



## **Institut de Formation en Ergothérapie de Paris**

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

### **La participation sociale des personnes âgées dépressives en EHPAD**

Quel rôle pour l'ergothérapeute ?



*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5 :  
Évaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Réalisé par **Tina SO**

Session Juin 2022

### **Note aux lecteurs**

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité.  
Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteure et de  
l'institut de Formation concerné.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ont soutenue dans mon parcours, qui m'ont appris, guidée et épaulée ces trois dernières années,

Merci à mon directeur de mémoire Yves-Marie Vasse pour son expertise ainsi qu'aux ergothérapeutes ayant accepté de contribuer à cette étude,

Merci à Sarah Thiébaud-Samson, ma référente de mémoire,  
à l'équipe pédagogique de l'IFE de l'ADERE,  
aux ergothérapeutes m'ayant accueillie en stage,  
pour avoir nourrit mon cheminement professionnel,

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et mon partenaire de vie pour leur soutien infaillible ainsi que la richesse des moments de vie qu'ils m'apportent au quotidien,

À toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué  
à mon parcours, un grand Merci.

## GLOSSAIRE

**AGGIR** : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressources

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASG** : Assistants de Soins en Gérontologie

**AVQ** : Activité de Vie Quotidienne

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**FQCRDITED** : Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

**GIR** : Groupe Iso-Ressources

**IDEC** : Infirmier de Coordination

**MCREO** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

**MHAVIE** : Mesure des Habitudes de Vie

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**MOHOST** : Model of Humain Occupation Streening Tool

**MQE** : Mesure de la Qualité de l'Environnement

**OEQ** : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>A. SITUATION DE DEPART</b> .....	<b>3</b>
<b>B. QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>5</b>
<b>II. CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>6</b>
<b>A. LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH)</b> .....	<b>6</b>
1. <i>Qu'est-ce que l'occupation humaine ?</i> .....	<b>6</b>
2. <i>L'Être : les composantes de la personne</i> .....	<b>7</b>
3. <i>L'Agir : la dynamique du MOH</i> .....	<b>8</b>
4. <i>Le Devenir : les conséquences de l'Agir</i> .....	<b>8</b>
5. <i>L'environnement : le contexte environnemental</i> .....	<b>9</b>
<b>B. LA PARTICIPATION SOCIALE</b> .....	<b>9</b>
1. <i>Comment définir la participation sociale ?</i> .....	<b>9</b>
2. <i>L'importance de la participation sociale au travers des occupations</i> .....	<b>11</b>
<b>C. LA PERSONNE VIEILLISSANTE EN EHPAD</b> .....	<b>11</b>
1. <i>La personne âgée, entre vieillissement normal et pathologique</i> .....	<b>11</b>
2. <i>Évolution de la sphère de l'être chez les personnes âgées</i> .....	<b>13</b>
3. <i>Influences de l'environnement sur les personnes âgées en EHPAD</i> .....	<b>15</b>
4. <i>L'évolution de la sphère de l'Agir chez les personnes âgées en EHPAD</i> .....	<b>19</b>
5. <i>La sphère du Devenir chez la personne âgée</i> .....	<b>20</b>
<b>D. IMPACTS DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE SUR LES PERSONNES AGEES EN EHPAD</b> .....	<b>21</b>
1. <i>Comment définir cette pathologie ?</i> .....	<b>21</b>
2. <i>Conséquences de l'épisode dépressif caractérisé sur la participation sociale</i> .....	<b>23</b>
<b>E. QUEL PEUT ETRE LE ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE ?</b> .....	<b>24</b>
1. <i>Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD</i> .....	<b>24</b>
2. <i>L'accompagnement ergothérapique auprès des personnes âgées dépressives</i> .....	<b>25</b>

3.	<i>Favoriser la participation sociale, un objectif ergothérapique ?</i> .....	27
<b>III.</b>	<b>ENQUÊTE EXPLORATOIRE</b> .....	<b>30</b>
<b>A.</b>	<b>METHODOLOGIE D'ENQUETE</b> .....	<b>31</b>
1.	<i>Objectifs de l'étude</i> .....	31
2.	<i>Choix de la population-cible</i> .....	31
3.	<i>Choix de l'outil d'enquête, conception et limites</i> .....	32
<b>B.</b>	<b>RESULTATS DE L'ENQUETE</b> .....	<b>33</b>
1.	<i>Présentation des résultats</i> .....	33
2.	<i>Analyse des résultats</i> .....	47
<b>C.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>54</b>
1.	<i>Retour sur l'hypothèse et la question de recherche</i> .....	54
2.	<i>Forces et limites de la recherche</i> .....	57
3.	<i>Perspectives d'ouvertures</i> .....	58
4.	<i>Apports personnels et professionnels</i> .....	59
<b>D.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>IV.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>62</b>
<b>V.</b>	<b>SOMMAIRE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>
	ANNEXE A : GUIDE D'ENTRETIEN .....	I
	ANNEXE B : REPARTITION DES HEURES DE TRAVAIL DES ERGOTHERAPEUTES SELON LES EHPAD ET LE NOMBRE DE RESIDENTS .....	III
	ANNEXE C : MOYENS PENSES PAR LES ERGOTHERAPEUTES POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE DES RESIDENTS NON MIS EN PLACE.....	IV
	ANNEXE D : ENTRETIEN ERGOTHERAPEUTE 1 (RETRANSCRIPTION).....	VI
	ANNEXE E : ENTRETIEN ERGOTHERAPEUTE 2 (RETRANSCRIPTION).....	XXIV

## I. INTRODUCTION

### A. Situation de départ

---

Lors de mon stage en EHPAD, je me suis questionnée sur la prise en soin en ergothérapie de la fragilité psychique chez la personne âgée. En effet, durant cette période, j'ai rencontré un certain nombre de résidents qui étaient en grande souffrance psychologique : la perte d'un ou de plusieurs proches, une santé qui décline, la perte d'autonomie, d'indépendance, la solitude... Toutes ces différentes situations avaient créé chez ces personnes un mal-être profond nuisant à leur participation sociale, tant au niveau de leurs occupations que dans leurs liens sociaux.

J'ai pu faire la rencontre de Mme A, une résidente en perte d'indépendance dans ses déplacements. Il lui devenait de plus en plus difficile de se déplacer par propulsion manuelle ou podale et de manœuvrer le fauteuil. L'ergothérapeute de la structure mis en place plusieurs stratégies afin de permettre à M<sup>me</sup> A de continuer à se déplacer avec un fauteuil. Cependant, aucune adaptation n'était efficace et le remplacement par un fauteuil roulant électrique n'était pas envisageable au vu de ses troubles cognitifs. Il s'était instauré une relation de confiance entre M<sup>me</sup> A et l'ergothérapeute. Cependant, il était très difficile pour cette résidente d'accepter sa perte d'indépendance malgré les diverses stratégies mises en place par l'ergothérapeute (co-construction des objectifs, écoute active, travail permanent sur l'alliance thérapeutique). Les conflits persistaient et la prise en soin se trouvait dans l'impasse d'un objectif inatteignable. La souffrance psychologique de M<sup>me</sup> n'était pas seulement due à sa perte d'indépendance. En effet, sa position dépressive était une restriction importante dans ses occupations et donc un enjeu majeur sur lequel l'équipe devait axer la prise en soin.

Comme le montre les différents modèles conceptuels généralement utilisés par les ergothérapeutes (MCREO, MOH, CIF...), la pratique de l'ergothérapie met au centre la personne dans la prise en soin, avec ses composantes physiques, cognitives, et

environnementales. Cependant, la souffrance peut être souvent perçue comme uniquement symptomatique d'un problème occupationnel. Les composantes psychologiques peuvent donc paraître en second plan par rapport à ce tableau général, car nous pourrions en avoir l'idée qu'une fois que ce problème occupationnel sera réglé, la souffrance disparaîtra. Or, il arrive, comme c'est le cas pour M<sup>me</sup> A, que cette souffrance doive être prise en compte en priorité. Effectivement, c'est en travaillant sur la perte d'indépendance que M<sup>me</sup> A et l'ergothérapeute pourront œuvrer en co-construction, et qu'elles pourront trouver ensemble le meilleur moyen de favoriser ses déplacements et d'améliorer sa participation sociale.

D'après les recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM sur la prise en compte de la souffrance des personnes âgées (2014), ces dernières, au fil des ans et particulièrement au grand âge, peuvent être amenées à se poser des questions existentielles pouvant être la source de souffrance psychologique. En 2003, le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie souligne l'importance des impacts psychiques du vieillissement et de l'approche de la fin de vie sur la santé des sujets âgés. En effet, un amalgame persistant est fait entre la souffrance psychique des personnes âgées et leur vieillissement normal. La spécificité de l'expression de cette souffrance tend encore plus à banaliser cette dernière, et la rendre moins facilement décelable (ANESM, 2014).

Par ailleurs, nous pouvons relever, chez la personne vivant en établissement, « une perte de motivation pour effectuer des activités quotidiennes » qui est sept fois plus fréquente par rapport aux personnes résidant au domicile.. Environ un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile (DREES, 2020).

Dans les troubles psychiques régulièrement rencontrés chez les personnes âgées, les troubles dépressifs touchent un tiers des sujets âgés de plus de 65 ans, et de façon plus importante chez les personnes hospitalisées ou vivant en institution (avec 20 à 40% d'épisodes dépressifs majeurs) (Clément et Darhout, 2002). On compte d'ailleurs un senior sur cinq qui vit en établissement déclare souffrir de dépression (DREES, 2020).

De plus, la dépression est un frein conséquent à la participation occupationnelle de la personne, entraînant par exemple une perte de motivation à agir sur l'environnement (volition) et un isolement de la personne. Il est donc important, en tant qu'ergothérapeute,



de prendre en compte les facteurs psychiques dans les déterminants de la personne pour pouvoir accompagner cette dernière dans sa globalité.

Par ailleurs, une étude de l'université de Chicago a prouvé qu'une personne âgée socialement isolée voit son risque de mortalité prématurée augmenter de 14% (Cacioppo et al, 2013). En effet, la rupture de ses liens sociaux augmente son déclin cognitif, physique (Cap Retraite, 2017), et a des conséquences psychologiques très importantes. On peut citer les risques de développer un comportement antisocial, l'augmentation du stress et de l'anxiété, l'altération des fonctions neurales et de la plasticité du cerveau, les impacts sur l'architecture neurobiologique qui favorisent la perte de capacité sociale et cognitive ou encore l'altération du sommeil (Conseil national des aînés, 2014).

L'importance des liens sociaux chez la personne âgée dépressive est donc conséquente. Effectivement, nous avons pu voir que l'isolement est un facteur particulièrement aggravant dans la vie de la personne, et qu'il peut avoir un impact délétère sur ses performances occupationnelles. Il serait donc intéressant de se pencher sur la participation sociale de cette population.

## B. Question de recherche

---

Ainsi, si la participation sociale est une composante non négligeable de la participation occupationnelle, il est pertinent de se demander comment cet aspect peut être abordé en ergothérapie, et plus précisément :

**De quelles manières l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation sociale des personnes âgées dépressives en EHPAD ?**

## II. CADRE CONCEPTUEL

### A. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH est un modèle conceptuel ergothérapeutique qui a émergé dans la fin des années 1980 des travaux de Gary Kielhofner. Ce modèle est centré sur l'occupation, et sur ses interactions entre la personne et l'environnement (Mignet et al, 2017).

#### 1. Qu'est-ce que l'occupation humaine ?

L'occupation est définie comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel ». (Kielhofner, 2008). La participation à des occupations résulte d'un « processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement ».

Le MOH se scinde en plusieurs parties interagissantes : l'Être, l'Agir et le Devenir, en influence réciproque avec l'environnement. L'Être correspond aux composantes de la personne, et influence sa manière d'Agir. Ces deux parties sont à l'origine du Devenir de la personne (Mignet et al, 2017).

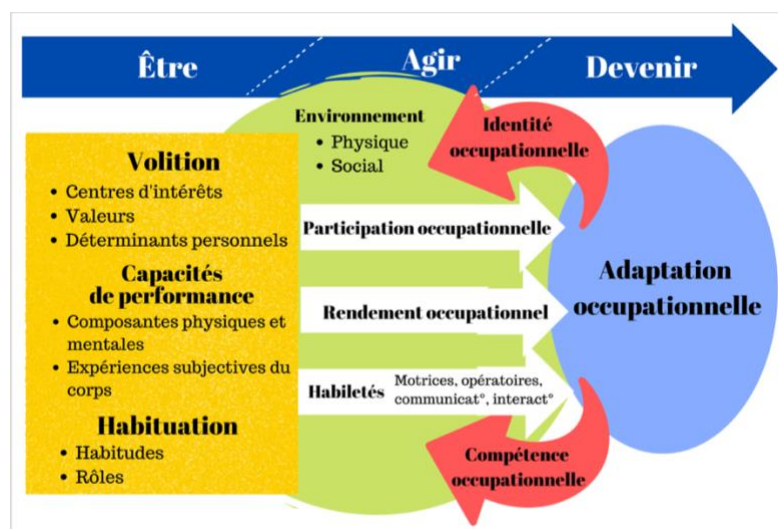


Figure 1 : Schéma du MOH (Mignet et al., 2017)

## 2. L'Être : les composantes de la personne

L'Être regroupe les éléments de la personne : la volition, la capacité de performance, et l'habituatation.

• En ce qui concerne **la volition**, il s'agit de la motivation de la personne. C'est ce qui permet à la personne de s'engager dans une activité. Elle revêt plusieurs aspects :

- Les *valeurs* : elles correspondent à ce qui est considéré par la personne comme important et significatif, de façon personnelle comme sociale. Ce sont ses convictions ainsi que son sens des obligations qui les remanient. Les valeurs découlent de la culture et constituent un lien social. Elles donnent un sens collectif à la vie (Graff et al, 2013) ;
- Les *centres d'intérêt* : ce que la personne trouve agréable et satisfaisante à réaliser, rendant alors une activité plus attrayante qu'une autre ;
- La *causalité personnelle* (ou déterminant personnel) : Elle renvoie d'une part aux sentiments de capacité personnelle de la personne, c'est à dire à son auto-évaluation sur ses aptitudes physiques, intellectuelles et sociales, et d'autre part, à son sentiment d'efficacité personnelle. Ce sont les connaissances et l'opinion de la personne sur son efficacité à réaliser une activité.

• **La capacité de performance** (ou de rendement) se définit comme l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes : les composantes physiques et mentales ; et à l'expérience subjective du corps, ce que le sujet ressent et perçoit de son corps, qui ne sont pas objectivables.

• **L'habituatation** correspond quant à elle à l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques réalisés dans un environnement familier donné. Elle comprend :

- Les *habitudes* : ce sont les dispositions acquises permettant une réponse automatique dans une situation connue ou un environnement familier ;
- Les *rôles sociaux* : ce sont les statuts sociaux et/ou personnel et l'ensemble d'attitudes et de comportement en lien avec ces statuts (Mignet et al, 2017).

### 3. L'Agir : la dynamique du MOH

Une personne qui agit implique trois niveaux d'action : sa participation occupationnelle, sa performance occupationnelle et ses habiletés.

- La **participation occupationnelle** se positionne au premier niveau de l'Agir, le plus global. C'est l'agir au sens de l'occupation. Elle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités (loisir, productivité, vie quotidienne) dans des contextes socioculturels précis (Mignet et al, 2017). Cette participation occupationnelle est fortement influencée par les composantes de l'Être et de l'environnement (Graff et al, 2013).
- Le second niveau reflète la **performance occupationnelle**. Il s'agit de la réalisation de l'ensemble des tâches ou activités, lors de la participation à une occupation (Mignet et al, 2017). On peut la comprendre comme l'exécution d'une forme d'agir. Elle est impactée par l'habituatation et l'environnement, notamment par les routines (Graff et al, 2013).
- Les **habiletés** occupent le dernier niveau de l'Agir. La réalisation des activités qui sous-tendent les occupations impliquent que la personne exécute des actions observables et ayant un but. Cela requiert la mobilisation des habiletés : motrices, opératoires, de communication et d'interaction (Mignet et al, 2017). Les « habiletés de communication et d'interaction » renvoient à la capacité de faire connaître nos intentions et besoins ainsi que notre capacité à coordonner nos comportements sociaux lors de nos échanges (Graff et al, 2013).

### 4. Le Devenir : les conséquences de l'Agir

Les conséquences de l'Agir sont représentées par le Devenir. Ce sont toutes les expériences vécues lors des différentes occupations. Ces dernières génèrent une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle qui permettront l'adaptation future à de nouvelles occupations

- **L'identité occupationnelle** est définie comme l'image subjective de ce que la personne est et souhaite devenir. Elle est façonnée par ses expériences vécues. L'identité occupationnelle recouvre la motivation, les rôles, les habitudes et les expériences subjectives et se développe avec les compétences acquises grâce à l'expérience.

- **La compétence occupationnelle** est à la capacité de la personne à mettre en place une routine occupationnelle cohérente avec son identité occupationnelle. Ce concept renvoie à sa à remplir ses obligations et ses responsabilités en lien avec des rôles divers, tout en s'assurant que ses routines aient du sens et reste en accord avec ses valeurs (Mignet et al, 2017).
- **L'adaptation occupationnelle** est dépendante de la constitution d'une identité occupationnelle positive avec un niveau de compétence occupationnelle adéquat dans un environnement précis (Graff et al, 2013).

## 5. L'environnement : le contexte environnemental

La personne est nécessairement située dans un contexte environnemental. La participation occupationnelle de celle-ci est toujours influencée par le contexte physique et socioculturel dans laquelle elle se déroule : c'est l'impact de l'environnement. Ainsi, l'environnement interagit et influence en permanence les composantes de la personne (Mignet et al, 2017). Celui-ci est composé :

- Des espaces dans lesquels la personne agit ainsi que les objets qu'elle utilise et avec lesquels elle est en interaction.
- Les **groupes sociaux** qui influencent l'occupation par les aspects culturels et les circonstances politiques et économiques.

L'impact de l'environnement sur la personne peut stimuler ou bien freiner l'occupation de la personne (Graff et al, 2013).

## B. La participation sociale

---

### 1. Comment définir la participation sociale ?

Les définitions de la participation sociale sont multiples. Elles abordent ce concept sous des angles spécifiques, selon leur contexte d'utilisation et les sujets concernés (FQCRDITED, 2013).

D'après Foureyrollas (2010), au travers du Modèle du Développement Humain - Processus de production du handicap, la participation sociale est « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles) ».

Dans ses travaux sur la participation sociale, Levasseur (2010), ergothérapeute canadienne définit le concept comme « **l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec d'autres dans la communauté** ». Elle décrit plusieurs niveaux de participation sociale :

- **Dans la vie quotidienne** : « *participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et de jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.)* »
- **Dans les interactions sociales** : « *participer socialement se réalise par le biais de situations d'interactions sociales qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou de participation à des activités sociales hors du domicile* »
- **Dans un réseau social** : « *participer socialement suppose de faire partie d'un réseau d'interrelations minimalement stables et réciproques, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage* »
- **À travers une associativité structurée** : « *participer socialement signifie de prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme, par exemple, faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés* » (Levasseur et al, 2010).

Cette dernière définition est celle que nous retiendrons car la participation sociale dans la vie quotidienne et à travers les interactions sociales sont deux aspects intéressants à intégrer en ergothérapie. En effet, elles concernent les occupations au travers du quotidien de la personne, dans un environnement social particulier. « Accomplir ses activités quotidiennes et jouer ses rôles sociaux » peuvent renvoyer à la participation occupationnelle, décrite par le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), et les « interactions sociales » rendent compte de la dimension environnementale de la personne.

D'après ANESM (2010), la vie sociale correspond à l'ensemble des relations que la vie en société amène à avoir avec les autres. Ces relations peuvent être obligatoires (commerçants, professionnels médicaux...), semi-choisies (famille) ou choisie librement (amis, activités associatives ou politiques, loisirs...).

## 2. L'importance de la participation sociale au travers des occupations

En 1946, l'OMS définit différents termes relatifs à la santé :

- **La santé** est « un état de complet bien-être physique, **mental et social**, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »
- **La santé mentale** est quant à elle « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de **contribuer à la vie de sa communauté** »

D'après ces définitions, la santé englobe donc un état de bien-être social et l'importance de la contribution de la vie en société est soulignée, ce qui fait de la qualité de vie sociale un déterminant de santé. Cela démontre donc la nécessité de maintenir une participation occupationnelle dans un contexte social, c'est à dire la participation sociale.

## C. La personne vieillissante en EHPAD

---

### 1. La personne âgée, entre vieillissement normal et pathologique

#### 1.1. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

C'est à partir de 60 ans que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'une personne devient âgée. Néanmoins, le vieillissement n'est pas programmé à partir d'un âge précis, puisqu'il s'agit d'un processus constant qui débute avant la vieillesse. Il est certes lié à « l'âge chronologique, mais surtout à la culture et à l'époque ». Il existe donc une « pluralité des modes de vieillissement en fonction des individus » (Jeandel, C., 2005). Qu'appelle-t-on alors le vieillissement ?

## *1.2. Le vieillissement normal, pathologique et la fragilité*

Nous pouvons caractériser le vieillissement, à l'échelle de la population, comme une « réduction des capacités fonctionnelles et l'augmentation des maladies liées à l'âge ». Plus l'âge avance, et plus la probabilité d'être atteint par ces maladies augmente (Jeandel, 2005). L'échelle individuelle elle, est plus précise et décrit trois types de vieillissement : le vieillissement réussi, usuel/habituel et pathologique.

Le vieillissement réussi se caractérise par un « maintien des capacités fonctionnelles ou leur atteinte très modérée » ainsi que la « capacité d'accomplir certains actes simples ou élaborés qui nécessitent le recrutement et la coordination de plusieurs fonctions » (Jeandel, 2005). Les critères du « bien vieillir » sont biologiques, cognitifs et psychosociaux (Gangbè et al, 2006). Ils sont favorisés par des facteurs comme l'activité physique, l'investissement dans des rôles sociaux, une richesse relationnelle, des facteurs de comorbidités réduits ou encore un haut statut social et économique (Jeandel, 2005).

Le vieillissement usuel se distingue par « la réduction des capacités ou de certaines d'entre elles, sans que l'on puisse [la corrélér] à une maladie de l'organe concerné ». Ce vieillissement serait expliqué par un déconditionnement physique, psychique ou cognitif, dû une sous-stimulation (changement d'environnement, de rôle sociaux, pauvreté relationnelle, réduction d'activités cognitivement stimulantes...). La mise en place de stratégies de compensation est donc indispensable, et implique « la participation active de l'individu à leur élaboration dans une démarche intégrant ses expériences et habitudes » (Jeandel, 2005).

Le vieillissement pathologique est quant à lui lié à la présence de pathologies, la plupart du temps chroniques. Cela concerne alors les sphères cognitive (troubles neurocognitifs majeurs), locomotrice, sensorielle, cardio-vasculaire, affective (dépression). Elles sont à l'origine d'incapacités fonctionnelles et de handicap.

Le concept de fragilité est un état intermédiaire entre le vieillissement usuel et pathologique (Nouvel et al, 2009). Une personne fragile est dans l'incapacité à faire face aux agressions de son milieu (maladie, température, chute...) en se rétablissant après ces évènements. Cela s'explique par la réduction des aptitudes physiologiques qui limitent alors l'adaptation au stress et aux changements (Fried et al, 2004), mais aussi par un équilibre précaire entre des facteurs médicaux et sociaux (Nouvel et al, 2009).



## 2. Évolution de la sphère de l'être chez les personnes âgées

### 2.2. Évolution de la capacité de performance

Au fil des âges, le corps peut perdre de ses capacités de performance. L'aptitude à agir avec son corps et ses capacités cognitives change :

- Il peut y avoir des troubles moteurs (ralentissement moteur, déficit de force, troubles de la marche...) et cognitifs (mémoire, fonctions exécutives...)
- Les sens peuvent devenir moins efficaces (ouïe, vue...)
- Les organes et les muscles peuvent peiner davantage à remplir leurs rôles (troubles cardiovasculaires, incontinence...)
- Le schéma corporel peut également se modifier (troubles de l'équilibre, désadaptation psychomotrice...)
- Le sommeil peut être perturbé (sommeil hachuré, hypersomnie, apnées du sommeil...) (Charazac. 2015).

Les expériences subjectives que la personne vit de son corps peuvent également changer.

Les difficultés liées à son corps peuvent :

- La rendre douloureuse, ou au contraire, lui réduire sa sensibilité
- Elle peut en ressentir un plaisir qu'elle n'a jamais connu auparavant, ou bien perdre un plaisir autrefois ressenti
- Son image du corps (représentation mentale) peut également changer.

### 2.2. Impacts sur la volition et l'habituat

Chez la personne âgée, la volition, c'est-à-dire ses valeurs, les activités qu'elle trouve significatives et l'auto-évaluation de ses aptitudes se retrouvent impactées. Que considère-t-elle, au fur et à mesure, comme important et significatif ? Qu'en devient le sens de ses obligations ? Que deviennent ses centres d'intérêts ? Pour trouver une réponse à ces questions, nous pouvons nous pencher sur sa causalité personnelle.

La vieillesse entraîne une crise majeure de l'existence et provoque une réévaluation de la personne et de son environnement. Erikson (1982) décrit cette crise, ce « moment où les choses se décident », comme l'opposition de deux sentiments : l'intégrité et le désespoir

(Hetu, 1988). Cette auto-évaluation est donc liée à la valeur qu'elle s'accorde, à ses convictions, ainsi qu'à ce qui devient signifiant et significatif pour elle. Par ailleurs, le processus volitionnel de la personne peut s'étioler et amener à un désintérêt à vivre des expériences signifiantes, voire une apathie.

Tous ces changements amènent forcément à une réorganisation des routines. Il existe une nécessité de s'adapter face aux contraintes liées à la perte de capacités. Les habitudes prises peuvent ne plus correspondre aux besoins de la personne, et de même qu'elle peut ne plus avoir les mêmes rôles sociaux et avoir les capacités de répondre à leurs exigences. Par ailleurs, « le désengagement, la déprise et la dépression liée à l'âge sont des réalités au croisement des questions médicales et sociales et qui peuvent s'expliquer en partie par le vieillissement des rôles sociaux » (ANESM, 2010).

Les rôles sociaux évoluent dans toutes les sociétés, et leur vieillissement est normal lorsque les pertes sont compensées par l'investissement de nouveaux rôles (associatif, politique, familial). Si cette perte n'est pas comblée, ce vieillissement devient anormal. « Les raisons en sont, dans le cas des résidents en EHPAD, l'apparition de pathologies, la perte d'autonomie physique, les difficultés de communication ou la dépression » (ANESM, 2010).

En effet, le professeur Pellerin (2007) a défini trois états dans l'évolution des rôles sociaux après le départ à la retraite. Il s'agit du « jeune vieux », du « vieux » et du « vieux vieux » :

- Le « jeune vieux » est dynamique. Il a une participation occupationnelle riche (voyages, bénévolats, garde des petits-enfants, vie sociale riche) et est valorisé dans la société.
- Le « vieux » est défini par sa perte d'indépendance, avec l'arrivée de pathologies invalidantes ou de décès dans son entourage et l'appauvrissement de ses occupations. « Son activité sociale se réduit, ses sorties s'espacent. Il perd certains de ses amis, quelquefois son compagnon ou sa compagne ».
- Ces pathologies et cet isolement vont impacter son maintien à domicile, le mèneront vers la « dépendance », du côté des « vieux vieux ». Il s'agit de la majeure partie des résidents vivant en EHPAD.

On voit ici que les rôles sociaux, et d'ailleurs toutes les composantes de l'habitation et de la volition sont directement impactées par la sphère de l'être de la personne. Ils sont

d'autant plus chamboulés lors de l'arrivée en EHPAD, notamment si la personne est fragilisée et qu'elle peine à avoir les réserves pour surmonter correctement ces changements.

### **3. Influences de l'environnement sur les personnes âgées en EHPAD**

En effet, la majorité du temps, l'arrivée en EHPAD est un événement assez important, voire brutal pour certaines personnes. Quelles sont ses conditions ? Comment la personne s'intègre-t-elle à la vie sociale ? Afin de pouvoir répondre à ces questions, nous nous pencherons dans un premier temps sur ce qu'est l'EHPAD.

#### *3.2. Le contexte de l'EHPAD*

L'établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est un lieu de vie médico-social accueillant des personnes âgées. Ces dernières doivent obligatoirement avoir au moins 60 ans et « avoir besoin de soins et d'aide au quotidien pour effectuer les actes de la vie courante » (CNSA, 2020). L'EHPAD propose des soins médicaux et paramédicaux adaptés, ainsi que des actions de prévention et d'éducation à la santé.

La personne qui entre en établissement d'hébergement le fait souvent par nécessité : un état de santé fragilisé, une perte d'autonomie et/ou d'indépendance, l'existence d'un réseau familial et social pauvre ou peu soutenant, des pertes d'initiatives, une détresse psychologique, amenant trop de limites aux solutions mises en place pour le maintien à domicile (DRESS, 2010).

A son arrivée dans ce lieu de vie, un projet d'accompagnement personnalisé est mis en place avec la personne, l'établissement, ainsi que sa personne de confiance. Ce projet réunit le projet de Soins et de Vie « exprimant les aspirations et choix de la personne âgée à court, moyen et long terme » (CNSA, 2020). Par ailleurs, le médecin coordinateur de l'EHPAD va évaluer son niveau de dépendance (GIR) à l'aide de la grille AGGIR. Cette grille se base sur l'évaluation de 10 activités physiques et mentales et 7 activités domestiques et sociales. Découlent de cette grille 6 GIR. Plus le GIR est bas (ex : GIR 1), et plus la sévérité du niveau de dépendance de la personne est élevée.

D'après la DRESS (2010), les éléments permettant une bonne qualité de vie de la personne accueillie se situent lors de l'accueil dans l'établissement et la construction du projet personnalisé, dans l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, dans les interactions entre l'état de santé de la personne et sa qualité de vie, mais également dans sa vie sociale.

Ce changement de lieu de vie demande au résident des capacités d'adaptation et de création de nouveaux repères car il opère des changements d'environnements physique et social, ainsi que l'intégration des règles de vie communautaires et institutionnelles, qui font rupture avec son environnement précédent.

La personne n'a plus accès aux mêmes environnements occupationnels et ne peut plus interagir avec son ancien environnement social. Elle peut par ailleurs appréhender le fait de se retrouver avec un entourage imposé. Elle doit également respecter les règles de vie collective, et adapter son rythme de vie à la structure (horaires des soins, des repas, de sorties...). En résumé, l'entrée en institution est un facteur de « désadaptation et de ruptures avec son environnement familial, avec l'environnement affectif, relationnel, social, et culturel » (Fabre-Mellini, 2009).

Néanmoins, l'entrée en EHPAD existe bel et bien car elle est la potentielle solution amenant à l'amélioration la vie de la personne. En effet, cette dernière se retrouve parmi des professionnels de santé œuvrant pour son bien-être et sa qualité de vie, dans un environnement sécurisant et plus adapté à ses capacités. Ces professionnels ont pour but de l'accompagner pour favoriser son autonomie et son indépendance. Ils sont également présents pour lui permettre de recouvrer ou maintenir une vie sociale et lui apporter la possibilité de créer du lien social. Quel est donc l'impact de cet environnement sur la participation sociale des résidents ?

### *3.2. Impacts sur la participation sociale des résidents*

Si l'EHPAD est un hébergement médicalisé, il n'en est pas moins défini comme un établissement social aussi. En ce sens, l'ANESM (2010) place « le maintien du rôle social

des résidents dans la cité et de leurs liens avec leur environnement habituel (commerçants, associations, loisirs, promenades...) » comme un des enjeux majeurs de l'EHPAD.

