



ENGAGER LES PERSONNES ÂGÉES DANS LEUR PRISE EN CHARGE

Mémoire de fin d'étude en ergothérapie



05/2020

GOURTAY LOIC



INSTITUT
DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de texte, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné Gourtay Loïc étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 27/05/2020

Gourtay Loïc

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Loïc Gourtay', written in a cursive style.

Note aux lecteurs

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

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser ce mémoire. Tout d'abord je remercie Audrey Chevaleyre, ma maître de mémoire qui m'a conseillé, accompagné et guidé tout le long de cette année. Ses conseils m'ont permis d'évoluer en tant que futur ergothérapeute.

Ensuite, je tiens à remercier tous les ergothérapeutes qui, en cette période de crise, ont pris du temps pour réaliser des entretiens sans lesquels cet écrit n'aurait pas été possible.

Je souhaite remercier Sylvie Millérioux et Emelyne Marechal-Roux qui ont corrigé mon mémoire et m'ont aidé dans la rédaction de cet écrit.

Je remercie ma copine qui m'a soutenu, supporté et apporté de l'aide durant cette année difficile. Sans elle mon mémoire n'aurait pas été le même. J'aimerai aussi remercier Julien et Sébastien Millérioux pour leur soutien et leur aide. Je souhaite tout particulièrement remercier Justine Voltz pour tout le temps qu'elle a consacré à mon écrit.

Enfin, je tiens à remercier ma famille. Ils ont réussi à m'écouter, me supporter, me soutenir et m'aider dans la totalité de mes études.

Table des matières

Introduction	1
Pré enquête	5
I. Cadre conceptuel	9
A. Les personnes âgées	9
1. Définition et particularité du vieillissement	9
2. Institution de soin en gériatrie	13
B. L'ergothérapie en gériatrie	17
1. Généralité en ergothérapie.....	17
2. La prise en charge en ergothérapie.....	18
3. Généralités de la prise en charge gériatrique.....	23
C. L'engagement de la personne âgée.....	24
1. Motivation et engagement : des éléments importants dans la prise en charge.	25
2. L'impact sur la prise en charge	26
3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....	27
D. Résumé de la partie théorique	31
II. Cadre expérimental.....	32
A. La méthodologie de l'enquête	32
1. Les objectifs de l'enquête :.....	32
2. Le choix de la population :.....	33
3. Outil d'investigation.....	34
4. Les entretiens.....	35
B. Présentation des résultats.....	36
1. Parcours de l'ergothérapeute et sa pratique.....	36
2. L'engagement des personnes âgées.....	40
3. Utilisation de la MCRO auprès des patients âgés.....	44
C. Discussion	49
III. Conclusion.....	55
IV. Bibliographie	57
V. Annexe.....	1

Pour faciliter la compréhension de ce mémoire, les éléments suivis d'un astérisque (*) sont définis dans l'annexe I.

Introduction

En 2016 l'espérance de vie en France est de 80 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. Celle-ci sera alors de 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Actuellement on dénombre 15 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060 (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

L'espérance de vie augmentant, il est intéressant de se questionner sur la situation de ces personnes de plus en plus vieillissantes. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, au cours de l'année 2017, une personne hospitalisée sur trois avait plus de 65 ans. De plus, en 2016, près de 7500 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) accueillaient plus de 600 000 personnes âgées. Près de 760 000 personnes âgées en perte d'autonomie* bénéficiaient des prestations d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Ces quelques chiffres représentent les difficultés d'autonomie auxquelles font face les personnes âgées.

Afin de poser un regard le plus exhaustif possible sur cette question, il est indispensable de s'intéresser aussi à l'espérance de vie en bonne santé. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, l'espérance de vie en bonne santé correspond au nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne (Moisy, 2018). En 2016, l'espérance de vie en bonne santé s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes.

Les personnes vieillissent et deviennent de plus en plus dépendantes dans leur quotidien. Or, pour qu'une personne ait une vie de qualité, il est nécessaire qu'elle réalise des activités. Isabelle Pibarot appelle cela l'ergon* (Pibarot, 2013). Selon elle, la personne a besoin d'avoir un but dans la vie et des occupations pour être en bonne santé. Madame Pibarot prend l'exemple de l'étude de René A. Spitz sur le « *nourrissage** » des enfants. Des enfants nourris et soignés convenablement pouvaient devenir gravement malades et mourir si la nourriture était donnée de « *façon anonyme** ». Ainsi, prendre soin n'est pas seulement s'occuper de l'organisme d'une personne mais c'est l'amener à trouver de nouvelles normes de vie. Il est primordial de prendre en compte les personnes et de s'intéresser aux activités

qu'elles réalisent. C'est le rôle de l'ergothérapeute. D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le mot « *ergothérapeute* » est étymologiquement découpé en deux parties : Le terme « *ergon* » qui en grec signifie l'activité et « *therapia* » qui signifie le soin.

Le prolongement de la vie en bonne santé ouvre des possibilités, non seulement pour les personnes âgées et leur famille, mais aussi pour la société dans son ensemble. Si les gens vivent ces années supplémentaires en bonne santé et dans un environnement favorable, leur capacité à faire ce qu'ils apprécient sera assez semblable à celle des jeunes. Si, au contraire, ces années sont marquées par une diminution des capacités physiques et mentales, les conséquences pour les personnes âgées et pour la société sont plus négatives. Ces années supplémentaires sont l'occasion de se lancer dans de nouvelles activités, une passion négligée ou encore des associations captivantes. L'ergothérapeute ouvre le champ des possibles. Ces personnes âgées qui vont réaliser des activités variées apportent leur contribution à la société sur le plan culturel et financier par leur pouvoir de consommation. C'est pourquoi le maintien des aptitudes des personnes âgées est un sujet majeur de santé publique dans la société actuelle.

Situation d'appel

L'ergothérapeute joue donc un rôle dans l'entretien des capacités fonctionnelles des personnes âgées. Au cours de mes études, j'ai pu regrouper plusieurs témoignages de rééducateurs montrant la tendance des personnes âgées à désinvestir la prise en charge. De plus, j'ai moi aussi vécu ce phénomène au cours de l'un de mes stages. Dans un centre de rééducation fonctionnelle, j'ai pris en charge un patient, Monsieur T., âgé de 69 ans qui a été intégré en rééducation à la suite de la mise en place d'une prothèse d'épaule inversée. En lien avec les attentes de ma tutrice de stage, j'ai, tout le long de la prise en charge de Monsieur T., suivi le protocole de rééducation délivré par le médecin. Dans celui-ci, le patient devait effectuer deux fois par jour une rééducation de 20 minutes en ergothérapie et en kinésithérapie pour un total d'une heure et trente minutes de prise en charge. L'accompagnement proposé évoluait en fonction des capacités du patient, réévaluées tous les jours.

En séance, l'objectif principal fixé était le retour au domicile avec l'aide de sa femme et possiblement des aides techniques et humaines extérieures à évaluer en cours de rééducation. Pour cela, un plan de soins a été construit. À court terme, l'objectif principal était de diminuer la douleur. Lors de la pose d'une prothèse d'épaule, les personnes ressentent souvent une douleur gênant le quotidien. Ensuite, l'évaluation des capacités a permis la mise en place d'aides techniques pour favoriser l'autonomie de la personne au centre de rééducation. Enfin, le dernier objectif était d'informer la personne sur la prophylaxie (gestes et postures à éviter) pour la suite de la rééducation.

À moyen terme, le but était de récupérer progressivement des capacités de l'épaule pour les intégrer dans les gestes de vie quotidiens. Pour cela, des exercices en lien avec les capacités de Monsieur T. ont été proposés : déplacement d'objets dans les différents plans sous la forme d'un jeu de société, mise en place de pinces à linge sur des fils de différentes hauteurs.

Durant cette période, Monsieur T. souffrait beaucoup. En séance, il était vite fatigué et réduisait le nombre de répétitions demandées. Plusieurs fois, il a exprimé le fait que les exercices qu'il réalisait ne lui permettraient pas de revenir à son état antérieur. Il se plaignait de ne pas progresser assez vite et de ne pas voir d'évolution positive. De nombreuses discussions ont été réalisées pour montrer à Monsieur T. l'intérêt de la rééducation et les progrès qu'il avait fait. Il lui a été rappelé à nombreuses reprises que l'équipe de rééducation faisait son maximum et que personne ne pouvait prévoir comment allaient évoluer ses capacités. Avec le temps, Monsieur T. semblait de plus en plus agressif, il répondait sèchement aux questions posées, s'énervait, partait en cours de rééducation et avait de plus en plus tendance à crier. Il semblait aussi de moins en moins engagé dans la rééducation : il était fréquemment absent des séances, ne réalisait que la moitié des exercices demandés et jamais ceux proposés en chambre.

Un jour, Monsieur T. a arrêté de venir aux séances de rééducation et a décidé de quitter l'établissement contre avis médical.

Interpellé par la situation, je me suis tourné vers lui. Après une longue discussion, Monsieur T. m'a expliqué qu'il n'arriverait pas à récupérer ses capacités, que l'hospitalisation était du temps perdu, d'où sa décision de quitter l'établissement.

Cette situation m'a beaucoup tourmenté, j'avais l'impression d'être responsable du fait que ce patient n'ait pas récupéré ses capacités. En tant que rééducateur, j'étais persuadé que mon rôle consistait à permettre aux personnes de sortir avec les mêmes capacités qu'avant leur traumatisme. Ainsi, je voyais cette situation comme un échec de l'équipe de rééducation : nous n'avions pas réussi à engager le patient dans son accompagnement. À la suite de cette expérience, je me suis beaucoup interrogé sur l'engagement des patients et son impact sur leur récupération. Au fur et à mesure de mes études, de mes stages et de mes expériences professionnelles, j'ai constaté que nous ne sommes pas des guérisseurs. Nous ne décidons pas si les patients récupèrent ou non leurs capacités. S'ils n'arrivent pas à progresser, la responsabilité n'en incombe pas aux rééducateurs. Notre rôle est d'accompagner les patients, de faciliter leur récupération, de favoriser leur progression et de mettre en place des moyens pour surmonter les difficultés qu'ils rencontrent.

Cette situation m'a amené à beaucoup réfléchir sur l'impact de l'engagement des patients sur la rééducation. C'est pourquoi je me pose aujourd'hui la question suivante :

« De quelle manière les ergothérapeutes favorisent-ils l'engagement des personnes âgées dans leur prise en charge ? »

Pré enquête

Au cours de l'année 2018/2019, j'ai réalisé un mémoire de fin d'étude d'ergothérapie. Il portait sur la motivation des patients portant une prothèse d'épaule inversée en séance de rééducation d'ergothérapie. Je me demandais si le jeu utilisé par les ergothérapeutes permettait de motiver les patients en séance. Les résultats ont mis en évidence que les ergothérapeutes interrogés utilisaient principalement des activités signifiantes et significatives pour favoriser la motivation de leurs patients en séance. D'après Morel-Bracq (2006), la signification correspond à toute activité qui réfère au sens social, donné par l'entourage. Cela forme le quotidien d'une personne et permet à la fois le bien-être de celle-ci et lui assure une qualité de vie. Comme exemple, nous pouvons citer : nous lever, faire notre toilette, nous brosser les dents, manger, cuisiner, faire nos courses, marcher, passer le balai, travailler... Le sens, quant à lui, correspond au rapport de l'individu avec les activités. Celles-ci vont procurer du plaisir à la personne. Par exemple : faire du sport, tricoter, cuisiner, conduire, sortir... Ces activités permettent de mobiliser l'énergie de la personne dans la rééducation.

Une des ergothérapeutes interrogées utilisait un outil pour cibler les activités signifiantes et significatives des personnes et ainsi proposer une rééducation motivante. L'outil utilisé s'appelle la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Lors de notre apprentissage à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Créteil, des cours nous avaient été proposés sur cet outil mais c'était la première fois que je le voyais utilisé sur le terrain. C'est à la suite de cet entretien que je me suis intéressé à l'utilisation de cet outil pour engager les patients. Tout d'abord j'ai effectué des recherches sur le modèle avec lequel il a été conçu. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) a été créé pour clarifier le rôle de l'ergothérapeute (Morel-Bracq, 2009). Ce modèle s'inspire de la définition de Polatajko & Townsend (2013) : « *L'ergothérapie est l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation ; l'habilitation des gens à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être, et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie* ».

