexte socioculturel particulier.

La performance occupationnelle, ou rendement occupationnel, correspond à la satisfaction que l'individu a à être en capacité de réaliser l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation.

En dernier niveau de l'Agir vient les habiletés, c'est-à-dire des actions observables, dirigées vers un but précis. Elles peuvent être motrices, opératoires et de communication.

Dans le cas de Mme X., elle a besoin d'être stimulée pour la réalisation de certaines tâches de la vie quotidienne comme pour les soins personnels (toilette, habillage, soins de l'apparence). Une aide légère est nécessaire pour l'atteinte de certaines zones liées à ses troubles de l'équilibre (par exemple les pieds). Malgré sa dévalorisation importante, Mme X est en capacité de réaliser l'ensemble des tâches sans ou avec une difficulté minime. Pour les transferts, elle nécessite aujourd'hui l'aide de personnels soignants. Mme X avait déjà à domicile des aides-soignantes qui venaient la soutenir dans ces différentes tâches. Cependant, l'institutionnalisation a accentué l'image négative qu'elle a de son corps et d'elle-même, image perturbé depuis l'apparition de sa maladie avec un sentiment de honte. Elle exprime avoir du mal à trouver satisfaction aujourd'hui à réaliser les activités du quotidien, son attention étant dirigée vers son conjoint. Ses habiletés motrices, opératoires et communicationnelles l'aident toutefois à réaliser certaines activités significatives aujourd'hui comme la lecture, l'utilisation du téléphone et de la télévision.

3. Le Devenir

Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir et peut s'exprimer par le niveau d'adaptation de l'individu dans ses occupations. L'acquisition d'expériences vécues lors d'occupations, participe au développement d'une identité et d'une compétence occupationnelle, qui elles-mêmes vont influencer à nouveau l'Être et l'Agir.

L'identité occupationnelle correspond à un ensemble subjectif de ce que la personne est et aimerait devenir. C'est l'accumulation des nombreuses expériences passées, positives ou négatives, qui vont participer à la construction et au développement de cette identité.

La capacité de la personne à mettre en place et retenir des routines cohérentes avec son identité correspond à la compétence occupationnelle. Cette compétence fait également lien avec les divers rôles de la personne et ses routines, tant qu'elles ont du sens et qu'elles restent en accord avec ses valeurs.

En cas de réussite lors de la réalisation de ces habitudes, le sujet va pouvoir renforcer sa participation grâce à un sentiment de compétences et d'accomplissement. Cela va favoriser le développement d'une image positive de soi et participer à la prévention des troubles dépressifs.

Concernant Mme X., son identité occupationnelle est fortement impactée suite à l'hospitalisation de son mari et sa propre entrée en EHPAD. Les différents rôles qu'elle tenait sont limités par le cadre institutionnel et l'absence de son mari qui n'est plus dans son environnement proche. Elle est en difficulté dans le maintien de ses occupations par sa dévalorisation et le cadre médical qui lui rappelle sa pathologie qu'elle a du mal à accepter. Elle ne souhaite que rentrer chez elle, n'arrivant pas à imaginer son Devenir dans un EHPAD.

4. L'environnement

Toutes ces composantes sont étroitement liées à l'environnement (physique et social), intégrées à un système dynamique modelant la personne en fonction de ses expériences. Lorsque la personne agit dans un environnement, celui-ci lui offre des opportunités et des ressources. Il demande également des exigences et contraintes qui influencent sa participation. C'est à ce niveau que le changement d'environnement qu'impose l'institutionnalisation influence et complexifie l'engagement de la personne dans ses occupations. L'environnement doit être en mesure d'offrir à la personne âgée un maximum de moyens et ressources pour développer ses capacités d'adaptations afin qu'il puisse se reconstruire personnellement. Inversement, pour arriver à s'adapter au mieux à son environnement, il est parfois nécessaire de se connaître soi-même et de connaître les stratégies efficaces sur soi. C'est dans ce paradoxe que l'ergothérapeute a son importance, pouvant être un pilier dans l'accompagnement des personnes âgées dans leur reconstruction occupationnelle.

Concernant Mme X qui évolue dans un EHPAD, voir la partie 2.b.iii. Les facilitateurs et obstacles de l'institutionnalisation à la prévention des troubles dépressifs.

iii. L'utilisation de l'OPHI-II comme recueil du Devenir occupationnel

Le MOH est le modèle qui propose le plus d'outils utilisables dans la pratique clinique (plus d'une vingtaine) avec des outils de dépistage et d'identification de problématiques spécifiques. « *Ces outils [...] permettent d'amener les concepts du MOH et de structurer le recueil de données concernant son Être et son Agir* » (Morel-Bracq, 2017). Seulement deux outils ont été aujourd'hui traduits et validés en français : l'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS), un outil d'entretien semi-structuré permettant d'évaluer la participation et le rendement occupationnel ; et l'Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II), outil s'intéressant à l'histoire occupationnelle par la mesure de l'adaptation occupationnelle. Dans le cadre de ce travail, seul l'OPHI-II va

être présenté pour correspondre à l'objectif qu'est le maintien et/ou développement d'un Devenir en EHPAD.

L'OPHI-II est un des rares outils qui mesure l'identité occupationnelle chez tout type de population (enfants, adultes, personnes âgées). (Kielhofner, 2004). C'est un outil-client centré, développé en 1988 au travers d'une recherche commune initiée par l'American Occupational Therapy Association (AOTA) et l'American Occupational Therapy Foundation (AOTF). L'objectif de cet entretien est d'obtenir l'histoire de vie détaillée de la personne âgée tout en incluant l'impact de la maladie, de ses incapacités et/ou d'un événement traumatisant. À cela s'ajoutent les attentes du sujet concernant la création de son Devenir. Par son exploration au travers de l'histoire de vie, cet outil stimule la mémoire autobiographique des personnes âgées avec une séance de réminiscence. Or, la mémoire autobiographique est une source importante de l'identité, car elle repose sur un processus de reconstruction qui fournit à la personne une trame d'événements personnels en lien avec ses valeurs, ses croyances et ses buts, c'est-à-dire ces composantes identitaires (Piolino, Lemogne & Bulot, 2018 ; Lemogne, 2018 ; Weigend, 2013). La réminiscence qu'apporte l'OPHI-II assure donc la continuité du soi, guide les actes futurs en apportant solutions et réflexions grâce aux expériences passées et favorise la création de liens sociaux (Van Der Linden et Lardi Robyn, 2015). En plus de stimuler les capacités cognitives et favoriser la construction de son Devenir, sa passation participe à la prévention de la dépression avec une intégration des résultats au PVI et pourra devenir un levier dans la prise en soin future.

L'OPHI-II se divise en trois parties : une entrevue semi-structurée qui explore l'histoire de vie occupationnelle du sujet ; une échelle et un formulaire de cotation avec une clé de correction afin de déterminer un intervalle de mesure de l'identité et de la compétence occupationnelle ainsi que l'impact de son environnement occupationnel ; et l'histoire de vie narrative pour compléter et comprendre l'impact de celle-ci sur l'histoire de vie occupationnelle du résident.

Pour sa mise en place, il dépend de plusieurs conditions : la personne doit être en capacité de raconter son histoire de vie, doit être dans un état émotionnel stable et suffisamment mature pour percevoir les bénéfices de l'entretien et doit évoluer dans un contexte institutionnel favorable à sa passation (entrée définitive et non temporaire). L'ensemble de l'entretien dure entre 1h et 1h30. Cependant, grâce à la flexibilité de l'outil, l'ergothérapeute peut choisir de le

faire passer en deux sessions plus courtes pour fournir une compréhension globale de la personne et de son environnement et limiter la fatigabilité liée aux personnes âgées.

Lors de la passation, l'ergothérapeute a possibilité d'utiliser un médiateur type photos pour aborder les différents thèmes :

- Rôles occupationnels ;
- Routine quotidienne ;
- Milieux occupationnels (environnements) ;
- Choix d'activités/choix occupationnels : cela recoupe le concept de volition du MOH ;
- Événements critiques de la vie : cela permet de déterminer l'impact de la maladie et/ou du traumatisme sur la vie de la personne.

Par la suite, l'utilisation des trois échelles de cotation (identité, compétence et environnement occupationnel) va permettre d'analyser et convertir les informations recueillies en mesures quantifiables, avec un score de un à quatre par item :

- Échelle de l'identité occupationnelle : mesure le degré d'intériorisation d'une identité occupationnelle positive (par exemple, avoir des valeurs, intérêts, de la confiance, des rôles occupationnels variés et un style de vie satisfaisant) ;
- Échelle de la compétence occupationnelle : mesure le degré de capacité d'un maintien productif et satisfaisant des occupations identitaires ;
- Échelle des milieux occupationnels : mesure l'impact de l'environnement sur la vie occupationnelle du sujet.

L'histoire de vie narrative permet en dernier temps d'affiner la compréhension de la création de l'identité occupationnelle en recoupant les occupations et leurs origines.