En effet, l'EHPAD est un établissement qui est pensé pour favoriser la participation sociale. Il s'agit d'ailleurs d'une raison fréquente à l'entrée des personnes dans cette structure, pour pallier l'isolement social. En entrant en institution, le résident (re)découvre une vie en collectivité, dans une microsociété où les liens sociaux sont divers : entre le résident et sa famille, le personnel, les résidents entre eux, la famille et l'établissements, ses professionnels... « Les résidents ont ainsi un domicile à eux dans un établissement pour tous », baignant dans toute la diversité de ses occupants (ANESM, 2010).

Le résident a la possibilité de reconstruire de nouveaux rôles sociaux au sein de son nouveau lieu de vie : il devient voisin de chambre, appartient à des groupes selon les ateliers auquel il participe, il peut être porte-parole, participer à des conférences, des débats... Des opportunités s'ouvrent.

L'une d'entre-elles réside dans les animations. L'animation en EHPAD a bien évolué ces dernières années, notamment depuis la loi du 2 Janvier 2002 (fixant des règles relatives aux droits des personnes dans l'action sociale et médico-sociale, afin de promouvoir leur autonomie, leur protection et l'exercice de leur citoyenneté). Aujourd'hui, « la quasi-totalité des EHPAD propose des programmes d'animations » n'ayant pas seulement pour but remplir le temps des résidents, avec des animateurs formés et des objectifs et techniques d'animation claires (ANESM, 2010). Trois grands objectifs sont attendus :

- Le maintien de l'exercice des rôles traditionnels (ex : droit de vote)
- La découverte de nouveaux rôles en favorisant de nouveaux contacts et expériences
- La transmission de la culture, permettant de redonner de la valeur à l'individu et à son histoire (Zehder, 2008).

Pour les personnes âgées dépressives, « l'animation est centrale pour restaurer, suivants les grands principes d'un projet de vie institutionnel, l'envie de mener son élan jusqu'au bout et de ne pas céder au fatalisme défaitiste de la mort annoncée » et retrouver du plaisir (Vercauteren et al, 2002).

L'animation ne constitue cependant qu'une partie des moments de vie sociale. Les moments du repas sont aussi une partie importante des temps de socialisation : « manger ne

se réduit pas à la seule action de se nourrir mais repose sur des valeurs et une culture, comme la convivialité, le partage, et la sociabilité » (DRESS, 2011). Par ailleurs, certains EHPAD favorisent une vie sociale la nuit pour les résidents pour qui le sommeil est difficile. Ils mettent à disposition un espace collectif ouvert et animé la nuit (jeux, télévision...) ainsi qu'une collation ou une boisson chaude « permettant de poursuivre la vie sociale interne pendant la nuit » (ANESM, 2010).

La participation des résidents au conseil de la vie sociale (CVS) permet une intégration dans la vie de l'établissement. Ses représentants sont des résidents, des proches de résidents et des professionnels de la structure. Il permet de donner à titre consultatif des propositions ayant pour but d'améliorer le quotidien des résidents.

En dehors du CVS, certains EHPAD ont mis en place d'autres outils intégrant les résidents à « la vie citoyenne et sociale de la résidence » : commission des « menus », comités d'animations, Conseil des Résidents (instance de développement de la vie sociale, animée par un psychologue, un animateur ou le directeur) qui peut rassembler l'ensemble des résidents contrairement au CVS qui ne réunit que ses élus. La place de la parole du résident se fait aussi dans les temps informels avec le personnel. « La participation des résidents au développement de leur vie sociale ne peut se faire sans une écoute, y compris pour les petites choses qui pourraient paraître insignifiantes » (ANESM, 2010).

### *3.3. Recommandations de l'ANESM sur la vie sociale en EHPAD*

L'ANESM a établi des recommandations pour favoriser la participation sociale des résidents. Ces recommandations ont pour objectif de « contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents en leur offrant la possibilité de maintenir ou renouer leurs relations sociales antérieures et d'en créer d'autres ».

La structure peut par exemple favoriser les relations entre résidents à l'aide d'aménagement d'espaces conviviaux, en facilitant les rencontres entre les temps de soins, des repas et d'animation, en organisant un temps de vie sociale après le diner, ou encore en suscitant les rencontres lors des repas de fête.

Dans le cadre des activités d'animation, il s'agit de co-construire le programme d'animation entre les résidents en recueillant leurs attentes et en adaptant au possible ces

activités, en suscitant l'envie par la qualité de l'invitation, en évaluant le niveau de participation à l'activité et les effets observés.

Il est nécessaire d'impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents en formant les professionnels au recueil des attentes et retours des résidents (envie, besoin d'adaptation...), et en formant au repérage et à l'apaisement des tensions, et en assurant la continuité des actions en faveur de la participation sociale des résidents.

Les CVS peuvent être améliorés pour toucher plus de résidents. Cela est possible par la formation des résidents et du personnel sur le rôle de ces réunions et la communication de changements concrets issus des CVS. En ce sens, il est également recommandé de développer d'autres formes de participation collective formelle en favorisant la constitution de lieux de débats sur différents sujets, pouvant être ouvert aux résidents de différents EHPAD.

La participation sociale du résident doit aussi pouvoir être encouragée dans la vie de la cité. Il est nécessaire de pouvoir rendre possible les rencontres avec d'autres citoyens de la ville/village en envisageant la participation des résidents dans les activités organisées par des partenaires extérieurs. Il est également important de favoriser l'exercice des droits civiques des résidents et de leur faire reconnaître leur rôle d'acteur économique (ANESM, 2010).

#### **4. L'évolution de la sphère de l'Agir chez les personnes âgées en EHPAD**

En EHPAD, la personne peut avoir besoin d'aide pour réaliser certains actes de vie quotidienne, selon son niveau d'autonomie ou d'indépendance (faire sa toilette, s'habiller, se déplacer...). D'autres activités ne dépendent pas de ses habiletés mais sont inhérentes au fonctionnement de l'établissement.

En effet, la personne n'a plus accès aux mêmes occupations, surtout ceux concernant les soins personnels (cuisiner ses repas, faire sa lessive...). De même que son environnement change et que ses occupations liées à son ancien lieu de vie ne peuvent plus ou moins être effectués (aller au marché, passer du temps avec son voisinage, s'occuper de son jardin...).

Elle peut néanmoins découvrir de nouvelles occupations adaptées à ses habiletés, s'organiser pour y prendre part ou y être aidée pour le faire, créer des routines et s'investir de manière à obtenir une performance occupationnelle satisfaisante pour elle.

Toute cette dynamique influe évidemment sur la participation occupationnelle de la personne âgée. Dans le contexte socio-culturel qu'est l'EHPAD, il impacte évidemment sa participation sociale.

Le bien vieillir prend en compte la participation sociale, dans le sens où il est associé à la qualité de vie des individus. Effectivement, cette qualité de vie implique « à la fois la perception que l'individu a de sa santé, mais aussi sa satisfaction à l'égard des liens affectifs entretenus avec son entourage, et vis-à-vis de son rôle social ». Elle est donc « reliée à l'objectif de maintenir ou redonner un rôle social et participatif à la personne vieillissante », ce qui a été défini précédemment par rapport à l'environnement qu'est l'EHPAD (Jeandel, 2005).

## **5. La sphère du Devenir chez la personne âgée**

Fabre-Mellini (2009), ergothérapeute, met en avant le deuil auquel la personne âgée fait face, par rapport aux pertes liées à son vieillissement, comme nous avons pu l'aborder précédemment. Le vieillissement confronte par ailleurs la personne à son rapport à la mort, notamment au sein des institutions comme l'EHPAD, qui est pour la plupart du temps le dernier lieu de vie de ses résidents. Il devient alors difficile pour la personne de pouvoir percevoir un avenir si elle ne peut pas faire de deuil de ses pertes, impactant ainsi son identité occupationnelle.

Par ailleurs, au sein de l'EHPAD, les résidents « sont confrontés au défi de maintenir leur identité dans un environnement marqué par la présence de personnes très âgées qui sont physiquement ou mentalement déficientes ». La diversité des résidents atteints de pathologies différentes être limitant dans la participation sociale et la vie collective dans la résidence.

Caradec (2008) parle de « triple menace » : l'image de ce qu'ils craignent devenir, le risque d'être confondus avec elles et l'absence de respect des bases des interactions sociales.



Cela provoque parfois des stratégies d'évitement ou de répartition de l'espace collectif en fonction du degré de dépendance entre les résidents.

Il définit trois tendances au vieillissement, la première avec la perte d'indépendance et la pauvreté occupationnelle, la seconde avec un sentiment « d'étrangeté au monde » et des difficultés d'adaptation, et la dernière : la cristallisation de l'identité. La personne ne se définit plus que par ce qu'elle a été et ce qu'elle est, et « il n'est plus question de projets et d'efforts pour s'adapter à des expériences nouvelles, mais de conserver ce que l'on peut, en particulier, très importants, des gestes et des objets familiers », dans une régression psychique.

Cette cristallisation est influencée par les opportunités qu'elle a d'être revalorisée au quotidien, il est donc important de pouvoir la mettre en action et de l'aider à construire une identité occupationnelle, en stimulant au maximum ses capacités, la responsabiliser sur des rôles divers ayant un sens pour elle (compétences occupationnelles) et lui permettre d'avoir un pouvoir d'agir.

## **D. Impacts de l'épisode dépressif caractérisé sur les personnes âgées en EHPAD**

---

### **1. Comment définir cette pathologie ?**

La dépression, au sens large du terme, regroupe plusieurs troubles dépressifs. Nous pouvons par exemple citer la dépression bipolaire, survenant dans les troubles maniaco-dépressifs, l'épisode dépressif psychotique, le saisonnier, l'atypique ou encore la dysthymie. Nous parlerons ici du trouble dépressif caractérisé ou épisode dépressif caractérisé. Il existe différentes définitions de ce trouble. Néanmoins, parmi celles qui sont généralement usitées se trouve le DSM-V, que nous retiendrons.

#### **Définition du DSM-V**

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V), décrit l'épisode dépressif caractérisé comme suit :

- Au moins cinq des symptômes suivants doivent survenir, pendant au moins 2 semaines, et présenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Parmi eux doivent figurer au moins soit l'humeur dépressive, soit la perte d'intérêt, soit la perte de plaisir :
  - Une humeur dépressive présente le long de la journée, pratiquement chaque jour, signalée par le sujet (sentiment de tristesse / vide) ou observée par les autres,
  - Une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes / presque toutes les activités, pratiquement toute la journée et tous les jours,
  - Une perte ou un gain de poids significatifs (5%) en absence de régime, ou une diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours,
  - Une insomnie ou une hypersomnie presque chaque jour,
  - Une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque chaque jour,
  - Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque chaque jour,
  - Une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par son entourage),
  - Pensées de mort récurrentes (pas uniquement lié à la peur de la mort), idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis ; tentative de suicide.
- Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- L'épisode est différencié des effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

### **1. Les spécificités de cette pathologie chez la personne âgée**

La clinique de la dépression chez les personnes âgées est singulière. En effet, la tristesse de l'humeur n'est pas toujours perceptible et la douleur morale est moins voire rarement exprimée. Elle se traduit plutôt par des plaintes subjectives. On relève par exemple les impressions de pertes de mémoire sans lien avec des atteintes neuropsychologiques. Les troubles du sommeil sont récurrents. Elle peut se manifester par des versants différents : le versant conatif, où la personne présente des attitudes démotivantes (apathie) ; le versant

hostile, où la personne va devenir agressive ; et le versant masqué, avec une allure plus marquée au niveau somatique (Thomas P. et Hazif-Thomas C., 2008).

On retrouve aussi, chez la personne âgée, ce qu'on appelle le syndrome de glissement. Il est spécifique de l'âge avancé et se manifeste par une « détérioration rapide de l'état général, déclenchée après une affection aiguë médicale (infectieuse, vasculaire...), chirurgicale, ou psychique » qui se différencie d'un état antérieur où le sujet semble dans un bon état. Un âge avancé et un lourd passé pathologique constitue le terrain de cette pathologie. De nombreuses causes peuvent être citées : épisodes infectieux, physiquement traumatiques, perte d'un proche, hospitalisation, déménagement... La personne va être en retrait, inactive, parfois agressive, elle va refuser les soins, la nourriture et la boisson, entrer dans un négativisme, une résignation et une indifférence générale (Khater, M. et al., 2005).

## **2. Conséquences de l'épisode dépressif caractérisé sur la participation sociale**

Les personnes dépressives ont tendance à s'isoler et à s'éloigner de personnes potentiellement ressources, créant ainsi une pauvreté relationnelle. Chez la personne âgée, on observe fréquemment une diminution des liens sociaux, dus à des facteurs environnementaux (arrêt d'activité professionnelle, perte d'habitation...) ou personnels (difficultés de déplacement, perte de volition...). En effet, le manque de relation et la résignation face à cet isolement privent la personne d'échanges et d'affection, ce qui peut gravement étioler son état et précipiter la gravité des symptômes (Thomas P. et Hazif-Thomas C., 2008).

La sensation de vide existentiel peut être très forte chez la personne âgée dépressive. « Lorsqu'elle est convaincue de n'avoir rien à donner, de ne plus être utile à personne, et qu'elle n'a pas d'appui relationnel », cette dernière peut ressentir un vide extrêmement fort vis-à-vis de son existence. « L'isolement social et affectif oblige en effet la personne âgée dépressive à renoncer à l'avenir face à la réalité douloureuse », et les risques de suicides sont alors grands. L'histoire de vie de la personne âgée, par exemple due aux pertes qu'elle a pu subir au fil des années est très impactante, et cela est majoré chez des patients veufs, célibataires, récemment retraités ou séparés ». (Thomas P. et Hazif-Thomas C., 2008).

## E. Quel peut être le rôle de l'ergothérapeute ?

---

### 1. Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2021) définit l'ergothérapeute comme « un professionnel de santé exerçant dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Il collabore avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...) et est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Il est expert dans le rapport entre l'occupation et la santé ». Ses missions sont « d'une part de prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part d'assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace ».

D'après l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG, n.d), l'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est « le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge ». Différents éléments sont pris en compte par les ergothérapeutes en gériatrie : « les facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap, l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques ». Les ergothérapeutes peuvent, de par leur base de démarche scientifique, « mettre leur méthode et leur savoir au service d'une démarche qualité de l'établissement ». Pour les ergothérapeutes exerçant dans les EHPADs, les missions répertoriées par l'AFEG sont les suivantes :

- Favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Faire de la réadaptation de la mobilité et les transferts
- Faire de la réadaptation des troubles cognitifs
- Effectuer de la prévention et traiter les risques de chute
- Améliorer le positionnement, l'installation vis-à-vis des troubles posturaux
- Assurer la formation, le conseil, l'éducation auprès des professionnels de la structure

Néanmoins, la participation sociale n'est pas décrite comme un objectif spécifique aux ergothérapeutes en EHPAD. Or, nous avons vu précédemment qu'il s'agit d'une

composante majeure de la participation occupationnelle. Nous avons également pu comprendre que la participation sociale est d'autant plus importante chez la personne âgée dépressive, puisque sa restriction constitue un facteur aggravant de la pathologie et des conditions de vie de la personne.

## 2. L'accompagnement ergothérapeutique auprès des personnes âgées dépressives

Les écrits montrent qu'il existe des approches relationnelles qui peuvent être adoptées par les ergothérapeutes auprès des résidents avec un état dépressif.

L'ergothérapeute peut agir sur la participation occupationnelle de la personne dépressive dans ses activités. Pour cela, il peut s'appuyer sur le concept d'horaire occupationnel, c'est-à-dire la manière dont la personne organise ses activités dans une journée. En effet, « l'instauration d'une routine est un élément primordial dans le traitement de la dépression » (Foucault, 2018). Il peut aider la personne à mettre en place un programme d'activités significatives afin de pouvoir l'accompagner à participer à nouveau à ces activités. L'ergothérapeute va guider la personne dans la mise en place de stratégies de réadaptation, "le but [étant] de trouver un équilibre de vie adéquat pour [la] santé mentale [de la personne] et prévenir la rechute » (Foucault, 2018). Parmi les moyens utilisés, on retrouve :

- **La réalisation d'activités agréables** : afin que la personne puisse ressentir à nouveau du plaisir de l'intérêt ainsi qu'un sentiment d'accomplissement ;
- **L'augmentation graduelle du nombre d'activité et leur niveau de complexité** : il est nécessaire d'éviter de mettre la personne en échec, par ailleurs, cela lui permettra d'avoir un sentiment de maîtrise ;
- **La planification d'activités à réaliser** : s'organiser permet d'identifier les étapes nécessaires à la réalisation d'une activité. Cela peut faciliter la participation de la personne dans l'occupation, mais aussi cibler les difficultés afin de pouvoir mettre en place des stratégies de compensation adéquates ;
- **La réalisation des activités selon les ressources de la personne** : La fatigabilité de la personne dépressive est un symptôme à prendre en car il peut s'agir d'un obstacle à sa participation occupationnelle. L'ergothérapeute peut accompagner la personne à mieux reconnaître ses signes de fatigues et développer pour gérer cette fatigue.

Fabre-Mellini (2009) décrit également des modalités d'intervention en ergothérapie pour la prise en soin des personnes âgées présentant des troubles psycho-affectifs, dont deux versants piliers de l'accompagnement : la revalorisation narcissique afin de favoriser le réaménagement d'identité occupationnelle, ainsi que le soutien dans le travail du deuil des pertes présentés précédemment.

L'accompagnement peut se faire au travers d'ateliers de groupe ou individuels, en utilisant une médiation telle que des activités en lien avec la génération du troisième âge (tricot, jeux de sociétés, jeux de société, rencontres avec des enfants...) ou des activités manuelles adaptées (cuisine, modelage, expression picturale...).

Ils se doivent d'être courts et hebdomadaires, bihebdomadaires, voire parfois quotidiens. Il est nécessaire d'évaluer périodiquement la personne afin de voir son évolution. Par ailleurs, « l'activité doit avoir du sens pour la personne âgée » mais peut « ne pas être impliquante ». En effet, il est important de « respecter la symptomatologie [de la dépression] et sa fonction psychique » (respect du ralentissement psychomoteur, de la fatigabilité, des réserves attentionnelles...).

Les besoins de la personne âgée sont divers : « prendre plaisir, faire plaisir, un besoin de reconnaissance, de donner et d'apprendre, d'affection et de tendresse, de contact physique, de se dépenser, d'activités intellectuelles ». L'activité « sert de médiation » pour « la mise en relation [...] entre le patient, le thérapeute et l'activité » et l'aspect thérapeutique se trouve dans ce lien. Les activités de type « évocation » jouent sur la sphère affective et émotionnelle : « choix personnels de photos ou d'images, photos de famille » ... (Fabre-Mellini, 2009). Nous verrons plus tard quelles sont les modalités liées à la dynamique de groupe.

Le deuxième pilier de l'accompagnement ergothérapeutique se joue dans la relation thérapeutique. Fabre-Mellini souligne l'importance de l'empathie dans la relation, qui permet d'être centré « sur le sujet âgé et non sur la résolution de son trouble », au travers d'une écoute active et d'entretien non-directifs. C'est une attitude à adopter qui complète des attitudes « d'enquêtes, d'explication, de jugement, de consolation, de conseil ou de directives ».

L'ergothérapeute décrit également certaines techniques de communication pertinentes : « être attentif autant au message qu'à son interlocuteur, [utiliser] la

reformulation et des différents types de questionnements (ouverts, fermés...) ». En ce sens, l'ergothérapeute doit pouvoir porter attention aux demandes « cachées ou implicites, sous-jacentes à la demande exprimée ». Elle cite la méthode de validation (Naomi Feil, 1997) qui « prend en considération le monde intérieur de la personne âgée perturbée, de reconnaître sa parole propre, de l'accepter comme étant la sienne, même et surtout si nous ne partageons pas son point de vue ». Il s'agit d'accepter de la recevoir, sans avoir pour but de rationaliser, mais au contraire de « favoriser l'évocation de ses sensations par des questions circonstanciées et de description de sa perception ».

Enfin, le dernier « pilier de l'acte thérapeutique » est le cadre thérapeutique. Il « revêt un caractère sécurisant » en posant des repères. Il est spatio-temporel (Quand ? Combien de temps ? Modalités d'accompagnement pour les trajets ? Où ?...), définit les règles d'un atelier (Si production il y a : à qui est la production, don, vente, stockage ?...) et comprend également l'aspect humain (Qui participe ? Quels rôles ? Absences ?).

La gestion de l'échec est par ailleurs une vigilance à avoir, comme nous avons pu en parler, car il est d'autant plus impactant avec la perte de capacités. Néanmoins, la survenue impromptue d'un l'échec peut être une opportunité pour la personne âgée dépressive d'avoir « un espace de confrontation ou d'expression de ce sentiment d'échec, peu recevable au quotidien » dans le cadre thérapeutique contenant que représente l'atelier ergothérapeutique : « il autorise la personne à exprimer la tristesse ressentie ou manifester la douleur de cette prise de conscience, dont l'effet ne sera pas traumatisant du fait de la qualité de présence de l'ergothérapeute » (Fabre-Mellini, 2009).

### **3. Favoriser la participation sociale, un objectif ergothérapeutique ?**

Comme cité précédemment, l'ANFE décrit l'ergothérapeute comme « un intervenant incontournable dans le processus [...] d'intégration sociale des personnes », c'est pourquoi il est important qu'il puisse intégrer la favorisation de la participation sociale des résidents en EHPAD dans ses missions. Par ailleurs, l'OEQ détermine les missions de l'ergothérapeute, dont l'une étant aussi la facilitation de l'intégration des personnes dans la communauté.

### *3.1. Le champ des possibles... et des impossibles ?*

L'ergothérapeute est un professionnel qui peut utiliser l'activité de groupe comme médiation thérapeutique. Comme nous avons pu le constater, il peut utiliser des médiations manuelles ou des activités traditionnelles du troisième âge.

L'atelier thérapeutique peut être mené en co-thérapie soit en opérant une différenciation des rôles selon la qualification professionnelle, soit selon un arbitrage consensuel ». Par exemple, pour une activité de lecture de journal, l'orthophoniste peut animer l'activité pendant que l'ergothérapeute se focalise sur l'observation des personnes ; dans un groupe de modelage, l'ergothérapeute peut gérer la dynamique et porter son attention sur la vie du groupe pendant qu'un aide-soignant s'occupe des besoins individuels concrets ; sinon, si l'atelier se fait avec deux ergothérapeutes, l'un peut être non-participant alors que l'autre exécute l'activité afin de « permettre une identification valorisante aux patients et pouvant se faire écho de leur vécu auprès de son collègue » (Fabre-Mellini, 2009).

Le choix des modalités du groupe est également important car ses effets sont différents (groupe ouvert à libre participation, groupe semi-ouvert avec des départs et arrivées de nouveaux membres, groupes fermés de composition constante). Un groupe fermé permet un travail « en profondeur grâce à la permanence des liens créés ». Ce sont les mêmes thérapeutes, et les résidents sont à un nombre de 6 à 8 personnes, pour une durée limitée (un trimestre ou semestre). Le groupe fermé permet de mettre en place des règles telle que celle du secret, où l'on garantit que ce qui est dit dans le groupe y reste ou encore celle de la restitution auprès des absents. Ce cadre thérapeutique est contenant et resserre les liens entre les participants.

La dynamique de groupe est également importante. Pour cela, il est judicieux d'attribuer des rôles aux participants (leaders, secrétaires, restituteur...) afin qu'ils puissent être en action, se responsabiliser, avoir une place dans l'atelier et se sentir utile. Cela peut également permettre l'entraide entre les personnes.

Il est important de rendre compte des séances dans des écrits (transmissions) afin de pouvoir comprendre le « vécu du groupe, son évolution, la place que chacun y a prise et de la participation des membres ». Ce travail permet de réajuster les interventions et est « fondamental car il est la marque du travail thérapeutique par rapport à l'animation » (Fabre-Mellini, 2009).



L'ergothérapeute peut également favoriser, comme le recommande l'ANESM (2010), la participation des résidents vers des espaces de parole (différents comités) ou encore vers des rôles sociaux en ouverture de la structure (événements festifs organisés par l'EHPAD, courses...) ou complètement à l'extérieur de la structure (aller voter, sorties culturelles...).

Dans certains EHPADs, l'ergothérapeute peut encadrer des « ASG ou des AMP, ainsi que des animateurs pour la mise en place d'activités de socialisation ou de stimulations adaptées, comme c'est le cas au sein des PASA (Saragoni, A., 2015). Le rôle d'ergothérapeute en tant que coordinateur est intéressant car la vision qu'il possède de la personne, dans son environnement et à travers ses occupations, et plus particulièrement aux occupations qui ont du sens pour elle, permettent un travail complémentaire avec la vision des professionnels accompagnant les résidents vers la vie sociale.

En ce sens, l'ergothérapeute est capable d'évaluer les centres d'intérêts de la personne au travers d'outils afin de mieux saisir les besoins et problématiques occupationnels de la personne et l'accompagner vers des activités sociales qui ont du sens pour elle. On peut par exemple citer quelques outils d'évaluation tels que :

- Le MOHOST qui permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne, ses forces et ses limites, et permet d'avoir des données sur sa volition, ses habitudes, ses rôles, ses habiletés et son environnement (ANFE, 2017)
- La MHAVIE permettant de recueillir des informations sur les habitudes de vie de la personne dans son environnement. Ces habitudes de vie comprennent les activités courantes et les rôles sociaux (RIPPH, N.d)
- La MQE évaluant l'influence des facteurs environnementaux sur la réalisation des activités de vie quotidienne et les rôles sociaux de la personne en fonction de ses capacités et ses limites. Il comprend des facteurs sociaux et physiques (RIPPH, N.d)
- La MCRO qui permet d'identifier les occupations que la personne perçoit comme affectant sa performance dans la vie quotidienne et dans lesquels elle souhaite s'améliorer. Elle permet d'avoir des objectifs co-construits avec la personne pour travailler sur des occupations significantes et significatives (CISSS, N.d)

Nous avons pu voir précédemment que la participation sociale n'est pas décrite comme une mission en tant que tel en ergothérapie (ANFE, AFEG...), au sein des EHPAD. Nous avons cependant démontré qu'il s'agit d'un aspect de la participation occupationnelle inévitable si l'on souhaite, en tant qu'ergothérapeute, intervenir sur toute la sphère de l'occupation.

L'absence de participation sociale peut notamment s'expliquer par différents obstacles dans la pratique des ergothérapeutes amenant, par exemple, à une priorisation des objectifs avec la personne. Cette problématique, aussi intéressante et complexe soit-elle, ne sera pas abordée en profondeur dans cette partie théorique, mais sera prise en compte lors de l'enquête exploratoire. Il n'en est pas moins essentiel de la conscientiser lorsque l'on souhaite questionner la pratique des ergothérapeutes.

Nous pourrions citer comme exemple des freins d'ordre organisationnels (manque de temps par rapport au nombre de résidents et à l'aspect chronophage des accompagnements personnalisés vers une participation sociale, en plus des missions principales de l'ergothérapeute (cf. Missions AFEG) ou encore des difficultés à définir les limites des champs de compétences en termes de favorisation de la participation sociale et l'accompagnement à la vie sociale, qui est également le rôle des AMP.

En effet, « le rôle de l'AMP se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs » (Répertoire National des Certifications Professionnelles).

### III. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

Lors de la première partie de cet écrit, nous avons posé les bases théoriques qui vont nous permettre de comprendre l'enquête exploratoire ayant pour but de répondre au questionnement suivant : **De quelles manières l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation sociale des personnes âgées dépressives en EHPAD ?**

D'après les écrits, nous avons pu voir que les ergothérapeutes peuvent avoir pour objectif de revaloriser la personne âgée dépressive en lui permettant d'expérimenter des activités agréables et réalisables pour elle, et en créant un espace d'expression de ses émotions. Cette revalorisation lui offre une possibilité de se réengager dans des activités à caractères sociaux, en investissant des rôles sociaux qui ont de la valeur pour elle, en phase avec son identité occupationnelle. Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai donc émis l'hypothèse suivante :

**Afin de favoriser un retour à la participation sociale, l'ergothérapeute travaille autour d'un processus de revalorisation de la personne âgée dépressive par le retour vers des occupations adaptées à ses capacités et en lien avec des rôles sociaux significants.**

## A. Méthodologie d'enquête

---

### 1. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette enquête est d'étudier les différentes manières qu'ont les ergothérapeutes exerçant en EHPAD de favoriser la participation sociale des résidents présentant un état dépressif. Autrement dit, il s'agit d'appréhender leurs moyens dans le sens large du terme, qui comprend autant les actions concrètes qu'ils peuvent mettre en place mais aussi plus généralement l'ensemble des démarches qui leur permettent de travailler la participation sociale avec les résidents. L'intérêt est également d'explorer les facteurs favorisant ou défavorisant à cette participation, en étudiant les différents contextes gravitant autour de la pratique des ergothérapeutes interrogés.

### 2. Choix de la population-cible

La population-cible de cette enquête englobe les ergothérapeutes exerçant en EHPAD, auprès de personnes âgées présentant un état dépressif. Les personnes interrogées devront répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être ergothérapeute diplômé d'état
- Exercer en EHPAD

- Avoir accompagné des personnes âgées présentant un état dépressif en EHPAD

Les ergothérapeutes ne correspondant pas à tous ces critères sont exclus de l'enquête. Au moins trois ergothérapeutes devront être interrogés afin d'avoir une base de comparaison des pratiques. Ceux dont la participation sociale n'est pas un aspect de la pratique pourront également être interrogés afin de pouvoir comprendre leur point de vue sur cette notion.

### 3. Choix de l'outil d'enquête, conception et limites

L'outil de recherche utilisé est l'entretien semi-directif. Il a pour intérêt de comprendre de quelles manières les ergothérapeutes favorisent la participation sociale, de façon qualitative, en prenant en compte les enjeux contextuels liés à leur pratique, ainsi que leur approche. En effet, « l'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie [ou contexte d'exercice] » (Tétreault, 2014). Cet angle de recherche se différencie d'une analyse statistique, car il ne s'agit pas ici de quantifier l'utilisation d'un ou de plusieurs moyens ou outils, mais plutôt de s'intéresser à la démarche des ergothérapeutes, d'approfondir leurs moyens propres et d'évoquer les nuances qu'ils jugent nécessaires d'apporter. Le sujet étant déjà vaste, le caractère semi-directif de l'entretien permet de suivre une trame sur les informations pertinentes à faire ressortir. Les questions du guide d'entretien (Annexe A) se regroupe en plusieurs parties :

- Le contexte professionnel de l'ergothérapeute en EHPAD
- La participation sociale, la dépression du résident et le rôle de l'ergothérapeute
- Le retour de l'ergothérapeute sur sa pratique

Plusieurs supports de diffusion ont été utilisés pour soumettre une demande d'entretien aux ergothérapeutes : certaines demandes ont été faites par e-mail auprès des adresses professionnelles d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD, avec soumission des critères d'inclusion et d'exclusion et modalités d'entretien. La demande est également passée par des publications Facebook sur les groupes d'ergothérapeutes tels que « *Ergothérapie & Gériatrie* », « *Ergo en EHPAD ;)* », « *Mémoire ergothérapie* », et « *Ergothérapie (idées et activités)* ».

L'entretien semi-directif ne permet pas de recenser un large panel de moyens utilisés par les ergothérapeutes, il n'est donc pas possible de standardiser les pratiques concernant le

sujet. Par ailleurs, l'entretien « ne cerne pas une réalité en soi, mais une opinion de cette réalité qui peut comporter une dimension stratégique, de l'ignorance, des pensées superficielles et du refoulement » (Dépelteau, 2003). Les réponses de la personne interrogée peuvent être influencée par l'enquêteur et nécessite la neutralité de ce dernier.