Ainsi, ce modèle se concentre sur le rendement occupationnel et la participation de chaque personne (Polatajko & Townsend, 2013). L'occupation est définie ici comme les groupes d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquels les individus et les cultures attribuent un nom, une structure, une valeur et un sens. L'occupation comprend tout ce que les gens font pour prendre soin d'eux-mêmes (soins personnels), se divertir (loisir) et contribuer à l'édifice social et économique de leurs communautés (Polatajko & Townsend, 2013). Le rendement désigne donc ici le rapport entre la manière dont les personnes réalisent actuellement leurs activités et la manière dont ils voudraient les réaliser.

L'engagement occupationnel correspond à l'action de s'impliquer ou de prendre part à une occupation (Polatajko & Townsend, 2008). D'après Morel-Bracq (2009) la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement et la participation. Ainsi, la promotion de l'activité permet de maintenir la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle et de valeur sur sa vie.

Pour favoriser le bien-être de chaque personne, il est indispensable de s'intéresser aux personnes dans leur globalité. L'ergothérapeute se focalise sur leurs situations problématiques en tenant compte des particularités de leur vie et de leur personnalité, leurs goûts... Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute est non seulement d'analyser l'évolution du patient, mais aussi de dresser un portrait juste de ses habiletés* fonctionnelles et d'en conclure ainsi son niveau de fonctionnement dans ses occupations. Des objectifs significatifs émergent dans le cadre de cette pratique centrée sur le patient. Pour qu'elle soit centrée sur la personne, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel est ainsi découpé en plusieurs concepts.

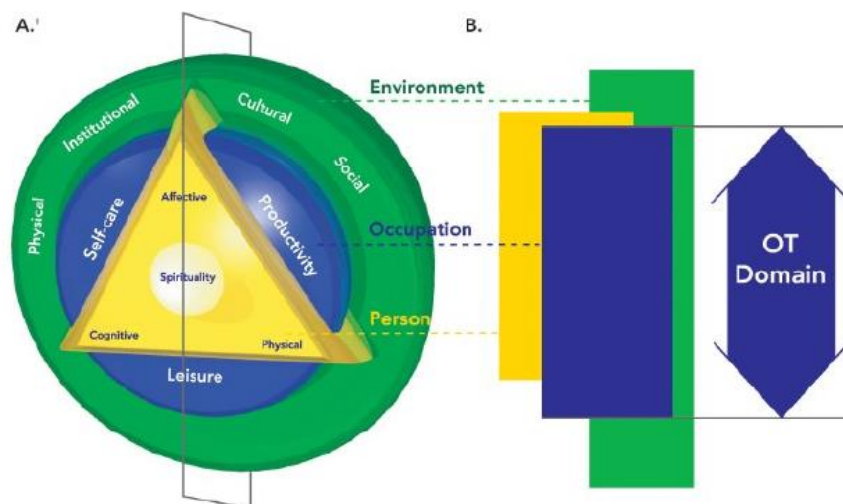


Image 1 : Schéma de la MCRO

Site web : <https://slideplayer.fr/slide/1147396/>

Comme nous le montre l'image ci-dessus, le premier concept, l'environnement, est découpé en quatre dimensions, les environnements physiques, institutionnels, culturels et sociaux dans lesquels la personne évolue.

La dimension physique fait référence aux éléments naturels et construits, comme les édifices, les véhicules de transport, la topographie des lieux, les équipements, etc. La dimension institutionnelle comprend les éléments politiques, économiques et légaux. La dimension culturelle fait référence aux aspects ethniques. Enfin, la dimension sociale se rapporte aux éléments sociaux de l'environnement et aux rapports entre les gens. L'ergothérapeute a pour but de proposer une prise en charge tenant compte de la subjectivité, des désirs et des besoins propres de la personne. Pour cela il est nécessaire de comprendre et de respecter les différents milieux dans lesquels elle évolue (Morel-Bracq, 2009).

Le second concept, la personne, est appréhendé à travers quatre dimensions : cognitive, physique, affective et spirituelle. La première se rapporte à toutes les fonctions cognitives des individus dont, entre autres, la mémoire, les fonctions exécutives et l'attention (Polatajko & Townsend, 2013). La deuxième, dimension physique, englobe toutes les fonctions sensorielles et motrices (Polatajko & Townsend, 2013). La troisième, dimension affective, réfère aux fonctions sociales et affectives, de même qu'aux facteurs interpersonnels et intra personnels (Polatajko & Townsend, 2013). Enfin, la dernière, dimension spirituelle, constitue l'essence même de la personne, à savoir la force qui oriente l'expression de ses choix (Polatajko & Townsend, 2013). Celle-ci comprend les valeurs, les croyances personnelles et le sens donné à la vie (Polatajko & Townsend, 2013). Elle permet de comprendre la personne et de proposer des éléments en lien avec ses habitudes et ses convictions.

Le troisième concept est l'occupation. L'occupation est un terme que les ergothérapeutes francophones peinent à employer car il est souvent en lien avec un côté péjoratif de l'activité. En effet, nous pouvons prendre comme exemple des auteurs tels que Balzac : « *sa chère existence pleine d'occupations dans le vide et de vide dans les occupations* » ou Flaubert : « *Fumer, aller au bain, se peindre les paupières et boire du café, tel est le cercle d'occupations où tourne son existence* ». Ce terme est, on le voit, connoté fort négativement, c'est pourquoi je préfère me référer à sa définition anglaise : « *A group of activities That has personale and sociocultural Manning, Is Name lithiné a culture and supports participation in society. Occupations Can be catégorise as self-care, productivité and/or liseur.* » Soit en français : « *Un groupe d'activités ayant une signification personnelle et socioculturelle est nommé dans une culture et soutient la participation à la société. Les occupations peuvent être catégorisées comme soins personnels, productivité et/ou loisirs* » (Meyer, 2016). Ainsi les occupations se retrouvent classées en trois domaines : les soins personnels, la productivité et les loisirs (Polatajko, 2008). Les soins personnels correspondent aux occupations qui permettent à l'individu de prendre soin de lui-même : les soins de l'apparence, la toilette, la cuisine... (Polatajko, 2008). La productivité regroupe les occupations qui contribuent à l'épanouissement social et économique ou qui engendrent des revenus. La productivité comprend des activités telles que le jeu, les travaux scolaires, l'emploi, les travaux ménagers, le rôle de parent et le bénévolat. Quant aux loisirs, ils comprennent toutes les

occupations qui visent le divertissement, telles que la socialisation, l'expression créatrice, les activités de plein air, les activités sportives et les activités ludiques (Polatajko & Townsend, 2013).

Ensuite, le quatrième concept, le rendement, représente l'actualisation ou la poursuite d'une occupation dans un environnement donné (Polatajko, 2008). C'est la capacité d'un individu de pouvoir choisir et réaliser une occupation (Polatajko, 2008).

Finalement, le dernier concept, l'engagement, a été défini précédemment et correspond selon Polatajko à l'implication avec laquelle une personne s'investit dans une ou plusieurs occupations.

Grâce à ces différents concepts, le MCREO guide les ergothérapeutes vers une prise en charge centrée sur la personne. Il permet de cibler, avec les personnes, des objectifs de soins en relation avec leur situation individuelle et faciliter l'engagement des patients. Cette approche centrée sur la personne est applicable à tous, de l'enfant à la personne âgée en passant par l'adulte. Dans le cadre de ce mémoire, c'est l'approche auprès de la population âgée qui nous intéresse.

Tous ces éléments ont nourri mon intérêt pour l'outil MCRO et m'ont permis de poser l'hypothèse suivante pour répondre à ma problématique :

« L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées. »

Afin de répondre à ces questionnements, l'ensemble des notions théoriques ayant servi d'appui à ce mémoire sera développé dans un premier temps. Pour commencer, le concept de personne âgée sera précisé, puis son parcours sera étudié. Ensuite, l'intérêt sera porté sur l'accompagnement en ergothérapie. Puis le concept d'engagement lié à cette population sera approfondi. Enfin, un intérêt particulier sera porté à l'utilisation de la MCRO.

Dans un second temps, nous présenterons l'enquête menée auprès d'ergothérapeutes. Nous proposerons alors une analyse des résultats afin de répondre à l'hypothèse de recherche. Enfin, une discussion confrontant le cadre conceptuel et le cadre de recherche permettra de conclure ce mémoire.

I. Cadre conceptuel

A. Les personnes âgées

1. Définition et particularité du vieillissement

a) Définition

Dans le sens commun, les personnes âgées sont des personnes qui ont vécu relativement longtemps. En France, en 1962, lors de la publication du rapport Laroque, les « *personnes âgées* » sont définies comme les 65 ans et plus. En 2019, ces éléments n'ont pas été modifiés alors que l'espérance de vie, elle, a considérablement augmenté passant de 67 ans en 1962 à 78,4 ans actuellement pour les hommes et de 73,6 ans en 1962 à 84,8 ans actuellement pour les femmes. Ainsi, l'âge de définition du groupe personnes âgées est devenu purement conventionnel et administratif et ne correspond plus du tout à l'entrée dans la vieillesse, comme en convenait l'INSEE, dès 1990 : « *En termes sociaux aussi bien qu'en termes physiologiques, l'expression "personnes âgées", d'usage courant ne correspond à aucune définition précise. On ne peut déterminer en effet avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées* ». Ainsi le vieillissement n'est pas un état qui arrive à un certain âge.

Selon le centre national de ressource textuel et lexical, le mot "vieillissement" correspond « *au fait de vieillir ou d'avoir vieilli, d'avancer en âge, de s'affaiblir en perdant progressivement ses forces physiques ou morales, ses capacités intellectuelles* » (lexicales, 2012). Cette définition montre une perte de capacités inévitable que la personne âgée subit au cours de son existence. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. De manière générale, cette altération de capacités se manifeste plus significativement lors de situations de stress où la personne doit répondre à une situation inhabituelle (maladie, effort, stress psychologique, anxiété...). La perte de capacités se fait à différents niveaux.

Le vieillissement a des répercussions sur le système nerveux.

Au cours du vieillissement, il existe une diminution du nombre de neurones* corticaux*, ainsi que de certains neurotransmetteurs* et une démyélinisation* des neurones périphériques* qui conduit à une augmentation du temps de conduction* (Université Médicale Francophone, 2010-2011).

Tous ces éléments vont impacter la fonction du système nerveux et peuvent conduire à une augmentation du temps de réaction, une réduction des capacités mnésiques*, une diminution de la

sensation de soif, de la sensibilité tactile et proprioceptive, une diminution de l'influx nerveux et donc de la force musculaire (Université Médicale, 2010-2011).

Ces phénomènes ont une incidence sur le quotidien des personnes : limiter la capacité à répondre de manière efficace à une situation nouvelle, limiter l'action des différents sens (instabilité posturale, perte de vision, d'audition, difficulté dans la manipulation d'objet...). De plus, la diminution de force additionnée à la perte de sensibilité peut conduire à des difficultés de locomotion, limitant les déplacements de la personne âgée (Université Médicale, 2010-2011).

Par ailleurs, le vieillissement a aussi des conséquences au niveau de l'appareil locomoteur.

Dans un premier temps, un vieillissement musculaire est constaté. Il se traduit par une diminution de la densité des fibres musculaires squelettiques. Cette réduction de la masse musculaire (sarcopénie) en relation avec la diminution d'influx nerveux conduit à une diminution de force musculaire. Cela impacte directement les capacités fonctionnelles de la personne et diminue son indépendance, soit sa capacité à réaliser seule ses occupations (Tavernier-Vidal, 1900).

Dans un second temps, le vieillissement osseux se caractérise par une diminution de la densité minérale osseuse (ostéopénie). Les os étant moins denses, cela conduit à une fragilité du squelette et une augmentation des complications en cas de blessure (Tavernier-Vidal, 1900).

Puis, le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation. Les muscles de l'œil n'arrivent plus à faire la mise au point de manière fonctionnelle. Additionné à l'opacification progressive du cristallin, la vue de la personne âgée se dégrade, rendant difficile l'observation de détails et limitant la prise d'informations au quotidien. De plus, on observe une diminution du goût et de l'odorat qui, en lien avec la perte de vue, vont limiter l'appétit de la personne âgée.