Ainsi, stimuler la mémoire autobiographique avec l'OPHI-II revient à questionner la personne sur le Pourquoi et le Comment. Pourquoi faisait-elle ceci ? Pourquoi a-t-elle arrêté ? Comment peut-elle agir pour y parvenir ? L'utilisation de cet outil va permettre de faire émerger les points clefs qui limitent voire empêchent l'épanouissement occupationnel de la personne âgée et tendent l'intervention dans la construction d'une nouvelle identité occupationnelle au sein de l'environnement. En répondant aux diverses questions citées ci-dessus, la personne âgée pourra intégrer et ancrer son Devenir occupationnel dans son environnement institutionnel et en devenir acteur. L'ergothérapeute, grâce à ses compétences

occupationnelles et les nombreux outils dont il dispose, devient une richesse dans l'accompagnement de la personne âgée dans ce parcours. Son identité premièrement fragilisée peut alors être revalorisée, influençant dans un cercle vertueux son Être et son Agir occupationnel et prévenant l'apparition de facteurs de la dépression.

d. Conclusion et questionnement :

Pour conclure cette partie, nous pouvons affirmer que la dépression constitue un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence et de son impact sur la qualité de vie, sur l'état général et la perte d'autonomie des personnes âgées. Cependant, son dépistage est difficile en raison du caractère polypathologique de cette population. L'EHPAD, structure encadrant la vie des personnes âgées, peut apporter outils et conseils pour maintenir l'identité de cette population qui est souvent fragilisée suite à leur entrée. L'ergothérapeute, par son approche occupationnelle, peut intervenir à titre préventif sur l'identité occupationnelle des personnes âgées pour limiter l'apparition des troubles dépressifs et des conséquences sur l'état de santé général des personnes âgées.

Ma question initiale de recherche a donc évolué au travers de ce travail, m'amenant après de nombreuses réflexions à la question de recherche suivante :

Suite à l'entrée en EHPAD, comment l'ergothérapeute peut-il participer à la (re)construction du Devenir occupationnel des personnes âgées, et ceux afin de prévenir l'apparition de troubles dépressifs ?

Suite à cette question, une hypothèse me vient, me poussant à poursuivre dans ce sens lors de ma méthodologie :

- L'évaluation initiale en ergothérapie par l'OPHI-II participerait à la prévention des troubles dépressifs grâce à l'identification des déterminants du Devenir Occupationnel et la mise en place d'interventions liées à ceux-ci.

3. Méthodologie de recherche

a. Choix de la méthode

Pour répondre à mon questionnement, il paraît intéressant de recueillir et de comparer le point de vue d'experts pour obtenir un consensus de recherche. En effet, étant donné que le sujet de la dépression en EHPAD est récent, peu de données quantitatives sont actuellement publiées, préconisant la recherche d'un consensus au travers de données qualitatives (Fink,

Kosecoff, Chassin & Brook, 1984). Cependant, certaines méthodes comme la technique du groupe nominal permettent d'obtenir des estimations quantitatives à partir d'une approche qualitative (Aubin-Auger, Mercier, Baumann, Lehr-Drylewicz, Imbert & Letrillart 2008).

Le but de cette méthode est multiple avec un objectif exploratoire et interventionnel. En effet, il permet d'explorer le champ de la connaissance des experts et/ou de développer le consensus avec une évolution de l'opinion des membres du groupe malgré les possibles désaccords. (Letrillart & Vanmeerbeek, 2011) La mise en place d'une réunion regroupant ces différents experts va permettre ce recueil de leurs opinions, perceptions et idées tout en stimulant et développant leurs points de vue professionnels grâce aux échanges et à une réflexion commune. L'avantage de cette méthode est sa conduite rapide et sans coût, dans le temps accordé à la phase exploratoire de ce mémoire d'initiation. De plus, elle permet à la fois d'obtenir divers axes d'interventions et de les hiérarchiser selon leurs intérêts. A contrario, l'inconvénient peut être la difficulté de regrouper plusieurs personnes-experts à un moment t.

Face à l'ensemble de ces critères, cette méthode sera utilisée auprès d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD. L'objectif serait d'identifier les principaux axes d'intervention que l'ergothérapeute peut mener ou dans lequel il peut participer dans une problématique similaire à ce mémoire.

b. Choix de la population

Un groupe nominal comprend six à dix participants qui sont « experts » de la problématique à traiter (Grenier et Lagarde, 2000). Ces experts peuvent appartenir à différentes classes pour former un groupe hétérogène : genre, âge, profession, etc. Pour cette étude, différents critères d'inclusion et exclusion ont été réfléchis en premier temps afin d'obtenir une population cible nécessaire à l'obtention d'un consensus approprié à la problématique.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Être ergothérapeute (diplômé d'État) - Travailler en EHPAD - Connaître le MOH 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir moins de 10 ans d'expérience (Gladwell, 2008 et Ericsson, Krampe & Tesch-Römer, 1993) - Personnes connaissant la thématique de la recherche et son hypothèse

Pour ce regroupement de personnes-experts, l'envoi d'un questionnaire informatif (cf Annexe II) a été réalisé après prise de contact par mail ou réseaux sociaux (cf Annexe III). Cela a permis d'obtenir des informations sur leur identité personnelle (nom, prénom), professionnelle (année de diplôme, temps de travail en EHPAD, travail à temps plein/partiels, modèles conceptuels connus et/ou intégrés, formations supplémentaires réalisées) et leur connaissance en lien avec les concepts-clefs de la problématique actuelle (pourcentage estimé de personnes avec un Devenir occupationnel altérée, pourcentage estimé de personnes présentant des troubles dépressifs).

Sur l'ensemble des personnes contactées (quinze), il y a eu six réponses positives, cinq négatives et quatre en attente de confirmation/sans réponse à ce jour. Seules les personnes apportant un retour positif ont pu rendre le questionnaire informatif et permettre l'analyse suivante et la formation du groupe.

Concernant l'identité personnelle, les six ergothérapeutes sont des femmes. Concernant leur identité professionnelle, elles ont entre huit mois et douze ans d'expérience. L'ancienneté en EHPAD de ces professionnelles est comprise entre six mois et douze ans. Face à ce constat et au manque de réponse, le critère d'exclusion des dix ans, basée sur la théorie de Malcolm Gladwell qui exprime qu'il faudrait 10 000 heures de pratiques pour être considéré comme « experts » de celle-ci, ne peut être maintenu. Le critère en lien avec les modèles conceptuels et plus particulièrement la connaissance du MOH ne peut non plus être maintenu, car seule une ergothérapeute sur les six a connaissance de ce modèle. Concernant leur connaissance en lien avec le sujet et le rapport au terrain, les estimations des participantes sont variées mais montrent un réel besoin d'intervention : en effet, la moyenne de personnes âgées présentant des troubles dépressifs suite à leur institutionnalisation est de 32,5% et celle des personnes âgées estimant que leur Devenir occupationnel est précaire/inexistant suite à leur institutionnalisation est de 46,6% (cf Annexe IV).

Sur les six positives, deux ont annulé leur engagement en cours de préparation par indisponibilité aux créneaux proposés ou pour raisons personnelles. Ainsi, par manque de temps en lien avec le cadre de ce mémoire, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été modifiés pour avoir un nombre suffisant de participantes. Les nouveaux critères sont « Être ergothérapeute (diplômé d'État) » et « Travailler en EHPAD ».

c. Préparation et réalisation du groupe nominal

Lors de la réflexion sur la préparation du groupe nominal ainsi qu'aux objectifs abordés, il a été décidé de ne pas traiter de la dépression. Le questionnement sera uniquement autour de l'intervention de l'ergothérapeute autour du Devenir Occupationnel auprès des personnes âgées entrant en EHPAD. Cependant, une étude de cas synthétisée de Mme X réalisée avec l'OPHI-II a été jointe à la problématique et laissait supposer un caractère dépressif (cf Annexe V). Ce non-diagnostic permettra lors de l'analyse de faire le lien entre les idées du consensus et la prévention de la dépression et ainsi répondre à la problématique de ce mémoire. Ainsi, les participants avaient comme problématique : Selon vous, quelles sont les modalités (organisation, moyens, actions, dispositifs, etc.) que l'ergothérapeute peut mettre en place pour favoriser le Devenir occupationnel de Mme X. ?

i. Modalités

Au regard de la situation sanitaire et réalisant un stage sur La Rochelle, la réalisation de ce groupe nominal s'est déroulée en visioconférence. Il a donc fallu adapter les outils, le groupe nominal nécessitant un tableau pour disposer les recueils d'idées notées sur papier et sur lequel écrire la reformulation des idées pour créer une idée commune. Pour cela, un logiciel (Miro) a été utilisé pour permettre en premier temps une collaboration de chacun des participants sur un tableau commun et en second temps la simplification du regroupement des informations pendant la réunion et après pour l'analyse.

Cependant, après une confrontation des disponibilités des différentes participantes avec le logiciel Doodle est venue une autre problématique impactant la préparation de ce groupe : la dissociation du groupe initial en deux groupes de moindre effectif (trois et deux ergothérapeutes par groupe).

ii. Les étapes adaptées

En raison du faible effectif initial, il a été décidé de maintenir cette dissociation et d'adapter la méthode pour obtenir un consensus commun aux deux groupes.