## **B. Résultats de l'enquête**

Dans cette analyse d'enquête, nous étudierons dans quelle mesure l'enquête permet de répondre à la question de recherche. Nous confronterons par ailleurs les résultats d'entretien afin d'en extraire les idées générales communes. Trois ergothérapeutes ont été interrogées lors d'un entretien en visioconférence d'un peu plus d'une heure chacun. La retranscription de chaque entretien est disponible en annexe B, C et D.

### **1. Présentation des résultats**

Les résultats sont analysés de manière qualitative (Dépelteau, 2003). Les résultats seront présentés par thématiques, en fonction de ce qui a été relevé lors des entretiens.

Les résultats récoltés seront présentés par thématique et les points importants seront mis en avant à l'aide d'un code couleur, afin de faciliter visuellement la lecture des informations. Les informations concernant l'**ergothérapeute 1** apparaitront en rouge, celles de l'**ergothérapeute 2** en vert, et celles de l'**ergothérapeute 3** en bleu.

#### *1.1. Le parcours professionnel des ergothérapeutes interrogées*

La première ergothérapeute (E1) interrogée est diplômée de 2019. Elle a directement travaillé en EHPAD après ses études et a ensuite changé de poste. Elle travaille désormais dans un autre EHPAD dont la direction regroupe quatre établissements. Elle y est à temps complet. Elle travaille principalement dans un des établissements, mais peut être amenée à intervenir dans les autres structures si ces dernières manquent de personnel. Tous les postes étant actuellement pourvus, elle ne se déplace qu'en cas d'urgence.

La seconde ergothérapeute (E2) interrogée est diplômée de 2020. Elle a effectué quelques remplacements en CDD après l'obtention de son diplôme, puis s'est orientée en gériatrie, en ressentant le besoin de se retrouver auprès de cette population, au plus proche de leur environnement et moins dans l'analytique. Elle a donc travaillé dans deux EHPAD, avant d'arriver dans l'entreprise dont elle fait partie actuellement, en tant qu'ergothérapeute itinérante. Elle intervient dans les EHPAD, auprès des résidents mais également auprès des équipes (formations et sensibilisations) par le biais d'appels à projet de l'ARS ou par démarchage auprès des EHPAD afin de répondre à des besoins spécifiques. L'ergothérapeute travaille à temps-plein, avec des temps d'exercice en structure et des temps liés à d'autres projets de l'entreprise ou en télétravail.

La troisième ergothérapeute (E3) a avoir été interrogée a obtenu son diplôme en 2005. Elle a travaillé 10 ans en hôpital de jour en psychiatrie adulte. Elle travaille maintenant à temps complet depuis 7 ans dans un groupement d'EHPAD, au sein de trois résidences différentes.

Afin d'avoir un aperçu de la répartition du temps de travail des ergothérapeutes, il est possible de se référer à l'annexe tableau récapitulatif du nombre de résidents des EHPAD dans elles interviennent, et la fréquence de leurs activités professionnelles dans des lieux.

L'ergothérapeute 1 est celle qui a le plus de temps de présence sur sa structure principale, car ses déplacements ne sont que ponctuels, comparés aux autres ergothérapeutes. L'ergothérapeute 1 et 3 rapportent des **freins** à leur pratique dû au **nombre important de résidents** (plus de 200 résidents). Elles expriment des **difficultés organisationnelles** et l'obligation parfois de devoir « voir dans les priorités » (E3) car il est difficile au vu du nombre de résidents de « pouvoir répondre aux besoins occupationnels de tous » (E1). Cela entrave également la singularité du rythme de chaque résident qui doit s'adapter à celui de la structure, ce qui rejoint le vécu de l'ergothérapeute 2, qui travaille à travers des ateliers en groupe restreint (8 personnes). Elle explique que le fait d'être **peu nombreux** lui permet de **mieux s'adapter aux besoins** des résidents. Elle a néanmoins fait évoluer ses interventions en y ajoutant une fois par mois des accompagnements individualisés par rapport aux besoins des résidents.

## *1.2. La pratique de l'ergothérapeute*

Les informations concernant la pratique des ergothérapeutes regroupent l'utilisation ou non de modèle conceptuel pour guider leur pratique, les objectifs qu'elles posent lors des accompagnements des résidents et la construction de ces derniers.

### Les modèles utilisés par les ergothérapeutes

- L'ergothérapeute 1 dit utiliser « à proprement parler » des modèles avec un **versant occupationnel**, sans les « utiliser au pied de la lettre ». Elle souligne l'importance d'avoir des modèles « en tête au quotidien pour ne pas se perdre dans sa pratique ». Cela lui permet de **créer des objectifs** avec les résidents (outils), de **structurer les suivis** (donner des échéances), de **réévaluer l'accompagnement** et de **rédigier des comptes-rendus**. L'ergothérapeute « essaye toujours d'avoir en ligne directrice le **MCREO** », bien qu'il ne « se prête pas forcément » à tous les résidents (troubles cognitifs, troubles de la communication...). Lorsque les résidents ont des objectifs plus analytiques et « qu'ils se fixent sur des objectifs assez moteurs », elle utilise plutôt le **MDH-PPH 2**.
- L'ergothérapeute 2 et 3 disent ne **pas utiliser de modèles** ni de bilans. L'ergothérapeute peut cependant « **s'inspirer du MOH** en fonction de la demande » ou peut avoir une vision plutôt tournée vers le « fonctionnel, donc tout ce qui est motricité ». Elle explique avoir une approche « basée sur **Montessori**, qui fait beaucoup de lien avec le MOH ». L'ergothérapeute 3 décrit quant à elle les modèles comme étant « **une évolution dans le métier** et dans les études ». Sa pratique se base « beaucoup plus sur **l'observation** ». Elle n'utilise pas d'outil d'évaluation car trouve que contrairement aux « centres de rééducation [où l'on] a besoin de voir une évolution », son utilisation en lieu de vie « **ne s'y prête pas** forcément ».

### Les objectifs ergothérapeutiques auprès des résidents

- L'**ergothérapeute 1** explique que ses missions auprès des résidents « s'appuient vraiment sur les missions globales retranscrites sur la **fiche de l'AFEG** ». Elle apporte une nuance en disant que les interventions s'élargissent selon la **vision de l'ergothérapeute** et les **besoins des résidents**. Les objectifs principaux qu'elle énonce sont les suivants :
  - Évaluer le besoin en ergothérapie
  - Maintenir des capacités cognitives et motrices dans les occupations significatives

- Aménager l'environnement
  - Prévenir les chutes et fausses routes
  - Répondre à leurs besoins occupationnels en termes d'activités de loisirs et favoriser leur participation occupationnelle dans ces activités
  - Respecter et maintenir leurs habitudes de vie
  - Maintenir une alliance thérapeutique avec le résident
- Dans le cadre de l'appel à projet sur lequel elle est missionnée, l'**ergothérapeute 2** a pour objectif principal de **limiter la dénutrition des résidents**. Elle décrit des sous-objectifs :
- Favoriser le plaisir de manger
  - Favoriser le lien social et la convivialité autour de la thématique du repas
  - Favoriser le rôle social du résident à travers la thématique du repas
  - Favoriser l'ouverture vers l'extérieur de l'EHPAD auprès des villageois, auprès des producteurs locaux
- L'**ergothérapeute 3** énonce comme mission principale de **favoriser l'indépendance des personnes dans leurs déplacements**, en expliquant qu'il s'agit d'un besoin majeur des résidents. Elle a également pour objectif de :
- Faire les installations au fauteuil roulant
  - Mettre en place des aides techniques pour le maintien de l'indépendance dans les activités quotidiennes de base (soins personnels...)
  - Aménager le logement
  - Répondre au plus près du besoin de résident
  - Respecter ses habitudes et son projet de vie

Elle décrit l'activité d'écriture qu'elle mène dans l'EHPAD 1 permettant de mettre en place des temps d'expression et d'échanges écrits et oraux et de stimuler cognitivement (mémoire et imagination).

### **La construction des objectifs**

- L'ergothérapeute 1 dit « **essayer au maximum** » de **co-construire ses objectifs avec les résidents**, « car cela permet de ne pas se perdre dans [la] pratique en ergothérapie », quand « ils sont en **capacité de collaborer** ». Lorsque les résidents ont des « troubles cognitifs trop



évolués » ou « qu'ils ne sont pas en capacité à avoir des échanges verbaux cohérents », elle va plutôt rechercher des informations sur « leurs histoires de vie et [leurs] difficultés occupationnelles » en **élaborant des objectifs avec l'équipe** et en réajustant par rapport à l'évolution du résident.

- Les **objectifs principaux** de l'ergothérapeute 2 sont **fixés avec l'équipe**. Par difficultés organisationnelles, les objectifs ne sont plus réalisés avec le groupe de résidents. Néanmoins, ces derniers ont un temps dédié afin qu'ils puissent exprimer leurs demandes. L'ergothérapeute fixe ensuite des **sous-objectifs personnalisés** et peut les réévaluer avec eux selon leurs demandes.
- L'ergothérapeute 3 a pour démarche de bien **expliquer** les objectifs avec les résidents et la raison de sa venue afin de **maintenir un lien de confiance** avec la personne. Elle ne décrit pas de co-construction des objectifs avec les résidents.

### *1.3. La place des ergothérapeutes et la collaboration professionnelle*

Quelle place prennent les ergothérapeutes dans leurs structures et quelles sont leurs interactions avec l'écosystème de l'EHPAD ?

#### **Les liens avec les professionnels de l'EHPAD**

- L'ergothérapeute 1 travaille avec deux **psychomotriciennes**, une **socio-esthéticienne** et deux **animatrices**. Elle échange également avec les **ergothérapeutes** travaillant sur les autres structures du groupement. Selon la pertinence des problématiques, elle peut **élaborer des objectifs** avec ces professionnels.
- L'ergothérapeute 2 a pour but d'ouvrir son projet « à tout l'**écosystème de l'EHPAD** » comme par exemple les animateurs, psychologues, cuisiner, l'IDEC, ou encore le personnel du service de restauration. Elle travaille également avec les **aides-soignantes** afin d'échanger des informations sur les capacités des résidents et leurs besoins.
- L'ergothérapeute 3 collabore principalement avec les **aides-soignantes** car « ce sont les personnes qui sont au plus près des résidents ». Elle est également en lien avec les **infirmières** ou la **cadre de santé**. Parfois, elle peut échanger avec les **psychologues** afin

d'obtenir des retours sur les demandes des résidents ou les besoins en ergothérapie énoncés lors des réunions d'équipe (l'ergothérapeute n'y assiste pas).

### **La place des ergothérapeutes dans leurs structures**

- L'ergothérapeute 1 apporte une grande **importance au travail d'équipe** et souligne sa « richesse » et sa « complémentarité », menant « à cheminer sur ce côté de **participation sociale**, et à prendre vraiment en compte le résident dans son environnement et avec ses occupations ». Par ailleurs, l'une de ses missions dans la structure est de « [**former et collaborer**] avec l'équipe afin d'avoir une prise en soin plus cohérente pour les résidents ».
- En arrivant dans les structures, l'ergothérapeute 2 a pu s'introduire au travers d'une « **réunion de cadrage** », permettant de réfléchir à des **objectifs** d'intervention avec les équipes des EHPAD et d'avoir des « **référénts** » dans la structure. Elle s'appuie sur ces « référénts » afin de **s'intégrer** dans la structure tant auprès du personnel que des résidents. Malgré le statut « acté » de ses missions, elle explique qu'elles ne sont faisables qu'avec l'appui de la direction afin que « l'équipe soit partie prenante » car le but est « d'**instaurer une continuité pour les résidents et pour les équipes** ». L'ergothérapeute 2 est en contact avec les résidents qui participent à ses ateliers. Ces groupes étant cycliques, elle est amenée à rencontrer d'autres résidents sur le temps du projet, mais rarement en dehors (sauf demandes ponctuelles de l'équipe soignante).
- L'ergothérapeute 3 est sollicitée par l'**équipe soignante** pour le côté **technicité** qu'elle met en avant : « tout ce qui va être mise en place d'aides techniques pour le maintien de l'autonomie, [...] c'est vraiment le principal [des missions] ». Elle exprime des **difficultés à sortir de cet aspect technique** dû au manque de connaissances sur le métier d'ergothérapeute. Elle dit également avoir des difficultés à connaître l'**évolution des résidents** par rapport à ses interventions quand elle n'a pas de retours de l'équipe soignante.

#### *1.4. La participation sociale*

Le recueil de ces informations suivantes permet de comprendre quelle place prend la participation sociale dans la pratique des ergothérapeutes. Il s'agit d'appréhender la manière qu'elles ont de définir cette notion et le lien qu'elles en font avec leur pratique, les moyens d'intervention utilisés, et la population auprès de laquelle ils sont mis en place. Nous nous intéresserons également au travail des autres professionnels de la structure sur cette notion.

## Vision des ergothérapeutes sur la participation sociale

• L'ergothérapeute 1 donne une définition se portant plutôt sur la **favorisation** de la participation sociale du résident en EHPAD :

« [Nous nous situons] sur la personne dans sa **création d'objectif, son suivi, son bien-être** au quotidien, pour qu'elle **s'intègre** au mieux avec nous, aussi bien dans la sphère de l'**environnement humain** que dans la sphère environnementale, c'est-à-dire l'**institution**.

Ensuite, il s'agit de développer ce **lien entre elle et nous**, de manière à ce que l'on réponde au mieux à ses habitudes de vie ».

Au niveau des rôles sociaux, elle décrit des actions concrètes dans le cadre général de la structure :

- Au sein de l'EHPAD : les résidents peuvent être « représentants » de leur étage pour les différentes **commissions** (commission des menus, conseils de vie sociale...) et ont un **espace de parole** pour pouvoir améliorer la structure ;
- Sur l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur au travers d'**événements de vente** (brocantes, marchés de Noël...) où les résidents peuvent être « en **échange avec les gens de la ville** et de l'extérieur ».
- En dehors de la structure, notamment par l'accompagnement des résidents pour aller voter si ces derniers ne peuvent pas être accompagnés par un proche : « Au-delà de l'EHPAD, ce sont des **citoyens** ».

• L'ergothérapeute 2 définit la participation sociale comme suit :

« [C'est] le **rôle social**. [Il s'agit de] **l'interaction du résident dans la société**, au sens large du terme : autant au sein de l'EHPAD comme du village où se situe la structure ».

Pour elle, la participation sociale est modifiée à l'arrivée en EHPAD, car la personne n'a plus accès aux activités qui vont la stimuler : « aller acheter le pain à la boulangerie, aller au marché, à la superette... Pas forcément de [grands événements] associatifs ou des clubs, mais des petites [activités] qui permettent de faire du lien social ». Néanmoins, elle pourra s'appuyer sur les **professionnels pour l'accompagner, la guider et la stimuler** dans d'autres activités sociales (loisirs, ateliers...). Cela peut être un bon levier pour elle était à

domicile, une personne isolée présentant des obstacles à sa participation (dépression, perte d'indépendance...).

- L'ergothérapeute 3 explique que cette « **notion n'est pas claire** » pour elle. Après avoir posé une définition ensemble (cf. cadre conceptuel), elle explique que par rapport aux lieux de vie, on peut trouver cette participation sociale aux « **temps des repas**, et des **activités** que la résidence propose ». Pour cette ergothérapeute, l'arrivée en EHPAD est rarement facile pour les personnes, et nécessite qu'elles puissent « **faire le deuil du domicile** » afin d'avoir « **un retour du lien social** ». Beaucoup sont « finalement content de venir car ils sortent de l'isolement qu'ils ont vécu à domicile », tant au contact des résidents que des professionnels.

### Le lien entre la participation sociale et la pratique des ergothérapeutes

- L'ergothérapeute 1 dit porter une grande **importance** au « [maintien de leurs] **rôles sociaux**, afin [que les résidents] se sentent **écoutés** [...] et **utiles** » et être dans cette démarche d'accompagnement des résidents souhaitant investir des rôles sociaux.

- Pour l'ergothérapeute 2, le lien entre la participation sociale et sa pratique est « super important » et « y tient énormément ». Elle dit qu'il « permet à la personne de **faire ses choix**, de dire des choses, lui permet d'**exister même avec ses difficultés** ». Elle ajoute : « Je sais que certains ergothérapeutes vont être très basés sur [l'aspect technique de la pratique], mais pour moi le **rôle social, c'est très important** ».

- L'ergothérapeute 3 dit ne pas avoir la participation sociale comme objectif. Elle **ne l'utilise pas** dans sa pratique car pour elle, « en tant qu'ergothérapeute, c'est le côté autonomie qui va être mis en avant ». Elle explique que **l'autonomie et la participation sont liées**, car la favorisation de leur indépendance va permettre de les sortir de leur isolement. Elle ajoute par ailleurs que cela **dépendra du « caractère du résident »**, car certains d'entre-deux « ne cherchent pas vraiment le lien social, mais sont aussi bien avec ça ».

### Les moyens d'intervention pour favoriser la participation sociale

- L'ergothérapeute 1 dit **accompagner individuellement** les résidents lors de ses interventions et effectuer des **sorties thérapeutiques** avec ses collègues **animatrices** ou

**psychomotriciennes**. Elle peut également accompagner les résidents vers les occupations qu'ils avaient l'habitude de réaliser afin de permettre leur **réengagement** (ex : petites courses en extérieur). Pour elle, le fait d'être dans une « grosse institution [donne] des **opportunités** aux résidents qui ont envie de s'investir dans la sphère sociale ». L'accompagnement « dépend de ce qu'ils veulent » car les résidents « n'ont **pas tous les mêmes rôles sociaux** et n'en font pas tous autant, il faut vraiment ce que cela ait du **sens pour eux, un intérêt et que cela les motive** ».

- L'ergothérapeute 2 dit favoriser la participation sociale en « **créant des rôles sociaux** », comme le fait de permettre aux personnes de prendre des « rôles d'aidants » ; « proposer à une personne de passer le balai, mettre le couvert, ou écrire un courrier à un producteur local, d'être le secrétaire lors de l'atelier ; utiliser le photo-langage pour permettre à la personne d'exprimer ses choix ». Elle met en avant l'**engagement de la personne** et la **prise d'initiative**, qui par la **prise en confiance** va pouvoir investir d'autres rôles sociaux en dehors du cadre de l'atelier.
- L'ergothérapeute 3 met en avant le **côté relationnel** avec les personnes, qui est « tout aussi thérapeutique ». Ces échanges peuvent permettre à la personne d'échanger sur ses difficultés et **rester en lien avec la vie à la résidence** (par le biais de restitution de l'ergothérapeute).

### **Les populations ciblées par le travail de la participation sociale en ergothérapie**

- L'ergothérapeute 1 précise que les objectifs portés sur la participation sociale s'élaborent surtout avec des **personnes en capacités de co-construire des objectifs et d'échanger**. Leurs capacités permettent de pouvoir **maintenir cette participation sociale** et faire le choix de ce qui est **signifiant** pour eux. Elle explique que cela est important pour pouvoir les accompagner correctement vers cet objectif.
- Les ateliers « nutrition » de l'ergothérapeute 2 sont proposés en priorité aux **personnes isolées**, afin de favoriser leur participation sociale.
- L'ergothérapeute 3 dit que la participation sociale doit être une demande pour le résident, en expliquant que certaines personnes ont un « caractère solitaire » et qu'il n'est pas **signifiant** pour elle de **lier plus de liens sociaux**.

## Autres professionnels travaillant la participation sociale

Les ergothérapeutes 1 et 2 s'accordent à dire que la favorisation de la participation sociale est un travail qui ne peut pas se faire autrement qu'en **équipe**. L'ergothérapeute 2 parle d'une « **sensibilisation à la participation sociale** ». Pour elle, les professionnels sensibilisés sont les aides médico-sociales, notamment en unité protégée et certains animateurs. L'ergothérapeute 3 énonce le travail des **psychologues**, qui vont pouvoir aider les résidents à sortir de l'isolement à l'aide des entretiens menés avec eux.

Par ailleurs, l'ergothérapeute 2 souhaiterait **ouvrir ses ateliers aux autres professionnels** de la structure. En ce sens, elle choisit par exemple d'installer ses ateliers sur des lieux de passage afin d'intéresser l'équipe soignante. Elle exprime des **difficultés** à intégrer d'autres professionnels car ces derniers **manquent de disponibilité** (sous-effectifs dans les structures).

L'ergothérapeute 1 dit qu'avec son rôle actuel, elle « ne va **pas dans autant de bulles sociales** » par rapport aux accompagnements qui peuvent être faits à l'extérieur de la structure. En effet, les **contraintes liées à son poste** rendent impossibles certains accompagnements (ex : ne travaille pas les week-ends donc n'accompagne pas les résidents voter). L'ergothérapeute 3 dit **pas intervenir dans l'accompagnement vers des activités** favorisant la participation sociale : « Je connais un peu les activités proposées, mais je ne suis pas forcément présente [sur cet aspect-là] ».

### *1.5. Le résident présentant un état dépressif*

#### Le résident dépressif

Les ergothérapeutes s'accordent sur la description la personne âgée dépressive. Les termes qui en ressortent sont les suivant :



Figure 2 : 2 Nuage de mots représentant les termes cités par les ergothérapeutes pour décrire la personne âgée dépressive

- L'ergothérapeute 1 pense que les personnes **continuent à avoir des « envies occupationnelles** mais de par leur état dépressif [vont] entrer dans un **isolement** important et ne vont pas aller saisir toutes les interactions [proposées] ».
- L'ergothérapeute 2 décrit le sujet âgé dépressif comme quelqu'un qui « **n'a plus la force de faire des choses** » et qui « a besoin qu'on l'aide à retrouver cette force-là ».
- L'ergothérapeute 3 parle du lien entre la perte de capacités de la personne et ses relations : « Beaucoup **se vivent comme une charge** et refusent que l'on s'occupe d'eux. »

### Les objectifs et moyens mis en place dans l'accompagnement du résident dépressif

Les objectifs et les moyens que les ergothérapeutes mettent en place avec les résidents dépressifs sont répertoriés dans le tableau suivant :

	Objectifs	Moyens
E1	Remotiver la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner vers des activités signifiantes</li> <li>• Continuer à diversifier les propositions d'activités de l'EHPAD (cuisine thérapeutique, balades, parcours moteur / sport adapté, atelier de relaxation, bain thérapeutique...)</li> </ul>
	Créer / maintenir l'alliance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriser la communication</li> <li>• Répondre à leurs besoins essentiels (AVQ de base) et occupationnels (activités de loisirs et productifs)</li> </ul>
	Favoriser les interactions sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter leur histoire de vie et leurs habitudes</li> <li>• Se saisir de ce qui fait sens pour eux</li> </ul>
E2	Favoriser la participation occupationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher dans leurs occupations antérieures</li> <li>• Rechercher de nouvelles occupations</li> </ul>
	Adapter l'environnement aux capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas mettre la personne en échec</li> <li>• Observer ses capacités à travers toutes les AVQ à l'aide d'une trame d'observation</li> <li>• Harmoniser les groupes dans les ateliers thérapeutiques</li> </ul>
	Sensibiliser l'équipe soignantes sur les outils théoriques existants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former sur ce qu'est la personne âgée dépressive, les conséquences de son trouble, ses rôles sociaux</li> <li>• Former pour éviter les conflits</li> </ul>
E3	Sortir la personne des pensées négatives récurrentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'expression des problèmes</li> </ul> <p>Créer du lien social en dualité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le tiers que peut représenter les stagiaires ergothérapeutes pour créer du lien (rapport différent avec les différences générationnelles)</li> <li>• Utiliser des souvenirs positifs (photos de famille, objets de la personne...)</li> <li>• Faire du lien avec la vie à la résidence</li> </ul>
	Créer / maintenir l'alliance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un cadre contenant</li> <li>• Rassurer le résident sur la stabilité du lien thérapeutique</li> <li>• Connaître ses limites personnelles</li> <li>• Respecter leur rythme et leurs envies</li> </ul>

Figure 33 : Tableau des objectifs et moyens pour chaque ergothérapeute



Les trois ergothérapeutes accordent de l'importance au **respect du rythme de la personne** dans la prise en soin et surtout celle de l'**alliance thérapeutique** et en font leurs objectifs de prise en soin.

### La participation sociale des résidents dépressifs

- L'ergothérapeute 1 travaille souvent avec la **psychomotricienne**. Pour elle, l'ergothérapie, portée sur l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations possède une **approche complémentaire** à celle de la psychomotricité, qui permet une prise de conscience corporelle, un travail sensoriel et la favorisation de la confiance et de l'image de soi. Son accompagnement auprès du résident dépressif se tourne autour de **l'intégration de celui-ci dans l'institution, en adéquation avec son rythme**. La présence de cette intégration, « même minime », permet « d'obtenir un **déclic** à un certain moment », qui va **réengager la personne dans ses occupations** et par ce biais retrouver du sens à interagir avec son environnement social.
- Pour l'ergothérapeute 2, l'accompagnement d'un résident dépressif vers la participation sociale nécessite que tous les professionnels autour de lui « soient sur cet axe et y reste ». Elle parle d'une nécessité d'avoir une **continuité et une cohérence dans le mode relationnel** utilisé avec la personne afin de pouvoir lui « **donner la force d'agir** ». Il faut que toute l'équipe puisse **favoriser ses actions** et **ses choix** dans la globalité d'une journée, et non pas ponctuellement. Ce travail demande du **temps** et doit être fait en **permanence**, dans toutes les activités de la personne avec un contact le personnel (ex : lui proposer de faire un périmètre de marche sans fauteuil après manger ; que la lingère puisse prendre un temps avec elle pour discuter de ses vêtements et savoir où les ranger...).
- L'ergothérapeute 3 privilégie le **mode relationnel en dualité** pour permettre à la personne de retrouver un contact social.

### Quelques moyens imaginés par les ergothérapeutes

Certains moyens ont été pensés par les ergothérapeutes pour favoriser la participation sociale des résidents dépressifs mais n'ont pas pu être mis en place. Ils sont répertoriés en annexe C.

### *1.6. La prise en compte l'aspect psychologique de la personne*

Les ergothérapeutes sont accordées pour placer la prise en compte de l'aspect psychologique du résident comme d'une grande importance dans la pratique. Pour les ergothérapeutes 1 et 3, il s'agit d'un **pilier de l'accompagnement** : « On ne peut pas s'occuper du corps mais pas de la tête » (E3), « Si tu mets [cet aspect] de côté et que tu le nies, que tu fixes te seulement sur ton rôle d'ergothérapeute, tu n'arriveras à rien dans ton suivi » (E1). Pour l'ergothérapeute 2, il n'y a pas besoin d'entrer dans les détails intimes de l'histoire de vie de la personne, mais la sensibilisation doit se faire au niveau de l'impact que la détresse psychologique peut apporter au résident.

Il est important de pouvoir être empathique et « accepter que certaines choses puissent prendre un peu plus de temps pour eux » (E2), ce qui n'est « pas que du ressort de l'ergothérapeute » (E1). C'est d'ailleurs un point qui, pour l'ergothérapeute 3, peut manquer au sein des équipes soignantes. Pour elle, cela peut être dû au turn-over des soignants, qui rend compliqué le maintien de l'alliance thérapeutique avec le résident.

### *1.7. Retour des ergothérapeutes sur leur pratique*

- L'ergothérapeute 1 dit toujours devoir s'améliorer. Elle explique « pouvoir se perdre dans sa pratique à certaines périodes, notamment pour la participation sociale ». Il est important pour elle de pouvoir « acquérir une ouverture d'esprit et de s'adapter au mieux » avec l'expérience, et pouvoir « garder cette flexibilité ». Elle se dit satisfaite d'arriver à intégrer un versant occupationnel à la dynamique de l'EHPAD et dans ses accompagnements auprès des résidents dépressifs. Elle est également satisfaite de ne pas prendre le rôle de « *marchothérapeute* » et ce, notamment grâce à la **richesse de son équipe pluridisciplinaire**. Elle pense que le fait de ne travailler que l'aspect technique en ergothérapie amène à avoir des suivis incohérents. Elle explique cela par la méconnaissance des professions paramédicales qui amène à la stigmatisation des champs de compétences, ainsi qu'aux sous-effectifs (glissement de tâches).
- L'ergothérapeute 2 et 3 sont satisfaites de leur pratique concernant la participation sociale, notamment quand les résidents prennent plaisir à réaliser leurs activités, prennent confiance

en eux et en « prenant les devants » (E3) ou lorsque les résidents ont intégré les adaptations mis en place lors de l'intervention et se réinvestissent dans des occupations qu'ils n'avaient pas ou plus (E1).

- Dans l'accompagnement du résident dépressif, ergothérapeute 2 parle d'une « grande victoire » lorsque la personne se **réengage dans une occupation**, quelle qu'en soit la mesure (appel téléphonique avec des proches, présence au restaurant, participation à une partie d'une animation...). Elle a pu observer de véritables améliorations chez certaines personnes, notamment chez des résidents allant vers un syndrome de glissement (isolement, perte de capacités et d'envie, impact sur le système organique...) qui ont retrouvé un véritable élan vital, avec une grande reprise de **rôles sociaux**, d'abord au sein de l'atelier ergothérapeutique, puis dans d'**autres sphères de l'EHPAD**.

- L'ergothérapeute 3 est également satisfaite de son accompagnement auprès des résidents dépressifs, mais décrit une frustration par rapport au **manque de temps** dans l'accompagnement des personnes. Parfois, la personne a **besoin de s'exprimer** et d'avoir un temps d'échange avec l'ergothérapeute, alors que cette dernière doit voir d'autres résidents. Elle ajoute néanmoins : « Je [leur dis que je prévois de les revoir], et ils sont très compréhensifs, c'est surtout moi qui suis un peu frustrée ! ».

## 2. Analyse des résultats

---

### 2.1. La participation sociale pour les ergothérapeutes

Sur les trois ergothérapeutes, deux d'entre-elles (E1, E2) affirment voir la participation sociale comme un enjeu de la prise en soin ergothérapeutique, même si l'ergothérapeute 2 est la seule à en parler spontanément dans ses objectifs.

L'ergothérapeute 3 ne voit pas cela comme un objectif dans sa pratique car elle situe le cœur du métier dans la restauration/maintien de l'autonomie/indépendance de la personne. Pour elle, c'est par ce biais-là que la personne va retrouver une participation occupationnelle satisfaisante, et si cela est signifiant pour elle, une participation sociale. Sa pratique de l'ergothérapie est plutôt basée sur la favorisation de l'indépendance dans les déplacements et l'expertise en aide technique (E1, E2).

Elle n'utilise pas de modèles conceptuels car c'est pour elle une notion récente en ergothérapie, à laquelle elle n'a pas été initiée. Les deux autres ergothérapeutes s'inspirent de modèles occupationnels (MOH, MCREO) prenant en compte la participation sociale, ce qui pourrait expliquer leur vision portée sur l'aspect social dans leur pratique. L'ergothérapeute 2 dit également s'inspirer de la méthode Montessori.

Par ailleurs, l'ergothérapeute 3 n'a pas connaissance de la notion qu'est la participation sociale. Elle ne définit pas clairement les problématiques occupationnelles qui découlent d'un isolement de la personne. Elle ne fait pas non plus de lien direct entre la participation sociale et les possibles enjeux sociaux de son atelier thérapeutique d'écriture. Elle parle néanmoins beaucoup, lorsque nous abordons le thème des liens sociaux, de la relation thérapeutique et de ses enjeux. Finalement, j'ai compris qu'elle n'avait pas conscience des impacts de la vie sociale sur la qualité de vie d'une personne et ne la définit pas comme un déterminant de santé (OMS, 1946). Sa pratique étant centré sur l'aspect fonctionnel et technique de l'ergothérapie, cela pourrait expliquer que la participation sociale ne fasse pas partie de ses objectifs principaux. Cela met cependant en lumière que le concept de participation sociale est assez récent et a commencé à se faire connaître seulement dans les années 90 – 2000. L'ergothérapeute 3 étant la seule avoir été diplômée en 2005, il se peut qu'elle n'y ait pas été sensibilisée, recoupant ainsi les dires de l'ergothérapeute 2 sur le manque de sensibilisation du professionnel de santé sur cet aspect.