Enfin, le vieillissement s'accompagne d'une diminution progressive de l'audition, la personne a de plus en plus de mal à distinguer les sons aigus. Cela limite la communication des personnes âgées et favorise l'isolement social (Bouchet, Franco, & Plas, 1995).

Le vieillissement a aussi des conséquences sur les appareils cardiovasculaire, respiratoire et digestif.

Avec l'âge, le système cardiovasculaire subit des modifications. La masse cardiaque et l'épaisseur du ventricule gauche vont significativement augmenter, ce qui a un impact sur le bon remplissage ventriculaire. Additionné à une rigidification des parois artérielles, le cœur a plus de difficulté à fournir au corps le sang dont il a besoin (Marc, 1990).

Le vieillissement de l'appareil respiratoire est constaté dans un premier temps au niveau des muscles respiratoires. Ceux-ci vont être moins performants ce qui diminue la capacité ventilatoire et le débit expiratoire de la personne âgée. De plus, les poumons et la cage thoracique vont devenir plus rigides rendant plus complexe le remplissage et le vidage des poumons. En lien avec les modifications

du système cardiovasculaire, le vieillissement crée une diminution de la capacité de diffusion de l'oxygène dans le corps (Trivalle, 2006).

Au niveau de l'appareil digestif, les modifications de l'appareil bucco-dentaire, la diminution du flux salivaire et de la sécrétion acide des cellules gastriques conduisent à un ralentissement du transit intestinal.

Ainsi nous pouvons donner la définition suivante : « *Au sens biologique, le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. Ainsi l'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles) et actuelles, chroniques ou aiguës* » (Université Médicale, 2010-2011).

Ces modifications sont subies par toutes les personnes âgées. Pourtant, dans notre entourage les personnes âgées n'ont pas toutes les mêmes capacités (Trivalle, 2006). Chaque personne réagit différemment au phénomène du vieillissement. Il est important de se focaliser sur les capacités réelles des personnes.

b) *La classification du vieillissement*

C'est en s'intéressant aux capacités réelles des personnes âgées que de nombreux écrits distinguent 3 modes évolutifs principaux de vieillissement.

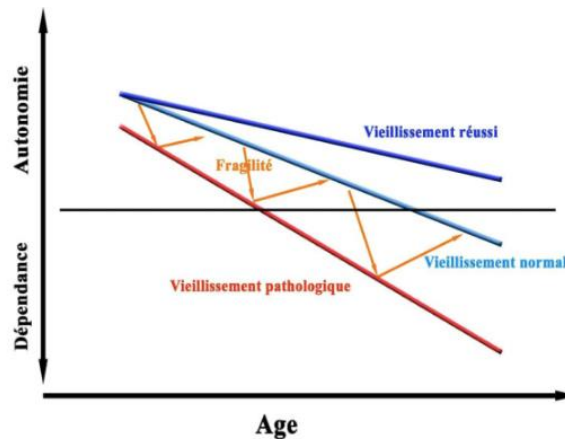


Image 2 : Représentation des trois modes de vieillissement fonctionnel. (Trivalle, 2006)

Comme nous le montre le schéma ci-dessus, le premier mode est appelé « le vieillissement réussi ». Il correspond à un vieillissement ne comprenant qu'une atteinte minimale des fonctions physiologiques et une absence de pathologie. Dans la société actuelle c'est l'un des objectifs principaux de la gérontologie préventive (Ennuyer, 2011). Selon L'OMS, la définition de la santé depuis 1946 est la suivante : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (Organisation mondiale de la santé, 2020). Ainsi pour qu'un vieillissement soit réussi, il est nécessaire de maintenir un fonctionnement physique, mental et psychosocial avec une dimension subjective importante incluant les notions de « bien-être » et de « satisfaction de vie ».

Le second mode, appelé « vieillissement habituel ou usuel », se définit par des atteintes considérées comme physiologiques de certaines fonctions, liées à l'âge, mais sans pathologie bien définie. Il est la cause de plusieurs dépendances légères ou de manque d'autonomie au quotidien des personnes âgées.

Le dernier correspond à un vieillissement avec la présence d'une ou plusieurs pathologies sévères, évolutives, compliquées et/ou handicapantes. Ce type de vieillissement est le plus souvent retrouvé dans les cas de dépendance majeure et d'institutionnalisation.

Ainsi, il existe une corrélation entre la réussite du vieillissement et l'autonomie de la personne âgée.

c) La fatigabilité

La fragilité est définie comme une diminution des capacités de réserves physiologiques, psychologiques et sociologiques de la personne vieillissante. Les capacités de réserve sont les capacités utilisées pour répondre aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, sociaux, accidentels ou maladies). Ainsi, la fatigabilité est l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress physiologique, psychologique, ou social. Cette situation d'équilibre précaire peut conduire à une perte fonctionnelle ou de majoration de la perte déjà existante.

Comme souligné dans le schéma ci-contre, la fragilité limite les possibilités de la personne âgée et conduit à sa dépendance. Ainsi la fragilité est une des principales causes de dépendance chez le sujet âgé. Dans ce cas il est nécessaire de mettre en place des moyens de compensation. Ces compensations permettent de favoriser l'autonomie et parer aux difficultés des personnes. Ces aides peuvent être techniques et/ou humaines en fonction des besoins. Pour que cela soit possible, les personnes sont suivies dans des institutions de soin auprès d'une équipe pluri professionnelle.

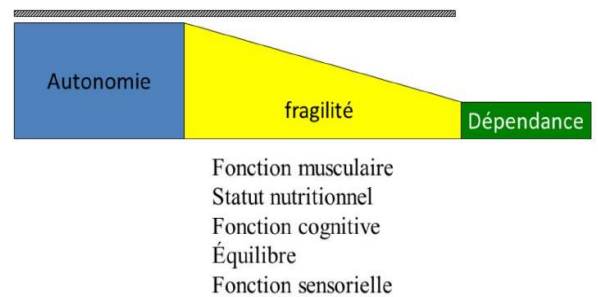


Image 3 : Représentation de la fragilité chez la personne âgée
 Lien : [https://eprel.u-pec.fr/eprel/claroline/backends/download.php?url=L0wyUzRfVUVfNC40X1M0X1RIY2huaXF1ZXNfZGVfcmVIZHVhY3Rpb25fZXRfcmVhZGFwdGF0aW9uL0VyZ29fZXRfZ2VyaWF0cmllL1pFTUJfQmFzdGllbi8xOTIwX1M0VUU0LjRfLV9MZXRfZWZmZXRzX2R1X3ZpZWlzbGlzc2VtZW50X2h1bWFpb18tX1pFTUJfQi5wZGY%3D¤tTime=1590392650&cidReq=true&cidReq=3465]

2. Institution de soin en gériatrie

Il est nécessaire de faire la distinction entre gérontologie et gériatrie. La gérontologie correspond à l'étude du vieillissement. Elle regroupe ainsi les sciences médicales en gériatrie, les sciences sociales en gérontologie sociale et les sciences médico-sociales en démographie du vieillissement (Coutton & Peyre, 2005). La gériatrie quant à elle correspond à la médecine spécialisée dans la vieillesse, reconnue comme spécialité médicale depuis 2004 (Trouvé, 2009). Dans le cadre de ce mémoire, nous allons nous intéresser à la gériatrie.

a) *Le parcours du patient âgé*

Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et prévenir les risques de la perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adapté à leurs besoins (Trouvé, 2009).

Plusieurs métiers gravitent autour de la personne âgée. Ces différents métiers sont classés en deux catégories, les métiers appartenant au champ sanitaire (médecins, infirmiers, aides-soignants) et les métiers du social et médico-social (aides ménagères, auxiliaires de vie...). Selon les situations, les ergothérapeutes vont intervenir dans l'un ou l'autre de ces champs. Les personnes âgées vont au cours de leur vie possiblement avoir recours à des professions de ces deux classes (Trouvé, 2009).

Pour avoir la meilleure prise en charge possible, il est primordial de guider la personne âgée au mieux afin de répondre à ses besoins. C'est pourquoi, le CHU de Poitiers a conçu un schéma illustrant le parcours du patient âgé aujourd'hui en France :

Le médecin est le premier professionnel qui filtre les patients âgés. Médecin traitant ou médecin en institution, en fonction des problématiques de la personne, celui-ci décide si la personne relève plus d'une intervention d'urgence, d'un accompagnement auprès d'un réseau gériatrique ou d'une prise en charge dans une structure de court séjour (Trouvé, 2009).

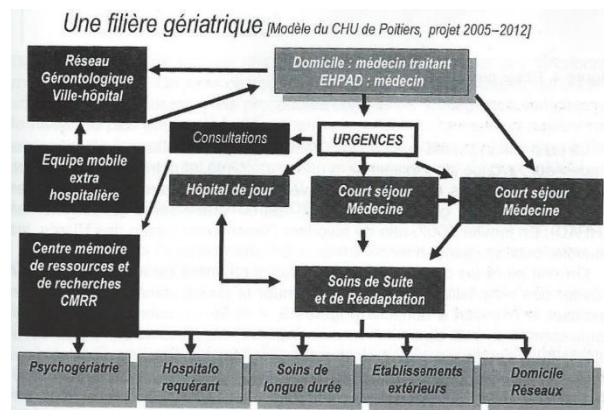


Image 4 : Une filière gériatrique

Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*. P 53 Marseille: Solal editeur.

Dans le cas d'une intervention d'urgence, une fois la prise en charge effectuée, le patient est redirigé vers :

1. Le domicile : avec un accompagnement de surveillance via des consultations ou d'un hôpital de jour (Trouvé, 2009).
2. Un service de court séjour médecine : il consiste en un accompagnement des personnes âgées en hospitalisation directe et complète à la suite d'une détérioration d'une pathologie chronique ou d'une affection aiguë de toute origine. Cet accompagnement est pluridisciplinaire à formation gériatrique. Le court séjour est le point de départ de la filière gériatrique (Trouvé, 2009).

Ensuite, la personne est soit accompagnée à son domicile, soit accompagnée dans un service de soins de suite et de réadaptation (Trouvé, 2009).

b) Le service de Soins de Suite et de Réadaptation en Gériatrie

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation en Gériatrie (SSRG) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients ainsi que promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Une structure autorisée en SSRG assure les missions suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

L'accompagnement se fait en équipe pluri professionnelle. Cette équipe a trois grandes missions.

À travers la rééducation, les SSRG aident le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.

Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SSRG assurent sa réadaptation. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.

Au-delà des soins médicaux et après stabilisation de l'état de santé du patient, les SSRG ont pour objectif final d'assurer sa réinsertion. Pour lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale et personnelle, les établissements vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

Après cette prise en charge, l'équipe oriente le patient en fonction de ses capacités, ses envies, ses moyens... Ainsi, la personne peut être accompagnée en hébergement médicalisé, en établissement extérieur (EHPAD) ou à son domicile.

Le secteur des SSRG connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population.

Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution de la durée moyenne de séjour en médecine et en chirurgie. L'objectif est de rendre les personnes âgées le plus autonomes et indépendantes possible. C'est pour cela que les ergothérapeutes interviennent.

B. L'ergothérapie en gériatrie

1. Généralité en ergothérapie

a) *Définition de l'ergothérapie*

L'ergothérapie est une profession de santé qui se pratique sur prescription médicale au sein d'une équipe interdisciplinaire. Étymologiquement, l'ergothérapie se définit comme une thérapie par l'activité. L'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen thérapeutique, comme technique de soin et comme support de la relation auprès de personnes présentant des troubles de l'activité humaine. Cette profession est régie par le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 : « *les ergothérapeutes contribuent au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.* ». Ainsi, quel que soit son domaine d'activité, l'ergothérapeute a pour mission de rééduquer, de réadapter et de conseiller la personne et son entourage de façon personnalisée.