En première étape vient l'explication du déroulement aux participants par mail. Un rappel a été fait en début de réunion pour assurer la bonne compréhension de chaque participant avant la poursuite du groupe nominal (cf Annexe VI). Il y est précisé qu'aucune réponse n'est bonne ou mauvaise car nous sommes à la recherche d'un consensus et non d'une évaluation de leurs connaissances ;

Quelques jours avant la réunion, un mail avec l'étude de cas et la problématique leur a été envoyé. Elle a été réalisée sous la forme d'une synthèse de l'OPHI-II afin de permettre la validation de l'hypothèse. L'envoi et la prise de connaissance de l'étude de cas et de la problématique en amont permet un gain de temps lors de la réunion (Grenier et Lagarde, 2000).

En début de réunion, les participants sont amenés à réfléchir individuellement à la réponse de la problématique sous forme d'énoncés. Le participant est amené à écrire autant d'idées qu'il a pour répondre à la question. Aucun exemple ne doit être donné afin de ne pas orienter les participants.

Par la suite, toutes les idées sont recueillies une à une. L'animatrice retranscrit en répétant ou reformulant l'idée sur un des post-its du logiciel, en s'assurant de respecter la réflexion du participant. Si une des idées est déjà inscrite, celle-ci ne sera pas retenue une nouvelle fois. Il est cependant du devoir du participant et non de l'animatrice de choisir de la retirer : l'animateur devra donc inviter celui-ci à évaluer son idée au regard de l'autre et à déterminer si elle est identique ou si une différence subsiste.

En dernier acte de cette réunion vient la clarification des idées par les autres participants et non l'émetteur de l'idée. Cette étape permet l'intégration de l'idée au groupe dans un schéma de réflexion commune. Les autres expliquent chacun leur tour la définition et la raison de son intérêt dans la démarche. Une confrontation de la réflexion se fait alors avec une possibilité de débat : l'animatrice doit assurer l'égalité d'expression de chaque participant. L'animatrice peut poser des questions ouvertes pour stimuler la réflexion et dynamiser le groupe.

Par la suite a été envoyé par mail un tableau de la synthèse des énoncés et de la réflexion qui en est ressortie lors du groupe nominal (cf Annexe VII). Cette étape permet de regrouper les deux groupes dans le but d'avoir un consensus commun. Dû au nombre limité de participants de chaque groupe, il a été décidé de ce regroupement et non d'une comparaison pour avoir un choix plus exhaustif lors de la hiérarchisation du consensus. Cependant, l'annulation d'une des ergothérapeutes du second groupe au moment de la réalisation a modifié cette étape. Il a alors été décidé de prélever les idées de la participante restante par mail et de les joindre au premier groupe pour l'intégrer dans la réflexion et le consensus ;

En dernière étape vient une pondération des idées par mail. Ce vote doit être individuel et anonyme. Au vue du nombre d'idées ressorties (neuf), les participants sont amenés à choisir

cinq idées (Grenier et Lagarde, 2000), à les classer de l'idée la plus pertinente face à la question à la moins pertinente, puis à leur donner un score de cinq à un. Un exemple a été donné par mail lors de l'explication pour assurer la bonne compréhension de cette pondération. Le groupe nominal se termine avec un retour global du consensus à l'ensemble des participants.

4. Résultats

Suite à la passation de ce groupe nominal auprès de quatre ergothérapeutes, j'ai pu analyser mes résultats quantitativement et qualitativement.

En premier temps devaient être analysées les données sociodémographiques. Concernant les critères d'inclusion ou d'exclusion, les participantes sont toutes diplômées et travaillent en EHPAD. Sur les quatre ergothérapeutes, 75% ont plus de dix ans d'expérience en ergothérapie, dont 50% peuvent être considérées comme expertes en gériatrie avec dix ans ou plus d'expériences en EHPAD. 75% travaillent à temps plein et 25% à mi-temps, et la moitié travaille dans le public, l'autre dans le privé. Seule une a été formée au MOH, les autres ergothérapeutes ont quelques connaissances sur les modèles généraux, sans réel approfondissement.

Dans l'analyse suivante, les noms des ergothérapeutes ont été remplacés par « E1, E2, E3 et E4 » dans le but de préserver leur anonymat. Le tableau résumant l'ensemble des idées et la réflexion des participants est présent en annexe (cf Annexe VII).

a. Analyse quantitative

Pour l'ensemble de ce groupe peut être réalisé un classement par priorité et par popularité. Un tableau résumant les deux classements se trouve en Annexe VIII.

Pour le classement par popularité, nous pouvons observer que quatre énoncés sont en accord avec le point de vue de l'ensemble des participantes, récoltant quatre votes chacun soit 100% des participants. Ceux-ci correspondent :

- (1) Réévaluation de ses capacités au niveau des AVQ (toilette, habillage etc.) ;
- (3) Agir sur son environnement permanent avec réappropriation de sa chambre ;
- (5) Mise en place d'activités signifiantes et significatives en lien avec le questionnaire occupationnel (atelier culinaire, jardinage, etc. en fonction des possibilités de l'établissement) ;
- (7) Réunion pluridisciplinaire pour travailler sur le Projet de vie.

En raison du petit groupe, cette popularité a un impact fort sur la hiérarchisation des différents énoncés. En effet, nous pouvons retrouver ces idées dans cet autre classement avec :

- (1) Réévaluation de ses capacités au niveau des AVQ (toilette, habillage etc.) ;
- (5) Mise en place d'activités signifiantes et significatives en lien avec le questionnaire occupationnel (atelier culinaire, jardinage, etc. en fonction des possibilités de l'établissement) ;
- (7) Réunion pluridisciplinaire pour travailler sur le Projet de vie ;
- (3) Agir sur son environnement permanent avec réappropriation de sa chambre ;
- (2) Questionnement du besoin occupationnel.

Ce nouvel énoncé (2) correspond au seul énoncé ayant eu deux votes dans le classement populaire et suit dans un cadre logique le classement par priorité.

b. Analyse qualitative

Sur l'ensemble de la réunion, les participants à l'étude étaient en accord avec les divers énoncés et la réflexion commune liée à l'étape 5. Nous pouvons cependant constater une répétition de certains concepts-clefs.

- Activités signifiantes et significatives : cette thématique est régulièrement abordée dans le questionnement de l'ergothérapeute sur son intervention. Quelles sont les activités qui ont du sens pour Mme X et pourrait stimuler ses capacités ? Qu'est ce qui pourrait maintenir sa participation dans son quotidien et son nouvel environnement ? Des activités en individuels ou en petits groupes pour la réinsérer et favoriser le lien social ? ;
- Accompagnement adapté et personnalisé à ses besoins : cette thématique est abordée sur l'intervention en ergothérapie mais aussi l'intervention commune dont l'ergothérapeute peut prendre part. Comment l'équipe peut-elle agir autour de Mme X. pour développer ou maintenir son Devenir occupationnel ? Comment l'ergothérapeute peut-elle agir lors du Projet de vie pour favoriser le maintien des occupations de Mme X ? Par quel moyen l'équipe peut-elle être une ressource pour intégrer Mme X dans son environnement et faciliter le maintien de son Devenir ? ;
- Utilisation de ses capacités résiduelles : cette thématique a été très récurrente tout au long de la réunion avec la réévaluation de leurs capacités à l'entrée et l'importance du laisser-faire. De ces capacités va dépendre l'intervention que l'ergothérapeute pourra mettre en place, en lien avec les activités signifiantes et significatives ;

- Appropriation de son environnement : que ce soit l'environnement physique avec la personnalisation de sa chambre ou le lien social avec la communication envers les résidents et envers les professionnels, l'appropriation semble être un facteur important du développement du Devenir occupationnel des personnes entrantes en EHPAD.

Ainsi, nous pouvons constater que, selon ces ergothérapeutes, les notions d'environnement, d'activités signifiantes et significatives et d'habiletés seraient des facilitateurs à la prise en soin d'un ergothérapeute concernant le Devenir occupationnel des personnes âgées entrant en EHPAD. Cependant, pouvons-nous dire qu'un croisement de ces axes d'interventions est possible avec la prévention de la dépression ?

5. Discussion

a. Analyse des résultats

L'analyse des résultats par critère quantitatif et qualitatif nous a permis de révéler certaines notions-clefs que les experts ont mis en avant grâce à leurs ressentis, connaissances et expériences. En comparant les idées ressorties du consensus et les données scientifiques recueillies lors de notre partie théorique, nous pouvons faire ressortir différents axes d'intervention de l'ergothérapeute en lien avec le Devenir Occupationnel qui pourrait agir pour la prévention de la dépression.