En accord avec la définition de Levasseur (2010), les ergothérapeutes E1 et E2 basent leur définition de la participation sociale sur l'investissement de la personne dans ses rôles sociaux ainsi que de la place qu'elles prennent pour se sentir écoutées, utiles (E1) et faire leurs choix (E2).

## *2.2. Favorisation de la participation sociale du résident dépressif : la reprise de rôle sociaux*

Finalement, les ergothérapeutes, en parlant leurs manières de favoriser la participation sociale, décrivent spontanément les moyens (dans le sens d'*actions concrètes*) mis en place par leurs structures mais non spécifiques à l'ergothérapie. Les ergothérapeutes énoncent ensuite des moyens utilisés dans leurs interventions ergothérapeutiques visant un réengagement de la personne dans un rôle social.

En effet, les ergothérapeutes 1 et 2 mettent en avant un sous-objectif permettant la favorisation de la participation sociale : la reprise de rôles sociaux en prenant en compte la volonté de la personne. Pour cela, elles favorisent la participation occupationnelle du résident dans des occupations en rapport avec ses habitudes antérieures (E1) ou dans des occupations nouvelles, lui donnant ainsi une prise d'initiative et une utilité au sein de la communauté (E2) (Foucault, 2018). Le maintien du lien social peut également se faire dans la relation en dualité, entre l'ergothérapeute et le résident (E3), ou encore au travers d'ateliers thérapeutiques de groupe divers (E2), d'accompagnement individuels ou de sorties thérapeutiques (E1).

Finalement, les ergothérapeutes déploient des moyens larges, qui agissent sur un processus global de favorisation de la participation sociale. Certaines notions-clés émergent des entretiens font partie intégrante de ce processus. Il s'agit de : l'alliance thérapeutique, de l'importance de ce qui est signifiant pour la personne, du pouvoir d'agir, et du travail d'équipe.

### *2.3. L'alliance thérapeutique*

Effectivement, l'alliance thérapeutique est un thème très présent dans la vision des ergothérapeutes sur leurs accompagnements du résident dépressif, qu'elle soit pour favoriser sa participation sociale (E1 et E2) ou non (E3). Toutes les ergothérapeutes parlent de « **lien de confiance** » ou encore de « **lien entre le résident et le thérapeute** » qu'il faut construire et pérenniser.

Pour les ergothérapeutes interrogées, l'alliance thérapeutique est primordiale pour pouvoir accompagner le résident, spécifiquement chez la personne âgée dépressive. Pour les ergothérapeutes 1 et 3, il s'agit d'ailleurs d'un objectif ergothérapique dans leur accompagnement auprès de ces personnes. Cela passe par le respect du rythme de la personne, la position empathique, la création d'un espace d'expression, et le travail sur le lien entre la personne et l'équipe qui l'entoure, mais plus généralement sur son lien avec l'institution.

Les ergothérapeutes 2 et 3 s'accordent à dire que le rythme de la personne doit être respecté afin qu'elle puisse s'intégrer dans l'institution, notamment par rapport aux difficultés d'adaptation qu'elle rencontre avec sa pathologie. Au sein des ateliers, l'ergothérapeute doit

être en capacités de cerner les limites de la personne et sa fatigabilité (E2), comme nous avons pu le voir dans les modalités d'activités décrit par Fabre-Mellini (2009).

En ce sens, les ergothérapeutes tombent d'accord avec Fabre-Mellini sur la position thérapeutique de l'ergothérapeute. Ce dernier se doit d'avoir une position empathique afin de mieux comprendre ce qui se joue dans la relation, avoir de la patience (E2) et prioriser la communication avec la personne (E1), notamment lorsqu'elle est en refus de liens sociaux (E3). Il est important pour cela de créer un cadre « contenant » lui permettant d'avoir un espace d'expression de ses souffrances (E3), ce qui reprend également les dires de Fabre-Mellini sur le cadre thérapeutique. Ce travail est à mettre en lien avec toute l'équipe de la structure, en formant les équipes sur la dépression de la personne âgées et ses conséquences (E2). L'intégration des règles de vie de l'institution est également une part du travail de l'ergothérapeute, en mettant en place des stratégies de réadaptation et en accompagnant la personne avec un cadre soutenant, afin d'apporter du sens au rythme institutionnel.

#### *2.4. Ce qui est signifiant pour la personne*

L'un des autres axes qui a été mis en avant est de suivre comme ligne directrice ce qui a « **du sens pour le résident** ». Pour l'ergothérapeute 3, c'est d'ailleurs une condition qui permet de déterminer si le travail de la participation est nécessaire, ou si créer du lien social n'a pas d'intérêt pour la personne. Pour les ergothérapeutes, la participation du résident à des occupations est totalement dépendante du sens qu'il porte à ces dernières. Chaque ergothérapeute va venir se saisir des besoins exprimés par les résidents, de leurs habitudes de vie et centres d'intérêts afin de proposer une prise en soin la plus signifiante que possible. Pour respecter cela, certaines d'entre-elles co-construisent leurs objectifs avec les résidents (E1, E2). Les ergothérapeutes vont diversifier les propositions d'activités (E3), rechercher dans leurs occupations antérieures ou en proposer de nouvelles (E2), en respectant l'évolution de sa volition, tel qu'énoncé par Foucault (2018).

#### *2.5. Le pouvoir d'agir*

On voit donc que pour les ergothérapeutes, agir sur la volition (motivation) est un levier pour la favorisation de la participation sociale (E1). Elle peut être renforcée en

redonnant du pouvoir d'agir à la personne, en stimulant ses « prises d'initiatives » et en lui redonnant confiance en ses capacités (Foucault, 2018). La personne âgée dépressive a « besoin d'aide pour retrouver la force » de s'investir dans des occupations (E2), il faut donc lui permettre d'agir et faire ses choix, en utilisant par exemple des médiateurs comme le photo-langage (choix des photos et expression des ressentis). Il faut que la personne puisse retrouver une place quelque part, et favoriser sa mise en action sans échec afin qu'elle se sente revalorisée, dans le but d'empêcher la cristallisation de son identité (Cadarec, 2008). Cette place, c'est le rôle social qu'elle va occuper (E1, E2), tant dans l'EHPAD et que dans des événements extérieurs (citoyen, client, parent...) (ANESM, 2010). Pour l'ergothérapeute 3, retrouver du pouvoir d'agir est possible en maintenant ou restaurant l'indépendance de la personne. Cela est à nuancer, car la personne en perte d'indépendance peut avoir des difficultés psychiques entravant sa participation sociale, donc elle pourra certes être à nouveau capable de réaliser ses occupations, fonctionnellement parlant, mais elle n'aura peut-être pas les capacités psychiques pour le faire. C'est pourquoi il est important de prendre en compte la globalité de la personne afin de pouvoir lui permettre de retrouver de la participation.

## *2.6. Le travail d'équipe*

Le dernier pilier du processus est celui du travail d'équipe (E1, E2). Comme le recommande l'ANESM, la favorisation de la participation sociale nécessite que toute la structure prenne part à ce processus transversal. En effet, il est incohérent, que seule une partie de l'environnement social de la personne puisse respecter ses centres d'intérêts, ses habitudes, et son rythme et lui donner du pouvoir d'agir si le reste de son environnement ne le lui permet pas (E2). Il est nécessaire de sensibiliser l'équipe à la participation sociale (E2) afin qu'elle puisse trouver des moyens d'agir dessus, en donnant des outils théoriques au personnel (ANESM, 2010). Comme l'ont rappelé les ergothérapeutes, et au regard des recommandations de l'ANESM, l'institution est un acteur central pour permettre aux résidents de posséder des rôles sociaux car elle est en capacités d'en créer : c'est elle qui construit les temps offrant des opportunités de socialisation en son sein (temps de repas, d'activités, espaces de paroles, commissions...) (E1, E2) mais également en lien avec l'extérieur (événements festifs, actes citoyens...). Si ce sont que des opportunités, c'est bien parce qu'en faire part ne signifie pas toujours que la personne participe activement à tisser

des liens sociaux. C'est pour cela que l'équipe doit pouvoir l'accompagner, la guider et la stimuler dans cet axe (E2).

## *2.7. Freins et facilitateurs du travail sur la participation sociale*

### **Limites**

Les ergothérapeutes rencontrent des limites dans leur travail sur la participation sociale. En cohérence avec les écrits de Fabre-Mellini (2009), le respect du rythme de vie de la personne peut être entravé par des limites institutionnelles (rythme de l'EHPAD) (E1). Ces facteurs de désadaptation peuvent limiter l'engagement de la personne dans la vie à la résidence.

Les ergothérapeutes rencontrent également des limites organisationnelles d'ordre temporelles, financières ou humaines. Leurs conditions de travail impactent la mise en place de certains moyens. Au vu du grand nombre de résidents et des missions beaucoup plus diverses, les ergothérapeutes 1 et 3 sont malgré leurs désirs, limités par leur disponibilité pour déployer plus de moyens socialisants. Le manque de reconnaissance de l'ergothérapie dans la globalité de ses missions par la direction et le reste des professionnels empêche également de mettre en place des projets dans ce sens. Les champs d'actions des professionnels se retrouvent brouillés, ou au contraire, réduits et cloisonnés.

L'objectif visant la participation sociale ne peut pas être mis en place pour tous les résidents. En effet, les ergothérapeutes rejoignent Pellerin (2017) en exprimant la nécessité que le résident ait des habiletés de communication et d'interaction pour maintenir sa participation sociale (E1). Il doit également exprimer le besoin de liens sociaux pour travailler cet objectif (E2). Les ergothérapeutes exposent donc des limites intrinsèques à la personne, en terme capacités de performance, mais aussi de volition (rôles signifiants).

### **Facilitateurs**

Certains facteurs facilitent grandement la mise en place de la favorisation de la participation sociale par les ergothérapeutes, et font partie intégrante du processus. Comme dit précédemment, les conditions de travail influent sur la possibilité de travailler cet aspect. L'ergothérapeute 2 a des missions très spécifiques et dirige des groupes fermés de 8 résidents, ce qui lui laisse du temps pour intégrer la participation sociale dans sa pratique.



Elle se trouve dans des conditions favorables pour mettre en place des modalités de groupe (Fabre-Mellini, 2009) qui renforcent les liens entre les participants et facilitent l'accès à des rôles sociaux personnalisés.

Une équipe riche et complémentaire dans ses interventions permet de valoriser le travail de l'ergothérapeute et déterminer les rôles de chacun sans les stigmatiser (éviter le glissement de tâches professionnelles) (E1). Pour l'ergothérapeute, il s'agit de viser une participation occupationnelle satisfaisante et signifiante, en prenant en compte toutes ses composantes. Cela permet de cheminer plus aisément vers tous les déterminants de santé impactant les occupations, notamment la participation sociale.

### *2.7. Conclusion de l'analyse*

Finalement, deux ergothérapeutes sur trois affirment voir la participation sociale comme un enjeu de la prise en soin ergothérapique. Cela semble être possible grâce à une sensibilisation initiale à ce déterminant de santé, et aux influences des modèles conceptuels suivis par ces professionnelles qui englobent également cette participation sociale. Si la vision de cette notion est auprès des ergothérapeutes interrogées en accord avec nos apports théoriques, nous pouvons affirmer qu'il s'agit de l'investissement de la personne dans ses rôles sociaux, ainsi que son sentiment d'identité et de légitimité à exister et faire ses choix, ce qui est particulièrement important chez la personne âgée dépressive. L'ergothérapeute peut favoriser cette participation sociale au travers d'un processus qui permet à la personne d'investir des rôles sociaux. Il peut agir sur l'amélioration de participation occupationnelle dans un cadre sécurisant, revalorisant, signifiant, et cohérent à toute la structure et ses acteurs gravitant autour de la personne âgée dépressive. Ce processus est renforcé par une grande disponibilité de l'ergothérapeute à travailler la participation sociale et une équipe pluridisciplinaire riche. Il est néanmoins limité par des facteurs organisationnels, le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute ainsi que des limites intrinsèques au résident liés à ses capacités de performance et sa volition.

## C. Discussion

---

### 1. Retour sur l'hypothèse et la question de recherche

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante :

**De quelles manières l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation sociale des personnes âgées dépressives en EHPAD ?**

J'en ai extrait, à l'aide des apports théoriques, cette hypothèse, permettant de guider mon enquête :

**Afin de favoriser un retour à la participation sociale, l'ergothérapeute travaille autour d'un processus de revalorisation de la personne âgée dépressive par le retour vers des occupations adaptées à ses capacités et en lien avec des rôles sociaux significants.**

Dans le but de la vérifier, nous allons reprendre point par point les notions qu'elle aborde et les mettre en lien avec l'analyse de l'enquête : les occupations adaptées aux capacités du résidents, le processus de revalorisation, ainsi que l'importance de rôles sociaux significants. Nous nous pencherons également sur le caractère dynamique de ce processus.

#### **La revalorisation, une composante parmi d'autres dans le processus**

Comme nous avons pu le développer lors de l'analyse, l'ergothérapeute travaille autour d'un processus incluant la composante de revalorisation de la personne. Néanmoins, il s'agit plus largement d'un processus qui va tendre vers l'investissement de la personne dans des rôles sociaux. La revalorisation est un des aspects pris en compte par l'ergothérapeute pour redonner à la personne un sentiment de légitimité à exister auprès des autres et à posséder une identité propre. Cela va lui permettre de pouvoir réaliser ses occupations avec son libre arbitre. La revalorisation est finalement une conséquence des moyens utilisés par les ergothérapeutes, à savoir : le développement et le maintien d'une alliance thérapeutique, l'utilisation d'activités significatives, et une favorisation du pouvoir d'agir de la personne. Il est d'ailleurs important de préciser que l'intervention ergothérapeutique

sur la participation sociale se fait dans une dynamique institutionnelle et d'équipe et ne peut pas être restreinte à la seule pratique de l'ergothérapeute.

### **Des occupations adaptées aux capacités**

Effectivement, l'ergothérapeute va utiliser le retour des vers occupations adaptées pour permettre à la personne âgée de retrouver des rôles sociaux. Elles doivent être adaptées à ses capacités, car ses habiletés peuvent être altérées par le vieillissement, sa dépression, ou des comorbidités. L'ergothérapeute ne doit pas mettre en échec la personne afin qu'elle puisse avoir de bonnes compétences occupationnelles et expérimenter des ressentis positifs et valorisants. Il peut adapter les activités proposées en fonction des capacités de la personne, (médiation adaptée, position thérapeutique, mise en place d'aides techniques) mais il peut également réadapter son environnement physique (aménagement de l'environnement) et social (modalités de groupe) afin de faciliter la participation occupationnelle de la personne.

Ces occupations doivent être modulées en fonction de ses capacités, mais pas uniquement. En effet, il faut également qu'elles aient du sens pour la personne, pour pouvoir impliquer le processus volitionnel de la personne. Il faut que l'ergothérapeute puisse mettre en jeu les centres d'intérêts et valeurs de la personne, en cherchant dans ses occupations antérieures et en lui en proposant de nouvelles. Lors de l'enquête, un seul outil d'évaluation a été mentionné pour recueillir ce type de données : il s'agit de la MCRO. Elle permet la co-construction des objectifs le résident. Autrement, l'entretien avec la personne, l'observation et les échanges avec l'équipe permettent de recueillir ces données. L'entretien se dirige vers le recueil des habitudes de vie de la personne ses centres d'intérêts et la prise en compte de son rythme de vie et se complète par les observations des autres professionnels.

### **Des rôles sociaux signifiants**

La reprise de rôle sociaux signifiant est possible car l'ergothérapeute s'appuie, comme nous l'avons dit, sur la volition de la personne, mais aussi son habitude afin de redonner une identité sociale au résident. Dans le même sens que la revalorisation, l'ergothérapeute va donner des opportunités à la personne de renforcer son pouvoir d'agir au sein des activités proposées. Elle va pouvoir choisir ce qu'elle souhaite, s'exprimer, interagir, donner et recevoir des autres participants, en bref, elle va participer socialement. C'est en participant qu'elle va intégrer de nouveaux rôles sociaux. Cette participation sociale

va agir sur les composantes de son Être, ce qui va la motiver à maintenir ses rôles, mais aussi à transférer ses acquis en dehors de l'atelier ergothérapeutique et accéder à de nouveaux rôles.

**Un processus dynamique, un lien avec le MOH**

Finally, this dynamic process of social participation promotion is correlated with the Human Occupation Model on the aspects it encompasses. In the case of my research, that is to say by the intervention of the ergotherapist on the social participation of the depressive resident in EHPAD, I translated this process by the following schema. It repeats the components of the MOH by the elements interacting with the social participation of the resident :

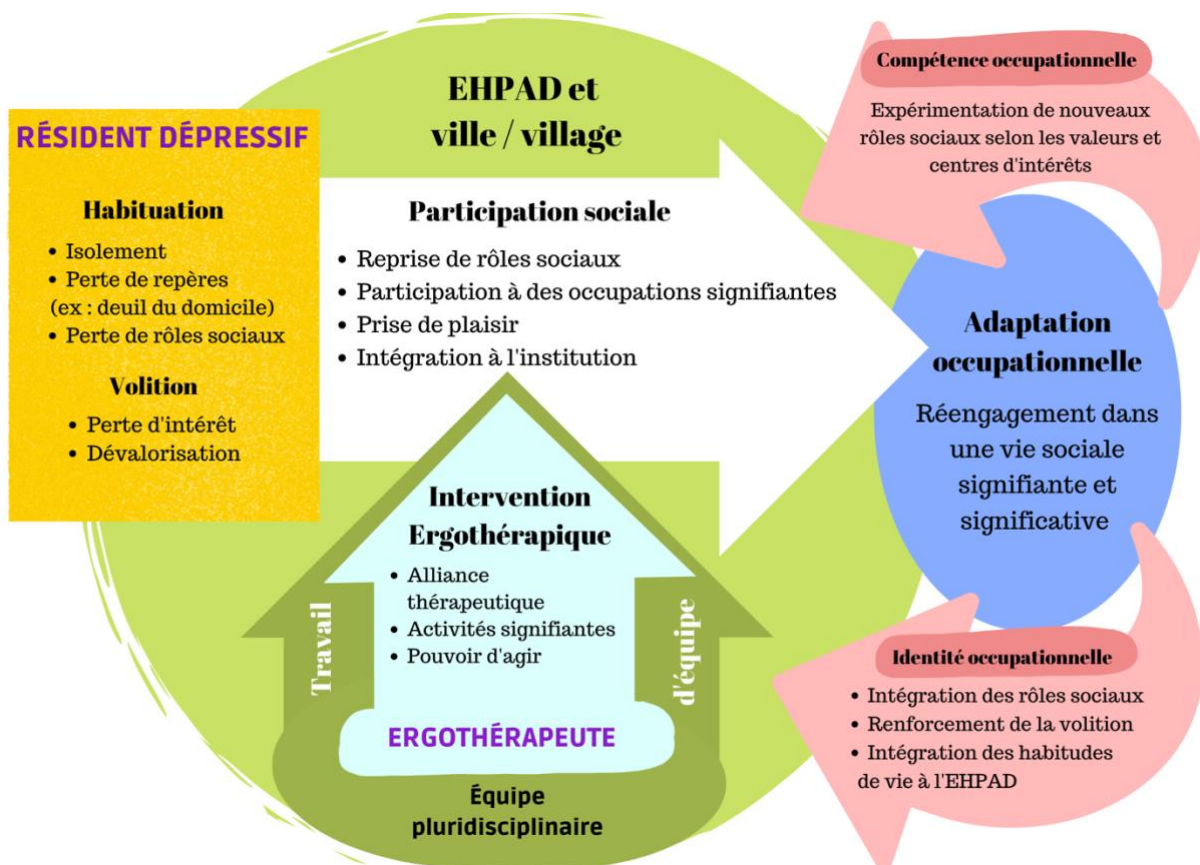


Figure 4 4 : Processus de favorisation de la participation sociale utilisé par les ergothérapeutes, inspiré du schéma du MOH

The hypothesis only partially answers the research question, as it does not explain the whole of the process that our survey was able to extract. If we want to answer this question, we could say :

L'une des manières que peut avoir l'ergothérapeute de favoriser la participation sociale est d'utiliser un processus dynamique, où chaque composante est en interrelations, afin de permettre à la personne de retrouver des rôles sociaux signifiants. L'ergothérapeute travaille l'alliance thérapeutique, utilise des activités signifiantes, et favorise le pouvoir d'agir pour permettre à la personne de prendre plaisir, participer à des occupations signifiantes, reprendre des rôles sociaux et donc s'intégrer à l'institution. Cela lui permet de se réengager dans une vie sociale signifiante et significative. Ce vécu positif va lui permettre d'intégrer davantage ces rôles sociaux, et donc faciliter ses nouvelles habitudes de vie à l'EHPAD. Elle va également pouvoir expérimenter de nouveaux rôles sociaux selon sa volition, dans d'autres sphères de l'EHPAD, mais aussi à l'extérieur de l'EHPAD. Tout ce processus est possible par le travail d'équipe et une dynamique institutionnelle sensibilisée et portée vers le développement de la vie sociale des résidents et leur participation.

## **2. Forces et limites de la recherche**

Cette étude a permis de mettre en avant une manière de favoriser la participation sociale très intéressante, car elle s'éloigne d'un inventaire de moyens mis en œuvre les ergothérapeutes. Elle en ressort la complexité des liens qui existent entre la personne et ses composantes, son environnement institutionnel et social, et sa participation sociale, ce qui correspond totalement au champ d'actions de l'ergothérapie. Elle démontre que l'aspect social est un facteur déterminant de la qualité de vie. Elle revalorise et sort la personne âgée dépressive d'une vision uniquement liée du deuil des pertes, mais comme une personne qui existe malgré ses difficultés, et qui est en droit d'accéder aux mêmes places et rôles que le reste de la société.

Cette étude comporte cependant des biais et des limites qu'il est nécessaire d'évoquer. Tout d'abord, l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés n'est pas suffisant pour être représentatif. Il ne me permet pas de recenser différentes manières de favoriser la participation sociale, ce qui amène à ne répondre que partiellement à la question de recherche.

De plus, lors de la passation des entretiens, il m'a été difficile d'approfondir certaines notions, notamment de pouvoir distinguer plus précisément les actions concrètes des ergothérapeutes et celles relatives à la structure entière et aux autres professionnels. Le choix de diriger des entretiens semi-directifs a été une grande source d'informations, mais mon

manque d'expérience et la construction de mon guide d'entretien a rendu difficile le maintien d'un cadre temporel, malgré le suivi d'un fil conducteur. En effet, il comporte de nombreuses questions, pour beaucoup ouvertes, ce qui a engendré le survol de certains thèmes. Le choix de porter mes questionnements sur les conditions bénéfiques au travail de la participation sociale est pertinente pour aspect qualitatif qu'elle apporte, néanmoins, elle s'est retrouvée très présente dans mon analyse, ce qui m'a amené à m'éloigner quelque peu de ma question de recherche dans mon raisonnement.

Les entretiens auraient pu être élargis et complétés par un questionnaire, en lien avec les réponses données, afin d'avoir la vision globale de plusieurs ergothérapeutes et pouvoir comparer les pratiques. Finalement, je réalise que la démarche de recherche est très chronophage, tant dans la conception et sa mise en œuvre que dans les réflexions qui évoluent sans cesse mais qui se doivent être saisies au vol à un temps T.

Certaines notions abordées dans le guide d'entretien auraient eu le mérite d'être éclaircies davantage. La question ne m'a certes pas été posée lors des entretiens, mais il aurait été pertinent que je puisse préciser ce que j'entendais en parlant de la « personne âgée dépressive » (population diagnostiquée ? Sinon, quels les critères ?). Cela m'aurait également amené à poser la question du diagnostic de cette pathologie et la place des personnes dépressives en EHPAD. Par la même occasion, cela m'aurait permis d'aborder des outils utilisés par les ergothérapeutes auprès de cette population (évaluation, modèles, moyens).

### **3. Perspectives d'ouvertures**

Mon étude touche à sa fin, mais de nombreux angles d'approche n'ont pas été abordés ici et constituent des perspectives d'ouvertures. Effectivement, comme nous avons pu le dire, peu d'outils d'évaluation ont été recensés lors de cette enquête. Or, le processus que nous avons décrit s'appuie énormément sur le processus de volition. Un outil existe pour l'évaluer, il s'agit du Volitional Questionnaire (VQ). Il permet d'évaluer, par l'observation directe à la tâche, 14 comportements observables ainsi qu'une description de l'environnement dans laquelle l'occupation est réalisée, ce qui pourrait donc être très intéressant dans le processus de favorisation de la participation sociale, afin de mesurer les activités signifiantes ou non pour la personne, et trouver angles d'approche pour les améliorer.

D'autre part, j'ai tourné mon enquête vers les ressources institutionnelles et professionnelles permettant au résident de retrouver une participation sociale. Or, son environnement social est également composé, la plupart du temps, de ses proches de la personne : famille, amis,... L'objet d'une prochaine étude pourrait donc se baser sur l'impact et le champ d'action de ces acteurs importants dans la vie sociale du résident dépressif.

Par ailleurs, lorsque l'enquête a permis de relever que l'ergothérapeute peut favoriser le sentiment de légitimité à exister auprès des autres et à posséder une identité propre, il m'a paru assez évident de pouvoir relier ces notions au concept d'Empowerment et de l'Approche Montessori. Ces concepts apportent une grande importance à ce qui est signifiant pour la personne, à sa place en tant qu'Être social capable, et tend également vers l'intégration de rôles sociaux. Il serait donc intéressant de voir le lien entre la pratique des ergothérapeutes en EHPAD et ces concepts.

Enfin, l'enquête a permis de relever des limites aux interventions des ergothérapeutes, concernant les capacités des résidents à maintenir une participation sociale lorsqu'ils présentent des troubles cognitifs, des troubles du comportement, ou des troubles de la communication. Qu'en est-il donc de leur participation sociale ? Quelle vie sociale peuvent-ils avoir, et quel peut être le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de liens sociaux pour ces personnes ? Peut-on faire le lien, par exemple, avec l'approche Montessori ?

#### **4. Apports personnels et professionnels**

L'élaboration de ce mémoire a été pour moi, comme son nom l'indique, une première initiation à la recherche. Ce travail a été de longue haleine car il a nécessité l'intégration progressive et un renforcement de nombreuses compétences : un sens de la méthode, une rigueur, une réflexivité et une prise de position permanente quant à l'orientation de la recherche et le choix du contenu. Cela donne d'autant plus de sens à ce travail car le développement de mes compétences est un enrichissement personnel et un offre un important bagage professionnel en tant qu'ergothérapeute. Dans ce bagage, j'emporte également tout l'apport théorique que j'ai pu acquérir lors l'élaboration de mon cadre conceptuel, ainsi que la capacité à être critique face aux écrits scientifiques.

Ce travail m'a également offert l'opportunité d'utiliser pour la première fois un modèle conceptuel dans mon cheminement professionnel. Le MOH a été un véritable guide

dans mon approche, et m'a réellement permis de mettre en lien mes tous les apports que j'ai pu intégrer dans mon travail. Il m'a été d'une grande aide pour structurer ma pensée.

Par ailleurs, conduire des entretiens auprès d'intervenantes professionnelles a été aussi très formateur dans le recueil de données, la position d'enquêteur, dans l'empathie, la neutralité mais aussi dans le cadre. Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a ouvert un grand intérêt pour la participation sociale des personnes âgées. Souhaitant travailler dans le domaine de la gériatrie, l'élaboration de ce travail m'a donné confiance pour espérer apporter une pierre à l'édifice quant à la démocratisation d'une vision portée sur la vie sociale des résidents en EHPAD, mais aussi pour une meilleure inclusion des personnes âgées notre société.

#### **D. Conclusion**

---

Ce travail d'initiation à la recherche a eu pour vocation de comprendre de quelle manière l'ergothérapeute peut favoriser la participation sociale des résidents dépressifs en EHPAD. Lors de ma démarche de recherche documentaire, j'ai pu voir que la dépression, couplée aux pertes liées au vieillissement, peut avoir un retentissement délétère dans la vie sociale de la personne. L'EHPAD est d'ailleurs un lieu de vie singulier, car il s'agit d'une institution. L'équilibre entre l'intégration sociale à cette institution, et les difficultés psychologiques que peut rencontrer le résident dépressif est un enjeu de la prise en soin ergothérapique. L'ergothérapeute en EHPAD a des rôles bien déterminés concernant la favorisation de l'indépendance et de l'autonomie des personnes dans leurs occupations. Il a également des moyens d'agir pour accompagner la personne âgée dépressive. Néanmoins, la place de la participation sociale dans sa pratique semble peu mentionnée dans les écrits. Or, la participation sociale, comme déterminant de santé, et comme composante forte de la participation occupationnelle, doit être un des aspects pris en compte dans notre pratique.

Lors de cette étude, trois entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes. Elle a pu montrer que tous les ergothérapeutes en EHPAD n'ont pas une vision portée sur la participation sociale. Elle a aussi montré que les ergothérapeutes interrogées, qui l'utilisent dans leur pratique, utilisent un processus dynamique afin de permettre à la personne de retrouver des rôles sociaux signifiants. L'ergothérapeute travaille l'alliance thérapeutique, utilise des activités signifiantes, et favorise le pouvoir d'agir pour permettre lui permettre de



participer occupationnellement, de façon signifiante, positive, et revalorisante. Cet élan motivationnel, les ergothérapeutes s'en servent pour lui permettre de reprendre des rôles sociaux et s'intégrer à l'institution et dans une vie sociale signifiante et significative. Ce processus est possible par le travail d'équipe et une dynamique institutionnelle sensibilisée et portée vers le développement de la vie sociale des résidents et leur participation. Il dépend néanmoins des ressources personnelles et institutionnelles des ergothérapeutes.

Afin d'approfondir cette étude, il serait intéressant d'interroger la place, dans la pratique de l'ergothérapeute, de l'Approche Montessori et de la notion d'Empowerment, dans le processus de favorisation de la participation sociale. Également, il serait pertinent de pouvoir déplacer notre vision vers les proches du résident, leur impact dans la favorisation de la participation sociale et les moyens qu'ils ont à disposition pour le faire.

## IV. BIBLIOGRAPHIE

### Bibliographie

---

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Cacioppo J., Luo Y., Hawkey L., Waite L. (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. In Kawachi I. (ed.) *Social Science & Medicine*. (907 – 914). Elsevier
- Caradec, V. (2008) *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 2ème éd. Paris : Armand Colin, (p 112)
- Charazac, P. (2015). *Aide-mémoire. Psychogériatrie (2ème édition)*. Paris : Editions Dunod
- Clément, J-P., Darthout, N. (2002). *Guide pratique de psychogériatrie*, Paris, Masson.
- Dépelteau, F. (2003). *La démarche d'une recherche en sciences humaines* (p 316 – 334).
- DREES (2011). *La vie en EHPAD du point de vue des résidents et de leurs proches*. Dossiers solidarité et santé, n°18, 75 p.
- Mellini-Fabre, A. (2009). L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement et des troubles psycho-affectifs. In Trouvé Eric (ed.) *Ergothérapie en gériatrie*. (137 – 157) Solal
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED), T. & Charles-Albert. (2013). La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : Du discours à une action concertée. *Document d'orientation. Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement*.