« *Vos activités sont le reflet de ce que vous êtes, elles donnent du sens à la vie. L'incapacité d'accomplir les choses souhaitées ou nécessaires affecte votre bien-être général et donc votre santé. Les occupations d'une personne se retrouvent ainsi étroitement liées à sa qualité de vie et au sens donné à son existence* » (Pibarot, 2013).

b) *L'histoire de l'ergothérapie*

Des traces du métier d'ergothérapeute sont retrouvées depuis l'antiquité. Mais c'est en 1786 que Pinel, psychiatre à la Salpêtrière, introduit la notion de traitement par le travail. Il édite ensuite un ouvrage en 1801 promouvant l'activité dans la guérison (Association nationale française des ergothérapeutes, 2017). Ce n'est qu'en 1900, en Amérique du Nord, que des psychiatres s'inspirent des théories de Pinel et définissent l'activité comme thérapie, donnant ainsi naissance à son praticien, l'ergothérapeute. L'ergothérapie apparaît en France peu de temps après et se développe dans le domaine de la médecine physique lors des deux guerres mondiales (Charrette & Thiébaud, 2017). Il fallut attendre la fin de la deuxième guerre pour que l'ergothérapie se développe en psychiatrie en parallèle avec la psychothérapie institutionnelle. Ce n'est que 30 ans plus tard que les environnements humain,

architectural et matériel sont considérés comme des éléments primordiaux dans la santé du patient (Association nationale française des ergothérapeutes, 2017). Avec ceci dans les années 1970, le concept de handicap fit son apparition et l'ergothérapie prit le sens qu'on connaît maintenant en mettant en lien le patient, son environnement et l'activité (Charrette & Thiébaud, 2017).

2. La prise en charge en ergothérapie

a) *Le rôle de l'ergothérapeute*

L'ergothérapie est une profession qui a pour premier objectif de favoriser le maintien, de restaurer, de modifier les activités humaines pour que les personnes puissent les réaliser de la manière la plus sécurisante, autonome et efficace possible. Ainsi, l'ergothérapie a pour objectif de résoudre ou pallier les problèmes qui empêchent d'accomplir des occupations nécessaires à l'activité humaine. Les occupations regroupent toutes les activités ou groupes d'activités qui ont une signification personnelle et socioculturelle. En faisant cela, elle tend à prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap présentes dans les habitudes de vie des personnes. L'ergothérapeute agit en complémentarité des autres rééducateurs qui vont se focaliser sur la récupération de capacité.

Pour que le travail de l'ergothérapeute soit complet, il est découpé en plusieurs étapes. Selon le référentiel de compétence du diplôme d'état d'ergothérapeute, la première étape est de recueillir des informations sur l'environnement, les caractéristiques, capacités et occupations de la personne. Pour obtenir tous ces éléments, l'ergothérapeute dispose de différents outils : entretiens, recueil du dossier patient, bilans, mise en situation... (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010)

Dans un premier temps, l'ergothérapeute réalise un entretien. Cela lui permet de réunir des informations essentielles : l'identité de la personne (qui elle est, son âge, ses loisirs, ses activités), l'histoire de la maladie (que s'est-il passé ? depuis quand ? comment ?), les environnements dans lesquels elle vit (environnements physique, institutionnel, culturel et social), l'entourage aidant (amis, famille, mari/ femme), les problèmes rencontrés au quotidien et ses habitudes de vie.

Ces informations sont ensuite complétées par le dossier médical du patient et par le recueil d'informations des entretiens des autres professionnels de santé.

Dans un second temps, l'ergothérapeute fait passer divers bilans pour tester et apprécier les capacités de la personne. Les bilans sont sélectionnés en fonction des informations fournies lors de l'entretien sur les problématiques du patient, ses capacités et ses incapacités et sur l'histoire de sa maladie. En fonction de ces éléments, l'ergothérapeute propose des bilans pour coter et apprécier les déficiences et capacités de la personne :

1. Coter les douleurs de la personne
2. Coter les capacités physiques de la personne
3. Coter les capacités cognitives de la personne
4. Coter la sensibilité de la personne
5. Apprécier les capacités sociales affectives de la personne
6. Coter ses capacités dans les activités de vie quotidienne

Grâce à toutes ces informations, l'ergothérapeute est en capacité de réaliser un diagnostic ergothérapeutique. Le diagnostic ergothérapeutique posé fait le lien entre les éléments recueillis et analysés et les références en matière d'ergothérapie. (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010).

Ensuite, l'ergothérapeute met en place un plan d'intervention individualisé. Le plan d'intervention individualisé synthétise l'évaluation des différents intervenants et il précise les situations de handicap de la personne et de son entourage. De celui-ci, découle des formulations précises d'objectifs mesurables qui tiendront compte des ressources disponibles de l'environnement. Le plan doit également tenir compte des attentes exprimées par la personne face aux problématiques mises en évidence par l'évaluation. Les objectifs opérationnels doivent produire des résultats tangibles, ce qui est la finalité d'un « plan d'intervention individualisé » (Castelein, 1994).

Ainsi le plan d'intervention permet la formulation d'objectifs généraux ou spécifiques. Cela est possible grâce à l'identification des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes. L'ergothérapeute tient également compte des difficultés physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales présentes dans ses activités (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010).

Ensuite, l'ergothérapeute élabore un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique pour répondre aux objectifs fixés en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010).

De plus, ce plan tient aussi compte de la fréquence des interventions, de la planification à court, moyen et long terme des objectifs et des activités intervenantes.

b) *Mettre en œuvre des activités de soins*

Pour faire en sorte d'atteindre les objectifs fixés, l'ergothérapeute met en place des activités et des soins. Ces activités sont divisées en quatre domaines : la rééducation, la réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation.

La rééducation consiste à mettre en place des activités diverses avec pour objectif de récupérer des capacités perdues à la suite d'un traumatisme ou d'une pathologie. Elle permet aussi d'entretenir des capacités présentes et ainsi éviter leur dégradation. Pour cela, l'ergothérapeute identifie les caractéristiques physiques, psychologiques et psycho-sociales de l'activité et analyse le potentiel thérapeutique au regard des capacités et du projet de la ou des personnes (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010). Pour que le potentiel thérapeutique soit le plus efficace possible, il est important que les activités proposées soient en lien avec les capacités actuelles du patient. L'ergothérapeute modifie les activités à différents niveaux pour qu'elles correspondent aux capacités de chaque patient et ainsi proposer une rééducation optimale. Ainsi, l'ergothérapeute modifie les règles, l'espace et le temps de l'activité. (Casanova, 2003)

Prenons l'exemple de l'adaptation d'une activité « puissance quatre » dans le cadre d'une rééducation d'un patient portant une prothèse d'épaule inversée gauche. Cette prise en charge se déroule durant la phase de relance musculaire du protocole de soins et rééducation du Centre de médecine physique et de réadaptation « La Châtaigneraie (95) » (Breton, 2004).

Ainsi, l'ergothérapeute peut modifier les règles du jeu :

- « Toujours prendre et manipuler les pions avec la main gauche. » : En imposant cette condition, l'ergothérapeute limite les compensations bi manuelles lors de la réalisation de l'activité.
- « Passer le pion derrière la tête avant de le poser. » : Cette règle permet de travailler des mouvements d'adduction et de maintien de l'épaule, initialement absents dans ce jeu.
- « Avant de poser le pion, laisser tomber l'épaule. Celle-ci doit rester la plus basse possible durant la suite de l'activité. » : Cet exercice, oblige le patient à corriger les compensations d'élévation de l'épaule lors de la réalisation de l'antépulsion.

De plus, il peut aussi agir sur l'espace dans lequel se déroule le jeu :

- L'ergothérapeute utilise un « puissance quatre » géant. En modifiant cela, il augmente les amplitudes des mouvements à réaliser.

- Au préalable, les pions sont posés sur une table à côté du patient. Ce dernier est obligé de lier des mouvements d'abduction avec ceux d'antépulsion et de rétropulsion présents dans le jeu.
- Positionner le « puissance quatre » à plat. Cela permet de limiter les amplitudes lors de la réalisation de l'activité.

Enfin l'ergothérapeute modifie le temps dans lequel se déroule l'activité :

- Il peut incorporer une limite de temps. Cela force le patient à réaliser l'activité le plus rapidement possible, complexifiant ainsi cet exercice.
- En imposant un temps de repos après la pose de chaque pion, l'ergothérapeute limite les douleurs et favorise la récupération et la continuité l'activité.
- Durant l'exercice, le patient doit suivre un rythme. Cela lui permet de mieux gérer sa fatigue et de travailler son endurance.

Cette démarche d'analyse et d'évaluation de la personne fait la différence entre l'activité utilisée dans l'animation et l'activité utilisée en ergothérapie (Casanovas, 2003). En effet comme le dit Morel-Bracq (2006) : *« Une activité n'est pas thérapeutique par nature mais elle peut le devenir si elle est cadrée par un professionnel qui l'ajuste aux objectifs thérapeutiques du patient »*.

La réadaptation, quant à elle, consiste à pallier les difficultés présentes dans le but de tendre à rendre autonome le patient. Pour cela, l'ergothérapeute va, dans un premier temps, analyser les situations difficiles pour le patient dans son quotidien. Via des entretiens et des mises en situation, il est capable de repérer des situations d'incapacité et d'imaginer des solutions en lien avec les capacités actuelles du patient. Pour que ces solutions soient viables, il est impératif que l'ergothérapeute ait pu observer le patient dans son quotidien, en train de réaliser les activités déficitaires. Les solutions apportées sont de différentes sortes.

Dans un premier temps, l'ergothérapeute fournit des techniques compensatoires. Ces techniques vont permettre au patient de réaliser les activités en modifiant la manière dont il fait les choses. Par exemple, pour une personne souffrant d'un membre inférieur, il conseille de descendre les escaliers en commençant par la mauvaise jambe. À l'inverse pour monter un escalier, il lui conseille de commencer par monter la bonne jambe. Cette technique compensatoire permet de limiter la douleur, de faciliter le passage d'obstacles et l'utilisation des escaliers.

Dans un second temps, l'ergothérapeute met en place des aides techniques. Les aides techniques sont définies ainsi : « *Tout produit, instrument, équipement ou système technique, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation.* » (Fodé & Forfert, 2008). Ces aides vont permettre aux personnes en situation de handicap de réaliser, en sécurité, des activités qu'ils ne réalisaient plus ou avec difficulté. Pour que les aides techniques soient fonctionnelles, il est essentiel qu'elles soient proposées en fonction des capacités de la personne. Pour vérifier leur fonctionnalité et leur bonne utilisation, l'ergothérapeute évalue leur impact à l'aide de mises en situation. Ces aides peuvent être de différentes sortes : aide au déplacement, au repas, à l'orientation... (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010)

Dans un troisième temps, l'ergothérapeute conseille la mise en place d'aide humaine. Ces aides humaines vont permettre de faciliter la réalisation des activités dans lesquelles la personne n'arrive pas à être indépendante. Ces aidants vont ainsi intervenir dans toutes les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) : aide à la toilette, à l'habillage, à la prise de repas, au déplacement, aux loisirs ... (Bouchet, Franco, & Plas, 1995)

Enfin, dans un dernier temps, l'ergothérapeute recommande la mise en place d'aides techniques pour les aides humaines. Ainsi, l'ergothérapeute analyse les situations où les aidants sont mis en difficulté et met en place des aides techniques facilitant la réalisation de leurs activités en sécurité (Domaidants, 2016). Parmi ces aides, nous retrouvons, par exemple, les aides au transfert comme les lève-personnes, guidon de transfert, drap de glisse, verticalisateur... (Verbrouck, 2018).

La réinsertion consiste à permettre aux patients de récupérer des activités sociales (loisir, profession...). Pour cela l'ergothérapeute va se servir de la rééducation et de la réadaptation et l'appliquer aux activités sociales de la personne. Grâce aux conseils, aides, et rééducation mis en place, l'ergothérapeute facilite la reprise de ces activités ou favorise la substitution de celles devenues trop complexes par d'autres.

La réhabilitation consiste à récupérer des habiletés perdues à la suite d'un traumatisme, un accident ou une pathologie. Selon le centre national des ressources textuelles et lexicales (2012), la réhabilitation correspond : « *la restauration d'une personne à un mode de vie et d'activité le plus proche possible de la normale* ». Ainsi, pour l'ergothérapeute, cela se traduit par la capacité à amener le patient à effectuer de nouveau ses occupations dans son environnement. Des mises en situations sont faites pour vérifier que la personne est en capacité de réaliser ses activités dans son quotidien.

3. Généralités de la prise en charge gériatrique

La population gériatrique a des contraintes qui lui sont propres. La prise en charge des patients âgés se fait sous certaines règles.