En tout premier plan vient la mise en place d'activités. Avec l'évaluation des habiletés que l'ergothérapeute réalise à l'entrée et le questionnaire occupationnel proposé lors du consensus, l'accompagnement sera adapté à ses capacités et pourra proposer des activités stimulantes à la personne. De plus, la stimulation des capacités lors des AVQ par l'ensemble de l'équipe va favoriser, selon une des ergothérapeutes du groupe, à la revalorisation de l'image de soi avec une reprise en confiance en ses capacités. La mise en place d'ateliers thérapeutiques en lien avec ses activités signifiantes et significatives va quant à elle participer à l'activité physique dont la personne âgée a besoin en prévention des troubles dépressifs.

L'environnement est un autre facteur commun. L'appropriation de la chambre avec une personnalisation par les objets, photos etc a été annoncée comme un levier pour le développement du Devenir occupationnel et la communication entre l'équipe et le résident. Cette communication est d'autant plus importante qu'elle participe à l'approche comportementale de l'équipe avec la revalorisation du sujet âgé dans son quotidien, à sa

qualité de vie et son bien-être. De plus, il a été déterminé plus tôt que l'intégration dans un cadre privatif tendait à être un critère majeur dans la prévention suite à l'étude des facteurs possibles de l'augmentation de la prise d'antidépresseurs dans la première année d'institution.

En dernier point vient la notion d'isolement. En effet, être isolé est un facteur majeur d'apparition de troubles dépressifs. Il a par ailleurs été mis en avant dans le cahier des charges de l'HAS qu'une réduction de l'isolement social et de la solitude était une approche positive dans cette prévention. Or, dans les idées ressorties du consensus, nous pouvons retrouver le facteur de lien social avec la mise en place d'activités signifiantes et significatives de groupes. Il a par ailleurs énoncé l'insertion sociale au travers de premier contact autour d'un repas, puis l'intégration dans des groupes légers avec un centre occupationnel commun pour la mise en place d'activités significatives. Cette intervention pourrait selon les participants favoriser la création d'un rôle social avec la transmission de savoirs au groupe et faciliter ainsi son intégration dans son environnement et limiter l'apparition ou le maintien d'un isolement social. Cependant, cet énoncé a été rejeté lors de la pondération avec seulement un vote, nous posant la question du lien social entre résidents pour la création d'un Devenir occupationnel.

À cela nous pouvons ajouter l'apparition de la notion du Projet de Vie, qui correspond au Projet de Vie Individuel. Cette idée, populaire et prioritaire selon le groupe, est un axe de travail essentiel dans le Devenir occupationnel. En effet, il a été mis en avant l'importance d'un axe commun pluridisciplinaire pour impliquer l'ensemble des professionnels autour du sujet âgé concerné. Ce Projet de Vie pourrait agir dans le sens de la prévention avec l'atténuation de l'événement stressant qu'est l'institutionnalisation par la création d'un cadre prévenant et bienveillant.

L'ergothérapeute a donc un fort rôle à jouer concernant l'ensemble de ces axes d'interventions. Nous pouvons dire de ces résultats qu'agir sur le Devenir Occupationnel des personnes entrant en EHPAD participe à la prévention de l'apparition des troubles dépressifs.

b. Limites perçues de l'étude et retour sur l'hypothèse

Au cours de ce travail de recherches, nous avons fait face à certaines contraintes qui ont pu altérer notre étude et ses résultats.

Premièrement, afin de pouvoir répondre à l'hypothèse de recherche, certains critères d'inclusion et d'exclusion avaient été réfléchis principalement au travers du MOH et plus

particulièrement sur l'utilisation de l'OPHI-II. En effet, l'hypothèse que nous cherchions à vérifier était : L'évaluation initiale en ergothérapie par l'OPHI-II participerait à la prévention des troubles dépressifs grâce à l'identification des déterminants du Devenir Occupationnel et la mise en place d'intervention liées à ceux-ci. Or, le manque de temps et de réponses de professionnels nous a limités et contraints à l'abandon de certains critères. Ce fait a alors engendré un résultat différent de celui attendu, qui se traduit par une absence de corrélation entre l'utilisation de cet outil et l'impact positif de celui-ci sur la prise en soin. Suite à cette étude, il est donc impossible aujourd'hui de répondre à l'hypothèse de recherche.

Deuxièmement, en lien avec l'ensemble des limitations vient le nombre de participants présents lors de l'étude. Leur nombre limité a été une contrainte pour l'analyse concrète des résultats qui deviennent non concluant pour déterminer l'impact du Devenir occupationnel sur la prévention des troubles dépressifs chez les personnes âgées. En effet, un groupe nominal comprend théoriquement entre six et dix personnes. Avec un groupe de trois, la réflexion a été difficile à stimuler et le débat quasiment inexistant. Cette difficulté à la dynamisation du groupe, due à mon inexpérience et à la contrainte temporelle imposée par deux des participantes au début de la réunion, a pu limiter la production de résultats et la pertinence de ceux-ci.

Troisièmement, nous pouvons constater que les énoncés ressortant lors du consensus appartiennent tous au premier groupe de trois ergothérapeutes et non aux énoncés apportés par l'inclusion de la quatrième ergothérapeute, initialement prévue dans le second groupe. Cela peut s'expliquer par le manque d'intégration des énoncés dans la réflexion commune par le premier groupe. Nous pouvons donc présumer que l'intégration initiale aurait dû être annulée pour favoriser la qualité des résultats plutôt que la quantité des informations perçues.

En dernier point, nous pouvons supposer une limite à l'utilisation du numérique. Alors qu'un groupe nominal se déroule théoriquement en présentiel, l'adaptation des outils par la visioconférence a pu altérer la création d'un climat agréable à la stimulation de la réflexion et le maintien de l'attention avec les distracteurs environnementaux (ergothérapeutes présentes sur leur lieu de travail au moment de la réunion). Nous pouvons donc présumer que l'utilisation du numérique lors de cette étude a pu être un point négatif à cette étude.

c. Perspectives

A travers ce travail, nous avons pu constater que l'ergothérapeute, grâce à ces compétences occupationnelles, avait un rôle important à jouer dans le processus d'accompagnement de la personne âgée. Avec son analyse et ses outils d'intervention, il devient un pilier pour maintenir et adapter ses occupations dans le sens qu'il souhaite donner. Ce rôle est d'autant plus important dans un lieu de vie comme l'EHPAD où le changement d'environnement nécessite une adaptation occupationnelle que cette population peut avoir des difficultés à mener seule.

Cependant, ce rôle n'est pas sans difficulté à mener par certaines contraintes (temporelles ou institutionnelles) qui peuvent limiter la prise en soin. L'intégration de l'équipe pluridisciplinaire dans cette prise en soin devient alors une ressource comme nous l'ont confirmé les ergothérapeutes interrogées. Grâce aux compétences complémentaires des divers professionnels, l'accompagnement avec un axe commun permet une prise en soin plus riche, plus adaptée aux réels besoins de la personne âgée et pérenne.

Face à ce constat, nous pouvons nous interroger sur l'utilisation d'un modèle interprofessionnel pour cadrer ce processus interventionnel commun. Celui-ci ne remplacerait pas le MOH mais pourrait être complémentaire à notre pratique professionnelle. En effet, il est possible selon Morel-Bracq « *d'utiliser conjointement plusieurs modèles* » (2009, p.18). Nous pourrions donc compléter le MOH avec la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Modèle interprofessionnel reconnu, il permet d'avoir une approche environnementale sur les facteurs positifs ou négatifs influençant les capacités fonctionnelles de la personne et donc, intrinsèquement, de comprendre et d'agir sur les composantes du Devenir occupationnel.

Nous pouvons aussi nous interroger sur l'impact de la prévention de la dépression sur l'équilibre occupationnel et inversement. L'équilibre occupationnel a été introduit par Adolf Meyer en 1922 et souligne l'importance de prendre soin et de maintenir les quatre domaines d'occupation (travail, jeu, repos et sommeil). Cette perception de l'équilibre est subjective et dépend de plusieurs composantes : la culture, les valeurs et les attentes environnementales. La dépression est en lien avec ces diverses composantes et les influence. Nous pouvons nous interroger sur la corrélation entre la prévention de la dépression et le maintien de l'équilibre occupationnel chez les personnes âgées entrant en EHPAD.

Pour conclure, ce travail m'a beaucoup apporté, développant mon raisonnement et mon analyse, et m'amenant à vouloir poursuivre dans les prochaines années ma réflexion sur cette problématique encore très actuelle. Cette étude pourrait d'ailleurs être poursuivie avec un travail de recherche plus approfondi. Cet approfondissement peut se faire avec une augmentation du nombre de participants, voire la présence de plusieurs groupes nominaux pour comparer les divers raisonnements. Ce travail pourrait amener par la suite le développement d'un programme ou d'un outil d'intervention sur la prévention de la dépression par les composantes du Devenir occupationnel.

6. Conclusion :

Malgré les limites que nous avons perçues et qui ont altéré la production de résultats pertinents pour cette étude, ce travail d'initiation à la recherche a permis de mettre en avant les points bénéfiques de certains axes d'interventions utilisés à ce jour sur le psychisme de la personne âgée.