- Fougeyrollas, P. (2010). La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap. *Canada : Presses de l'universités de Laval*.
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : Concepts et modèles. *Médecine/Sciences*, 22(3), 297-300. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297>
- Graff, M. En Thijss, M., Van Melick et M. Verstraten P., (2013). L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : Le programme COTID. Paris : Boeck Supérieur
- Hetu, J-L., (1988), *Psychologie du vieillissement*, Montréal, Méridien.
- Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les Tribunes de la santé*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3917/seve.007.35>
- Kalfat, H., Sauzèon, H. (2009). Processus de vieillissement et vieillesse. In Éric Trouvé (ed.) *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (13 - 31). Solal
- Khater, M., Richa, S., & Stephan, E. (2005). Le syndrome de glissement. *Neurologie, psychiatrie, gériatrie* (44 – 39) Masson.
- Saragoni, A. (2015) Quel est le rôle d'un ergothérapeute ? *Le monde de l'ergothérapie*, Revue n°27
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine* 71(12)  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, E., (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner, dans M. -C. Morel-Bracq., (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (p.72-85). Paris : Boeck Supérieur.
- Nouvel F., Jouaffre, V. (2009). Fragilité et dépendance. n Éric Trouvé (ed.) *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (33 - 37). Solal
- Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, (100)

Tétrault, S., Guillez, P., (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. Paris : Boeck Supérieur

- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). *Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée*. *Gérontologie et société*, 31 / n° 126(3), 141  
<https://doi.org/10.3917/g.s.126.0141>

Vercauteren, R., hervy, B. (2002). L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Paris : Erès. 231, (p 62)

- Zehder, G. (2008). *L'animation avec les personnes âgées dépendantes*. *Vie sociale et traitement*, n°99, (p. 29-34)

## Sitographie

---

- Académie des sciences morales et politiques (19/02/2022). Le nouvel aspect de l'âge.  
<https://academiesciencesmoralesetpolitiques.fr/2007/01/15/le-nouvel-aspect-de-lage/>

- AFEG (07/12/21). Fiche de poste AFEG ergothérapeute en EHPAD.  
[http://afeg.asso.fr/index\\_htm\\_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%201%20ergotherapeut%20en%20EHPAD.pdf](http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%20de%20poste%20afeg%201%20ergotherapeut%20en%20EHPAD.pdf)

- ANESM (28/11/21). Personnes âgées, recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance\\_physique\\_chapitre\\_1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance_physique_chapitre_1.pdf)

- ANESM (17/02/22). Qualité de vie en Ehpads (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv1\\_ehpad\\_de\\_laccueil\\_de\\_la\\_personne\\_a\\_son\\_accompagnement\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv1_ehpad_de_laccueil_de_la_personne_a_son_accompagnement_recommandations.pdf)

- ANESM (17/02/22). Qualité de vie en Ehpad (volet 1). Eléments de contexte.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements\\_de\\_contexte\\_9\\_nov\\_def\\_mis\\_en\\_page.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf)

- ANFE (07/04/22) *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* ANFE, artisans de votre liberté.  
[https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)

- ANFE (04/05/22) *MOHOST – Outil d'évaluation de la participation occupationnelle.* ANFE, artisans de votre liberté.

[https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/#:~:text=Le%20MOHOST%20\(Model%20Of%20Human,au%20domicile%20comme%20en%20institution.](https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/#:~:text=Le%20MOHOST%20(Model%20Of%20Human,au%20domicile%20comme%20en%20institution.)

- CAP Retraite (19/01/22) Les 7 faits les plus marquants sur l'isolement des seniors.

<https://www.capretraite.fr/blog/style-de-vie/7-faits-plus-marquants-lisolement-seniors/>

- CNSA (02/03/22) Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

- CNSA (20/03/22) A quoi sert le conseil de vie sociale ?

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/droits-en-ehpad/a-quoi-sert-le-conseil-de-la-vie-sociale>

- Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS (22/12/21)

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/88596/E85446.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf)

- Conseil national des aînés (03/01/21). Rapport sur l'isolement social des aînés. <https://www.petitsfreres.ca/grands-amis/les-dangers-de-lisolement-sur-la-sante/#:~:text=L'isolement%20est%20un%20facteur,criminel%20ou%20d'un%20vol>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (15/12/21). Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé. *Études et résultats*.  
[https://www.ac-paris.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2020-02/un\\_tiers\\_des\\_personnes\\_agees\\_vivant\\_en\\_etablissement\\_sont\\_dans\\_un\\_etat\\_psychologique\\_degrade.pdf](https://www.ac-paris.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2020-02/un_tiers_des_personnes_agees_vivant_en_etablissement_sont_dans_un_etat_psychologique_degrade.pdf)
- Foucault M-L (23/04/22). Dépression : implication de l'ergothérapeute. <https://physiotherapieuniverselle.com/blogue/depression-implication-de-lergotherapeute/>
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec (23/01/22). Qu'est-ce que l'ergothérapie ? OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec.  
<https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) (11/05/2022). Qu'est-ce que la MHAVIE ? <https://ripph.qc.ca/documents/mhavie/quest-ce-que-la-mhavie/>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) (11/05/2022). Qu'est-ce que la MQE ? <https://ripph.qc.ca/documents/mqe/quest-ce-que-la-mqe/#:~:text=La%20Mesure%20de%20la%20qualit%C3%A9,et%20de%20leurs%20limites%20personnelles.>
- Iconographie, page de garde. <https://www.gettyimages.fr/photos/seniors-playing-cards>

## V. SOMMAIRE DES ANNEXES

### Annexe A : Guide d'entretien

#### Introduction

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien avec moi. Je me présente, je m'appelle Tina So, je suis étudiante de 3<sup>ème</sup> année à l'ADERE.

Êtes-vous bien un(e) ergothérapeute travaillant actuellement en EHPAD ? Avez-vous déjà rencontré des résident(e)s avec un état dépressif ?

Je vais vous expliquer plus en détails mon sujet de mémoire et ce que je cherche à comprendre à travers mes questionnements. Avant tout, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre notre entretien ?

Mon mémoire se porte sur les moyens que l'ergothérapeute déploie afin de favoriser la participation sociale des personnes âgées qui vivent en EHPAD. Êtes-vous prêt(e) ?

#### Questions en lien avec la thématique

##### **Partie A : Contexte professionnel de l'ergothérapeute en EHPAD**

##### **1. Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?**

- Lieux et années de pratique

##### **2. Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?**

- Plein temps / temps partiel
- Ancienneté ?

- Une seule structure / groupement ?
- Combien de résidents ?
- Répartition du temps si plusieurs structures

**3. Utilisez-vous un modèle de pratique ?**

- (Si oui) comment vous aide-t-il dans votre pratique ?

**4. Quelles sont vos missions au sein de votre structure ?**

- Objectifs et moyens
- Population
- Trouvez-vous les conditions nécessaires à la réalisation de vos objectifs ?
- Autres professionnels de votre structure ? Avec qui travaillez-vous ?

**Partie B : Participation sociale, dépression du résident, rôle de l'ergothérapeute**

**1. Comment définissez-vous la participation sociale ?**

- Interactions avec d'autres
- Rôles sociaux
- Spécificité pour les résidents en EHPAD ?

**2. Quel lien faites-vous entre la participation sociale et votre pratique ergothérapique ?**

- Moyens d'intervention
- Quelle population
- Autres professionnels travaillant sur la participation sociale des résidents ?
- Travail collaboratif avec eux ?

**3. Comment décrivez-vous une personne âgée dépressive ?**

- Description : tableau clinique, comportement...
- Leurs problématiques occupationnelles
- Leur participation sociale



#### 4. Comment intervenez-vous auprès de cette population ?

- Objectifs ?
  - o Revalorisation ? Contenance ?
  - o Favoriser participation sociale ?
  - o Co-construction des objectifs ?
- Moyens ?
- Contraintes et facteurs favorisant ?

#### 5. Existe-il d'autres moyens que vous aimeriez mettre en place ? Si oui, pourquoi ça n'est pas possible ?

#### Partie C : Retour de l'ergothérapeute sur sa pratique

1. Comment êtes-vous satisfait(e) de votre pratique au niveau de la participation sociale ?
2. Et votre accompagnement auprès des personnes dépressives ?
3. Quel est la place du versant psychologique de la personne dans votre accompagnement ?
4. Voulez-vous me faire part de certaines précisions ou revenir sur certains points concernant l'entretien ?

#### Remerciements et clôture de l'entretien

#### Annexe B : Répartition des heures de travail des ergothérapeutes selon les EHPAD et le nombre de résidents

	EHPAD	Nombre de résidents	Présence de l'ergothérapeute
E1	1	210	Temps plein
	2	350	Remplacement ponctuel
	3		(Si urgence / absence)

E2	1	60	1 jour/semaine (7h)
	2	65	1 jour/sem(4h)
	3	70	1 jour/sem (7h)
	4	85	1 jour/sem (7h)
E3	1	200	3 jours/sem
	2	100	1,5 jours/sem
	3	90	0,5 jour/sem

### Annexe C : Moyens pensés par les ergothérapeutes pour favoriser la participation sociale des résidents non mis en place

	Moyens pensés	Description
E1	Adapter le cadre institutionnel au rythme des résidents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhaite pouvoir jauger ces règles institutionnelles et permettre une adaptation plus douce des résidents au rythme de la structure</li> <li>• Les difficultés d'adaptation accentue la perte de repère pour une personne qui arrive dans la résidence, et peut impacter sa participation sociale (au moins momentanément)</li> <li>• Pense que cela permettrait de limiter l'isolement, les troubles du comportement, permettre l'alliance thérapeutique et la participation occupationnelle</li> <li>• <b>Obstacle</b> : difficulté d'organisation</li> <li>• <b>Facteur favorisant</b> : Pour certains résidents dépressifs, l'intégration des règles institutionnelles permet justement leur participation occupationnelle : les contraintes extérieures permettent de rythmer leur quotidien.</li> </ul>
	Mettre en place des activités proposées par les résidents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités signifiantes et rentrant dans leurs habitudes de vie (ex : pêche)</li> <li>• <b>Obstacles</b> : Manque de budget et de moyens humains / temporels pour organiser des activités adaptées au besoin de chaque résident</li> </ul>

<b>E2</b>	Participation des résidents à la mise des tables et au ménage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens permettant de favoriser l'engagement et les rôles sociaux</li> <li>• <b>Obstacle</b> : refusé par la direction qui « n'est pas dans cette démarche-ci »</li> </ul>
	Atelier jardinerie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'un jardin pour herbes aromatiques servant à l'atelier cuisine</li> <li>• Réunion avec les résidents pour les décisions organisationnelles</li> <li>• Distribution des rôles</li> </ul> <p><b>Obstacles</b> : difficulté d'organisation et d'adaptation environnementale d'accessibilité</p>
<b>E3</b>	Atelier de correspondances épistolaires entre résidents du groupement de structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité liée à leur génération</li> <li>• Intégration d'activités (écrire, aller chercher son courrier, le déposer...)</li> <li>• Richesse pour les liens sociaux</li> <li>• Intérêt pour la personne dépressive : pouvoir se livrer, s'exprimer et se sentir soutenue et comprise par d'autres résidents</li> <li>• <b>Obstacle</b> : Difficulté à mettre en place des activités thérapeutiques pour les résidents</li> </ul>

## **Annexe D : Entretien ergothérapeute 1 (retranscription)**

Les commentaires en **gras** correspondent aux interventions de l'ergothérapeute interrogée.

(Présentation et introduction, cf Annexe A)

*Est-ce que tu peux me raconter ton parcours professionnel depuis le début ?*

**Alors, je savais d'emblée, depuis la 3ème année par le biais des stages que j'étais vraiment plus à l'aise en gériatrie, en tout cas, en gériatrie et en lieu de vie j'ai envie de dire. C'était vraiment une population pour qui je me sentais vraiment utile et où je voyais vraiment l'intérêt au niveau du versant occupationnel dans mes missions d'ergothérapeute. Chose que je n'avais pas forcément retrouvé en rééducation, en tout cas sur les terrains de stage dans lesquels j'ai pu évoluer lors de mes études. Donc j'ai tout de suite commencé par travailler en EHPAD et surtout sur des postes où j'étais forcément entourée d'une équipe, car cela ne m'intéresse pas de travailler toute seule pour le bien-être des résidents. Pour moi, c'est vraiment important qu'il y ait une collaboration riche autour d'eux. Donc du coup en sortie d'école, je suis tout de suite sortie travailler en EHPAD.**

*Tu as eu le diplôme en quelle année ?*

**En 2019.**

*D'accord.*

**Donc je suis tout de suite sortie de l'école et je suis partie travailler en EHPAD, puis ensuite il y a eu le COVID, où l'on on a malheureusement connu des jours assez sombres. Notamment en tant qu'ergothérapeute, notre positionnement au sein de l'institution était devenu totalement différent. Donc cela m'a amené à changer de structure car je n'étais pas en cohésion avec leur éthique. Donc là je suis dans un nouvel EHPAD, avec toujours une population gériatrique.**

*Ça fait depuis combien que tu travailles là-bas ?*

**Depuis septembre 2020, depuis un an et demi.**

*Tu es en temps complet ou partiel ?*

**En temps complet.**

*D'accord. Quelles sont tes missions principales dans cet EHPAD ?*

**C'est assez riche. Je dirais déjà, maintien des capacités globales, que ce soit sur le plan moteur ou cognitif, avec bien sûr un sens pour les résidents, pour qu'on maintienne au maximum leurs occupations. Il y a aussi tout ce qui est prévention des chutes, préventions des fausses routes, soins palliatifs, toutes les missions de formations et de**

collaboration d'équipe pour avoir une prise en soin plus cohérente pour les résidents qu'on accompagne. Heu... Je dois sûrement en oublier beaucoup... Mais, pour faire en globalité, mes missions s'appuient vraiment sur les missions globales retranscrites sur la fiche de l'AFEG, l'association française des ergothérapeutes en gériatrie. Ça cible vraiment très bien les missions qu'on peut avoir en EHPAD, après, selon les actions qu'on mène, nous, on se sent de mener, on diversifie plus ou moins après en partant un peu plus loin et selon ce que les résidents veulent aussi, voilà.

*Et tu travailles avec d'autres professionnels ? Qui est-ce qu'il y a dans ta structure ?*

Alors moi j'ai la chance d'avoir déjà deux collègues ergothérapeutes, une à temps plein et l'autre à mi-temps. Donc on est à 2,5 équivalents temps-plein en ergothérapeutes. J'ai la chance d'avoir aussi, pareil, 2,5 équivalents temps-plein de psychomotricienne, on a une socio-esthéticienne avec qui on travaille, deux psychologues à temps plein. Après on a une équipe d'animation qui malheureusement est un peu vide car nous n'avons pas pu recruter. À la base, il y a 6 animateurs, mais il n'y en a plus qu'une et demi à l'heure actuelle. En tout cas, on est une équipe assez riche, du fait que ce soit un gros EHPAD.

*Il y a combien de résidents ?*

En fait on est un groupement. Moi, sur le site sur lequel je travaille, il y a actuellement 210 résidents, et c'est un établissement qui peut accueillir jusqu'à 250 résidents. On travaille en groupement, c'est-à-dire qu'on est amené à bouger sur d'autres structures du groupement quand on a une de nos collègues qui est absente, quand il y a une urgence, ou un poste vacant. Là, pour le coup, ça fait en tout, 4 autres structures qui sont certes plus petites que celle où je travaille, mais je pense qu'on n'est pas loin de 300 – 350 résidents, voire plus.

*Tu es amenée à bouger souvent ou tu restes quand même globalement sur ta structure ?*

Là à l'heure actuelle, depuis l'année 2022, je suis essentiellement sur ma structure car j'ai eu la chance d'avoir eu des collègues recrutées sur la fin de l'année dernière. Tous les postes sont pourvus à l'heure actuelle, donc pour le moment, je ne bouge qu'en cas d'urgence, absence d'une de mes collègues.

*Et au niveau de l'organisation, ça va ?*

**On fait avec hein, on s'adapte !**

*D'accord ! Je voulais savoir si tu utilises un modèle de pratique ?*

**À proprement parler... oui, je suis plus sur des modèles avec un versant occupationnel. J'essaye toujours d'avoir en ligne directrice le... MCREO, si je ne dis pas de bêtise ?**

*Oui c'est ça !*

**Voilà. Mais je n'utilise pas l'outil avec tous les résidents lors de mes entretiens car ça ne s'y prête pas forcément. Mais je suis toujours dans ce versant de chercher des objectifs qui ont du sens avec eux. Après, je n'utilise pas tout ce qui est cotation. En tout cas dans mes idées, je m'organise essentiellement avec des modèles occupationnels. Il n'y a que lorsque j'ai des résidents qui sont, comment dire, intéressés par un versant analytique, à se fixer sur des objectifs assez moteurs etc... Là oui, j'utilise peut-être un peu plus le MDH-PPH 2.**

*Et ça, comment est-ce que ça t'aide dans ta pratique ? C'est dans quel sens que tu l'utilises ?*

**Comme je te disais, je ne suis pas quelqu'un qui va les utiliser au pied de la lettre, mais je trouve ça très important de les avoir en tête au quotidien pour ne pas se perdre dans sa pratique. En fait, d'être toujours dans cette collaboration avec les résidents, on va créer des objectifs qui ont du sens pour eux par rapport à leurs habitudes de vie, aux occupations qui les intéressent, et chercher à atteindre ses objectifs ensemble parce qu'on est dans un lieu de vie où l'on a quand même le temps de pouvoir travailler tout ça. Et justement, gagner leur confiance par ce biais là aussi. Donc pour moi ça va être vraiment la création d'objectifs grâce à des modèles bien précis, justement, peut-être aussi se donner des échéances quand même, pour réévaluer où est-ce qu'on en est dans les suivis... Après, le modèle nous sert également à rédiger des comptes-rendus et des évaluations d'entrée. Même si dans cette structure, ce n'est pas vraiment valorisé, mais je le fais quand même pour ne pas me perdre dans ma pratique.**

*D'accord, donc ce serait pour organiser ta pratique ?*

**L'organiser, la structurer, structurer les comptes-rendus et l'évolution des suivis. Et justement, jauger à quel point on avance ou pas dans les suivis et se questionner ce qui va ou non avec nos résidents.**

*D'accord. Heu... Dans tes missions avec les résidents, ce serait quoi, en général, les objectifs que tu as ? Je sais que c'est très vaste, mais de façon principale, ce que tu rencontres le plus ?*

**Mmh... Est-ce que tu veux des objectifs formulés avec les résidents ou quelque chose de plus global ?**

*On peut aller du global puis on voit si c'est pertinent d'approfondir ?*

**Okay. Alors, les objectifs que je fais avec les résidents, c'est généralement déjà le maintien des capacités cognitives et motrices et des habitudes de la personne. Tout ça dans un but de créer un lien de confiance et maintenir un échange qui a du sens pour le résident. Ça c'est global pour le moment. Après, j'ai tout ce qui versant occupationnel, c'est à dire qu'à leur entrée, j'essaie d'en apprendre un maximum sur leurs habitudes de vie afin de voir s'il y a un besoin en ergothérapie, et s'il a un besoin d'aménagement de l'environnement pour leur sécurité et la prévention des chutes, et le maintien de leurs capacités qui naissent de ça. Après, j'ai tout ce qui est besoin occupationnel, c'est-à-dire, pour gagner aussi leur confiance, respecter leurs habitudes de vie mais surtout répondre à leurs besoins occupationnels comme je disais tout à l'heure. Là, ça s'organisera plus sur des sorties thérapeutiques, ou des investissements de groupes qui ont du sens pour eux, quitte à ce que nous, on s'adapte aussi si l'on voit que c'est une demande globale pour plusieurs résidents, de moduler nos groupes en fonction de leurs envies. Hum... Après, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Il y a tout ce qui est, quand je parlais de soins palliatifs tout à l'heure, chez des résidents plus dépendants par exemple, en soins palliatifs, ou alors avec des besoins d'accompagnement total pour toutes les activités de la vie quotidienne. Là, on a des objectifs d'apaisement, de relaxation, de bien-être pour eux. On va voir ensuite en fonction de leur profil, avoir des objectifs autour de la limitation des troubles du comportement, où leur permettre de trouver des techniques pour qu'ils s'apaisent plus au quotidien et favoriser la collaboration avec l'équipe soignante qui les accompagnent. Ou alors, vraiment sur le versant palliatif, où l'on va être plus sur les activités de la vie quotidienne, mais aussi sur un versant d'apaisement, et donc répondre sur par exemple, les limitations de rétractions... Enfin, optimiser leur confort au quotidien. J'ai envie de dire qu'on va vraiment chercher à travailler la participation sociale, notamment pour des résidents qui sont en capacités d'échanger et de créer des objectifs avec nous. Par contre, chez des résidents très dépendants et pas en capacités d'exprimer leurs objectifs, on va voir avec l'équipe ce qui semble être important, collaborer aussi avec la famille quand c'est possible, et leur proposer un**

**accompagnement qui est respectable et qui leur permet d'avoir un certain bien-être au quotidien.**

*D'accord ! Et du coup, en parlant de participation sociale, qu'est-ce que c'est pour toi ?*

**Alors, j'ai fait mon mémoire là-dessus, donc c'est assez lointain mais pas trop comme ça faisait partie de mon mémoire. Mais pour moi, on est sur la personne dans sa création d'objectif, son suivi, son bien-être au quotidien pour qu'elle s'intègre au mieux avec nous, aussi bien dans la sphère de l'environnement humain qu'elle a autour d'elle, les autres résidents aussi, la sphère vraiment environnementale, c'est-à-dire qu'elle s'intègre vraiment dans l'institution. Et aussi, après, vraiment, c'est développer ce lien qu'il y a avec elle et nous de manière à ce qu'on réponde au mieux à ses habitudes de vie.**

*D'accord. Est-ce que ça te parle la notion de rôle social ?*

**Oui, oui ! Pour certains résidents, ça me paraît cohérent, pour certains mais pas tous.**

*Aurais-tu des exemples de rôles sociaux qu'ils pourraient avoir ?*

**Alors, nous, comme je te l'ai expliqué, on est une grosse institution donc il y a pas mal d'opportunités qui sont données aux résidents qui ont envie de s'investir dans cette sphère sociale. C'est-à-dire qu'on a des résidents, qui déjà sont en capacité d'exprimer les besoins des résidents de leur étage, qui sont représentants des envies qui sont communes aux résidents du service, quand c'est possible. Sinon, on a tout ce qui est conseil de vie sociale... En tout cas, au sein de l'institution, ils ont leur parole. Même, sur tout ce qui est commission des menus et tout ça, on essaye de représenter chaque service pour optimiser au mieux leurs souhaits, ce qu'il y a à améliorer la structure. Après, au-delà de l'EHPAD, pour les rôles sociaux, ce sont des résidents qui restent des citoyens, donc qui sont inscrits dans la culture de leur ville, dans les événements de leur ville, que ce soit par le vote, la participation auprès des petits marchands de leur ville qu'ils connaissent, ... Après au niveau des événements organisés par l'EHPAD aussi, on organise des brocantes, des marchés de Noël, tout ce genre d'événements où ils ont leur place pour être en échange avec les gens de la ville et les gens de l'extérieur qui viennent, et ils ont tout leur rôle dans la vie de la ville en fait ! Pour moi, ça s'éteint vraiment au-delà de l'EHPAD.**

*Et comment vous, vous accompagnez les résidents vers ces rôles sociaux-là ?*



Alors ça c'est propre à chacun, ça dépend de ce qu'ils veulent eux. Ils n'ont pas tous les mêmes rôles sociaux et n'en font pas tous autant. Il faut vraiment que cela ait du sens pour eux, un intérêt, et que ça les motive en fait. On cherche vraiment toujours leur adhésion par rapport à ces rôles sociaux qui, justement les investissent dans des occupations très précises au quotidien. Hum, comment on les accompagne ? Je dirais que cela dépend de leurs objectifs. Pour certains, on va élaborer des objectifs avec eux et voir leurs besoins. Il y en a qui vont avoir besoin de maintenir important avec les petits commerçants de proximité etcetera. Donc quand on a à avoir par exemple des groupes avec des courses spécifiques à faire, on va privilégier les commerçants de proximité et accompagner ces résidents-là pour qu'ils se sentent utiles. Et derrière, on est vraiment, comment dire, on voit plus les objectifs avec eux, tout en leur laissant une certaine indépendance. Après sinon, sur des choses toutes bêtes, là on était en période électorale, et beaucoup de résidents ont voulu aller voter. Donc effectivement, on a cherché à faire participer un maximum les familles pour qu'ils puissent être un peu connus dans leurs rôles de citoyen. Et pour ceux qui n'avaient pas d'entourage proche pour les accompagner, et bien on a fait en sorte que les animateurs puissent avoir un roulement pour les accompagner voter par exemple. Sinon, il y a beaucoup d'évènements organisés par la mairie à des périodes-clés, surtout en fin d'année où les résidents peuvent échanger avec le maire par exemple, ou ce genre de choses. Et puis sinon, au sein de la structure, c'est organiser des temps d'échanges, justement pour qu'on puisse évaluer au mieux leurs souhaits sur certaines thématiques. Là, ils ont toutes leur place pour exprimer leurs souhaits, bien qu'ils puissent être variés selon les résidents et selon les services etcetera.

*C'est quels professionnels qui font tout ça ?*

Hum... Alors moi je dirais qu'en tant qu'ergothérapeute, dans le rôle que j'ai à l'heure actuelle, je ne vais pas dans autant de bulle sociale. C'est-à-dire que je travaille en individuel avec eux, peut-être avec quelques collègues sur les sorties et accompagnements où il y a besoin.

Quels collègues par exemple ?

Surtout les animateurs et les psychomotriciennes, avec bien sûr l'aval de notre cadre de santé qui valide tous les projets qu'on mène avec les résidents. Alors, pour moi c'est important qu'on maintienne leurs rôles sociaux pour qu'ils se sentent écoutés, qu'on ait ce lien de confiance qui perdure et qu'ils se sentent vraiment utiles sur les rôles

**sociaux qui leurs sont importants. Mais je n'irais pas jusqu'à accompagner les résidents voter. Mon travail ne me le permet pas. Par exemple, je ne peux pas travailler les week-ends, hormis évènements spécifiques comme par exemple les marchés de Noël. Oui, effectivement pour accompagner les résidents qui souhaitent être dans cet investissement de rôle social qui a du sens pour eux, mais comment dire... pas tout le temps.**

*D'accord. Parce que ce sont plus des contraintes temporelles, c'est ça ?*

**Alors temporelle, et puis c'est surtout que pour autant de résidents, on ne peut pas aller aussi loin quotidiennement. On peut les aider pour certaines étapes, mais justement, je pense que ça fait partie de cette participation, de favoriser leur indépendance. C'est-à-dire qu'on les aide sur une étape, mais il faut aussi qu'eux se motivent, et qu'ils essayaient de tout, justement, avec l'environnement qui est là pour accomplir le rôle social qui a du sens pour eux.**

*Tu parles beaucoup de lien de confiance, hum... Pour toi, comment ça joue dans la pratique, qu'est-ce que ça fait ?*

**Hum... Je pense que quand on parle de lien de confiance, on parle aussi beaucoup de distance thérapeutique... Voilà, tous ces concepts-là sont essentiels je trouve quand on est dans un lieu de vie, car c'est et une question de respect de la personne, et une question de créer une collaboration durable avec eux en fait. Et à mon sens, c'est un pilier pour leur participation sociale. Si on n'a pas ce lien de confiance, on n'a pas une participation sociale durable, c'est clair et net. Notamment, je pense que tu parlais des résidents qui ont des états dépressifs, si on recherche à avoir leur adhésion, si on ne crée pas un lien de confiance étroit, et qu'on n'essaye pas de l'entretenir durablement, on aura pas du tout un échange riche, j'ai envie de dire. Ça passe par la communication, par répondre aussi bien à leurs besoins essentiels qu'occupationnels au quotidien, c'est un travail, vraiment d'équipe. Ça n'est pas juste moi en tant qu'ergothérapeute qui vais faire ça. Mais en tout cas, en individuel, c'est hyper important de prendre en compte leurs histoires de vie, leurs habitudes, et respecter ça au maximum, hum... et bien, pour qu'ils soient en lien avec nous en fait, et justement avoir cette confiance qui se construit petit à petit.**

*D'accord. Pour toi, c'est quoi leurs problématiques occupationnels ? Aux résidents qui ont un état dépressif ?*

Hum... Écoute, globalement, je pense que ce sont des gens qui ont des envies occupationnelles ou même au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ), mais qui, de par leur état dépressif, vont entrer dans un isolement important, et qui ne vont pas forcément aller saisir toutes les interactions qu'on leur propose au quotidien. Et c'est cet isolement qui va faire que des fois, ils vont mettre de côté certains besoins occupationnels, aussi bien les activités de la vie quotidienne que tout ce qui est autre, vraiment, occupationnel au quotidien... Les loisirs qu'ils ont, les activités en famille, ou ce genre de choses. Les résidents que j'ai moi, la plupart du temps, ce qui ont un état dépressif, il faut vraiment maintenir un échange avec eux, pour comprendre qu'est ce qui pose le plus problème. Est-ce que c'est les activités de la vie quotidienne ou est-ce que c'est vraiment le versant occupationnel au quotidien, où il y a cette apathie, ce, comment dire... Cet isolement dans les échanges, ils se mettent en retrait, ils ne participent pas aux activités de groupe, voire même pas au suivi individuel pour certains, tellement ils sont repliés sur eux-mêmes. Donc on va vraiment essayer de leur faire retrouver une motivation, quelque chose qui a du sens pour eux, et justement, chercher leur adhésion pour qu'ils participent dans quelque chose qui pourrait limiter cet isolement au quotidien. Et petit à petit, avec le lien de confiance, on voit si on peut un peu plus diversifier les choses. Mais pour moi, le problème occupationnel au sens large, pour répondre à ta question, c'est vraiment, aussi bien les AVQ, ils ne vont pas vouloir se laver, pas pouvoir venir manger à table avec les autres résidents... Hum, ils vont rester devant la TV dans leur chambre, alors que parfois ce sont des gens qui adoraient la pétanque, et qu'ils vont refuser. Fin voilà, c'est quelque chose qu'ils apprécient, pourtant, donc il va vraiment falloir chercher une motivation et entretenir ce lien de confiance pour avoir une vraie participation de leur part.

*D'accord. Donc, les objectifs si je comprends bien, ce serait qu'ils sont remotivés ?*

Remotivés, créer un lien de confiance, favoriser les échanges au quotidien avec l'ensemble de leur environnement humain en fait, que ce soit les soignants comme les résidents de leur étage. C'est limiter leur isolement, justement en tentant de favoriser leur participation sociale dans les occupations qui ont du sens pour eux. Tout ça quoi, tout ça est lié. Ce n'est pas juste les remotiver. Si je n'ai pas la confiance qui va avec ou si je ne comprends pas les occupations qui ont du sens pour les résidents, ça bloquera au bout d'un moment. C'est vraiment cet ensemble-là qu'il faut chercher à avoir.