L'objectif en tant que rééducateur n'est pas de corriger le mécanisme du vieillissement mais de le prendre en considération. Le thérapeute doit évaluer l'ensemble des déficiences et incapacités pour faire le choix de la mise en place d'un projet d'accompagnement pour et avec le patient et sa famille.

Le projet consistera soit à la correction ou la récupération d'une déficience, soit à l'entretien des capacités actuelles, soit à la recherche d'une compensation fonctionnelle avec pour objectif principal : la réhabilitation au milieu, à l'entourage pour faciliter son autonomie et son indépendance (Bouchet, Franco, & Plas, 1995).

L'ergothérapeute peut ainsi travailler auprès de toutes les personnes âgées, de la personne indépendante et autonome à l'accompagnement d'une personne en fin de vie. L'important est la mise en place d'un plan d'aide individualisé visant la compensation des situations de handicap, dans le respect des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel. Ainsi, dans l'accompagnement d'une personne âgée, nous retrouvons les notions d'évaluation, de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation et de réinsertion propre à la démarche d'ergothérapie (Trouvé, 2009).

La plupart du temps, l'ergothérapeute est amené à intervenir autour du domicile, des occupations quotidiennes (toilette, repas, loisirs...), du positionnement, du confort, de l'entretien et de la récupération de capacités de la personne âgée.

Quels que soient le lieu et le mode d'intervention, l'ergothérapeute n'agit pas seul. La population gériatrique a besoin d'une approche globale. Médecins, infirmières, aides-soignants, assistantes sociales, psychologues, rééducateurs (diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens...), animateurs... Tous agissent en complémentarité pour proposer un accompagnement complet, indispensable au patient âgé.

Pour que son travail puisse aboutir, il est nécessaire que la personne se saisisse de ce que lui apporte l'équipe. C'est pourquoi l'engagement du patient est primordial dans l'accompagnement en ergothérapie (Pibartot, 2013).

C. L'engagement de la personne âgée

Il existe plusieurs types de désengagements. Le désengagement d'une personne suicidaire n'est pas le même que celui d'un traumatisé de la route. Ceux-ci sont bien différents du désengagement d'une personne âgée en fin de vie ou d'une personne qui n'avance plus dans la rééducation. Le désengagement est en lien avec la personne, son vécu, son entourage, sa situation ... Le désinvestissement est donc multifactoriel et individualisé.

De nombreuses causes peuvent mener au désengagement du sujet âgé. Dans un premier temps, l'isolement social de la personne âgée peut faire que celle-ci est considérée comme en dehors de la société. Elle cesse peu à peu de se mêler à la vie de la cité et de se sentir utile pour les autres (Poupi, 2000). Or pour David Graeber (2018), anthropologue, pour aller bien, il faut se sentir utile. Les personnes âgées vivent difficilement l'isolement social et le fait de se trouver inutiles pour la société entraîne un délaissement de leurs activités. En SSRG, ces personnes se désengagent de la rééducation, n'en voyant plus d'intérêts (Casanovas, 2003). Dans ces moments-là, le discours est le suivant : « à quoi bon ? », « ne vous occupez pas de moi », « vous avez plus intéressant à faire » ...

Dans un second temps, la personne âgée, dans certains cas, accepte ou attend la mort. Durant la prise en charge gériatrique, il n'est pas rare d'entendre ce genre de discours : « *Vous savez, j'ai bien vécu* », « *place aux jeunes* », « *quand vous serez comme moi, vous comprendrez* » ... (Sirjacq, 2013) Certaines personnes âgées pensent qu'elles ont bien et suffisamment vécu. Elles considèrent que ce qui leur reste à faire c'est mourir. C'est pourquoi elles ne veulent pas s'engager dans une prise en charge (Hazif-thomas & Thomas, 2007).

Dans un troisième temps, la personne âgée refuse de perdre du temps. Lorsque la personne estime qu'elle va mourir ou qu'elle n'est plus bonne à rien, elle ne veut pas passer le temps qui lui reste à effectuer une prise en charge avec l'ergothérapeute. Elle a souvent tendance à vouloir passer le plus de temps possible avec les gens qui comptent pour elle. Cette réflexion conduit au désengagement de la prise en charge (Coutton & Peyre, 2005).

Le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner ces patients pour faciliter leur quotidien, leur permettre de retrouver des activités perdues ou d'explorer des activités encore non exploitées. En parallèle, son rôle est aussi de revaloriser ces personnes pour qu'elles se sentent de nouveau importantes.

La MCRO est un outil qui est centré sur la personne, il va tenir compte des difficultés et des situations de chacun. Grâce à lui, les ergothérapeutes peuvent proposer des prises en charge focalisées

sur les problèmes occupationnels identifiés par la personne. Cet accompagnement, centré sur le patient, permet de favoriser l'engagement des personnes tout le long de la prise en charge.

1. Motivation et engagement : des éléments importants dans la prise en charge.

a) *Les provenances*

D'après Deci et al (1985), la motivation et l'engagement proviennent de différents éléments que nous pouvons classer en deux grandes parties : les éléments extrinsèques et les éléments intrinsèques.

Ces éléments sont appelés extrinsèques lorsque leurs origines proviennent d'une source extérieure à l'activité. La personne cherche l'obtention de quelque chose qui n'intervient pas dans l'activité. Ces éléments extérieurs sont toujours présents dans la tête du patient, ils le poussent à surpasser ses difficultés pour obtenir ce qu'il veut. Dans le cadre de la rééducation cette motivation correspond au désir de récupérer une vie antérieure. Elle permet à la fois de pousser le patient à venir en séance et à garder en mémoire les objectifs de l'accompagnement.

Par ailleurs, ces éléments sont appelés intrinsèques quand ils proviennent des caractéristiques mêmes de l'activité. Cela correspond à ce que ressent le patient pour l'activité ou quand il la réalise. Ces éléments peuvent s'apparenter au plaisir ressenti, à l'intérêt que porte la personne pour cette activité ou au plaisir de se dépasser. Chaque personne trouve les activités plus ou moins motivantes intrinsèquement et y porte une attention différente en fonction de son vécu et ses affects. Ces éléments poussent le patient à réaliser les activités proposées par le rééducateur.

Ces éléments permettent de motiver, investir et engager une personne. Chacun de ces mots est important, car bien que dans le sens commun ils aient la même signification, ces termes mettent en lumière des éléments essentiels à la rééducation.

b) *Définition de la motivation*

La motivation est un élément variable en fonction de la personne et des situations rencontrées. Pritchard et Payne (2003) définissent la motivation comme : « *le processus qui détermine comment l'énergie est utilisée pour satisfaire ses envies et besoins* ». Donc la motivation correspond à la manière dont chaque individu gère son énergie pour réaliser ce dont il a envie et besoin. Plus une personne est motivée pour quelque chose, plus elle met de l'énergie dans la réalisation de cette activité. Ce processus est intéressant dans le cadre de la rééducation. En effet, si la personne est motivée dans les activités de la rééducation elle mettra plus d'énergie physique et psychique pour les réaliser. Cela conduira à une

augmentation du nombre de répétitions, à la réalisation de mouvements plus précis et à la prise en compte des conseils donnés par l'ergothérapeute. Par ailleurs, nous savons qu'en rééducation, plus la personne réalise les mouvements, corrige ses compensations et respecte les consignes, plus la rééducation sera efficace et moins elle sera douloureuse. En somme, plus la personne mettra de l'énergie à réaliser sa rééducation plus celle-ci sera bénéfique. Ces idées rejoignent celles de Deci et al (1985) qui nous disent que « *la motivation du patient est un facteur déterminant de l'efficacité thérapeutique* ».

c) *Définition de l'engagement*

Les termes de motivation et d'engagement sont très proches. Dans la littérature, il n'est pas rare que ces derniers soient confondus et utilisés de manière interchangeable.

En ergothérapie, on parle d'engagement occupationnel. Il peut se définir comme étant le degré d'implication fourni par un individu lorsqu'il prend part à une occupation (Polatajko, et al., 2008).

Autrement dit, l'engagement correspond à l'effort, la concentration et l'intérêt portés envers l'occupation au moment où elle est réalisée. Elle se différencie de la participation par l'implication fournie. L'engagement dans une occupation demande qu'une personne soit investie dans celle-ci, concentrée. Dans cette situation, l'occupation est choisie de façon volontaire. Au contraire, la participation demande seulement que la personne réalise une occupation. Ainsi, cette dernière peut être réalisée par obligation ou réalisée pendant que l'individu pense à autre chose. Dans un autre ordre d'idées, l'engagement est un état qui se définit au moment même où l'individu réalise une activité. C'est cette implication qui permet le réel accompagnement (Polatajko, et al., 2008).

A partir de cette définition, une personne engagée dans une prise en charge ne peut être que motivée lors des séances (si elle comprend l'intérêt pour elle des exercices).

2. L'impact sur la prise en charge

a) *Potentiel de rééducation*

Ces deux éléments ont un fort impact sur le déroulement de la prise en charge et sur l'évolution du patient au cours de celle-ci.

Dans un premier temps, la personne motivée réalise plus de répétitions de l'exercice demandé en séance, ce qui favorise la récupération ou l'entretien de ses capacités. De plus, la personne met tout en œuvre pour réussir les exercices proposés. Elle se surpasse, oublie les douleurs et les peurs pour réussir les activités. Cela se traduit par des mouvements plus fluides, dans de plus grandes amplitudes dans un contexte de rééducation moins difficile pour la personne. Par ailleurs, la motivation dissipe aussi

les pensées extérieures qui parasitent l'esprit du patient. Elle lui permet de se focaliser uniquement sur la réalisation de l'activité. Pour que la rééducation soit efficace, il faut que le patient soit présent physiquement et psychiquement. Dans le cas où le patient n'est pas concentré sur les activités, les effets thérapeutiques de celles-ci sont diminués (Deci, 1985).

Dans un second temps, quand la personne est engagée dans l'accompagnement, elle va plus facilement venir chaque jour en séance. La première condition pour que la prise en charge ait un intérêt, c'est que le patient soit présent. C'est pourquoi, l'engagement du patient est primordial pour le bon fonctionnement d'une prise en charge (Morel-Bracq, 2006). De plus, son engagement le pousse à réaliser des exercices supplémentaires en dehors des séances de rééducation. Ces exercices, fournis par le thérapeute, permettent une meilleure récupération des capacités. L'engagement du patient favorise son implication pour atteindre les objectifs fixés. Cela facilite aussi l'élaboration d'objectifs de plus en plus poussés au cours de l'accompagnement (Pibarot, 2013). Enfin, la personne intègre et applique plus facilement les conseils qui lui sont donnés. Cela facilite l'intégration de la prophylaxie et des gestes compensatoires facilitant l'indépendance de la personne.

b) Mise en place d'aides techniques

L'engagement du patient favorise l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (Gross, 2017). Cette alliance facilite l'acceptation de la mise en place de techniques compensatoires, d'aides techniques et humaines favorisant autonomie et indépendance du patient (Morel-Bracq, 2006). De plus, cela facilite l'intégration des conseils sur l'utilisation de ces aides. Ainsi, la personne va plus aisément les utiliser au cours de la prise en charge et plus naturellement les transférer au domicile (Morel-Bracq, 2006).

Ces différents éléments montrent l'importance d'avoir un patient engagé dans la prise en charge. Au Canada, un outil a été créé pour les ergothérapeutes afin de faciliter l'engagement des patients dans l'accompagnement thérapeutique. Cet outil s'appelle « La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ».