Cependant, l'exploration littéraire ainsi que le recueil du point de vue des ergothérapeutes tendent à confirmer que ce sujet est d'actualité et que trop peu de moyens sont aujourd'hui en place pour agir contre l'apparition de troubles dépressifs. Néanmoins, les nouvelles thématiques des instances sanitaires publiques tendent à démontrer que la société est en train de changer son chemin de pensée concernant la prise en soin des EHPAD dans le but de garantir satisfaction, bien-être et qualité de vie aux personnes âgées. Face à cela, nous ne pouvons qu'espérer une augmentation du nombre d'études sur la prise en soins de cette population par et pour les divers corps de métiers. A cela, nous pouvons inviter les lecteurs à la reconnaissance et l'intégration complète de l'ergothérapeute dans ce processus pour apporter une complémentarité de travail face à la problématique de la dépression et du maintien des occupations dans la transition qu'est l'institutionnalisation.

Car cette transition qu'est le passage entre le domicile et l'institution a démontré un tournant dans la relation entre la personne, son environnement, ses habitudes de vie et son état de santé général. Négliger le « bien-être » et les composantes de cet accompagnement spécifique, risque d'entraîner par la suite une dégradation de l'état psychique et en conséquence l'état fonctionnel de la personne âgée. Or, l'état précaire de cette population est connu dans la littérature, ce qui peut rendre difficile la récupération de certaines fonctionnalités une fois l'atteinte engendrée. Avec son approche occupationnelle,

l'ergothérapeute peut donc avoir un rôle déterminant dans cette prise en soin. Même s' il n'a pas pu être démontré au cours de cette étude de corrélation entre Devenir occupationnel et prévention de la dépression, l'impact des occupations sur l'autonomie de la personne âgée est réel. Il est donc nécessaire d'en prendre soin en agissant le plus précocement possible pour accompagner cette population fragile.

L'ensemble de ces éléments nous invite donc à continuer l'application du groupe nominal dans le cadre de la poursuite de ces recherches. Cette étude invite à déterminer le réel impact d'une intervention sur le Devenir occupationnel et sa corrélation avec les troubles dépressifs chez cette population, et ceux dans le but de développer par la suite un programme de prévention et/ou outil d'intervention.

Références :

➤ Bibliographie

○ Articles :

- Abdoul-Carime, S. (2020, janvier). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé* DREES. Études et Résultats. Numéro 1141. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1141.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aquino, J. P., Gohet, P., Mounier, C., & Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie ». (2013, février). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Aquino.pdf
- Arbuz, G. (2017). *Quelle écoute pour faire face aux transitions et ruptures de l'avancée en âge ?*. *Gérontologie et société*, 39(154), 137-148. <https://doi.org/10.3917/g1.154.0135>
- Badey-Rodriguez, C. (2005). *L'entrée en institution : un bouleversement pour la dynamique familiale*. *Gérontologie et société*, 28(112), 105-114. <https://doi.org/10.3917/g1.112.0105>
- Barthe, J-F, Clément, S. et Drulhe, M. (1998). *Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées*. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, 11-31
- Boga S.M. & Saltan A. (2020, février) *Identifying the relationship among sleep, mental status, daily living activities, depression and pain in older adults: a comparative study in Yalova, Turkey*. doi: 10.5455/JPMA.301384. PMID: 32063613.
- Caradec, V. (2008). *Vieillir au grand âge*. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 28-41. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0028>

- Caria, A. ; Gallarda, T. ; Gaillard, J. & Loubières, C. (2020, octobre). *Santé mentale et vieillissement*. Psycom. <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/11/Sante-mentale-et-vieillessement-2020.pdf>
- Dishman, R. K., McDowell, C. P., & Herring, M. P. (2021). *Customary physical activity and odds of depression: a systematic review and meta-analysis of 111 prospective cohort studies*. *British journal of sports medicine*, 55(16), 926–934. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103140>
- KY Miu, D. & KM Chan, C. (2011). *Prognostic value of depressive symptoms on mortality, morbidity and nursing home admission in older people*. , 11(2), 174–179. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00665.x
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. et Tesch-Römer, C. (1993). *The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance*. *Psychological Review*, 100(3), 363-406.
- Gangbè, Marcellin; Ducharme, Francine (2006). *Le « bien vieillir » : concepts et modèles. médecine/sciences*, 22(3), 297–300. doi:10.1051/medsci/2006223297
- Gibowski, C., Balard, P. & Le Duff, F. (2013). *Le projet de vie individuel : une voie psychothérapique possible dans l'élaboration de l'effraction que peut constituer l'entrée en maison de retraite*. *Cliniques*, 5, 198-209. <https://doi.org/10.3917/clini.005.0198>
- Grenier, J. & Lagarde, M. (2002). *La technique du groupe nominale (TGN), une méthode de cueillette des données à connaître*. https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/29755/grenier_lagarde_actes_ARC_2000.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Guedj J., Broussy L., & Kuhn Lafont A. (2018, septembre). *Les Personnes âgées en 2030*. Les études de Matières Grises. https://www.ehpa.fr/pdf/think_tank_rapport.pdf
- Haney, D. B., Fletcher, P. C., & Robertson-Wilson, J. E. (2018). *A Qualitative Investigation of the Self-Perceived Health Behavior Changes in Seniors After Their Transitions Into a Retirement Home*. *Clinical nurse specialist CNS*, 32(3), 129–138. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000372>

- Haute Autorité de Santé (2019, juillet). *Prescription d'activité physique et sportive – Dépression*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_248_ref_aps_pa_vf.pdf
- Haute Autorité de Santé (2014a, décembre). *Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf
- Kafoa, N. & Roumilhac, V. (2012). *Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ?* Cliniques, 4, 180-194. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0180>
- Kielhofner, M. (2004). *The Occupational Performance History Interview*. Version 2.1 University of Illinois at Chicago.
- Kuhnel, M.-L.; Iraki, I. El; Tranchant, M.; Aspe, G. (2010). *Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique*. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(57), 111–115. doi:10.1016/j.npg.2010.03.010
- Kwon, Paul; Birrueta, Maira; Faust, Emily; Brown, Emilia R. (2015). *The Role of Hope in Preventive Interventions*. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(12), 696–704. doi:10.1111/spc3.12227
- Lecroart, A., Froment, O., Marbot, C. & Roy, D. (2013, septembre). *Projection des populations âgées dépendantes : Deux méthodes d'estimation*. DREES. Dossiers solidarité et santé. Numéro 43. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss43.pdf>
- Lemogne, C. (2018). *Le soi et la mémoire autobiographique dans la dépression*. *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplement, Pages S39-S40, ISSN 2590-2415. doi :10.1016/S2590-2415(19)30094-7.
- Letrilliart, L., & Vanmeerbeek, M. (December 2011). *A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?* *Exercer*, 99, 170-177.
- Leudière, S. (2014). *Libre choix à l'entrée en EHPAD et dépression parmi les nouveaux résidents*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01903865>

- Limosin, F.; Manetti, A.; René, M. & Schuster, J.-P. (2015). *Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques*. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, (), S1627483015000057-. doi:10.1016/j.npg.2014.12.007
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H, Brähler, E. & Riedel-Heller, S.G. (2010). *Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review*. *Age and Ageing*, 39(1), 31–38. doi:10.1093/ageing/afp202
- Muller, M. (2017, juillet). *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015*. DREES. Études et résultats, 1015.
- Muller, M. & Delphine Roy (2018, novembre). *L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015*. DREES. Études et résultats, 1094.
- Miron de l'Espinay, A. & Roy, R. (2020, décembre). *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)*. DREES. Études et résultats, 1172.
- P. Piolino, C. Lemogne, V. Bulot, (2018). *Comprendre et soigner le self : l'éclairage des neurosciences cognitives au service de nouvelles méthodes de réhabilitation de l'identité personnelle*. *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplement, Page S39, ISSN 2590-2415, doi:10.1016/S2590-2415(19)30092-3.
- Polard, J. (2017) *Personnes âgées: l'entrée en institution*. *Santé mentale*, N°217, p. 29-87.
- Vallée, C. (2018). *L'enseignement formel de la science de l'occupation en ergothérapie : un vecteur de changement et de développement pour la profession*. *RFRE*. Volume 4, Numéro 2. doi:10.13096/rfre.v4n2.118
- Weber, A. (2011). *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*. DREES. Dossiers solidarité et santé. Numéro 18.

Weigend, A. (2013). *Les souvenirs définissant le soi, la stabilité de l'identité et l'estime de soi dans la dépression*. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/268>

Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). *In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), 11. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12301>

○ Livres :

Castanet, V. (2022). *Le fossoyeur*. Fayard.

Dewey, J. & Bentley, A.F. (1949). *Knowing and the Known*. Beacon Press. 334 pages.

Gladwell, M. (2008). *Outliers: The Story of Success*. New York, N. Y. : Little, Brown, and Co.

Kherief, H. (2019). *Le scandale des EHPAD*. Hugo Document.