*Et ça tu le fais par le biais de quoi ? Par quels moyens ?*

**Hum... Par quels moyens... (rires). Déjà, je pense que quand ils arrivent, je fais le bilan d'entrée. C'est-à-dire que je prends le temps d'être déjà dans l'échange avec eux, apprendre à les connaître, et creuser sur leur histoire de vie, et justement, qu'ils me livrent les occupations qui ont du sens pour eux. Et puis après, avec mes collègues, on va voir quel suivi proposer : individuel, de groupe, les deux, ou pas, ou juste des interventions ponctuelles pour chercher petit à petit à avoir cette motivation du résident et la faire perdurer. Hum... Voilà, apprendre à les connaître au fur et à mesure, et on va avoir des surprises ! C'est-à-dire qu'on va les inviter à des groupes, ça va être « Non, non, non » et puis on va avoir un « Oui » et voilà, on va découvrir le résident sur un autre versant, aussi bien en individuel aussi... Enfin, je dis « groupe » mais même en individuel, c'est un travail de longue haleine quoi.**

*En individuel tu fais quoi avec eux ?*

**Ça dépend de leurs besoins, de ce qu'on a créé comme objectif. Pour les résidents que j'ai qui sont plus issus de la psychiatrie depuis un certain temps, on va plutôt être sur des activités qui ont du sens pour eux. Des fois ça peut être de la cuisine, des fois, juste faire des balades, ou tout ce qui parcourt moteur ou sport adapté. On va vraiment chercher à trouver une activité qui leur plaît, même si on arrive à les saisir que de temps en temps, juste sur une sortie thérapeutique, hum... En fait, on va se saisir de ce qui est important pour eux et voir ce qui les intéresse au quotidien. Ça peut être vraiment diversifié. On peut être aussi sur les ateliers de relaxation, soins et bien-être, avec des bains thérapeutiques où on va du coup faire intervenir la socio-esthéticienne qui pourra grandement nous aider aussi. Car si la personne accepte à prendre soin d'elle, elle va être amenée à être plus ouverte aux autres car elle est déjà dans un cheminement où il y a une prise de confiance et elle essaye d'avancer, sortir de cet isolement par ce biais-là. Enfin bref, c'est très diversifié car ça dépend vraiment de ce qui a du sens pour eux.**

*Mmh... Comment se fait-il que la personne passe de l'isolement à la reprise de participation sociale ? Qu'est-ce qui se passe en elle ?*

**Ça, ça n'est pas toujours facile à comprendre parce que parfois ce ne sont pas des résidents qui souhaitent creuser tout ça et échanger là-dessus. C'est très personnel, c'est leur intimité. Là, pour le coup, c'est vraiment entrer dans leur intimité. Moi, je pense que c'est globalement, quand cela fait longtemps qu'on y travaille et qu'on arrive à avoir un déclic à un moment où on passe à cette phase d'isolement à un moment où «**

Je rentre dans une participation quelle qu'elle soit dans une activité en groupe ou pas en groupe » , juste, à une évolution... Je pense déjà que c'est parce qu'il y a une intégration, même minime, de la personne dans l'institution, donc là en EHPAD, ou en tout cas, un lien de confiance qui commence à durer avec les soignants qui l'entoure. Ou alors, justement, peut-être juste une personne qui trouve du sens avec les autres personnes qui l'entourent par exemple dans le service ou ce genre de chose. Il y a forcément quelque chose qui s'est créée qui a fait que la personne, elle-même, de son bien-être personnel, il y a quelque chose qui a évolué quoi. *Okay. Mince m'a question m'a échappée ! (Rires). Sinon, est-ce que les objectifs, tu les co-construis avec les personnes, ou pas forcément ?*

J'essaye au maximum car cela nous permet de ne pas se perdre dans notre pratique en ergothérapie. J'essaye au maximum de le faire avec elles quand elles sont en capacité de collaborer, car je travaille également avec des résidents qui ont parfois de gros troubles cognitifs. Comme je te disais tout à l'heure, c'est pour ça que je ne peux pas me permettre d'utiliser tout le temps des outils des modèles conceptuels car ça ne s'y prête pas forcément pour tout le monde. J'essaye au maximum, après quand ils ont, soit des troubles cognitifs trop évolués, soit qu'ils ne sont pas en capacité à avoir des échanges verbaux cohérents, là pour le coup, on va plutôt essayer de voir par rapport à leurs histoires de vie, ou en tout cas les difficultés occupationnelles qu'ils ont au quotidien. On y travaille en équipe et on essaye de voir si l'on ne peut pas élaborer des objectifs. Et après, s'il y a quelque qui se débloque auprès du résident, on réajuste avec lui. On fait au maximum mais je ne peux pas dire qu'on le fait constamment ça n'est pas vrai, car il faut prendre en compte le profil du résident aussi.

*Ouais. Quand tu dis « l'équipe » , il s'agit de qui ?*

Et bien pareil, j'essaye de travailler au maximum avec mes collègues psychomotriciennes. D'ailleurs j'ai oublié le kiné, on a aussi un kiné dans l'EHPAD mais comme il est en libéral, le travail des objectifs on ne peut pas vraiment le faire avec lui. Mais en tout cas, pour les résidents qui ont des objectifs sur le plan moteur assez précis, on essaye de collaborer au maximum avec toutes les spécificités qu'on a. Il faut profiter de ça aussi, ce n'est pas dans tous les EHPADs qu'on a cette richesse-là. Quelle que soit la problématique occupationnelle, selon si c'est pertinent ou pas, j'essaye au maximum de travailler avec les psychomotriciennes, la socio-esthéticiennes,

les animatrices, même mes collègues ergo sur certaines problématiques au quotidien, on a tous besoin à un moment d'échanger d'ensemble, passer le relais... Voilà. *D'accord. Là, par exemple avec tes collègues psychomotriciennes, quelles sont les spécificités que tu as et qu'elles ont chez... Enfin, dans votre intervention auprès d'un résident dépressif ?*

**Hum, les spécificités... Alors, je pense que nous en tant qu'ergothérapeute, il ne faut pas oublier qu'on a vraiment cette interaction entre la personne, l'environnement et les occupations. Et ça, c'est vraiment la ligne directrice qu'on a tout le temps au quotidien. Alors que ma collègue psychomotricienne, on va chercher à créer durablement un lien de confiance avec la personne. On peut avoir des objectifs en commun, sauf qu'on n'a pas la même manière d'intervenir, nos spécificités sont différentes. Peut-être que ma collègue psychomotricienne va comprendre quelles occupations sont importantes pour la personne, mais elle, elle va vraiment passer par des moyens de... Comment dire ? De prise de conscience corporelle, de travail de la confiance par cette manière, par l'image de soi, ou en tout cas par le versant sensoriel pour répondre en complémentarité à des objectifs qu'on a en commun. C'est là où nos missions se croisent et c'est d'autant plus riche car on arrive d'autant plus à aider le résident à atteindre son objectif.**

*Okay ! Et toi, du coup, ça va être par le biais de l'occupation et de l'environnement comme tu me l'as dit, mais est-ce que tu aurais des exemples ?*

**Hum... Donc des exemples pour créer des objectifs avec les psychomotriciennes par exemple ?**

*Oui.*

**Des exemples concrets pour que ça ait du sens... Toujours chez les résidents dépressifs ?**

*Oui.*

**Voilà. J'ai un exemple en tête. On a eu un résident qui est entré il n'y a pas longtemps, et qui est très isolé dans sa chambre, qui a un parcours de vie pas très facile, où il a beaucoup trimé par rapport à ses situations de handicap essentiellement au niveau psychique, ce qui a beaucoup limité ses rôles sociaux. C'est un résident où justement, on a d'abord pris le temps de créer ce lien de confiance, cet échange, qu'il comprenne quel est le rôle de chaque soignant dans la structure, pour pouvoir l'aider dans les besoins occupationnels dont il nous faisait part. C'était vraiment au début, des choses,**

hum... Limitée vraiment à tout ce qui est AVQ : ses besoins alimentaires, comment lui il a son rythme etcetera... Tout en lui faisant comprendre que comme il se trouve dans une institution, il a aussi un cadre institutionnel à respecter quoi qu'il advienne. Pour aller fumer, c'est jusqu'à une certaine heure, ce genre de choses... Bref. En gros, on lui a permis d'avoir, de répondre à tous ses besoins du quotidien. Ça n'empêche, que selon des personnes, il sortait plus ou moins de sa chambre, venait plus ou moins à table... Puis au fur et à mesure, on s'est rendu compte qu'il aimait beaucoup lire, qu'il aimait la musique, et échanger avec les autres, bien qu'il soit plus jeune que les résidents de son étage par exemple. Ça aussi ça met un peu une petite barrière pour investir pleinement sa participation aux activités du quotidien etcetera. Bref, on a du coup remarqué qu'il y avait déjà potentiellement un petit souci au niveau de son isolement, il y avait forcément une raison pour laquelle il restait toujours en chambre comme ça. Et du coup, on s'est posé des questions aussi sur ses besoins essentiels : se laver, manger... On savait qu'il était assez irrégulier là-dessus. On a fait tout un travail, commencé à gagner sa confiance, avec les aides-soignantes. On y est allé petit à petit, puis finalement il a compris qu'on n'était pas là pour l'embêter. Il a commencé à sortir un peu plus, ne serait-ce que pour ce qui est cadre institutionnel. Enfin, il est venu aux repas. Bon, de temps en temps il loupe mais dit toujours pourquoi, au moins il se justement. Et puis ensuite on a commencé à lui proposer des sorties thérapeutiques car c'est un monsieur qui aime aller acheter ses cigarettes etcetera. On s'est permis de le laisser faire en indépendance. On l'a guidé pour lui montrer, pour lui montrer, l'accompagner, pour qu'il puisse le faire en indépendance. Et on lui a aussi proposé tout ce qui est sorties thérapeutiques, c'est-à-dire on préparait nos groupes, auquel il ne participait pas forcément, puisqu'on lui propose mais il n'a pas encore sauté le pas d'intégrer les groupes de cuisine, le sport adapté... Par exemple, on va faire une semaine détente, une semaine gym douce, peu importe... Il n'a pas encore sauté le pas à l'heure actuelle pour venir dans les groupes mais il a accepté le suivi individuel avec ma collègue psychomotricienne par rapport à ses troubles de l'équilibre, pour pouvoir continuer à sortir en ville en sécurité, si l'on veut dire ça comme ça. Voilà, il a accepté ce suivi avec ma collègue, toujours aussi avec un travail de l'image de soi par rapport à son histoire de vie et la prise de confiance qu'il doit avoir en lui et avec l'équipe. Et moi derrière, en tant qu'ergo, j'ai toujours continué à lui proposer ces sorties thérapeutiques adaptées, pour peut-être un de ces quatre, il nous fasse le plaisir de

**venir participer à une activité qui a du sens. Peut-être que ça ne sera pas avec nous car la cuisine ou le sport ça n'a pas de sens pour lui, mais peut-être qu'un de ces quatre il va venir à une animation avec l'animatrice, où ce sera la revue de presse, des choses comme ça, vu qu'il aime lire, peut-être qu'on arrivera à le capter par ce biais-là. Voilà un exemple concret.**

*Donc c'est vraiment dans la recherche de ce qui est signifiant pour lui, et dans la dynamique de confiance à l'autre... Parce que quand tu dis confiance à l'autre, c'est l'alliance thérapeutique c'est ça ?*

**Tout à fait, tout à fait.**

*D'accord. Est-ce qu'il y a des contraintes ou justement des facteurs qui favorisent les moyens et les objectifs que tu donnes auprès de ces résidents-là, les résidents dépressifs, pour favoriser la participation sociale ?*

**Hum... Déjà, tout ce qui est contraintes institutionnelles, hein. Je pense qu'il ne faut pas se leurrer. C'est tout bête, mais, un résident qui est dans un état dépressif, qui t'explique que chez lui, son organisation du temps, c'est qu'il va prendre sa douche le soir, et que nous, c'est une institution, donc on ne peut pas lui proposer une douche le soir par exemple... Toutes ces contraintes institutionnelles-là c'est compliqué. Quand tu es avec un résident qui est sur le repli sur soi, qui s'isole beaucoup, que pour lui au début ça n'est pas facile car il a perdu tous ses repères, mais que malgré tout, dès le premier jour, il est obligé d'aller manger en collectivité dans la salle à manger commune... Bon. Ça a du positif mais aussi du négatif au départ, parce qu'il est dans une telle instabilité, à son arrivée en EHPAD... Que ça fait peut-être beaucoup pour lui en fait. Ce serait bien si l'on pouvait jauger au fur et à mesure certaines choses, les adapter par rapport à leurs habitudes de vie. On ne peut jamais le faire complètement, mais je trouve en temps qu'ergothérapeute, rien que par rapport à leur rythme de vie, tu as des contraintes institutionnelles. On ne pourra jamais s'adapter totalement, on peut en partie, mais pas totalement. Pareil, pour l'heure des repas, ce genre de choses... Je trouve que c'est contraignant pour les résidents, et ça peut les limiter momentanément dans leur participation. Après, peut-être qu'il y a des choses où ça va couler, qu'il y aura des choses où ils seront obligés de se plier à certaines contraintes institutionnelles. Après, il y a d'autres choses où par contre, ils ne vont pas lâcher le morceau, et nous on respectera ça aussi de notre côté. Donc oui, les contraintes**



**institutionnelles ça peut bloquer, après il y a tout ce qui est... Hum, au niveau budget, moyens humains, pour organiser des sorties ou en tout cas des activités qui aiderait les résidents à encore plus s'impliquer dans cette participation sociale et leurs rôles sociaux. Après, qu'est-ce qu'il y a d'autres... Je pense que j'oublie pleins de choses hein, je ne fais pas une liste complète ! (Rires) Il y a énormément de facteurs qui peuvent entrer en jeu.**

*Et est-ce qu'il y a des facteurs qui favorisent ? Là, tout à l'heure, tu disais qu'au niveau des repas, ça pouvait être un facteur défavorisant, mais qu'il y a quand même du positif. Tu entends quoi par-là ?*

**Ah mais, parce que je pense que ça dépend de la personne, des profils ! Pour certains, au contraire, pour certains résidents dépressifs, le fait de pouvoir manger à table avec les autres parce que c'est une règle institutionnelle... Et bien justement, ils vont s'en saisir en se disant « C'est le seul moment de la journée où je vais y aller et échanger avec les autres » . Donc après ils échangent plus ou moins avec les résidents s'ils s'apprécient, s'ils ont envie d'être dans cet échange ou pas. Et puis il y en a d'autres qui vont le prendre vraiment comme une contrainte, car c'est un repas imposé à telle heure et ils aimeraient avoir des horaires flexibles. Tout dépend de comment ils investissent le repas en fait, si se focalise par exemple sur le repas par exemple hein, il y a pleins d'autres occupations où l'on peut trouver des bénéfices et des inconvénients pour leur participation.**

*Est-ce que toi, tu as des moyens que tu aimerais mettre en place, qui sont soit pas possible, soit que tu n'as tout simplement pas mis en place, pour favoriser la participation sociale, toujours chez des résidents en état dépressif ?*

**Hum, comme je te disais, je pense qu'en tant qu'ergothérapeute, je pense que ce serait vraiment génial si l'on pouvait encore plus s'adapter au rythme de vie de chacun. Après, ça devient compliqué quand tu es sur une structure très grosse comme la mienne. Si j'ai 150 résidents qui me disent « Bah moi je veux telle occupation à telle heure, et telle à telle heure » , je ne vais plus m'en sortir. Et c'est bien pour ça qu'on pose un cadre institutionnel que tout le monde doit respecter. Mais je pense sincèrement que ça pourrait contribuer à tous les objectifs qu'on a déjà cité précédemment... Aussi bien pour limiter l'isolement, les troubles du comportement, chercher à avoir leur adhésion et voilà, maintenir cette alliance thérapeutique**

durablement... Tout ça, si on arrive encore plus à s'adapter au rythme de vie du résident, ça serait aidant pour qu'ils s'investissent d'autant plus. Il y a déjà de ça. Je pense qu'on a aussi des contraintes sur le fait qu'on ne peut pas répondre à tous leurs besoins occupationnels ! On essaye de faire un maximum, mais c'est vrai, je pense qu'il y a des choses qu'on ne peut pas se permettre en termes d'activités ou sorties thérapeutiques, soit par rapport au budget, soit par rapport à l'organisation que ça nécessite. Il y a des choses qu'on ne peut pas faire mais qui pourtant serait pertinent pour aider ses résidents qui ont des besoins occupationnels particuliers.

*Tu as un exemple ?*

Hum... Qu'est-ce que je peux te donner comme exemple... J'ai un résident qui adore aller pêcher ! Sauf qu'ils vont être... Allez deux, à aimer la pêche. Je ne peux pas faire un projet pêche adaptée où l'on part une fois par mois à la pêche, alors que moi-même je suis assez débutante en pêche, et ça n'est pas mes collègues qui vont m'aider à ce niveau-là ! (Rires) Et c'est du matériel qui coûte très cher... Donc je pense que ma direction va me dire « Vous êtes bien mignonne, mais un projet qui nécessite un tel budget... », car aussi, on va dans des étangs où tu payes à la journée ou la demi-journée, qu'il faut ramener le matériel, qui faut qu'il soit adapté pour les personnes qui veulent faire cette activité... Bon bah je vais me retrouver limitée. Alors que si c'est un résident qui nous demande une sortie au musée car c'est une personne qui aime l'art et spécifiquement peut-être un artiste ou quoi... Alors là oui, peut-être qu'on pourra se démener pour répondre à son souhait. Oui, il y a des occupations qui sont plus réalisables que d'autres.

*D'accord, okay. Hum... Toi, au niveau de la satisfaction que tu as de ta pratique, toujours au niveau de la participation sociale, comment es-tu satisfaite de ça ?*

(Rires) Je pense qu'on peut toujours s'améliorer hein ! En tout cas je ne dirais jamais que ce sera parfait car je suis très perfectionniste, personnellement. Donc je sais que j'aurais toujours à m'améliorer car il y a toujours des périodes où tu te dis « Oula, là, je me perds dans ma pratique et il faut que je fasse mieux » et notamment pour cette participation sociale. Petit à petit, avec l'expérience, il faut avoir cette ouverture d'esprit et essayer de s'adapter au mieux. Et au début, peut-être quand j'étais débutante... ça n'a pas été facile. Et aussi avec le contexte sanitaire, on a tellement été limité, ça a tellement restreint les VQ et les occupations du résident... Même toi en tant qu'ergothérapeute, je trouve que ce n'est pas facile d'être satisfaite de comment tu

aides les résidents à s'impliquer dans leur participation sociale et à accomplir leurs objectifs dans ce sens-là. Rien que ça déjà, avec le regard que j'ai, avec mon peu d'expérience à l'heure actuelle, je me dis que j'aurais toujours à évoluer là-dessus. IL faut garder je pense, cette flexibilité, pour que tu t'améliores au quotidien. Comme quand on parle de veille professionnelle ect... Ça va toujours dans le sens de s'améliorer et à apprendre même en étant diplômé. Donc je suis satisfaite car j'essaye vraiment de faire rentrer ce versant occupationnel en EHPAD, et que je ne suis pas une « marchothérapeute » ou ce genre de chose comme on peut le voir dans des petits EHPADs où l'on est tout seul. J'ai la chance d'avoir cette richesse d'équipe qui mène à cheminer sur ce côté de participation sociale et à prendre en compte vraiment le résident dans son environnement et avec ses occupations. Je suis satisfaite mais il y a toujours à améliorer.

*Qu'est-ce qui fait que l'équipe t'aide en ça ?*

Ah bah c'est une force hein ! Comme j'ai pu t'en parler auparavant, on est complémentaire, même pour les résidents, c'est essentiel qu'on soit plusieurs. Ça nous permet aussi de pouvoir s'adapter et proposer plus de choses pour les résidents... Que ça soit en termes d'activités, d'accompagnement. Ça crée déjà entre nous, comme dire, une force d'équipe, une richesse, et pour les résidents, c'est d'autant plus bénéfique parce qu'ils peuvent se saisir de ça. Et derrière, on répond d'autant plus à leurs besoins occupationnels.

*Tu penses que c'est quoi qui t'aurait fait devenir une « marchothérapeute » ?*

(Rire) Je pense qu'il ne faut pas se leurrer, à l'heure actuelle... il y a énormément de professionnels qui connaissent très mal nos métiers paramédicaux : ergothérapeutes, psychomotriciennes... Je pense qu'il y a une méconnaissance qui reste à bas bruit, en tout cas dans ma structure. Et par manque de moyens, le kiné par exemple, c'est connu que dans les EHPADs on n'a jamais assez de kinés. On peut avoir des prescriptions qui nous mènent à des suivis complètement incohérents en fait, on l'on n'a pas notre rôle là-dedans en fait. Donc c'est important de ne pas perdre le fil rouge en fait.

*C'est dans le sens où moins il y a de professionnels, et plus tu as à remplir les missions d'autres personnes en fait, c'est ça ?*

Hum... C'est un peu ça. Je pense qu'il y a des médecins qui ne sont pas au fait de certaines choses et qui vont se dire « Ah bah tu fais de la rééducation donc tu peux répondre à tous les sujets sur le plan moteur, analytique et voilà » . Non, ça n'est pas

ce qu'on cherche. Justement, en ayant ces modèles occupationnels en ligne directrice, oui, je construis des objectifs qui sont en cohérence avec le résident, mais mon objectif ça ne va pas de le faire remarquer en trois semaines, non. L'objectif ça va être par exemple, une résidente qui va me dire « Moi j'aimerais retourner marcher dans le jardin ». Ça implique un travail hyper important, surtout que le jardin n'est pas très adapté pour les personnes âgées, ah certes il est magnifique mais le risque de chute est énorme ! Donc là, oui, okay, on aura créé un vrai objectif ergo. Il faut vraiment que l'institution comprenne notre place auprès des résidents... marcher pour faire marcher, non ça n'est pas ça notre rôle.

*Quand tu disais au début que la participation sociale, quand tu as commencé à travailler, c'était compliqué... Tu sous-entends quoi ?*

Bah c'était compliqué parce que comme je t'ai dit, je suis sortie en 2019 de l'école, et le COVID est arrivé en mars 2020. Donc déjà j'étais débutante, donc il y a aussi les relations avec le personnel, la confiance en toi, comment tu t'adaptes dans tes missions, au sein de l'institution où tu bosses. Le travail personnel humain déjà, et une fois que j'ai pris confiance en moi, le souci c'est que j'étais dans une institution qui avait une vision très fermée de l'occupation que nous, ergo, on peut amener pour les résidents. L'occupation pour eux c'était savoir faire sa douche, manger, participer aux animations et c'était tout. Sortir de la structure c'était juste inenvisageable quoi... Et quand le COVID est arrivé je n'en parle même pas. La vie des résidents se limitait à ça. C'était une structure qui nous prenait pour des marchothérapeutes quoi.

*Tu m'as parlé de ta satisfaction pour la participation sociale, et auprès de la population des personnes dépressives ?*

Je pense que j'aurais toujours à me perfectionner. Mais ce qu'on ne s'est pas dit lors de l'entretien, tu parles de personnes dépressives, mais souvent quand ils arrivent en EHPAD, y'a pas seulement l'état dépressif en fait, il y a aussi d'autres pathologies à côté. Le tout fait qu'on aura toujours à apprendre, tu ne traites pas juste une pathologie, tu accompagnes une personne au sens large, avec son histoire de vie, tout ça... Donc pareil, j'aurais toujours à apprendre sur l'accompagnement avec ces personnes-là. J'en suis satisfaite car à l'heure actuelle, je pense que c'est vraiment important de les accompagner sur le versant occupationnel, mais il y aura toujours à s'améliorer. Je suis désolée je ne dirais jamais que je suis satisfaite !

*(Rires)*

*Oui mais tu l'es quand même !*

**Oui, je me sens utile pour eux et je sens que c'est réciproque.**

*Oui, tu vois que ça a un intérêt ?*

**Oui.**

*Et, est-ce que ce versant psychologique, c'est quelque chose qui est important pour toi dans ta pratique ?*

**Oui, indispensable ! Je ne dis pas que c'est de mon ressort personnel en tant qu'ergothérapeute, mais je pense que si tu le mets de côté et que tu le nies, et que tu fixes seulement sur ton rôle d'ergothérapeute auprès de la personne, et que tu ne prends pas en compte cet aspect psychologique, tu n'arriveras à rien dans ton suivi. Je l'ai déjà vécu en stage, en rééducation, et c'est pour ça que j'en ai eu un mauvais vécu, c'est que j'avais vraiment l'impression d'être là pour accompagner une personne par rapport à une pathologie traumatique ou ce genre de chose, mais qu'on mettait beaucoup de côté l'aspect psychologique en fait. On n'écoutait pas les gens sous prétexte qu'ils devaient sortir dans trois mois, voilà. Et c'est le système hospitalier qui veut ça hein, c'est le rouage français qui fonctionne comme ça pour qu'il y ait une certaine rentabilité et tout ça... Mais voilà c'est un aspect qui ne me plait pas car en tant qu'ergothérapeute on ne peut pas faire que de la rentabilité, surtout pour des personnes qui ont des pathologies avec un fort impact psychologique en fait, aussi bien les états dépressifs que tout pleins d'autres pathologies psychiatriques hein.**

*D'accord. (Blanc) Et bien écoute, c'est tout pour moi au niveau des questions ! Est-ce que toi tu as certaines précisions à faire ou revenir sur certains points dont tu m'as parlé ?*

**Je pense qu'on a bien développé, je n'ai pas plus de chose à ajouter. En tout cas si tu as besoin d'aide par rapport à ton mémoire ou quoi que ce soit n'hésite pas !**

*C'est super gentil merci !*

(Contenu hors sujet)

(Fin de l'entretien)

## **Annexe E : Entretien ergothérapeute 2 (retranscription)**

Les commentaires en **gras** correspondent aux interventions de l'ergothérapeute interrogée.  
(Présentation et introduction, cf annexe A)

*Est-ce que tu peux me raconter ton parcours professionnel ?*

**Alors moi, je suis jeune diplômée, c'est une reprise d'études. Je suis diplômée depuis Juin 2020, de l'IFE de \*\*\*\*\*. Après mon diplôme, j'ai fait quelques remplacements en CDD en centre de rééducation. Ensuite, je me suis orientée vers les personnes âgées parce que c'est un public que j'avais beaucoup aimé pendant les stages. Et puis j'avais envie de les retrouver après mon passage en rééducation, pour être plus dans leur environnement, et moins dans le « Faire, faire, faire » qu'on peut voir dans certains centres de rééducation. J'ai donc travaillé dans deux EHPADs, deux créations de poste d'ergo, et puis après j'ai eu l'opportunité d'un poste à (entreprise), sur l'antenne des \*\*\*\*\*. Moi j'avais fait un stage là-bas en troisième année. J'avais adoré la vision, qui est une vision portée sur la participation sociale des résidents entre-autre. Et du coup, depuis le 30 mars 2021, je ne suis que là-bas.**

**D'accord. Est-ce que tu peux expliquer un peu ce que c'est (entreprise) ?**

**\*\*\*\*\* c'est une entreprise solidaire d'utilité sociale. C'est une équipe pluridisciplinaire. On retrouve des ergothérapeutes, psychomotriciens, art-thérapeutes, des APA, psychologues.... Et on va intervenir dans les maisons de retraite, auprès des résidents et auprès des équipes, pour faire des formations et sensibilisations. Et la grande idée, c'est d'avoir une approche non-médicamenteuse auprès des personnes âgées. \*\*\*\*\* intervient aussi sur des missions de sensibilisation à domicile, donc il y a un côté EHPAD et un côté domicile, voilà ! Après, sur site internet il y a beaucoup d'informations aussi ! (Rires) Ça c'est comment moi je vois les choses mais si tu veux des choses plus théoriques sur le site, c'est très bien écrit ! (Rires).**

*Du coup, comment se répartit ton temps sur une semaine dans les différentes structures ?*

**Alors moi dans une semaine, je suis à 100%. Donc lundi, mercredi, jeudi, vendredi, je suis en structure. Et le mardi, c'est du temps de télétravail : des réunions, des échanges entre collègues... Ça peut être là aussi que je peux faire des diagnostics à domiciles et de la sensibilisation.**

*Tu es sur combien d'EHPAD ?*

**Quatre.**

*D'accord, okay. Il y a combien de résidents dans chaque EHPAD ?*

Oula, alors... Je dirais l'EHPAD n°1, 60 résidents. L'EHPAD n°2, à peu près pareil... 65. L'EHPAD n°3, 70. Et par contre l'EHPAD n°4... 85 résidents. C'est approximatif hein !

*Je me doute ! Est-ce que toi tu utilises un modèle de pratique ?*

**(Rires) Non. Pas vraiment.**

*Tu n'as pas par exemple des outils que tu utilises qui découlent de modèles, des choses comme ça ?*

**Je réfléchis... Alors comme j'ai une mission très spécifique en ce moment... Sur les quatre structures, il y en a trois où je fais une mission sur la nutrition, le plaisir de manger ect... Donc c'est vraiment particulier. Donc voilà, je signale aussi ce que ça rentre en jeu. Hum... Alors, j'utilise des bilans... Non, pas vraiment. Je m'en inspire, je peux m'inspirer par exemple on va dire, du MOH. En fonction de ce qu'on me demande, je peux aussi avoir la vision... Alors si mes souvenirs sont bons... Du côté fonctionnel, donc tout ce qui est motricité. Mais voilà après, j'ai plutôt une approche, on va dire, basée sur Montessori, qui fait beaucoup de lien aussi avec le MOH.**

*En parlant de missions, comment est-ce que tu es missionnée, quelles sont tes missions auprès des structures ? Je me doute que ça peut être variable, mais en général ?*

**Alors, il y a deux possibilités : soit, c'est qu'on a répondu à un appel à projet, soit c'est du démarchage directement auprès des EHPADs, où ils disent « moi je recherche à limiter les chutes dans ma structure, à permettre un environnement engageant, donc quel professionnel de \*\*\*\*\* vous me proposez, et qu'est-ce qu'il peut faire ? ». Moi, pour la plupart des structures, je suis sur l'appel à projet. Donc l'appel à projet, l'objectif principal, c'est de limiter la dénutrition. Et donc après, tu as tout ce qui est : favoriser le plaisir de manger, favoriser le lien social, la convivialité autour de la thématique « repas », favoriser le rôle social du résident à travers la thématique du repas, favoriser l'ouverture vers l'extérieur de l'EHPAD auprès des villageois, auprès des producteurs locaux, l'engagement, la participation des résidents.**

*Et ça, ça va se faire auprès des résidents particuliers, ou ça va être tout le monde qui peut participer à ce que tu fais ?*

**Alors ce qui a décidé dans les équipes et dans le cadre de l'appel à projet, c'est qu'un maximum de résidents puissent en bénéficier. Donc c'est un projet qui dure un an, et c'est sous forme de cycles. Donc toutes les huit semaines, on change de groupe de résidents, et comme ça on garde l'idée de faire des petits groupes pour favoriser si tu**

**veux, vraiment adapter par rapport aux personnes, et leur permettre qu'ils puissent s'engager car c'est plus facile en petits groupes. Et toutes les huit semaines ça change, pour que ça puisse impacter un maximum de personnes.**

*Okay, okay ! Tu arrives à trouver toi, une place, dans les EHPAD, pour ça ? Car du coup c'est quelque chose qui a été prévu pour, c'est ça ? Parce que ce qui me questionne aussi, c'est les conditions nécessaires à la réalisation des objectifs pour les ergothérapeutes dans les EHPAD, et hum... Et je me demande si les conditions ne sont pas assez différentes pour toi que pour des ergothérapeutes on va dire « standard » ?*

**C'est vrai que, quand tu dis un ergothérapeute « standard », c'est un ergo qui va avoir des missions vraiment ergo, genre positions au fauteuil et tout, et qui va aussi devoir faire des activités pour favoriser la participation sociale aussi c'est ça ?**

*Ouais, enfin, un ergo qui du coup est vraiment à plein temps ou à mi-temps aussi... Mais qui a des missions globales.*

**Oui, forcément moi c'est plus facile, car j'ai cette image de « c'est que ça » quoi. Ça a été défini que ça n'est que ça, donc les équipes peuvent me solliciter pour d'autres choses qui correspondent à des missions du genre « \*\*\*\*\*, on a un problème de positionnement », « cette personne-là on a du mal au niveau du transfert », et bien je dis oui mais ça n'est pas ma mission principale. Je veux dire que c'est un acte que ça n'est pas ma mission principale. Donc c'est sûr que c'est plus facile ! Mais pour que ça se fasse il faut quand même que l'équipe soit partie prenante aussi. Ce n'est pas parce que c'est fixé dans l'appel à projet que je vais faire ça, si l'équipe ne me suis pas derrière, ça n'a pas de sens, parce qu'ils ne vont pas le permettre. Et puis moi mon but ce n'est pas de faire du one shoot, c'est aussi qu'à travers mes interventions il y ait une continuité après pour les résidents et pour les équipes. Donc même si c'est clairement défini, si l'IDEC, si la directrice n'appuient pas sur mes interventions au début pour me mettre en relation avec l'équipe et ne m'accordent pas d'importance, ça ne marchera pas.**

*Et comment tu travailles avec ces autres professionnels de ces structures ? Avec qui déjà tu travailles ?*

**Tu veux dire les animateurs, les psychologues... ?**

*Hum... Tout type de personnes avec qui tu travailles, avec qui tu es en lien pour permettre à tes missions d'exister et de fonctionner ?*



Alors... Avant mes interventions, on fait ce qu'on appelle une réunion de cadrage, qui permet un peu d'expliquer le projet. Et à cette réunion sont invitées au moins une personne de l'équipe de direction. Ça peut être une IDE, ou la directrice, souvent des animateurs, et une personne thérapeute, donc ça peut être une psychologue, une ergo ou un APA, selon la structure. On va vraiment les impliquer dès le début dans le projet et ça va être mes référents sur place. Ça veut dire qu'au début je vais beaucoup m'appuyer sur eux car je ne connais pas forcément les résidents et c'est eux qui vont faire mon relais aussi. C'est eux qui vont me faire connaître ect. Et ensuite, au bout d'un moment, les équipes vont connaître ton rôle, et voient l'intérêt à travers les résidents et les référents, et ça commence du coup à s'ouvrir. Après, moi du coup parfois, si je vois qu'une personne est intéressée, une aide-soignante, ou quelque chose comme ça... Je m'appuie aussi sur elle, on échange, on se donne des informations, sur les capacités d'un résident. Je peux lui dire par exemple que telle personne, à l'atelier, à un très bon équilibre, le jugement est très bon, elle peut être sur la double tâche, et qu'elle m'a dit qu'elle aimerait bien par exemple faire son lit seule dans sa chambre. Donc ensuite je la questionne « Toi qu'est-ce que t'en penses aussi ? » afin qu'elle soit partie prenante. Et si elle est plutôt d'accord, je vais faire remonter à la direction. C'est la direction qui va acter, ce n'est pas moi qui va faire « Houhou ! » (Rires). Mais c'est très important de les impliquer, j'essaye de ne pas y aller trop vite au début, voilà, je m'appuie sur mes référents et une fois que ça s'ouvre, hop, je me permets d'élargir.