3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation qui s'intéresse au rendement occupationnel. La MCRO s'intéresse à la performance ainsi qu'à la satisfaction de l'individu dans la réalisation des occupations importantes pour lui. Il s'agit d'un recueil d'informations basé sur un aspect qualitatif et subjectif. Par l'utilisation de cet outil, l'ergothérapeute propose à la personne d'identifier les problèmes qu'elle rencontre quant à ses occupations (Morel-Bracq, 2009). Ce temps d'évaluation permet l'installation d'une collaboration. La personne doit pouvoir parler

de ses valeurs, ses croyances, ses attentes mais aussi ses désirs, afin d'identifier et de prioriser ce qui est difficile pour elle au quotidien (Polatajko & Townsend, 2008). L'approche favorisée par cet outil se veut centrée sur la personne. Le programme de soins construit par la suite se base alors sur l'engagement de l'individu dans les activités à la fois signifiantes et significatives (Caire, 2008). Il s'adapte aux besoins de la personne en termes d'engagement occupationnel et peut alors suivre leur évolution. La MCRO est une auto-évaluation. La personne évaluée est amenée à s'interroger sur elle-même, sur ses ressentis et sur sa perception de la situation (Caire, 2008).

a) *L'utilisation de la MCRO*

La passation de la MCRO suit cinq étapes :

Le premier temps est consacré à l'identification des problèmes. La personne évaluée est amenée à citer les occupations qu'elle veut faire, qu'elle a besoin de faire ou qu'elle devrait faire (Morel-Bracq, 2009). Pour cela, elle doit faire référence aux trois domaines relatifs aux occupations : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Dans le second temps, vient la pondération des problèmes. Il est demandé à la personne de quantifier l'importance qu'elle accorde à chacun des éléments qu'elle vient de citer, sur une échelle d'un à dix (Polatajko & Townsend, 2013). Cette phase de pondération est déterminante pour la suite de l'évaluation. Une échelle visuelle est utilisée pour guider cette étape (image 4).

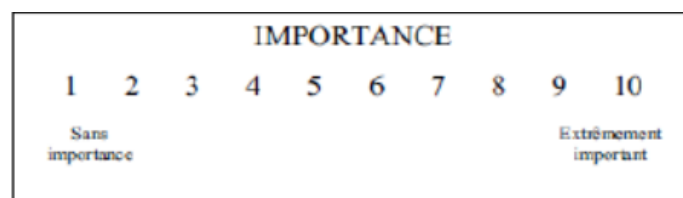


Image 4 : Echelle de pondération des problèmes.

[http://www.crfc.org/images/Actes_de_la_journee_ARTC_3_10_2013.pdf]

Dans un troisième temps, l'individu doit mettre en évidence cinq problèmes ou situations qui sont pour lui prioritaires, parmi ceux pour lesquels il accorde le plus d'importance (Morel-Bracq, 2009). Ces cinq activités sont de nouveau cotées par la personne, cette fois-ci en termes de rendement et de satisfaction. L'individu doit se questionner sur sa capacité à réaliser l'activité, ainsi que sur la satisfaction qu'il peut avoir face à cette exécution (Polatajko & Townsend, 2013). L'utilisation des échelles visuelles permet d'aider le patient dans sa propre évaluation (Image 5 et 6).

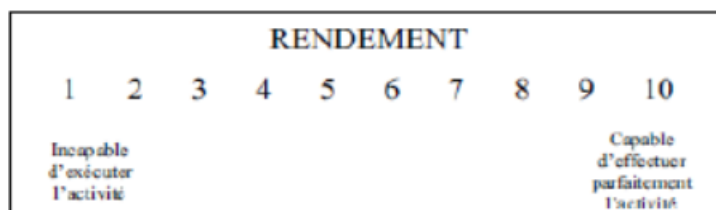


Image 5 : Echelle de cotation du rendement

[http://www.crftc.org/images/Actes_de_la_journee_ARTC_3_10_2013.pdf]

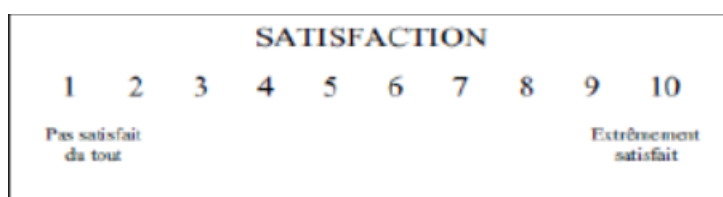


Image 6 : Echelle de cotation de la satisfaction

[http://www.crftc.org/images/Actes_de_la_journee_ARTC_3_10_2013.pdf]

Les deux dernières étapes consistent en la réévaluation et le suivi. En effet, la personne peut être amenée à coter de nouveau les cinq activités auxquelles elle accordait le plus d'importance lors de la première évaluation. Elle peut alors définir un nouveau score pour le rendement et la satisfaction qu'elle accorde désormais à ces situations.

Cette étape permet d'observer les changements qui ont pu survenir grâce aux traitements et aux actions mises en place. Dans le cas où des problèmes identifiés persistent, ou si les objectifs fixés n'ont pu être atteints, l'ergothérapeute propose un deuxième questionnaire afin de réévaluer la situation et de proposer un nouvel axe de soin (Polatajko & Townsend, 2013). Ainsi, la MCRO, par son approche centrée sur la personne, favorise l'écoute active des patients. L'identification et l'analyse des priorités occupationnelles faites en étroite collaboration avec la personne permettent de l'inclure dans son soin et donc de favoriser son implication (Polatajko & Townsend, 2013).

b) *Activités significantes et significatives, spécialité de l'ergothérapeute*

La MCRO a pour hypothèse fondamentale que la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation. La promotion des activités significantes et significatives, correspondant au terme « d'occupation » selon la terminologie anglophone, permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie. L'activité a un potentiel

thérapeutique grâce au lien fort existant entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et enfin son bien-être.

La MCRO permet d'identifier facilement les activités signifiantes et significatives pour chaque personne. Ces deux éléments favorisent l'engagement de la personne dans l'accompagnement en ergothérapie (Polatajko & Townsend, 2008). L'ergothérapeute utilise ces activités comme médiateur. Morel-Bracq (2001) dit que l'activité est liée à deux composantes : le sens et la signification.

Le sens correspond au rapport de l'individu avec les activités. Certaines activités ont un rapport particulier avec la personne et se rapprochent plus du loisir des patients. Elles correspondent à toutes les activités qui vont avoir du sens ou procurer du plaisir à la personne. Exemple d'activité signifiante : Sport, tricot, cuisine, conduite, sorties... Les ergothérapeutes sélectionnent toujours les activités qu'ils proposent pour qu'elles se rapprochent de quelque chose de signifiant et significatif pour le patient.

Le sens a un grand impact sur l'engagement et les capacités des personnes. En effet, comme le dit Morel-Bracq (2001) « *Toute activité peut procurer du Flow* à condition qu'elle ait un sens et vise un objectif important pour la personne qui s'y engage* ». Cette idée est appuyée par Pibarot (2013) : « *L'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens* ». Pour Pibarot, une personne est capable de réaliser toute activité, mais si l'activité n'a aucun sens et intérêt pour celui qui la réalise, sa participation est faible.

La signification, quant à elle, correspond à toutes les activités qui se réfèrent au sens social, donné par l'entourage. Ces activités forment le quotidien d'une personne, elles permettent à la fois le bien-être de celle-ci et lui assure une qualité de vie. Exemple d'activité significative : Se lever, faire sa toilette, se brosser les dents, manger, cuisiner, faire ses courses, marcher, passer le balai, travailler...

La signification permet d'exploiter les activités du quotidien nécessaires à l'indépendance et l'autonomie de la personne. Elles permettent au patient de se projeter dans son quotidien. Ainsi, le patient imagine plus facilement des solutions à ses problématiques, se saisit des solutions apportées, s'investit dans les activités en lien avec ces problématiques.

Les activités signifiantes et significatives mises en évidence par la MCRO vont donc favoriser l'engagement du patient dans l'accompagnement en ergothérapie.

D. Résumé de la partie théorique

Au sein de cette première partie, nous nous sommes concentrés sur le vieillissement. Il a été mis en avant que l'altération de l'état général de la personne vieillissante puisse possiblement conduire à une diminution de son autonomie et de son indépendance.

Nous avons par la suite étudié le rôle de l'ergothérapeute et son impact en tant que soignant auprès de cette population en SSRG. Son approche basée sur l'activité des personnes permet d'avoir un impact direct sur leur autonomie et leur indépendance. Nous avons mis en évidence une des problématiques récurrentes auprès des personnes âgées, le manque d'engagement.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux causes de ce manque d'engagement et aux conséquences qu'il a sur l'accompagnement. Parmi les divers moyens envisageables pour favoriser l'engagement des patients, nous nous sommes concentrés sur un outil canadien : « la MCRO ».

A l'issue de cette partie théorique nous posons l'hypothèse suivante : « **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées** ».

À travers cette hypothèse, je suppose qu'une élaboration d'objectifs clefs, par le biais de la MCRO, permettrait aux personnes âgées de donner du sens à l'accompagnement en ergothérapie et favoriserait ainsi leur engagement.

Afin de confirmer ou infirmer l'impact de la MCRO et sa possibilité d'utilisation auprès d'une population âgée, je vais réaliser une enquête visant à vérifier que son utilisation permet de favoriser l'engagement de ces personnes.

II. Cadre expérimental

A. La méthodologie de l'enquête

Dans le cadre de cette recherche, le terme “personnes âgées” sera utilisé pour les personnes de 60 ans et plus selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (2016). Cela permettra de limiter la population cible et d'obtenir des résultats plus représentatifs. De plus, nous nous intéresserons à une population sans troubles cognitifs apparentés. Ces troubles limitent la compréhension des consignes et peuvent complexifier la passation.

1. Les objectifs de l'enquête :

Ma recherche consiste à étudier les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des personnes âgées.

Pour cela, je veux, dans un premier temps, identifier les particularités de la prise en charge de cette population. Ainsi, je souhaite mettre en évidence les contraintes présentes dans l'accompagnement des patients âgés.

Dans un second temps, je cherche à analyser l'impact réel et les caractéristiques de l'engagement des personnes âgées sur la prise en charge. Pour cela, je souhaite identifier les manifestations de l'engagement et avantages sur l'accompagnement.

Ensuite, je souhaite établir une liste des différents moyens favorisant l'engagement de cette population dans l'accompagnement.

Enfin, je cherche à vérifier mon hypothèse de recherche, à savoir que : « **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées** ». Pour cela, je souhaite rassembler des avis et points de vue d'ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de personnes âgées en SSRG. Cela me permettra d'étudier leurs pratiques, de comparer leurs approches et de définir des axes ou critères pertinents qui favorisent l'engagement des patients âgés.

2. Le choix de la population :

Pour répondre à l'ensemble des objectifs fixés au préalable, j'ai décidé de solliciter des ergothérapeutes. En recueillant les avis et expériences de ces professionnels, je serai en mesure d'analyser les contraintes d'accompagnement de la personne âgée. En analysant leurs observations sur l'engagement des personnes âgées, je pourrai identifier son impact sur l'accompagnement en ergothérapie. Les thérapeutes pourront m'expliquer les avantages et inconvénients des méthodes qu'ils utilisent pour favoriser l'engagement des personnes âgées. Enfin, les ergothérapeutes pourront me donner leurs avis quant à la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation de l'outil MCRO sur le terrain.

Pour que les informations fournies par les thérapeutes soient exploitables et se conforment aux objectifs fixés, il est important que ces professionnels répondent à différents critères d'inclusion.

Une pré enquête réalisée a permis de mettre en évidence que la MCRO, auprès d'une population gériatrique, avait un impact plus conséquent en SSRG. C'est pour cela, que dans le cadre de mon mémoire, nous nous intéresserons seulement à l'accompagnement en SSRG.

Ainsi, dans un premier temps, il est nécessaire que les ergothérapeutes interrogés travaillent dans ce type de service.

Ensuite, il est indispensable que les ergothérapeutes interrogés aient accompagné plusieurs personnes âgées au cours de l'année. Ce mémoire de recherche s'intéressant à la prise en charge de ce public spécifique, il est essentiel que les professionnels soient régulièrement confrontés à l'accompagnement de cette population.

Enfin, ce mémoire s'intéresse à l'impact de la MCRO auprès de patients âgés. Il est indispensable que l'ergothérapeute ait utilisé cet outil avec cette patientèle dans l'année afin d'avoir matière à donner son avis sur son utilisation et ses limites.

3. Outil d'investigation

Dans le cadre de ce mémoire, la recherche permet d'analyser l'avis des ergothérapeutes sur des pratiques et sur des caractéristiques de prise en charge. Pour répondre de manière adéquate aux objectifs fixés, il est indispensable de recueillir des informations qualitatives. Pour cela, il me paraît pertinent d'utiliser l'entretien comme outil d'investigation.