Kielhofner (2004) *Conceptual foundations of Occupational Therapy*, Philadelphie, F.A. Davis Company, 3^e ed., Chap.10 : The Model of Human Occupation, p 147-170

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4^e éd.). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

Mallon, I. 2005. Chapitre VI. Vieillir. Dans Mallon, I. *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi*. (pp 215-253). Presses universitaires de Rennes. doi : 10.4000/books.pur.24276

Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd.). DE BOECK SUP.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. Random House Large Print.

Richard, E. (2021). *Cessons de maltraiter nos vieux !* Editions du Rocher.

Skorikov, V. B., & Vondracek, F. W. (2011). Occupational identity. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp.

693–714). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_29

Van Der Linden, M et Lardi Robyn C. (2015) Les interventions cognitives focalisées sur la mémoire autobiographique et la projection mentale dans le futur : l'exemple de la dépression. Dans Ceschi, G., Van Der Linden, M., et Billieux, J (dirs). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive* (pp. 83-122). De Boeck.

➤ Sitographie

Association Nationale des Ergothérapeutes (2015, septembre). *Quel est le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD ?* ANFE. Numéro 27 https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Quel-est-le-role-dun-ergotherapeute-en-EHPAD_Sept-2015-n%C2%B027.pdf

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2021, 23 avril). *L'équipe de la maison de retraite*. CNSA. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lequipe-de-la-maison-de-retraite>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2022, 17 mars). *Les EHPAD*. CNSA. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2021, août 27). *Dépression des personnes âgées : comment la repérer et la traiter ?* CNSA . <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/depression-des-personnes-agees-comment-la-reperer-et-la-traiter>

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (s. d.) *La dépression chez les personnes Âgées*. CAMH. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/guides-et-publications/la-depression-chez-les-personnes-agees>

France info (2022, 25 janvier). *Maisons de retraite privées : "La maltraitance existe" Chez Orpéa "encore plus que dans les autres Ehpad", dénonce UN cadre infirmier*. Franceinfo. <https://www.francetvinfo.fr/societe/prise-en-charge-des-personnes->

agees/video-maisons-de-retraite-privées-la-maltraitance-existe-chez-orpea-encore-plus-que-dans-les-autres-ehpad-denonce-un-cadre-infirmier_4929001.html

Haute Autorité de Santé (2006, août 31). *Prévention*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

Haute Autorité de Santé (2014b, 02 mai) *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement

Hospital, C. (2022, 18 janvier). Panorama 2021 des EHPAD. Uni Santé. <https://www.unisante.fr/actualites/panorama-ehpad-2021>

Institut National d'Études Démographiques (2020, juillet). *L'espérance de vie en France*. INED. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>

LegiFrance. (2002, 2 janvier). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. LegiFrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

LegiFrance (2015, 28 décembre). *Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. LegiFrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la santé et des sports (2010) *Annexe I Diplôme d'état d'ergothérapeute*. http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe_I.pdf

National Institute on Aging. (2021, 7 juillet). *Depression and Older Adults*. NIH. NIA. <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults#signs>

World Federation of Occupational Therapists (2010). *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. WFOT. <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785#:~:text=L'ergoth%C3%A9rapie%20est%20une%20profession,des%20gens%20dans%20leurs%20occupations.>

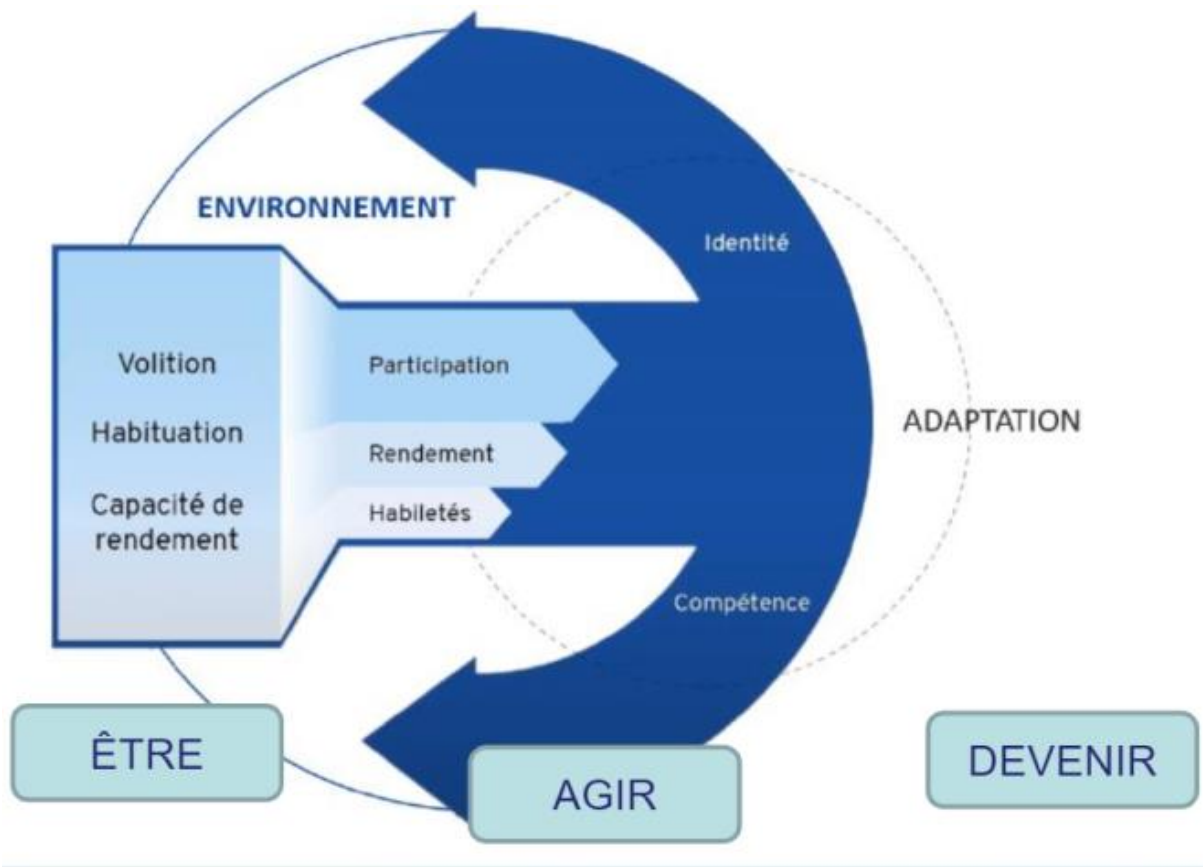
- World Health Organization (2018, 30 mars). *Mental health : strengthening our response*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (2019, 28 novembre). *Mental disorders*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization (2021b, 13 septembre). *Depression*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (2021a, 4 octobre). *Ageing and health*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization (2022, 11 février). *ICD-11 2022 release*. WHO. <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>

Annexes :

Table des matières

Annexe I : Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner	1
Annexe II : Questionnaire informatif vierge.....	2
Annexe III : Mail de prise de contact	3
Annexe IV : Mail de prise de contact.....	4
Annexe V : Mail concernant les modalités du déroulement du groupe nominal.....	4
Annexe VI : Etude de cas et problématique étudiées lors du groupe nominal	6
Annexe VII : Tableau synthétique des idées et réflexion ressortie lors des deux groupes nominaux.....	7
Annexe VIII : Tableau des classements par popularité et priorité	10

➤ Annexe I : Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner



Source : <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

➤ Annexe II : Questionnaire informatif vierge

Nolwenn SECHER

Questionnaire informatif

Je m'appelle Nolwenn SECHER, je suis actuellement étudiante en troisième année à l'IFE de Toulouse.

Dans le cadre de mon mémoire, je recherche actuellement des ergothérapeutes travaillant en EHPAD pour la réalisation d'un groupe nominal.

Les réponses à ces questions ne sortiront pas du cadre de mon mémoire et seront anonymisées. Elles me serviront uniquement à l'analyse de mes données et ne seront publiées sans votre accord.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porterez à ce projet et votre participation.

INFORMATIONS IDENTITAIRES

NOM Prénom :

Année d'obtention du diplôme :

École où vous avez été diplômé.e :

INFORMATIONS SUR VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

Statut de l'EHPAD dans lequel vous travaillez (public/privé) :

Temps plein/partiel (% ETP) :

Ancienneté en EHPAD (tout EHPAD confondu) :

Autre type de structure dans laquelle vous avez travaillé.e (autre EHPAD, SSR, libéral, ESA, etc) :

Formations supplémentaires réalisées (si vous en avez réalisé.e) :

INFORMATIONS SUR VOTRE INTERVENTION :

Modèles conceptuels que vous connaissez et avez intégré dans votre pratique professionnelle :

Êtes-vous régulièrement confronté.e à des personnes présentant des troubles dépressifs ?

⇒ Si oui, quel pourcentage de personnes est concerné par cette situation (selon votre estimation personnelle)?

Avez-vous pris en charge des personnes âgées qui estimaient que leur projet de vie (Devenir occupationnel) était précaire/inexistant suite à leur institutionnalisation ? : OUI/NON

⇒ Si oui, quel pourcentage de vos prises en charge est concerné par cette situation (selon votre estimation personnelle ?)