*D'accord. Tu as aussi un rôle de transmission d'informations sur ce qu'il se passe dans tes activités c'est ça ?*

Ouais. Alors ça, ça se fait à travers les transmissions orales et écrites, et c'est aussi des temps offs. Les temps-off sont très importants. Parfois, je fais exprès de faire des ateliers dans des lieux où il y a du passage de soignants. Donc je sais qu'elles peuvent s'arrêter et regarder, je les invite à venir passer un temps avec nous. Déjà, ça leur permet de stopper, comment dire... ce « Soin, soin, soin, plus plus » . Et elles sont surprises et sont plus ouvertes ensuite.

*Est-ce que tu fais intervenir d'autres professionnels dans tes ateliers ?*

Alors... j'aimerais bien ! Ce n'est pas toujours facile. Normalement dans mon projet, c'est l'ouvrir à l'écosystème de l'EHPAD. Mais pour ça, il faut l'appui de la direction, et aussi les moyens humains, ce qui n'est pas toujours le cas... ! (Rires) En ce moment

**il y a un petit sous-effectif. Mais hum... Voilà, j'essaye. Là par exemple, je me suis rapprochée d'une personne qui gère ce qui est hôtellerie / restauration de la structure, et elle va voir dans son équipe qui veut venir avec moi en atelier. Et ça, ça demande du temps, en tout cas c'est un peu compliqué pour moi.**

*D'accord ! Et juste, quand tu es sur une structure tu y es à la journée ou comment ça se passe au niveau de l'organisation du temps ? Comment sont négociées les heures ?*

**Sept heures. Sur le format avec ma mission spécifique nutrition, sept heures. Et sur ma mission « classique ergo » on va dire, que j'ai le mercredi, c'est quatre heures. C'est par rapport au besoin des structures. Mais si elles ont pleins de besoins et veulent qu'on intervienne par exemple en disant « Là, je veux que vous fassiez une activité pour favoriser la participation du résident, que vous fassiez la prévention des chutes, l'installation contre le glissement au fauteuil et que d'un point de vue financier je n'ai que quatre heures pour vous » et bien ça va être compliqué, il va falloir prioriser. Après moi, je ne m'occupe pas trop de cette partie, j'ai des coordinateurs de projet qui gèrent cette partie-là. Après, si jamais sur une structure, si par exemple sur une structure où j'interviens, je vois qu'il y a un besoin plus par rapport... Par exemple, si je vois que les résidents sont sous-stimulés, pourraient faire pleins de choses et que ça ne va pas, je peux faire un point avec l'équipe de direction, mon coordinateur, on peut se réunir et voir ce qu'il est possible de faire.**

*D'accord, ça n'est pas fermé aux missions.*

**Et bien ça dépend des structures ! (Rires)**

*Okay. Hum... Et dans ce... Dans ce type de missions où tu es un peu plus dans le global, tu travailles avec quels professionnels ? Est-ce que tu travailles plutôt en équipe ou non ?*

**Alors en structure, je travaille avec les animateurs, le psychologue, les cuisiniers, l'IDEC, le personnel du service restauration... En fait, tout l'écosystème de l'EHPAD quasiment. Plus, moi avec mon statut particulier d'être à \*\*\*\*\*, je collabore aussi avec mes collègues de \*\*\*\*\* par rapport à cette thématique-là.**

*Okay. Au niveau de la participation sociale, comment tu la définirais ?*

**Mmh.... Pour moi, c'est le rôle social. Donc c'est l'interaction du résident dans la société. Quand je dis société c'est large, c'est autant au sein de l'EHPAD comme du village où se situe la structure.**

*Est-ce que tu trouves que la participation sociale chez des résidents en EHPAD, il y a une spécificité, par rapport à une autre population ?*

**Heu... Une spécificité, c'est-à-dire ?**

*Hum... Est-ce que... La participation sociale d'une personne d'une même population, personne âgée, qui habite à son domicile, est-ce qu'elle est différente que si elle était en EHPAD ?*

**Oui, oui forcément parce que ce n'est pas le même environnement. Heu... Oui ! (Rires).**

*En quoi ?*

**Heu... Quand une personne âgée est à domicile, elle va avoir peut-être plus accès à des choses pour être dans la participation sociale, mais, si elle a besoin d'une guidance, d'une soutenance, car elle est en dépression en ce moment-là, ou qu'elle est en difficulté, ça va être contre-productif. Alors que dans un EHPAD, peut-être qu'elle aura moins de possibilité d'interagir d'un point de vue social, car c'est une structure, comment dire... C'est une structure, ce n'est pas comme chez elle. Mais comme il y a des personnes qui sont là pour l'aiguiller, faire des choses qu'elle aime, ça peut être un bon levier aussi. Tout dépend de la personne, de la structure, et des projets en structure par rapport à cette thématique-là aussi.**

*Okay. Quand tu dis que la personne âgée à domicile, elle a plus accès à des activités sociales, tu entends quoi par-là ?*

**J'entends par là, tout ce qui va être par exemple, aller chercher son pain à la boulangerie, aller à la superette, aller au marché. Pas forcément de grands trucs associatifs ou des clubs, mais des petites choses comme ça, qui permettent de faire du lien social.**

*D'accord. Du coup ce serait lié à l'autonomie de la personne aussi ?*

**Heu, oui forcément.**

*Et toi tu fais quel lien entre la participation sociale et ta pratique en ergothérapie ?*

**Hum... Et bien c'est super important pour moi ! J'avoue que j'y tiens énormément. Peut-être que parfois j'y tiens un peu trop ! Je trouve que de permettre à la personne de faire ses choix, de dire des choses, lui permet d'exister, même avec ses difficultés. Ça c'est une vision que j'ai, et qu'avec la petite pratique que j'ai, ça confirme ce que j'ai en tête. Ça peut se faire de pas grand-chose, par exemple proposer à une personne de mettre le couvert, d'aller chercher des assiettes, de passer le balai, d'écrire un courrier à un producteur local pour qu'il vienne nous voir... En fonction des capacités de la personne, voilà. Pareil, j'utilise pas mal le photolangage. Tu vois ce que c'est ?**

*Je veux bien que tu me le réexpliques s'il te plait.*

**Le photolangage, c'est qu'en fait, tu choisis une thématique, imaginons, les fleurs, le jardin. Tu prends pleins d'images en lien avec le jardin, ça peut être un banc, de la pelouse, une tondeuse, des fleurs... Enfin bref. Tu étales tout ça. Chaque résident va ensuite choisir la photo qui lui parle le plus, et à tour de rôle, chacun va montrer et expliquer pourquoi. Et même parfois, rien que le fait de devoir choisir la photo, et que je ne le guide pas, que je leur donne la possibilité de choisir, ça peut être difficile pour eux. Parce qu'ils n'ont plus ce rôle-là, de pouvoir choisir, et j'en vois l'évolution. Parfois, au début, ils me regardent bizarrement et me disent « Mais, qu'est-ce que... Pourquoi ? Enfin, non ! Choisis à ma place ! ». Et j'insiste, je les aide, et à trois, quatre séances... Je vois qu'ils sont plus dans des prises d'initiatives près, des choses comme ça. Voilà, c'est des choses où... Je sais que certains ergothérapeutes vont être très basés sur le positionnement au fauteuil ce genre de choses... Mais pour moi le rôle social c'est très très important.**

*Est-ce qu'il y a d'autres professionnels dans les structures dans lesquelles tu travailles qui favorisent justement, cette participation sociale ?*

**Hum... Oui. Surtout en unité protégée, les AMP, qui ont une sensibilisation par rapport à ça, qui vont observer pour savoir si par exemple, elles voient que la personne est en capacité d'aller cueillir les herbes aromatiques et qu'elle avait l'habitude de le faire à la maison, et bien elle va la stimuler pour qu'elle le fasse. Ça en unité protégée ça existe beaucoup, enfin... J'ai une exception, dans peut-être un EHPAD où les AMP, les aides-soignantes dans les unités protégées le font beaucoup. Et après, il y a certains animateurs aussi qui ont cette sensibilité, ou certains animateurs qui à force d'échanger commencent aussi à l'avoir.**

*D'accord. Toi, comment tu décrirais une personne âgée dépressive ?*

**C'est une personne qui n'a plus envie. Ça va être plus envie de manger, voir du monde, sortir, elle va se replier sur elle-même et elle a aussi plus la force de pouvoir faire des choses et à besoin qu'on l'aide à retrouver cette force-là. Et, tu en as un peu parlé, mais tu penses que c'est quoi leurs problématiques occupationnelles ?**

**Eh bien, je pense qu'à ce moment-là la vie n'a plus de sens pour eux et il faut qu'il y ait quelqu'un qui passe parfois beaucoup de temps avec eux pour chercher à leur redonner envie de faire quelque chose. Soit en recherchant dans leurs occupations**

antérieures, mais ça peut être aussi une nouvelle occupation. Mais il faut aussi ne pas la mettre en difficulté, bien connaître ses capacités, donc il faut aussi avoir ses connaissances-là. Donc pour moi la grosse problématique c'est, enfin c'est le personnel qui va jouer et aussi les outils, car il faut des outils par rapport à ça. Et parfois les structures ne savent pas trop comment faire.  
*C'est-à-dire des outils ?*

Ça peut être des outils théoriques : qu'est-ce qu'une personne âgée en dépression, qu'est-ce que ça fait ? Parfois, elles ne comprennent pas donc ça peut aller dans le conflit, ce qui est encore pire. Donc il faut que tout le monde soit sensibilisé, et puis aussi expliquer un peu les différents rôles sociaux que peut avoir une personne pour savoir quoi lui proposer. L'important, c'est de savoir observer ses capacités à travers toutes les activités du quotidien : l'aide-soignante à travers la douche par exemple, peut voir pleins de choses. Donc ça va être vraiment à travers cette équipe-là, pouvoir les aiguiller à l'aide d'une trame d'observation, et puis après, avoir des outils pour adapter l'environnement pour qu'ils puissent faire les choses aussi, sans que ce soit trop compliqué pour eux.

*Toi, tu intervies auprès de la population dépressive ?*

Alors oui, dans les groupes autour de la nutrition, ce qui a été décidé avec la plupart des équipes, c'est de permettre à des personnes qui sont plutôt isolées au quotidien de pouvoir participer à ces ateliers, parce que c'est un format particulier et que j'ai peut-être une vision différente que certains animateurs. Je ne dis pas qu'elle est mieux ou quoi, mais qu'elle est complémentaire. Et donc oui, j'ai beaucoup à faire à des personnes, en situation, soit en syndrome de glissement, soit un syndrome dépressif.

*D'accord. Quand tu dis syndrome de glissement, c'est-à-dire ? Parce que pour moi, syndrome de glissement, c'est... Enfin, c'est un état assez avancé, prononcé, au niveau de l'état global de santé.*

Alors oui, elle n'était peut-être pas en syndrome de glissement mais elle allait vers un syndrome de glissement. En fait, c'était quelqu'un par exemple qui avait chuté, et qui s'est complètement isolée. C'est-à-dire que même si on voyait qu'elle avait les capacités de marcher avec une aide technique, elle ne voulait pas, elle ne voulait plus aller parler à sa famille, elle ne voulait plus aller en salle de restauration, elle commençait à perdre énormément de poids, le système organique commençait un petit peu à ne plus suivre derrière, donc voilà... Ça n'allait pas dans un bon sens quoi, tu vois ? Et du coup, elle

**a participé à certains ateliers de cuisine cette dame-là, au tout début, quand j'ai commencé. On a vu en équipe, on lui a reproposé derrière. Je suis allée la voir un petit moment. Moi je la connaissais donc je savais ce qu'elle aimait, je connaissais ses capacités, donc j'ai vraiment axé sur ça. Au fur et à mesure, elle est venue, s'est un peu plus ouverte, a pris plus d'initiatives. Je l'accompagnais et elle marchait pour venir... Enfin voilà. Mais parce que ça avait un sens pour elle de venir faire la cuisine, et de donner après le gâteau aux équipes soignantes qui ont toujours été là pour elle. Cette dame-là, ouais, sur les dernières séances avec elle, elle prenait même mon ordinateur, alors qu'elle n'avait jamais fait d'ordinateur de sa vie, et elle cherchait les recettes sur l'ordinateur, alors qu'il y a trois mois avant elle était complètement isolée quoi !**

*Ce que je comprends... Tu m'arrêtes si ce n'est pas ça, mais c'est qu'au final, quand même, à travers la mission que tu avais au niveau de la nutrition ect... Finalement, tu es venue pour ça, mais il a quand même des objectifs sous-jacents qui en découlent, parce que c'est une opportunité de les saisir ? Dans le sens où, là, ça te permettait de favoriser la participation sociale, mais la grande mission, c'était au niveau de la nutrition ?*

**Oui mais, pour toutes les missions ergos c'est ça ! Il y a toujours une grosse thématique, mais avec notre regard, on amène toujours quelque chose vers la participation et l'engagement. Les équipes s'attendaient parfois à quelque chose de très théorique autour de la nutrition, me demandaient si j'avais fait un D.U. nutrition... Non ! (Rires) Mais ils ont vu qu'on pouvait apporter autre chose, que ce soit pour les résidents comme au sein de l'équipe. Par exemple, ils se sont parfois vraiment saisis du truc, au-delà de la nutrition. J'ai vu qu'il y avait quelqu'un qui a attaché vraiment une grande importance à être dans un rôle d'aidante, elle avait beaucoup de capacités, et du coup, moi je me suis appuyée sur elle. Elle adorait écrire, et donc c'est elle qui prenait des notes sur les souvenirs des résidents, elle adorait ça, donc elle faisait son truc ! Et maintenant, en structure, je sais que quand il y a des lotos, des choses comme ça, c'est elle qui donne les numéros, ces choses-là. Donc voilà, oui, comme tu dis, la nutrition c'était la thématique principale, mais ce qui était le plus important, c'était les sous-objectifs derrière quoi.**

*Et ces sous-objectifs-là, tu les fais en co-construction avec les résidents ou est-ce que tu les élabores seule ou avec l'équipe ?*

**Avec l'équipe, avec l'équipe. Alors, avec l'équipe, lors de la réunion de cadrage. C'est vraiment le moment qui est très important, et s'il faut, on peut se réunir pour se faire le point et réévaluer. On fixe aussi ensemble les indicateurs de ces objectifs.**  
*Pourquoi les objectifs tu ne les fais pas avec les résidents ?*

**On avait essayé une fois, mais la réunion est très longue et du coup c'est très compliqué. Ce qu'on s'est dit qu'on pourrait faire, c'est leur proposer durant un petit temps de dire ce qu'ils attendent. Mais après moi, à travers les ateliers, je réoriente. En fonction de ce qu'ils me disent, par exemple hum... « On aimerait plus voir tel professionnel, un apiculteur », « On aimerait faire de la cuisine, pas que de la pâtisserie ». Ça veut dire qu'il faut qu'on s'organise avec l'équipe pour que l'atelier ait lieu le matin, pour qu'ils puissent manger avec moi, enfin voilà. Les objectifs des résidents c'est à travers les ateliers que je les ai, et ensuite je fais le point en équipe pour pouvoir y répondre. Donc les objectifs de base, tu les fais en équipe, et ensuite tu réévalues avec les résidents ?**

**Oui, et c'est des objectifs vraiment globaux. Et après, moi, à travers les ateliers, je me fixe des objectifs, on va dire par exemple que la personne gagne en réassurance pour être plus dans la prise d'initiative pour le reste de la journée, que la personne travaille son équilibre dynamique, voilà... Ça c'est plus moi, et après je fais un compte-rendu aux équipes.**

*Okay, donc ça, c'est des accompagnements en groupe seulement ou est-ce qu'il y a aussi des accompagnements individuels ?*

**À la base ça n'était qu'en groupe, et j'ai ressenti que parfois il y avait un besoin d'individualiser, donc j'ai fait évoluer ça. Maintenant, il y a une matinée dans le mois, par structure, où est individualisé. C'est-à-dire que moi avec un résident, soit autour de la thématique de la nutrition, ça me permet de voir un peu le positionnement, des choses comme ça... Mais ça a évolué oui.**

*Est-ce que tu as une approche spécifique auprès de la personne âgée dépressive pour favoriser la participation sociale ?*

**Hum... Je lui laisse le temps, je dirais. Je ne la bouscule pas. Je lui explique des choses, lui propose de venir voir, je lui dis qu'elle n'est pas obligée de rester, elle peut rester dix minutes, pour pas que ça ne fasse trop, parce qu'une personne en dépression, ça peut faire beaucoup, vite. J'essaie d'harmoniser les groupes pour pas qu'elle se sente en difficulté et je me renseigne avant sur ce qui fait sens pour elle pour m'appuyer sur**

**ça ensuite.**

*Il y a des moyens que tu aimerais mettre en place mais qui n'est pas fait pour X raisons : soit ça n'est pas possible, soit ça n'est pas encore fait ? Toujours pour favoriser la participation sociale de cette population.*

**Oui, forcément ! Par exemple, dans certaines structures, je vois qu'il y a un gros potentiel pour aider l'équipe de restauration, pour mettre le couvert... Elles en ont envie, car elles me l'ont dit, elles ont les capacités. Alors quand je dis capacités, parfois il faut une guidance humaine hein, ce n'est pas voilà. Mais du coup, j'en ai un peu parlé à l'équipe de direction, à l'IDEC... Mais ils ne sont pas dans cet axe-là à ce moment-là de l'année, donc ça ne sert à rien de continuer dans ça, car si la direction ne veut pas appuyer sur ça à ce moment-là, voilà. Et je trouve ça dommage, j'avoue !**

*Donc du coup ce serait plus des contraintes liées à la structure, à l'institution ?*

**Hum... Oui je pense, je pense que c'est le gros oui. Est-ce que tu vois autre chose ?**

**Des projets que j'aurais voulu mettre en place ? Hum... Pareil, par exemple, on avait mis en place un jardin avec des aides aromatiques pour faire du lien avec les ateliers cuisine, avec tout une idée de rôle social derrière. On avait fait une réunion avec les résidents pour savoir qui veut arroser, ou comment trouver un autre moyen derrière... Comme un peu un comité administratif, ou l'on s'occupe des décisions. Et ils avaient actés pour arroser, sauf qu'il y avait pleins de choses qui les mettaient en difficulté : la porte, elle ne se tenait pas, donc c'était compliqué pour eux d'aller dehors, beaucoup de personnes en fauteuil, donc il leur fallait quelqu'un pour les amener, leur donner le tuyau... Mais manque de personnel. Hum... Oui, l'institution.**

*Tout ce qui est organisation et adaptation environnementale ?*

**Ouais. Mais du coup, tu vois les portes, moi je me suis demandée « Mais pourquoi ces portes ? On ne peut pas les ouvrir comme des portes ? », d'autant plus que le jardin était un grand jardin fermé. On m'a dit « Bah c'est comme ça ». Et là c'est tout un truc où ils sont obligés de prendre une clé, et ouvrir mais pour quelqu'un qui est en fauteuil, et même qui marche, ça n'est pas facilitant quoi.**

*Oui je vois okay... Toi, au niveau de ta pratique, et du travail, toujours, au niveau de la participation sociale des résidents, comment tu es satisfaite ?*

**Hum... Quand je vois que le résident prend plaisir à faire ce qu'il fait. Quand je vois un sourire, ou que je vois qu'il n'y a plus besoin de le rassurer ou des choses comme ça,**



**qu'il prend confiance, prend son rôle et prend les devants. Ça veut dire que pour moi c'est satisfaisant.**

*Et ton accompagnement auprès des personnes dépressives ?*

**Comment je vois... Alors... Déjà, si elle arrive, rien qu'à manger au restaurant, c'est déjà une grande victoire, il faut voir les choses petit à petit. Si elle vient de plus en plus aux ateliers, si j'entends mes collègues qui disent « Là, elle est restée 15 minutes à l'animation », « Elle a appelé sa famille », peu importe. C'est des petites victoires comme quoi elle sort de son isolement.**

*Et pour toi, qu'est-ce qui fait qu'il y a cette évolution, au travail en tout cas ta pratique ?*

**C'est grâce au travail d'équipe. Car s'il n'y a qu'une ou deux personnes qui le fait, ça ne fonctionnera pas, il faut que dès le début, tout le monde soit axé sur ça. Pour moi c'est le travail en équipe.**

*Pourquoi ça ne fonctionnerait pas ? Enfin, qu'est-ce qui se joue en elle, qui fait que le travail d'équipe fonctionne ?*

**Au début, il faut lui donner la force de, car elle ne l'a plus. Ça veut dire que ça demande du temps, et c'est tout le temps quoi. Ça peut être, enfin, toutes les activités qui sont en lien avec les différentes personnes de l'EHPAD. Ça peut être le matin, avec les aides-soignantes, les AMP, pour la douche, je ne sais pas... Il faut participer, faire des choses, être présent avec elle, lui demander par exemple de faire, après le moment du repas, lui demander de faire un petit périmètre en marchant sans fauteuil, la lingère qui peut prendre un temps avec elle, discuter de ses vêtements, de savoir où elle veut les ranger... Et en fait, c'est vraiment sur la globalité de la journée qu'il faut que ça aille dans cet axe-là, si c'est qu'à un certain moment de la journée, je pense que ça ne marchera pas.**

*D'accord. Il faut que ce soit un tout cohérent.*

**C'est ça !**

*Du coup, penses-tu que l'aspect psychologue est quelque chose d'important dans l'accompagnement ? À prendre en compte ?*

**L'aspect psychologique, c'est à dire la prise en compte du psychisme de la personne âgée, c'est ça ?**

*Oui.*

**Hum... (Soupir) Oui. Après, sans forcément rentrer dans les détails, mais oui je pense qu'il faut avoir un peu de connaissances et après c'est propre à chacun, en fonction de ses valeurs. Il faut quand même être empathique, accepter que certaines choses**

**puissent prendre un peu plus de temps... Donc oui, je pense qu'il faut une sensibilisation.**

*D'accord je vois. Et bien écoute, je suis venue à bout de mes questions ! Est-ce que toi tu as certaines précisions à me faire, ou est-ce que tu veux revenir sur certains points dont on a discuté ?*

**Hum... Non, je n'ai pas forcément de choses qui me viennent en tête.**

*D'accord, et bien écoute j'ai fait le tour des questions !*

(Contenu hors sujet)

(Fin de l'entretien)

### **Annexe F : Entretien ergothérapeute 3 (retranscription)**

Les commentaires en **gras** correspondent aux interventions de l'ergothérapeute interrogée.

(Présentation et introduction, cf Annexe A)

*Est-ce que tu peux me raconter ton parcours professionnel ?*

**Alors mon parcours professionnel... Eh bien j'ai commencé il y a 17 ans ! Quand je recompte ça fait un petit moment ! Donc j'ai commencé à travailler 10 ans en psychiatrie en hôpital de jour auprès d'adultes, donc schizophrènes, psychotiques... Donc voilà, il y avait beaucoup d'activités en co-thérapie : infirmiers, psychomotriciens, psychologues... Il y avait des activités thérapeutiques, d'expressions manuelles, des sorties culturelles. C'était assez riche. C'était des patients qu'on voyait quotidiennement. Voilà pour la première partie de mon parcours. Donc après, c'est là où je suis actuellement donc depuis bientôt 7 ans. Je travaille en EHPAD dans plusieurs établissements de la même direction, sur trois résidences. Donc j'ai de quoi faire ! (Rires). C'est plutôt des interventions en individuel, et beaucoup d'installation au fauteuil roulant, tout ce qui va être mise en place d'aide technique pour le maintien de l'autonomie, donc c'est trouver des aides techniques pour les repas, mais aussi l'aménagement du logement. Mais c'est vraiment beaucoup le principal, en tout cas comme mission principale, c'est vraiment beaucoup les déplacements, car c'est beaucoup une demande des résidents de pouvoir se déplacer sans devoir demander à un soignant de les accompagner et voilà ! Après, j'ai aussi une activité en groupe, l'atelier d'écriture. C'est pour travailler l'expression, qu'ils aient un temps d'expression et d'échange écrits et oral, pour stimuler à la fois la mémoire, travailler**

**aussi le côté imagination. Ce sont des personnes qui sont très intéressées par la langue française en général donc ça les stimule aussi au niveau cognitif. Donc voilà.**

*Tu es en temps complet sur toutes les structures ?*

**Oui ! Je suis à pleins temps sur toutes les résidences, donc ça fait un peu du temps partiel finalement... Mais je suis à plein temps ouais.**

*Ça se répartit comment au niveau du temps sur tes structures ?*

**Alors, quand j'interviens trois jours sur une résidence qui accueille 200 résidents, qui est la plus importante. J'interviens un jour et demi sur une deuxième résidence avec un peu moins de 100 résidents. Et la dernière résidence qui a ouvert je n'y vais qu'une demi-journée. Elle a ouvert en 2018, et donc je ne peux pas y aller plus, ou si j'y vais plus à une, j'enlève une à l'autre. Et comme il n'y a pas eu de création de poste, malgré mes sollicitations, eh bien voilà... En plus une résidence qui s'ouvre ça fait du travail supplémentaire, ça n'a pas vraiment été entendu ou en tout cas, ça n'est pas la priorité de la direction, donc pour l'instant, je fais avec le temps que j'ai, voilà...**

*Sur la dernière résidence il y a combien de résidents ?*

**Hum... Je dirais un peu moins de 90 résidents.**

*L'atelier écriture que tu fais se fait sur une ou toutes les résidences ?*

**Il est uniquement sur la résidence principale, la plus grande, la plus ancienne.**

*Tu travailles avec qui comme professionnels ?*

**Essentiellement les aides-soignantes, car elles sont au plus près et ce sont elles qui ont le plus de lien avec les résidents, et après il y a les infirmières, les cadres de santé parfois mais voilà généralement c'est vraiment les aides-soignantes. Parfois les psychologues me font des retours, comme elles ont des entretiens avec les résidents. Elles écoutent aussi beaucoup, lors des réunions avec les soignants qui font part des difficultés par rapport à des accompagnements. Donc elles m'en parlent pour les transferts, ou pour la toilette, voilà elles me font remonter les informations. Mais le lien principal c'est avec les aides-soignantes.**

*D'accord. Est-ce que tu trouves les conditions nécessaires à la réalisation de tes objectifs ?*

**Hum... Au niveau du temps ou... ?**

*Tout type de condition ! (Rire)*

**Heu, des fois au niveau des suivis, c'est assez difficile. Comme parfois il y a beaucoup de demandes en même temps, ça manque des fois de temps, parce que j'ai beaucoup de demandes. Donc parfois faut que je vois vraiment dans les priorités, en sachant que ça**

reste un lieu de vie, il n'y a pas d'urgence vitale en soit... Mais, aussi, ce qui me manque c'est aussi le suivi dans l'accompagnement. En fait, je suis sollicitée par les aides-soignantes pour une intervention, mais parfois je n'ai pas forcément de retour des équipes, et comme je passe à autre chose, il faut que je me note de repasser voir la personne, etc... Mais comme je ne suis pas là tous les jours... il y a toujours un délai parfois entre ce que j'ai proposé et quand je reviens. Soit j'ai un retour des aides-soignantes, et ça m'aide à me dire « Bon, ce que j'ai fait ça a permis d'avancer, ou au contraire ça n'a pas servi », mais quand je n'ai pas de retour, effectivement, si ça se trouve, quelque chose n'allait pas et elles ne me le disent pas et moi je vais aller vers autre chose. Je fais des transmissions écrites mais moi je n'ai pas forcément de retours de mes interventions... Donc même si je suis beaucoup sollicitée par les équipes, quand je suis intervenue des fois, l'accompagnement s'arrête là, alors que parfois des résidents, faut venir les revoir plusieurs fois donc bon, le fait que je ne sois pas sur les mêmes résidences, si je ne sais pas forcément qu'ils ont encore besoin de moi, ça décale tout à la semaine d'après, et ça peut leur paraître long parfois, comme délais.

*Du coup c'est plus au niveau des contraintes temporelles et aussi au niveau de la communication pour le suivi du résident, c'est ça ?*

Oui, c'est ça. Après, ça peut être aussi au niveau du matériel, avoir le matériel qu'il faut au bon moment... Même si la résidence achète régulièrement du matériel, des aides techniques, des fauteuils roulants, des coussins de positionnement... Parfois un résident en a besoin quand il arrive, et moi je ne le connais pas, donc quand on me demande de préparer un fauteuil pour une personne dont je ne connais déjà pas le gabarit, j'essaye de demander quelle est sa taille et son poids, un dos particulier... Parfois, quand je propose le fauteuil, si ça va c'est bien, mais si ça ne va pas, il faut commander et ça prend du temps. Et chez la personne âgée, des fois c'est dommage qu'elles attendent autant, parce qu'ils perdent vite en capacités, enfin, au niveau du tonus, tout ça, ils ont vraiment besoin de quelque chose de confortable, ce n'est pas comme à 40 ou 50 ans où l'on a encore pas mal de capacités, mais à 90 ans, voilà... Je trouve que le temps n'est pas le même.

*Oui. Est-ce que tu utilises un modèle de pratique ?*

Alors, non ! Ça c'est surtout l'évolution dans le métier et dans les études... Je m'en rends compte au contact des étudiants que j'ai en stage depuis un petit moment.