Parmi les différents types d'entretiens qui existent, l'entretien semi-dirigé me paraît l'outil le plus approprié.

En effet, dans un premier temps, il permet d'aborder l'expérience de la personne. Dans un second temps, il permet de hiérarchiser les caractéristiques importantes de la pratique des ergothérapeutes et de les interroger sur l'évolution de celle-ci. De plus, l'entretien semi-dirigé permet de poser des questions ouvertes et relancer la personne sur de nouvelles questions, facilitant l'approfondissement et l'illustration des propos. Enfin, ce type d'échange favorise la spontanéité des ergothérapeutes sollicités, les réponses ne sont pas préparées ou réfléchies au préalable. Or l'art du clinicien consiste, non à faire répondre, mais à parler librement, et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser (Gotaman, 2010). Il permettra également de découvrir le ressenti et le vécu des ergothérapeutes sur la situation.

Ainsi l'entretien se découpe en trois parties. La première consiste à recueillir des informations sur le parcours de l'ergothérapeute et sa pratique. La seconde se focalise sur les propriétés de l'engagement de la personne âgée. La dernière, traite de l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes en SSRG. Cela permettra de répondre aux objectifs d'enquête (Grille d'entretien en Annexe 2).

4. Les entretiens

Les entretiens ont tous été précédés d'un contact mail et/ou téléphonique avec l'ergothérapeute. Pour autant, l'hypothèse de travail n'a pas été dévoilée avant le rendez-vous pour ne pas influencer les réponses des professionnels. En lien avec la situation de confinement à la suite de la pandémie de COVID 19, les entretiens avec les ergothérapeutes n'ont pu s'effectuer que par téléphone. Ces échanges ont été difficiles à maintenir étant donné que les ergothérapeutes réquisitionnés devaient sans relâche repousser les dates d'entretien fixées.

Au début de l'appel, j'ai essayé d'établir un climat de confiance. Ainsi, je rappelais à l'ergothérapeute les motifs de notre échange, pourquoi je l'avais choisi en tant que professionnel et l'importance donnée à son vécu. Ensuite, je garantissais son anonymat, et je demandais son accord pour enregistrer l'entretien. Enfin, j'intervenais uniquement pour faire préciser ou reformuler des propos afin d'être sûr d'en avoir compris le sens.

Le dialogue avec la cinquième ergothérapeute a de nombreuses fois été repoussé du fait de la situation sanitaire actuelle. De nombreux échanges téléphoniques ont été effectués pour décider de sa faisabilité. Cette professionnelle contaminée par le virus a néanmoins généreusement décidé de maintenir l'entretien avant que son état ne s'altère.

B. Présentation des résultats

Pour faciliter la compréhension des propos, cette partie sera découpée de la même manière que l'entretien. Dans un premier temps, j'exposerai les résultats de l'enquête vis-à-vis du parcours de l'ergothérapeute et de sa pratique. Dans un second temps, je me focaliserai sur les propriétés de l'engagement de la personne âgée. Dans un dernier temps, je traiterai de l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes en SSRG.

1. Parcours de l'ergothérapeute et sa pratique.

Par souci de confidentialité, les ergothérapeutes interrogés seront appelés : E1, E2, E3, E4 et E5.

a) *Présentation des ergothérapeutes*

(1) Les Faits

Les ergothérapeutes interrogées sont des femmes qui ont entre 22 et 38 ans diplômées entre 2003 et 2018. Elles ont une expérience en SSRG allant de 10 mois à 10 ans. Quatre ergothérapeutes sur cinq ont été formées à la MCRO durant leurs études.

Ergothérapeutes	E1	E2	E3	E4	E5
Âge	22 ans	27 ans	22 ans	38 ans	38 ans
Date d'obtention du diplôme.	2018	2015	2019	2003	2018
Durée d'expérience	1 an	5 ans	10 mois	10 ans	2 ans

Date de la formation MCRO	Formée pendant les études par Cecilia Galviati formatrice MCRO.	Formée pendant les études.	Formée pendant les études.	A suivi la Formation de l'ANFE en 2019.	Formée pendant les études.
---------------------------	---	----------------------------	----------------------------	---	----------------------------

(2) Analyse

La majorité des ergothérapeutes interrogées ont été formées il y a cinq ans au plus et pendant leurs études. Le concept d'accompagnement centré sur la personne est récent en France. Seule E4 a effectué la formation de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Au cours de son témoignage, elle explique être mise en difficulté vis-à-vis de ce concept et de la pratique qu'il implique. Pendant ses études d'ergothérapie, l'école lui a inculqué une approche centrée sur les déficiences du patient. Elle avait l'habitude de proposer des exercices pour récupérer une certaine norme de capacité. En travaillant avec la MCRO, l'ergothérapeute se base sur les activités que veut réaliser la personne. Les capacités du patient passent en second plan. Ainsi en passant d'une pratique à une autre, la méthodologie et l'approche changent. Pour E4, il a fallu du temps pour modifier sa manière de travailler et pour intégrer cette nouvelle approche.

Le fait que l'apprentissage de la MCRO soit intégré dans la formation d'ergothérapie rendra possiblement son utilisation plus facile par les ergothérapeutes futures.

b) *Présentation de la pratique*

(1) Les faits

→ **Les particularités de la prise en charge d'une personne âgée :**

E3 et E4 évoquent l'importance de prendre en charge la personne âgée dans sa globalité, c'est à dire d'un point de vue physique, psychique et environnemental. Il est fréquent de s'occuper de personnes souffrant de solitude, dans l'angoisse ou l'attente de la mort.

E1, E2 et E4 nous parlent de l'importance des objectifs. Lors de l'accompagnement d'une personne âgée, une question se pose sur l'avenir de cette personne : sera-t-elle apte à un retour au domicile ou devra-t-elle être placée en EHPAD ? La réponse est indispensable pour établir des objectifs cohérents. E2 met en avant l'importance d'avoir des objectifs très concrets et précis en terme qualitatifs. E3 souligne la difficulté des personnes âgées à identifier leurs problèmes. Elles sont souvent en deuil de leur autonomie et de leur indépendance, bien que pour elles ce soit un processus normal du vieillissement.

Pour l'ensemble des professionnelles interrogées, il est important de bien tenir compte des contraintes physiques de la personne âgée. Celle-ci est plus fatigable et plus fragile. L'ergothérapeute est donc vigilant et propose un accompagnement moins intensif et moins fréquent pour laisser une place au repos. Les problématiques des patients sont prises en compte pour adapter la pratique du thérapeute. Par exemple, E1 et E4 mettent en avant la diminution de capacité sensorielle de la personne âgée (perte de l'audition et de la vue) et en tiennent compte pour ne pas fatiguer le patient.

E1, E3 et E4 affirment que la chute est une importante source de difficultés du fait de sa fréquence et sa gravité. E3 alerte sur le taux élevé de chutes des personnes âgées. 90% de ses prises en charge en sont issues. C'est pourquoi, elle a créé, dans son service, un accompagnement systématique, pluri professionnel, sur ce sujet. Un petit fascicule est donné au patient. Il permet d'identifier les facteurs favorisant la chute (médicaments, matériels, positions, ...) et les moyens présents pour l'éviter. Pour l'équipe de soins, un protocole est mis en place. Le but est de sensibiliser les soignants aux facteurs favorisant la chute (médicament, environnement, prise de risque), aux caractéristiques du syndrome post chute et à l'importance de la locomotion pour éviter la grabatisation de la personne âgée.

E2 et E5 expliquent que la personne âgée a souvent un manque de motivation et d'investissement dans l'accompagnement. Il n'est pas rare de voir des patients devenir asthéniques* et abandonner la rééducation. Une partie conséquente de leur travail consiste à inciter les patients à réinvestir leur corps, leurs activités et par la suite l'accompagnement en ergothérapie.

(2) L'analyse

D'après les informations fournies par l'enquête, trois points sont essentiels sur le terrain :

Premièrement, les objectifs mis en place sont précis et axés sur le devenir crucial de cette population. Plusieurs orientations sont possibles, de nombreuses solutions peuvent être choisies. La communication entre l'équipe de soins, la famille et le patient permettra de décider d'un devenir satisfaisant. Une entente de ces trois acteurs permettra d'élaborer une direction commune et réajustable en fonction de l'évolution de la personne. C'est en tenant compte de cet avenir que l'ergothérapeute peut élaborer des objectifs précis en lien avec la problématique du patient. Cela permet à la personne âgée de plus facilement adhérer au projet thérapeutique.

Deuxièmement, la diminution des capacités limite l'accompagnement. Les contraintes évoluent en parallèle avec le patient. La perte de facultés physiques et cognitives de la personne âgée ralentit sa progression. De plus, celle-ci a des difficultés à se projeter dans la possibilité d'une amélioration de son quotidien. Tous ces éléments peuvent conduire à un rallongement de l'hospitalisation

Enfin, la chute est à prendre en compte systématiquement dans l'accompagnement. Ce traumatisme est récurrent chez les personnes âgées. Il est la cause de nombreuses prises en charge et hospitalisations. Ces patients ont une densité minérale osseuse moindre et une masse musculaire faible, qui vont rendre la chute dangereuse. La prévenir est essentiel pour la santé de la population âgée. Le rôle de l'ergothérapeute est de sensibiliser ces personnes aux facteurs favorisant la chute. En aménageant le domicile, en donnant des conseils, en imaginant des exercices d'entretien quotidiens et en conseillant des aides, l'ergothérapeute limite cette situation dangereuse. Dans le cas où la personne est tombée, le thérapeute met tout en œuvre pour limiter les appréhensions et favoriser la récupération des capacités physiques et sensitives.

2. L'engagement des personnes âgées

a) Engagement

(1) Les faits

→ Définition de l'engagement

L'engagement est un terme connu par les ergothérapeutes mais dont les limites sont difficilement définies. Dans leurs définitions, quatre notions ressortent :

- Les activités quotidiennes et les occupations futures du patient : pour E1, E4 et E5 l'engagement correspond à tout ce que fait la personne et comment elle se projette pour réaliser ses activités et occupations.
- Le projet thérapeutique : pour E2 et E3 le patient est engagé lorsque qu'il adhère au projet thérapeutique. Cela lui permet de rester focalisé sur les objectifs fixés.
- La motivation : E1 et E3 avancent que la motivation va toujours de pair avec l'engagement.
- L'alliance thérapeutique : pour E3, l'engagement est synonyme d'alliance entre le thérapeute et le patient, « *C'est comme un pacte qu'ils auraient fait ensemble* ».

→ L'impact sur la rééducation.

E1, E3, E4 et E5 affirment que l'engagement du patient facilite la mise en place d'objectifs ciblés. Leur renouvellement se fait également de manière plus fluide.

E1, E2, E3 et E4 constatent qu'auprès de personnes engagées, l'alliance thérapeutique est plus facilement mise en place et de meilleure qualité.

Pour l'ensemble des ergothérapeutes, l'engagement est un moteur de la motivation. En séance il pousse le patient à la participation.

Enfin, pour E4 et E5, l'engagement du patient facilite l'acceptation d'incapacités ou de perte progressive de capacités. Ainsi, il favorise la mise en place d'aides techniques et simplifie le retour au domicile.

→ Techniques utilisées pour favoriser l'engagement

Les moyens de favoriser l'engagement des patients âgés sont nombreux. Chaque ergothérapeute a ses techniques. E1 réalise des activités dans le couloir pour susciter les encouragements des autres professionnels. E3 utilise l'humour et des activités ludiques. E3 et E4 adaptent leur manière de se comporter à la personne en face d'eux. E3 et E5 proposent des activités en lien avec les difficultés concrètes du patient.

Tous les ergothérapeutes accordent une attention particulière à la communication avec leurs patients. Ils prennent le temps de discuter, d'entendre les plaintes, de poser des questions, de s'intéresser et de prendre des nouvelles chaque jour. L'échange est primordial pour ces personnes souvent isolées.

E1 et E2 utilisent la MCRO. Cela leur permet de définir des objectifs et créer un contrat écrit avec le patient. Quand celui-ci se détourne de son investissement, l'ergothérapeute se réfère au contrat pour réengager le patient dans la prise en charge.