Fin du questionnaire

➤ **Annexe III : Mail de prise de contact :**

Bonjour,

Je m'appelle Nolwenn SECHER, je suis actuellement étudiante en troisième année à l'IFE de Toulouse.

Je prends contact avec vous aujourd'hui afin de vous demander si vous accepteriez de participer à un projet dans le cadre de mon mémoire. Il prendrait la forme d'un groupe nominal, c'est-à-dire une réunion regroupant des personnes-experts réfléchissant à des solutions en rapport avec une problématique donnée, et ce, dans le but d'arriver à un consensus. Celui-ci se déroulerait en visioconférence entre le 28 mars et le 10 avril en fonction de vos disponibilités, sur une session de deux heures environ.

Si vous acceptez, pourriez-vous répondre aux quelques questions informatives présentées dans le document en pièce jointe et me le renvoyer dans les prochains jours ? (semaine du 14 au 20 mars 2022)

Je vous remercie d'avance pour votre attention. Je vous recontacterai en fonction des résultats pour vous expliquer le déroulement de cette visioconférence et trouver une date commune à tous.

En attendant votre réponse, je vous souhaite une agréable fin de journée.

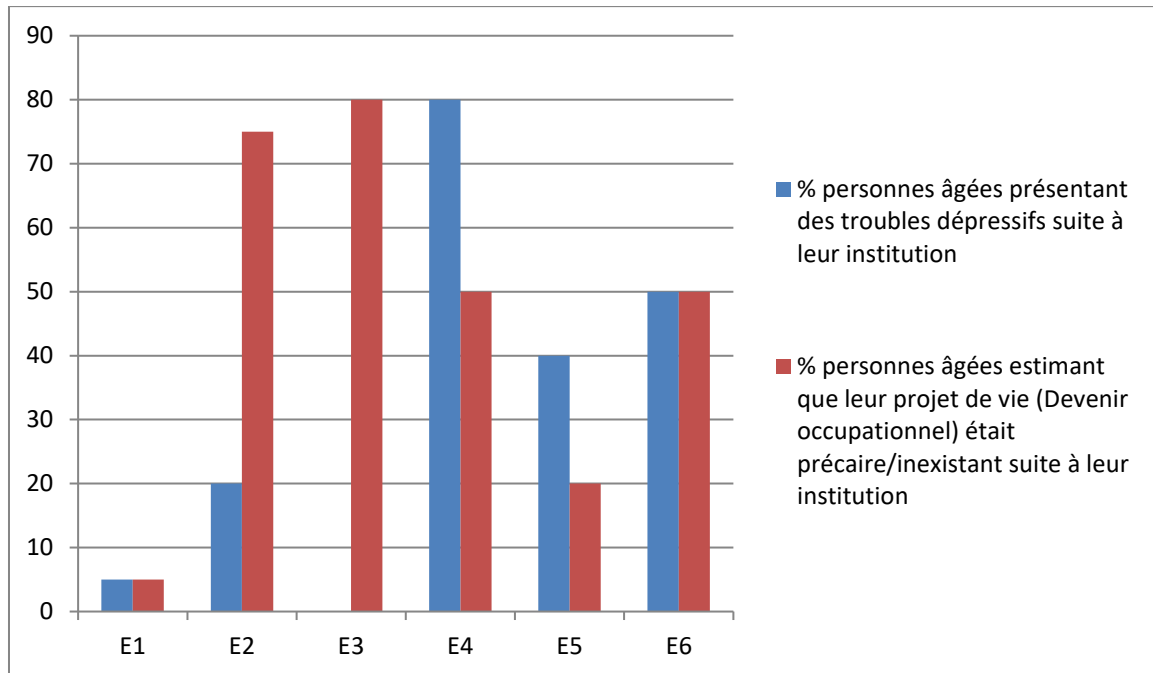
Cordialement,

Nolwenn SECHER,

Etudiante en 3ème année d'ergothérapie

PREFMS de Toulouse

➤ **Annexe IV : Graphique concernant les estimations personnelles des participants en lien avec les concepts-clefs**



➤ **Annexe V : Mail concernant les modalités du déroulement du groupe nominal**

Bonjour,

Je vous contacte suite à votre inscription à cette étude. Je souhaite en premier temps vous remercier pour votre intérêt et votre participation à ce projet.

Concernant le groupe nominal, voici les modalités :

- **Date :** Voici un lien Doodle concernant les créneaux horaires pour la réalisation de ce groupe nominal : <https://doodle.com/meeting/participate/id/nelGj0Jd>. Il vous permet d'indiquer vos disponibilités sur les créneaux proposés. Merci d'y répondre le plus rapidement possible (dernier délai mercredi 30 mars) afin de pouvoir convenir d'un créneau commun à tous.
- **Durée :** Le groupe nominal durera environ 2h. Comptez +/- 30min en cas de problèmes techniques. Une pause de 15 min sera intégrée.
- **Lieu :** En visioconférence (Google Meet).
- **Déroulement :**
 - 5 jours avant la date convenue, je vous enverrai par mail une courte étude de cas avec une problématique associée. Cette étude sera l'axe central de votre

réflexion durant le groupe nominal. Merci d'en prendre connaissance avant la réunion.

- Au jour J, vous serez amenée à retranscrire vos réponses à la problématique donnée (jointe à l'étude de cas) pendant une dizaine de minutes. Vous pourrez écrire un nombre illimité d'idées, aucune réponse n'étant bonne ou mauvaise. Par la suite, une mise en commun sera réalisée grâce à un outil numérique (Miro). Une réflexion commune pourra être engagée concernant la clarification et/ou le regroupement des différentes idées. Le but est que chaque idée soit appropriée au groupe et non à la personne pour poursuivre l'étude de manière objective. En dernier temps viendra un vote, individuel et anonyme, sur chaque idée afin de déterminer un classement du plus au moins pertinent dans le but de répondre à la problématique donnée.

Le déroulement vous sera réexpliqué au fur et à mesure des étapes lors de la réalisation du groupe nominal.

Concernant Miro et le Google Meet, un lien vous sera envoyé en même temps que l'étude de cas. Ils ne seront utiles que lors de la réunion. Pour Miro, je vous demanderai de bien vouloir tester le lien pour assurer que vous puissiez vous connecter sans souci le jour J.

J'aurai de plus besoin de votre accord pour pouvoir enregistrer la réunion. L'enregistrement ne servira qu'à la retranscription et à l'analyse de ce groupe et sera détruit une fois le mémoire terminé. Pourriez-vous remplir le document en pièce jointe et me le renvoyer (même si c'est pour un désaccord) ?

N'hésitez pas à me contacter en cas de questions supplémentaires ou d'indisponibilités sur les créneaux présentés.

Cordialement,

Nolwenn SECHER,
Etudiante en 3ème année d'ergothérapie
PREFMS de Toulouse

➤ **Annexe VI : Etude de cas et problématique étudiées lors du groupe nominal**

Résumé OPHI-II adapté :

Mme est entrée à l'EHPAD il y a à présent un mois suite à l'hospitalisation de son mari. Elle nous exprime qu'elle est aujourd'hui en grande difficulté dans la réalisation de sa toilette ou de l'habillage qu'elle réalise avec l'aide totale d'un aide-soignant et l'utilisation d'un verticalisateur. Quand elle était à domicile, une aide-soignante venait tous les jours pour l'accompagner partiellement (avec la participation de Mme) dans la réalisation de sa toilette, ayant des troubles moteurs des membres inférieurs et des pertes d'équilibre. Elle exprime que ce quotidien ne la change donc pas, mais qu'elle a tendance à faire moins depuis qu'elle est entrée en EHPAD. Elle ne croit plus en ses capacités et est dans un acte de laisser-faire.

Concernant ces habitudes de vie, elle n'a pas gardé les activités qu'elle réalisait dans son quotidien comme cuisiner, faire les courses ou participer aux tâches ménagères. Elle appréciait tout particulièrement aller se promener avec son mari, activité dans laquelle elle se déplaçait en fauteuil roulant. Aujourd'hui, ses loisirs sont très limités : elle reste dans sa chambre à regarder la télévision ou lire des magazines de cuisine. Elle ne participe pas aux activités de la résidence et mange en chambre car elle n'arrive pas à se familiariser avec son nouvel environnement. Elle exprime ne plus vouloir se déplacer en podal même pour de courtes distances (en ou hors chambre), chose qu'elle faisait à domicile, et préfère rester près de son téléphone fixe au cas où son mari l'appelle. Elle exprime sa crainte que son mari la quitte et de se retrouver seule dans cet environnement, perdant à la fois sa maison, son conjoint et ses habitudes de vie. Son mari, dont l'hospitalisation perdure suite à la mise en place d'un corset et d'une immobilisation contrainte, la rassure par téléphone mais elle exprime que cela n'a un effet qu'à courte durée.

Suite à l'aggravation de l'état de santé de Mr, l'entrée temporaire devient permanente. Selon vous, quelles sont les modalités (organisation, moyens, actions, dispositifs, etc.) que l'ergothérapeute peut mettre en place pour favoriser le Devenir occupationnel de Mme X. ?