**J'essaye du coup de me mettre un peu au courant de ce qui se passe. Mais sinon, moi dans ma pratique, c'est beaucoup plus de l'observation, je n'utilise pas d'évaluation ou de bilan, comme il en existe pas mal. Surtout en lieu de vie, je trouve que ça ne s'y prêtait pas forcément. En centre de rééducation je peux comprendre, on a besoin de voir l'évolution, le progrès, mais en lieu de vie, je ne trouve pas ça forcément pertinent.**  
*Okay. Hum... Tu m'en avais un peu parlé tout à l'heure au niveau des missions, mais toi, quels sont tes objectifs en temps qu'ergothérapeute, et quels sont les moyens que tu utilises ?*

**Hum... Moi, les objectifs, c'est de... Vraiment, essayer de... De répondre au plus près du besoin du résident, en respectant vraiment son habitude de vie en fait. Et c'est là où ça peut être difficile... Car parfois il peut y avoir des... Enfin, je pense à une résidente qui a une difficulté à se déplacer en fauteuil roulant car elle a un poids très excessif, mais heu... et elle est vraiment dans la plainte, elle en parle vraiment elle dit souvent « On ne s'occupe pas de moi » moi j'essaye de lui proposer des solutions mais... elle a du mal, enfin... elle n'a pas pas du mal mais... elle n'arrive pas à s'en saisir non plus. Donc dans mes missions c'est d'essayer de... De répondre au mieux par rapport à leurs souhaits, mais c'est vrai que parfois ce qu'on propose, et qui pourrait être bien au niveau de leur autonomie, c'est le côté plutôt psychologique qui intervient... Parce que malgré toutes les méthodes qui existent, des fois, les résidents ils ne s'en saisissent pas. Après, c'est plus accepter ça en tant que soignant, et s'ils sont plutôt bien dans ce qu'ils sont actuellement, ce n'est pas... Enfin voilà, c'est vraiment s'adapter au mieux à ce qu'ils souhaitent et leurs projets de vie. À 90 ans on n'a pas les mêmes projets de vie qu'avant !**

*Hum... Comment est-ce que tu définirais la participation sociale ?*

**Alors déjà, participation sociale, faudrait... Ce n'est pas très clair pour moi.**

*Okay. Hum... Bah du coup, la participation sociale, ce serait l'implication d'une personne dans des activités qui fait qu'elle a des interactions avec d'autres personnes.*

**D'accord. Donc, hum... Les temps de repas, enfin par rapport aux lieux de vie, et puis les activités que la résidence propose.**

*Okay.*

**Donc là ce serait quoi ? Ce serait mon rôle par rapport au... ?**

*Hum... Déjà, est-ce que tu penses qu'il existe une spécificité pour des résidents en EHPAD, au niveau de la participation sociale, qui peut être différente de quelqu'un de même âge qui va à domicile par exemple ?*

**Hum... C'est vrai que quand les résidents arrivent... Enfin, il y a beaucoup de résidents qui apprécient venir en EHPAD même si c'est douloureux, parce que voilà, c'est partir de leur domicile. C'est jamais facile, enfin, moi, j'ai jamais vu un résident complètement, au début, content de venir, mais une fois qu'ils ont passé en tout cas cette étape de deuil de quitter leur logement, il y a un retour du lien social. Heu... Vraiment, aussi bien avec les autres résidents mais aussi avec le personnel, où il y a un côté rassurant, de savoir, après... Parce que même s'ils n'ont pas forcément d'activité avec les aides-soignantes, il y a forcément des échanges qui se passent avec elle, dans plutôt des choses agréables, pas forcément que dans des plaintes et des douleurs. Et vraiment les gens apprécient ce côté-là, qu'ils n'avaient pas forcément à domicile. Il y en a beaucoup qui souffraient d'isolement, et venir en EHPAD, ça leur fait rencontrer du monde. Après, ça je pense ça dépend pas mal du caractère, car il y a des résidents qui aiment pas mal rester dans leur logement, comme ils le feraient dans leur maison. Après, c'est vraiment les temps des repas où il y a beaucoup de résidents, à l'heure des repas qui restent, mais qui sont bien hein, ce n'est pas qu'ils sont déprimés ou tristes, mais ils aiment bien être seul dans leur logement, avec la TV, la musique... Avec leurs occupations. Quand il y a eu le COVID, avec le confinement dans chaque logement, il y avait une résidence qui disait qu'elle n'en avait pas tant souffert car ce qu'il y avait dans son logement, ça lui suffisait. Mais pour beaucoup d'autres résidents, le fait de ne plus être en contact avec les résidents, ils ont en souffert, plus que le COVID d'ailleurs.**

*Et toi tu fais quoi comme lien entre la participation sociale et ta pratique à toi ?*

**Heu... Alors... C'est compliqué à répondre ! (Rires). Hum... Donc, ce serait le lien entre la participation sociale et ma pratique ?**

*Ouais.*

**Heu... (Réflexion) Disons que moi dans ma pratique, il y a le côté technique, par rapport aux fauteuil roulant, mais... Moi, la partie qui est plus intéressante à mettre en avant, c'est le côté relationnel en fait, qui soigne autant, qui est aussi thérapeutique que réparer un fauteuil roulant ou bien installer la personne. Je ne sais pas, juste de discuter avec la personne, essayer en tout cas... Enfin, de sortir des fois de leur**

souffrance, leurs difficultés, et bien ça leur fait du bien et ils me parlent d'ailleurs de leur vie à la résidence, comment ils échangent d'ailleurs avec les aides-soignantes, ou les liens aussi avec la famille, il y en a qui sont assez proches et ont beaucoup de lien avec leur famille, donc voilà. Ce n'est pas forcément évident pour moi à répondre...

*Ouais. Hum... Est-ce que quand tu fais par exemple des ateliers d'écriture, tu trouves que la dynamique de groupe, ça a quelque chose d'intéressant à travailler en ergothérapie !*

**Heu oui ! Parce que vraiment la dynamique de groupe c'est très, ils le disent eux-mêmes, que c'est très enrichissant pour eux d'écouter d'autres résidents. Ils aiment bien écrire eux-mêmes, mais écouter ce que d'autres personnes ont à exprimer, les souvenirs, enfin tout ça c'est voilà, ils se nourrissent de ça en fait, et ça leur apporte au quotidien, ils s'en inspirent aussi, enfin c'est... Ils sont vraiment très ouverts sur les autres, pas que sur leur propre écriture, leur propre ressenti, ils sont vraiment sensibles à ce qui se passent autour d'eux. Ils sont aussi très à l'écoute. En tout cas, moi c'est ce que j'essaie de transmettre dans le groupe, car parfois je trouve qu'ils ont un peu de mal à s'écouter, ils ont tous envie de parler en même temps donc je leur dis « Essayez d'écouter » donc voilà, parfois quand on a un groupe on a envie de prendre une place et voilà, c'est un peu mon rôle de distribuer un peu la parole, de reformuler aussi. Parce que chez la personne âgée, il y a aussi le côté, hum... Les personnes qui entendent mal, même si elles ont envie de participer, elles ne perçoivent pas forcément tout ce qui se dit donc moi des fois je relaie ce qui est dit. Moi j'aurais bien aimé que plus de personne participe à cet atelier... J'ai l'impression que c'est quelque chose qui renvoie au côté scolaire, que le fait d'écrire, c'est un peu pénible. Bon après j'entends que certaines personnes soient plus à l'aise pour parler, mais qu'écrire, c'est un effort, ça ne se fait pas comme ça, même si on a des idées et qu'on aime bien... Entre avoir les idées et les poser sur le papier, ce n'est pas... C'est quand même un effort cognitif, mais après c'est comme pour tout, c'est un entraînement. On voit que ces personnes-là le font depuis longtemps, et c'est quelque chose de plutôt agréable.**

*Ouais. Parce que finalement, l'atelier que tu fais, ça joue sur la participation sociale des résidents.*

**Oui, parce qu'en plus ce sont des personnes très investies, en tout cas au sein de la résidence.**

*Ouais. Du coup, est-ce que ça te parle la notion de rôle social ?*

**Rôle social ? Heu, pour les résidents ?**

*Oui.*

**Oui, parce que justement ils se sentent heu... Pas exclus... En tout cas qu'ils ont une place, leur mot à dire, qu'ils se sentent écoutés. Voilà, je pense à une des résidentes qui participe, qui est très investie dans la vie de la résidence, notamment aux conseils d'administration. Elle est régulièrement sollicitée aussi pour tout ça, car on sait qu'elle est plutôt à l'aise dedans, dire ce qui va, ce qui ne va pas. Et elle a plutôt raison en fait, elle voit le côté, les limites qu'il peut y avoir dans l'institution et souhaite améliorer ces choses, en parler régulièrement.**

*Est-ce qu'il y a d'autres professionnels dans tes structures qui travaillent la participation sociale ?*

**Heu... Peut-être les psychologues, je pense. Quand elles vont voir les résidents en difficulté au niveau des troubles de l'humeur, qui s'isolent, qui participent moins aux activités. Elles, elles sont là, au travers des entretiens, pour pouvoir les raccrocher aux choses du quotidien. Je travaille pas mal avec elle car parfois elles me sollicitent par rapport à des plaintes qui leurs sont remontées. Je pense à une dame qui a depuis peu reçu son fauteuil roulant électrique. Avant d'avoir eu ce fauteuil, elle est tombée en dépression, elle a régulièrement des dépressions. Et en fait, la psychologue essayait de la raccrocher, il y a aussi un travail au niveau des médicaments pour qu'elle soit plus apaisée, et maintenant elle est remontée, et avec l'arrivée du fauteuil roulant aujourd'hui, elle était très contente. Je pense qu'il y a un mois et demi, heu... Si elle l'avait reçu, elle n'y aurait même pas jeté un œil, elle n'aurait pas voulu l'essayer, elle était vraiment dans son lit... Donc oui, les psychologues sont très importantes pour ça.**

*Mais du coup, est-ce qu'il y a par exemple, un accompagnement vers des activités un peu plus social, ou des choses comme ça ? Comment ça marche pour retrouver le lien social ?*

**Heu... Pour retrouver le lien social, heu... Il y a beaucoup d'activités du style des jeux de société, des jeux de table et tout ça... Mais je ne pense pas que ce soit le meilleur lieu, enfin... Moi les lieux où je trouve, où il y a vraiment de la musique, des chanteurs... ça c'est quelque chose qui arrive à réveiller pas mal de personne, le côté musique. Il doit y avoir quelque d'affectif, de profond, qui touche et arrive à redonner un peu de joie aux personnes. Mais c'est plutôt des petits groupes en fait. En général, des personnes qui sont, qui s'isolent et tout ça... L'atelier écriture par exemple ça peut être bien car c'est un petit groupe en fait, ce n'est pas un groupe de 20 personnes. Je dirais aussi les**



animateurs, car il y a toute une équipe d'animation, qui propose pas mal d'activités, mais après c'est plutôt le fait d'inviter les résidents à venir. En fait c'est plutôt les aides-soignantes qui accompagnent les résidents aux animations. Mais parfois, quand les résidents disent non, il y en a certaines qui vont s'arrêter alors qu'il faudrait un peu plus... Enfin ça dépend du lien avec les aides-soignantes. Il y a vraiment des aides-soignantes qui vont insister, qui arrivent à faire vraiment bouger les résidents. D'autres ne vont pas insister si le résident a dit non, et ça va s'arrêter-là.

*Mmh. Est-ce que toi tu joues dans cet accompagnement-là ?*

**Au niveau des animations, non. Je n'interviens pas. Je connais un peu les activités qu'il y a, mais je ne suis pas forcément présente là.**

*Okay. Hum... Est-ce que tu pourrais me décrire une personne âgée dépressive ?*

**Heu... Une personne âgée dépressive, on ne la voit pas beaucoup ! Enfin... Elle ne parle pas. Souvent, ça commence surtout par les repas, il y a une perte d'appétit sans avoir forcément au niveau somatique des soucis, mais par contre qui mange moins. Au niveau du sommeil aussi, soit quelqu'un qui dort beaucoup, qui est très fatiguée même sans faire beaucoup d'activité physique dans la journée... Qui est très peu dans l'échange. Je pense que la dépression, c'est surtout quelqu'un qui s'efface, enfin, qui s'enfonce en fait, qui reste dans son logement, et qui attend... Et quand c'est vraiment profond, quelqu'un qui parle vraiment de mourir, « J'ai envie de mourir, à quoi bon vivre comme ça », qui perd toute motivation à se lever le matin. Souvent, il y a eu aussi des soucis dans la perte d'autonomie, pour marcher par exemple, ou des douleurs articulaires, des choses comme ça, qui les amène un peu dans la dépression.**

*Tu penses que c'est la perte de capacité qui amène vers la dépression ?*

**Oui. La perte de l'autonomie, c'est vraiment ça. Après, c'est beaucoup liée au tempérament. Certaines personnes ont toute une liste d'antécédents, mais malgré tout, elles arrivent quand même à trouver des choses positives dans leur vie. Quand on parle de résilience, selon les histoires de vie aussi. Il y a des personnes qui ont vécu des choses dans leur enfance, ou dans leur vie d'adulte, et qui ont réussi malgré tout à dire « Mais non, ici on est bien, les aides-soignantes sont super, elles s'occupent bien de nous », enfin voilà. Alors que d'autres personnes au contraire qui vont broyer du noir. Après il y a pleins de facteurs à la dépression. L'écoute auprès de ces personnes, parfois, ça**

**n'est pas suffisant. Après l'intervention individuelle, quand la personne est enfoncée... Enfin voilà, parfois aussi le côté anti-dépresseurs parfois ça peut aussi soulager, déjà pour apporter un peu plus de sommeil, enfin voilà... Sinon c'est un cercle vicieux.**

*Tu penses que c'est quoi leurs problématiques occupationnelles ?*

**Heu... Disons que ça me fait penser que des fois, il y a un côté... Au niveau de l'entourage, où on a moins envie d'aller voir ces personnes-là, de s'en occuper. D'aller voir quelqu'un de déprimer, qui n'a plus envie d'échanger, on va moins fréquemment la voir, et ça entretient cet état dépressif. Mais je ne sais pas si je réponds vraiment à la question...**

*Hum... Au niveau des problématiques, ce serait plus : au niveau de sa vie quotidienne, qu'est-ce qu'elle n'arrive plus à faire dans ses occupations ?*

**Heu... Bah par exemple, rien que de prendre soin d'elle, de s'habiller, faire sa toilette... Enfin des choses, vraiment du quotidien. Ne serait-ce que marcher, parfois avec la dépression, leur corps est encore plus raide, il y a encore plus de lenteur. Et quelqu'un qui est déprimé ça se traduit aussi en ça au niveau du corps. Des gestes qu'elles arrivent d'habitude à faire, s'habiller, faire sa toilette... Ne serait-ce que manger, enfin parfois, au-delà de l'appétit, enfin ce n'est pas qu'elles ne savent plus comment faire, ça n'a rien à voir avec le cognitif, mais elles n'ont plus la volonté.**

*Et tu penses qu'elles, au niveau de leurs liens sociaux, de leur participation sociale, hum... C'est comment ?*

**Heu... Un peu en lien avec la perte de capacités, il y en a beaucoup qui se vivent comme une charge en fait. Heu... Une charge pour les soignants... Et parfois, elles ont plus envie qu'on s'occupe d'elle, qu'on les laisse, parce qu'elles se sentent comme une charge, inutile : « Je ne sers plus à rien, je n'ai plus rien à apporter ». Et c'est là où moi j'essaye vraiment de les... En tout cas, j'essaye de leur montrer des pistes pour, enfin dans leur histoire, j'essaye de leur montrer des choses positives. Par exemple, quand je vais chez eux, je m'appuie beaucoup sur les photos, des objets qui leurs rappellent des bons souvenirs, et parfois ça peut leur redonner le sourire. Ça peut les sortir du présent où là ils broient vraiment du noir. Forcément à un moment donné, il y a des choses positives à discuter, même si elles sont passées par des périodes de deuil, de séparation...**

*Toi quand tu intervies auprès des personnes dépressives, quels sont tes objectifs ?*

Heu... Qu'ils puissent s'exprimer en fait. Car souvent ce sont des personnes qui restent assez mutiques mais qui dans leurs têtes ruminent des problèmes et sont en boucle. Et j'essaye justement de leur parler aussi de l'extérieur, la résidence, la météo... Pour les sortir justement de cette boucle. Quand j'ai des étudiants, des stagiaires, c'est aussi un bon moyen de pouvoir discuter à trois, car pour leur résident, ce sont des jeunes. Ils sont étudiants et parfois les résidents apprécient d'avoir des échanges avec des plus jeunes, pas du tout de leur génération, ça peut leur renvoyer à eux quand ils étaient étudiants. Enfin voilà, une autre génération, ça peut apporter d'autres sujets de discussion, le rapport n'est pas le même. Les étudiants aussi n'ont parfois pas le même regard extérieur, et ça peut servir à créer du lien avec ces personnes-là.

*Okay. Du coup, tu serais plus dans le lien social, mais en dualité ?*

**Oui.**

*D'accord.*

Ouais, ouais. En dualité, ou par les médiations aussi. Parce que, à l'oral ce n'est pas toujours évident pour les personnes de verbaliser comment elles se sentent. Ça le fait moins ici, en lieu de vie, mais moi quand je travaillais en psychiatrie, j'utilisais beaucoup le dessin, la peinture, et faire de la cuisine, voilà. Mais bon ici je ne peux pas forcément faire tout ça, mais il y a pleins de médiations qui permettent de verbaliser, pour aider à sortir de la dépression. Faire des choses corporelles aussi.

*Comment ça se fait que ce genre de médiation, tu ne peux pas les mettre en place dans la résidence ?*

Bah... Parce que j'aimerais bien être... Heu... Même si le métier d'ergo est quand même connu, reconnu... La plupart des soignants, on va dire même tous, on pas toute l'aperçu de ce qui est fait aussi, ça n'est pas que matériel. C'est assez méconnu. Quand je dis que j'ai travaillé en psychiatrie, on me demande ce que j'y faisais, enfin on me dit « Pourtant il n'y a pas forcément de fauteuils roulants ? » et je ne dis « Non mais l'ergo ce n'est pas que les fauteuils roulants ! » Mais bon. Ce n'est pas toujours bien connu des autres professionnels, mais même des médecins hein !

*Mmh. Du coup, comme ce n'est pas reconnu, tu as du mal à sortir hum... Des missions qu'on t'a...*

Ouais, c'est vraiment ça. Enfin, des fois, j'essaye, déjà, avec l'atelier écriture, il y a une occasion qui n'est présentée, ils étaient en recherche d'un animateur. Enfin l'atelier écriture c'était des stagiaires psychologues qui proposaient ça mais du coup à chaque fois c'était de nouvelles personnes et les résidents avaient besoin que ce soit une personne fixe, quelqu'un de permanent. Et donc c'est là où je suis intervenue, j'ai dit que ça m'intéressait, et donc j'ai récupéré ça. Mais c'est vrai que ouais... Avant en psychiatrie, on faisait des choses culturelles, regarder des films, sortir en balades dans des musées de Paris... Enfin voilà, tout ça, ça permet de créer du lien et de sortir de la souffrance... Mais voilà... Je pense que c'est vrai que d'être toute seule, sur plusieurs établissements... Peut-être que si j'étais sur une seule résidence, effectivement, je pense que j'aurais toujours les missions que j'ai actuellement, mais ça me laisserait plus de temps... Si j'étais cinq jours sur une résidence, forcément, j'aurais des temps sur ce que je fais actuellement, mais du temps aussi pour faire des groupes. Pour l'instant en tout cas ce n'est pas possible.

*Pour en revenir à la population dépressive, quand tu as des objectifs avec ces personnes-là, est-ce que tu les fais en co-construction ou pas ?*

**Les objectifs par rapport à ce que je propose aux résidents ?**  
*Aux résidents dépressifs oui.*

Oui. Oui, oui, j'essaye vraiment de leur rappeler pour je suis là, pourquoi je viens les voir et que moi, je suis là pour eux, que malgré leurs difficultés du moment, et que je serais surtout très présente. Avec les personnes dépressives, il faut vraiment être solide, en disant « Quoi que vous alliez me dire ou faire... », enfin il y a vraiment des personnes dépressives qui ont des moments, parfois, d'agressivité, en disant « Lâchez-moi, je veux rester comme ça » et tout ça. Et c'est là où il faut être très solide, et je trouve qu'ils ont besoin de ça, ils se disent « Ah malgré tout elle reste présente ». Il y a quelque chose dans le lien de confiance qui peut les soutenir en fait. Parce que parfois j'ai des résidents qui se sont excusés, parce qu'ils n'étaient pas bien et qui ont remercié en fait de continuer à être là, donc je le dis que je sais que ce n'est pas personnel ce qu'ils m'ont dit, qu'ils ne sont pas bien, voilà. C'est pour ça, il faut prendre beaucoup de recul, ne pas prendre ça en plein cœur, traîner ça toute la journée, ou même après le boulot.

*Du coup, tu penses que dans la relation avec eux, il faut pouvoir être contenant, et assez stables ?*

**Il faut être très containants, et accepter parfois qu'aujourd'hui que la personne ne va pas être à 100%, donc on ne va pas non plus insister, on va dire « Là j'entends que vraiment la relation n'est pas possible, donc je reviendrais à un autre moment » . Il y avait une dame par exemple qui allait très mal, et très en colère. Sa dépression à elle, elle se traduisait par des moments de colère, donc parfois elle allait vraiment loin dans ses propos, elle criait et disait des choses dures. Sauf qu'il y a des moments où l'on ne peut pas tout recevoir, on ne peut pas tout accepter, on n'est pas des robots ! (Rires). Donc je lui ai dit « Je comprends bien que vous ressentiez tout ça, mais moi je ne peux pas recevoir tout ça donc on va s'arrêter-là » , donc elle, elle était un peu sidérée, mais je lui ai dit « Mais voilà, notre relation se maintient quand même, et je reviendrais comme ça » . Donc j'avais fait ça car en fait, ça remue quand même pas mal. Et le lendemain, c'était redescendu et on avait pu recontinuer à travailler ensemble. Mais voilà, tout ça pour dire qu'on n'est pas des super-soignants, et quand ce n'est pas possible, il vaut mieux différer.**

*D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres moyens que tu aimerais bien mettre en place pour favoriser l'engagement des personnes dépressives dans des liens sociaux, dans la participation sociale, et que tu n'as pas pu mettre en plus jusqu'à lors pour X raison ?*

**Hum... C'était plus une idée comme ça, par rapport à l'atelier lecture, mais entre les résidences. Entre résidents d'autres résidences, des correspondances écrites, pour recevoir du courrier et après pourquoi pas organiser des rencontres, comme des repas des choses comme ça. Mais c'est vrai que c'était plus une idée comme ça, par rapport à l'atelier lecture, mais entre les résidences. Entre résidents d'autres résidences, des correspondances écrites, pour recevoir du courrier et après pourquoi pas organiser des rencontres, comme des repas des choses comme ça. Mais c'est vrai que le côté correspondance aujourd'hui ça se perd beaucoup maintenant, c'est plutôt des choses directes aujourd'hui, avec les téléphones, tout ça. Mais c'est vrai que pouvoir recevoir du courrier dans sa boîte aux lettres, aller le chercher... C'est quelque chose, dans le lien social, qui est très riche aussi. Et c'est quelque chose qui est de leur génération, ils peuvent retrouver quelque chose qu'eux ont plus connu, les correspondances. Après, on ne dit pas forcément les mêmes choses que quand on est au téléphone en plus. Tu penses que ça, c'est possible de le mettre en place pour les personnes dépressives ?**

**Ça pourrait ouais ! Des fois, de pouvoir partager des moments difficiles, ça peut soutenir aussi. Il y a souvent de l'entraide entre les résidents. Moi je le vois, il y a certains résidents qui sont très soutenant entre eux, qui ont connu peut-être des moments comme ça et qui du coup comprennent bien.**

*Oui, c'est super intéressant ! Et il y a en plus cette notion de... Il y a moins de pudeur, comme on ne connaît pas forcément la personne.*

**Mmh, oui ! Donc ouais. Je sais que moi j'ai, enfin ce n'était pas pareil, mais j'ai fait en psychiatrie ce qu'on appelle le « Mail Art » . Je ne sais pas si tu connais ?**

*Pas du tout.*

**C'est une sorte de courrier, mais avec un côté plus artistique, sur l'enveloppe et du courrier. Tu personnalises ton enveloppe, avec des dessins, ou tu colles des choses.**

*D'accord, je vois, j'irais voir ! Toi, comment es-tu satisfaite, au niveau de ta pratique, à propos de la participation sociale des résidents ?*

**Est-ce que je suis satisfaite ? Ouais ! Bah, hum... C'est vrai que quand je les vois, quand je vois une évolution au niveau des accompagnements. Je dirais que je suis plutôt... C'est à quel moment je suis satisfaite ou bien c'est comment je suis satisfaite ?**

*Eh bien, c'est comment... Est-ce que tu l'es, oui ou non, et sinon pourquoi ?*

**Pour moi, quand je suis satisfaite, c'est quand je croise les résidents que j'ai déjà vu en difficulté par exemple, et qui n'ont plus besoin de mon accompagnement et qui se sont saisis des propositions que j'ai pu faire, et qui ont pu les aider, et qu'ils en profitent dans leur quotidien, par rapport aux solutions que j'ai pu leur apporter, des interventions... Parfois je leur dis, quand j'ai fini une intervention qui leur convient « Bah voilà, on ne se verra plus, mais par contre voilà » ils me disent « Vous pouvez faire une visite de courtoisie ! » ou parfois je les croise et on échange quelques mots, et je vois leurs sourires et qu'ils ont retrouvé de l'autonomie. Et ce sont des personnes qui reprennent du lien social derrière ?**

**Oui, c'est des personnes qui retrouvent du lien social, car justement, ils étaient plutôt isolés car ils ne pouvaient pas se déplacer tout seul. Et là, ils vont pouvoir le faire à nouveau, et ils vont pouvoir accéder à plusieurs choses, aller aux activités, et rencontrer plus de personnes qu'avant.**

*Ouais. En fait... Hum... Tu m'arrêtes si tu n'es pas d'accord, mais hum... J'ai l'impression, de ce que tu me dis, que toi, tu ne vas pas vraiment travailler le lien social... Hum, ça ne va pas être ton objectif principal, dans le sens où toi, ça va être plus : Retrouver de l'autonomie ou de l'indépendance, et, par ce biais-là, la personne va retrouver du lien social.*

**Ouais, oui, oui. Pour moi, en tant qu'ergo, c'est le côté autonomie, effectivement, qui va être mis en avant, mais effectivement les deux sont liés. Quand on a de l'autonomie, on va plus vers les autres, et les autres vont plus vers toi, voilà. Donc, oui, oui, effectivement, c'est plus l'autonomie qui va leur permettre qu'ils puissent sortir de là où ils sont. Après, il y a des personnes qui retrouvent de l'autonomie mais au niveau du lien social, ce n'est pas quelque chose qui était forcément dans leur demande. Eux, c'était plutôt pouvoir se déplacer, ou de faire les choses par eux même, être moins indépendants. Mais ça, je te dis, c'est vraiment au niveau du caractère, il y a des résidents qui ne cherchent pas vraiment le lien social, mais qui ne sont pas déprimés et qui sont aussi bien avec ça, ce qu'on appelle les « solitaires » . Mais même les solitaires, je pense qu'on a tous besoin un peu des autres !**

*Oui ! \*rises\* Mais du coup, toi, la participation sociale, ça ne fait pas partie de tes objectifs principaux en fait ?*

**Non, pas vraiment, non.**

*Okay. Et au niveau de ta satisfaction par rapport aux personnes dépressives ? Est-ce que tu es satisfaite ? Oui/Non, et sinon pourquoi ? (Rire)*

**(Rire) Hum... Bah des fois, il y a un côté des fois frustrant. Car des fois on n'arrive pas à répondre correctement aux attentes. Globalement je suis plutôt satisfaite, mais parfois, il y a des frustrations de... Par manque de temps, toujours pareil, manque de temps pour chaque personne. Parfois je me sens un peu dispersée, et j'aimerais bien être en contact plus longtemps, avoir plus de temps avec les résidents. Il y a des moments on n'a pas beaucoup de temps avec eux alors qu'on aimerait pouvoir plus discuter.**

*Ce manque de temps-là impacte comment tes interventions auprès de ces personnes-là ?*

**Par exemple, parfois, j'ai ma « montre », et on discute mais derrière j'ai d'autres résidents à voir. Et là je leur dis « Là, je vais vraiment devoir y aller... » alors que la personne a vraiment besoin de parler, mais là je ne peux pas car il y a d'autres personnes qui m'attendent mais je leur dis « Je prévois de venir vous revoir, je repasserais vous voir ». Et en fait, ils sont très compréhensifs d'ailleurs, c'est plus moi qui suis un peu frustrée !**

*Okay. Est-ce que tu penses que le versant psychologique est important à prendre en compte dans l'accompagnement ?*

**Bah oui, moi je trouve que c'est un des piliers quand même. La psychologie, le côté où l'on est des humains, on ne peut pas les séparer en fait. On ne peut pas s'occuper du corps mais pas de la tête en fait, et inversement, même pour les émotions. Je pense que c'est très important, et ça manque des fois peut-être dans les équipes. Je dis ça dans le sens où, au niveau des équipes soignantes, des fois ça tourne beaucoup, y'a des vacataires, beaucoup de turn-over, et pour les résidents ça peut être compliqué.**

*Okay ! Hum... Eh bien je regarde si je t'ai tout posé correctement. Écoute, ça m'a l'air d'aller, donc si toi tu veux me faire part de certaines précisions ou revoir sur certains points ?*

**Hum... Non, je pense avoir dit pas mal de choses !**

*Oui ! Et bien écoute, c'est bon pour les questions !*

(Contenu hors sujet)

(Fin de l'entretien)



## **La participation sociale des personnes âgées dépressives en EHPAD.**

### **Quel rôle pour l'ergothérapeute ?**

*Mots-clés : Participation sociale – Personne âgée – Dépression – EHPAD – Ergothérapie*

Chez les personnes âgées, la dépression est un trouble particulièrement répandu. Cette pathologie entraîne l'isolement social, impactant alors leur qualité de vie et leur participation sociale. Ce travail de recherche a pour but comprendre comment la participation sociale est abordée en ergothérapie auprès des résidents dépressifs en EHPAD. Il a été réalisé par le biais d'entretiens auprès de trois ergothérapeutes exerçant en EHPAD et les données collectées ont été analysées de façon qualitative. Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à penser que l'alliance thérapeutique est un pilier pour favoriser la participation sociale des personnes âgées dépressives. La reprise de rôles sociaux se fait dans l'accompagnement vers des occupations signifiantes et revalorisantes, dans le renforcement de son pouvoir d'agir, autour de la pluridisciplinarité. L'ergothérapeute favorise la participation sociale du résident dans un processus dynamique où chaque composante est en interrelations. Il a donc de multiples façons d'agir sur la participation sociale par les occupations, en fonction de ses ressources personnelles et institutionnelles.

## **Social participation of depressed elderly in nursing homes.**

### **Which role for the occupational therapist?**

*Keywords: Social participation – Elderly – Depression – Nursing home – Occupational Therapist*

Depression is a particularly common disorder affecting the elderly. This pathology leads to social isolation, thus impacting their quality of life and social participation. The purpose of this research is to understand how social participation is approached in occupational therapy with depressed people in nursing homes. This study was conducted through interviews with three occupational therapists practicing in nursing homes and the collected data was analyzed qualitatively. The occupational therapists interviewed agreed that a therapeutic alliance is a key factor in promoting social participation in elderly people with depression. The recovery of social roles is based on the guidance to meaningful and valorizing occupations, in the strengthening of the resident's empowerment, around a pluridisciplinary approach. The occupational therapist promotes the resident's social participation in a dynamic process where all components are interconnected. He therefore has multiple ways of acting on social participation through occupations, according to his personal and institutional resources.