➤ **Annexe VII : Tableau synthétique des idées et réflexion ressortie lors des deux groupes nominaux**

N°	IDEEES	REFLEXIONS
1	Réévaluation de ses capacités au niveau des AVQ (toilette, de l'habillage, etc)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Voir ses capacités résiduelles ○ Proposer un accompagnement adapté pour ne pas faire à sa place ○ Voir les différentes aides pour l'accompagnement quotidien (mise en place ou adaptation) ○ En fonction de son anamnèse, proposer un suivi régulier dans le but de maintenir ou développer ses capacités (si possibilité de récupération ou non) ○ Déplacement : comprendre pourquoi elle ne veut plus se déplacer en podal (douleur, manque d'intérêt, confort... ?) ○ Développer une image positive de soi, reprendre confiance en ses capacités
2	Questionnement du besoin occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cibler les activités qui lui semblent pertinentes (signifiantes et significatives) pour adapter l'accompagnement en EHPAD ○ Prioriser les activités proposées et proposer une action très personnalisée
3	Agir sur son environnement permanent avec réappropriation de sa chambre (souvent sujet à conversation avec les équipes)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lui redonner un aspect lieu de vie et non hospitalier ○ Lui permettre de s'appropriier son environnement avec des photos, objets, ce qui favorise une meilleure communication. ○ Possibilité de faire participer la résidente à l'organisation, au rangement de sa chambre ○ <u>Inconvénient</u> : questionnement sur le reste de l'établissement ⇒ Comment se familiarisera t-elle ? Au fur et à mesure de l'adaptation ? La question se pose
4	Créer une routine avec un RDV téléphonique avec son mari	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permettre de se rendre disponible pour d'autres activités de la journée. ○ <u>Cependant peut être à double tranchant</u> : peut devenir un levier d'intervention ou créer de l'anxiété et des troubles du

	<p>comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Possibilité de mettre en place un téléphone portable afin qu'elle puisse se déplacer dans la résidence et être incluse aux activités sans qu'elle ne soit inquiète de louper le rendez-vous de son mari ○ Nécessité d'évaluer les capacités cognitives, recherches en amont sur un téléphone adapté
<p>5</p> <p>Activités significatives et significatives en lien avec le questionnaire occupationnel (atelier culinaire, jardinage etc. en fonction des possibilités de l'établissement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permet de proposer un accompagnement adapté et personnalisé à ses besoins ○ Favoriser sa participation et son engagement dans les activités ○ Donner du sens à son quotidien ○ <u>Inconvénient</u> : atelier pas toujours mis en place dans les établissements, dépend des possibilités
<p>6</p> <p>Travail en petits groupes pour renforcer les liens sociaux (activités significatives)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permet de se sociabiliser au sein de la structure (si elle est volontaire pour cela) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vu qu'elle ne sort pas de sa chambre, favoriser les petits groupes pour une meilleure intégration, voir avec les temps de repas en restaurant pour commencer la création de contacts. Proposition d'un temps en individuel avec des personnes ayant les mêmes centres d'intérêts qu'elle avant de la présenter aux groupes pour favoriser l'intégration ○ Lui donner un rôle social qui peut être intéressant au sein du groupe ○ Permet la transmission de savoirs au groupe.
<p>Réunion pluridisciplinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impliquer tout le monde dans l'accompagnement de la résidente

<p>7</p> <p>pour travailler sur le Projet de vie (axe de travail commun)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avoir une prise en soin commune qui va dans le même sens ○ Avoir des regards différents, une confrontation des points de vue ○ Voir comment mettre en place ce dont elle a besoin ○ Réévaluation en fonction de l'évolution de la résidente, si amélioration ou dégradation de son état général
<p>8</p> <p>Proposer une intervention en lien avec la psychologue</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler sur la perte, le deuil, l'entrée en institution, le regard des autres résidents, etc. <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Plusieurs sujets qui peuvent jouer sur la thymie et impacter par conséquent sa participation/son devenir occupationnel ○ Travailler sur du long terme, en fonction des possibilités de la psychologue (suivi pas toujours possible)
<p>9</p> <p>Visites entre Mme et Monsieur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Permet qu'ils puissent échanger et s'ouvrir (sur le quotidien, leur ressenti etc). ○ En lien avec la psychologue ou une autre personne de l'équipe avec laquelle la résidente a développé un lien particulier pour pouvoir l'accompagner et proposer une écoute active et bienveillante sur le retour de la visite ○ Permet de rassurer la résidente, lui donner envie de maintenir ses capacités ○ <u>Double tranchant</u> : possibilité de créer une anxiété chez la résidente

➤ **Annexe VIII : Tableau des classements par popularité et priorité**

Idées	Classement par popularité	Classement par priorité
Réévaluation de ses capacités au niveau des AVQ (toilette, de l'habillage, etc)	1 ^{er} ex-æquo 4 votes	1 ^{er} 17 points
Questionnement du besoin occupationnel	5 ^{ème} 2 votes	5 ^{ème} 8 points
Agir sur son environnement permanent avec réappropriation de sa chambre	1 ^{er} ex-æquo 4 votes	4 ^{ème} 9 points
Créer une routine avec un RDV téléphonique avec son mari	6 ^{ème} ex-æquo 1 vote	7 ^{ème} 1 point
Activités signifiantes et significatives en lien avec le questionnaire occupationnel (atelier culinaire, jardinage etc. en fonction des possibilités de l'établissement)	1 ^{er} ex-æquo 4 votes	2 ^{ème} 12 points
Travail en petits groupes pour renforcer les liens sociaux (activités significatives)	6 ^{ème} ex-æquo 1 vote	6 ^{ème} 2 points
Réunion pluridisciplinaire pour travailler sur le Projet de vie (axe de travail commun)	1 ^{er} ex-æquo 4 votes	3 ^{ème} 11 points
Proposer une intervention en lien avec la psychologue	8 ^{ème} ex-æquo 0 vote	8 ^{ème} ex-æquo 0 point
Visites entre Mme et Monsieur	8 ^{ème} ex-æquo 0 vote	8 ^{ème} ex-æquo 0 point

Le Devenir occupationnel des personnes âgées en EHPAD : Intervention de l'ergothérapie pour prévenir la dépression de nos aînés

Résumé – Contexte : L'entrée des personnes âgées en EHPAD peut être facteur de troubles dépressifs face à l'altération de leur Devenir occupationnel et entraîner par la suite un désengagement de leur participation aux activités de la vie quotidienne. **But :** L'objectif est d'identifier les moyens d'interventions qu'un ergothérapeute peut mettre en place suite à l'entrée d'une personne en EHPAD pour maintenir leur Devenir occupationnel et prévenir l'apparition des troubles dépressifs liés à l'altération de celle-ci. **Méthode :** Utilisant le MOH et l'OPHI-II comme axe de réflexion, deux groupes ont été formés comprenant des ergothérapeutes travaillant en EHPAD dans le cadre de la technique du groupe nominal de consensus. **Résultats :** Les quatre ergothérapeutes ayant participé mettent en avant l'importance de l'évaluation des capacités préservées et la mise en place d'activités significatives liées au besoin occupationnel, l'appropriation de son environnement et l'intégration de l'ergothérapeute au Projet de Vie Individuel comme ressources du Devenir Occupationnel. **Conclusion :** Ces axes d'intervention semblent intrinsèquement liés à la prévention de la dépression chez cette population. Cependant, les limites recensées dans cette étude ne peuvent confirmer complètement ces résultats. Cette étude apporte donc une piste de réflexion sur la poursuite de ce travail avec une méthodologie plus poussée.

Liste de mots-clefs : dépression, personnes âgées, EHPAD, ergothérapeute, Devenir occupationnel, MOH, OPHI-II

The Occupational Becoming of the Elderly in nursing homes : Occupational therapy intervention to prevent depression of our elderly

Summary - Context: The transition of elderly people into a nursing home can be a triggering factor for depressive disorders in the face of change of their Occupational Future (Becoming). Subsequently this can lead to disengagement from their participation in the activities of daily life. **Aim:** The aim is to identify the means of intervention that an occupational therapist can put in place following the transition of a person into a nursing home. Further to maintain their Occupational Becoming and thus prevent the appearance of depressive disorders linked to this transition. **Method:** Using MOHO and OPHI-II to reflexion approaches, two groups were formed, comprising occupational therapists working in nursing homes, using the nominal consensus group technique. **Results:** The four occupational therapists who participated emphasised the importance of assessing preserved abilities and setting up meaningful activities related to occupational needs, appropriation of the environment and integration of the occupational therapist into the Individual Life Plan as resources for Occupational Becoming. **Conclusion:** These lines of intervention seem intrinsically linked to the prevention of depression in this population. However, the limitations identified in this study cannot fully confirm these results. This study therefore provides food for thought for the continuation of this work with a more advanced methodology.

Key words: depression, elderly people, nursing home, occupational therapist, Occupational Becoming, MOHO, OPHI-II

Auteur : Nolwenn SECHER