(2) Analyse

L'engagement est un terme que tout le monde interprète à sa manière. Chaque ergothérapeute interrogée à sa définition propre et il m'est impossible de tenir compte de toutes pour en donner une commune. Cependant, une idée importante a émergé. Lorsqu'il est engagé, le patient est impliqué dans ce qu'il réalise. Dans le cadre d'un accompagnement, cela se traduit par devenir acteur de sa prise en charge. Ainsi, d'après les ergothérapeutes interviewées, l'engagement a un impact bénéfique sur l'accompagnement.

Premièrement, une personne engagée sait pourquoi elle est présente et garde toujours en mémoire le but de l'accompagnement. Cela permet d'élaborer des objectifs de plus en plus ciblés et précis sur les besoins de la personne.

Deuxièmement, l'engagement du patient conduit à une meilleure prise en charge. Il favorise la récupération, conduit à une rééducation plus fluide, facilite la mise en place d'exercices en chambre. Ainsi, l'engagement optimise les chances de récupération et accélère la progression du patient.

Pour cela il est important de savoir favoriser l'engagement des personnes âgées. Bien que les ergothérapeutes utilisent des moyens différents pour y parvenir, l'idée principale est la même : plus le thérapeute s'intéresse à la personne, plus celle-ci s'investit dans ce qui lui est proposé. Ainsi, un temps considérable est consacré à la communication avec les patients. Cela permet de mieux les connaître et de créer plus facilement une relation de confiance. Celle-ci sert de lien pour réengager la personne dans l'accompagnement proposé.

Par ailleurs, l'engagement dans une tâche demande certaines capacités cognitives. Concrètement, il faut être capable de comprendre l'intérêt de l'accompagnement, réussir à se projeter dans l'avenir et garder en mémoire ses objectifs. Les troubles cognitifs peuvent atteindre toutes ses capacités et rendre l'engagement du patient sur le long terme impossible.

b) *Désengagement*
(1) Les faits

→ **Définition du désengagement :**

Pour E1, la personne désengagée se désintéresse d'une occupation et ne s'investit plus dans la réalisation de celle-ci.

E2, quant à elle, définit le désengagement comme : « *le moment où le patient n'adhère plus au projet thérapeute et n'est plus compliant aux soins apportés* ».

D'après E3 et E5, cette personne refuse le soin et a lâché prise : ne s'habille plus le matin, n'a plus envie de faire des choses et ne se sent plus utile.

En ce qui concerne E4, elle définit le désengagement comme : « *le désintéressement à la récupération, réadaptation, rééducation et la neutralité aux solutions proposées* ».

→ **Signes de désengagement**

Selon l'expérience des professionnelles interrogées, différents signes sont constatés.

E1, E2 et E4 trouvent que la personne désengagée ne fait pas d'effort et est très passive. Ainsi, ces personnes réalisent très peu d'exercices qui leur sont demandés. C'est pourquoi elles ont besoin d'être « *poussées* » en permanence pour effectuer la rééducation.

E2, E3 et E4 remarquent que les personnes désengagées ont souvent une thymie* basse. L'ergothérapeute est attentif aux variations de l'humeur car celles-ci peuvent engendrer des troubles du comportement alimentaire, un état dépressif et/ou un syndrome de glissement*.

E1 constate qu'une personne désengagée devient fréquemment agressive et désagréable avec l'équipe de rééducation.

E4 met en avant que le désengagement du patient conduit à un abandon des objectifs et du projet thérapeutique.

Enfin, l'ensemble des ergothérapeutes observe un refus de venir en séance. Les patients trouvent des excuses, arrivent en retard, esquivent le thérapeute. En un mot, ils refusent l'accompagnement.

→ **L'impact sur la rééducation.**

Le manque d'engagement a un impact sur la prise en charge du patient âgé.

L'ensemble des ergothérapeutes affirme que le manque d'engagement conduit à une récupération moindre. Le patient atteint difficilement les objectifs fixés.

En lien avec ce manque de progression, E1 et E3 constatent que le temps d'hospitalisation est rallongé.

Pour E3, le manque d'engagement a un impact direct sur l'humeur du patient. De ce fait, les exercices proposés ne lui plaisent pas et il se sent coupable de ne pas réussir à se motiver pour les réaliser. Ainsi, l'accompagnement peut être mal vécu.

(2) Analyse

Les ergothérapeutes interviewées sont très sensibles et réactives au désengagement. L'ensemble de ses manifestations est facilement et unanimement identifié. La réactivité de ces ergothérapeutes est majorée par l'impact négatif de ce désengagement sur la rééducation.

D'après le témoignage des ergothérapeutes interrogées le désengagement correspond au moment où le patient refuse le soin, la rééducation et ne s'investit pas dans les solutions proposées.

Ainsi, le signe majeur de désengagement d'une personne âgée est le refus de la séance. Une personne pour qui la prise en charge n'a pas d'intérêt n'y vient tout simplement pas. L'absence ou la présence partielle du patient rendent la rééducation inefficace et les objectifs fixés inatteignables.

A cette difficulté, s'ajoute le manque de motivation en séance. La personne désengagée ne participe pas et ne fournit pas d'énergie pour réaliser les activités proposées. Les exercices mis en place par l'ergothérapeute sont souvent effectués sans envie. Les personnes les perçoivent comme des obligations et perdent la notion de plaisir nécessaire dans l'accompagnement. Ce manque d'entrain réduit l'efficacité des exercices proposés et limite la progression. De plus, cette situation peut conduire à une fragilisation de l'alliance thérapeutique. L'ergothérapeute va dépenser beaucoup d'énergie pour recréer un lien de confiance avec le patient.

D'après cette analyse, le désengagement a un impact négatif sur la progression du patient et va rallonger sa durée d'hospitalisation. Cela pose un problème d'accueil pour la plupart des centres qui sont surchargés.

3. Utilisation de la MCRO auprès des patients âgés

a) *MCRO et engagement*

(1) Les faits

→ **Mode d'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes**

E1, E2, E3 et E5 utilisent la MCRO en complément ou à la place de l'entretien d'entrée. Trois d'entre elles (E1, E2, E3) se servent des informations recueillies pour construire leur prise en charge.

E1 et E2 effectuent la MCRO à la sortie du patient. Cependant, cette passation n'est pas systématiquement réalisée car les patients sortent parfois sans que les professionnelles en soient informées.

E2 utilise systématiquement la MCRO tous les mois.

E3 utilise la MCRO quand les objectifs fixés sont atteints.

E4, quant à elle, utilise la MCRO très ponctuellement. Elle aimerait l'utiliser plus systématiquement, mais manque de temps pour se servir de ce type d'outil.

→ **Impact de la MCRO sur l'engagement des patients**

Selon E1, E2, E4 et E5, la MCRO permet de cibler plus facilement des objectifs clefs. L'outil nécessite une identification des difficultés individuelles et conduit donc à une plus grande implication des personnes.

Cependant, pour E3 et E5, l'outil a deux défauts auprès de cette population : la difficulté de compréhension des cotations et l'identification des situations problématiques. De ce fait, les ergothérapeutes adaptent l'outil. E3 réalise, en parallèle de la MCRO, des mises en situation pour faciliter la phase d'identification de situations difficiles. E5, utilise l'outil sans support en simplifiant au maximum les questions posées.

→ L'action de la MCRO sur le désengagement

E3 affirme que l'utilisation de la MCRO évite à une personne d'être désengagée. Ainsi, les signes du désengagement ne sont jamais présents.

E2 a observé que la MCRO permettait de remotiver le patient, de lui redonner confiance et de contrer un désinvestissement passager.

Pour E5, la MCRO ne lutte pas contre les signes du désengagement. Elle affirme que c'est l'accompagnement qui suit l'utilisation de cet outil qui atténue ces signes. Cela rejoint les pensées de E2 : « *La MCRO participe à éviter le désengagement mais ne permet pas de l'éviter seule* ».

Selon E1 et E2, la MCRO peut devenir un argument face à l'émergence de ces signes car il peut mettre en avant les progrès faits par le patient mais aussi les points à améliorer.

(2) Analyse

La MCRO est utilisée par les ergothérapeutes interviewées tout au long de la prise en charge pour plusieurs raisons.

Dans un premier temps, en complémentarité de l'entretien d'entrée, elle facilite l'orientation de l'accompagnement en gardant les activités problématiques à l'esprit.

À un deuxième niveau, en réalisant régulièrement la MCRO, l'ergothérapeute réévalue les difficultés, ajuste l'accompagnement et construit, avec le patient, de nouveaux objectifs.

Enfin, utiliser la MCRO à la sortie de l'institution permet de quantifier la progression de la personne au cours de l'accompagnement. Ainsi, le patient constate son évolution et les points à travailler par la suite.

Pour les ergothérapeutes interrogées, la MCRO est un outil qui facilite l'engagement des patients âgés. En identifiant les activités primordiales de la personne et en les plaçant comme objectifs concrets à atteindre, l'ergothérapeute se sert de cet outil pour fixer des buts. La MCRO devient un contrat écrit entre le thérapeute et son patient. Celui-ci restera actif jusqu'à la réévaluation des objectifs. Au cours de l'accompagnement, il permet au sujet âgé de s'investir dans tout ce qui lui est proposé et de se surpasser pour atteindre ce but. En gardant cet engagement actif, l'ergothérapeute évite tout désengagement du patient et les conséquences que cela implique. De plus, il permet à l'ergothérapeute d'effectuer une « *triangulation** », c'est à dire intervenir auprès du patient à travers l'outil (Bagnères, 2007). La personne orientera ses ressentis négatifs vers la MCRO. La relation thérapeutique* mise en place avec l'ergothérapeute n'en sera pas affectée.

b) *Limite de l'outil*
(1) Les faits

→ **Limites de la MCRO auprès des personnes âgées**

Certaines spécificités de la personne âgée sont un frein à l'utilisation de la MCRO.

Les ergothérapeutes citent fatigabilité, fragilité, troubles cognitifs, sensoriels, psychiatriques et de l'attention. Toutes ces difficultés liées au vieillissement forment les premières limites de l'utilisation de la MCRO auprès de cette population.

D'après E1, E2 et E5, au cours de la première étape de la MCRO, les personnes âgées identifient difficilement leurs activités problématiques. La personne âgée pense souvent qu'il est naturel de ne plus pouvoir réaliser certaines de ses occupations. Cet a priori sur le vieillissement a été observé par E1, E3 et E4.

Pour l'ensemble des ergothérapeutes, plusieurs devenirs sont possibles à la suite de l'accompagnement. L'ergothérapeute s'appuie sur ce devenir pour construire avec le patient des objectifs. Les personnes âgées ne sont pas toujours en phase avec les projets de l'institution ou de la famille. Ne pas avoir de but commun rend plus complexe l'élaboration d'objectifs en lien avec le devenir de la personne.

Les patients réagissent de deux manières opposées vis-à-vis de la MCRO. E2 et E4 affirment que l'ergothérapeute est considéré comme « *sachant* ». Les personnes âgées acceptent la réalisation de bilans quels qu'ils soient.

E1 et E5 ont, cependant, constaté que les patients âgés sont dans la réserve car ils trouvent l'outil intrusif et l'approche nouvelle. Le changement est souvent mal vécu par cette population.

→ **En complément de la MCRO**

Chaque ergothérapeute utilise ses outils pour compléter la MCRO.

E3 et E4 ont besoin d'avoir des informations sur l'aménagement du domicile avant de faire passer la MCRO. Elles ont donc créé un questionnaire leur permettant de se représenter l'habitat du patient.

L'ensemble des ergothérapeutes simplifie la passation de la MCRO pour faciliter sa compréhension.

E1, E2, E3 et E5 utilisent, au préalable, des outils pour faciliter l'identification des situations problématiques. E3 questionne le patient sur sa journée type. E2 le met en situation dans différentes activités quotidiennes. E1 et E5 ajoutent à la passation de la MCRO les Pediatric Activity Card Sort

(PACS) (Annexe 3) ou l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB) (Annexe 4).

(2) Analyse

La MCRO est un outil qui a été créé pour être utilisé par les ergothérapeutes [lg1] auprès de tout type de population. Cependant, la perte de capacité physique et cognitive de la personne âgée rend sa passation plus compliquée. La compréhension des consignes est difficile, limitant la cotation des activités demandées dans la grille de passation. De plus, la fatigabilité de la personne âgée ne lui permet pas toujours de réaliser l'ensemble des items demandés. La passation est donc réalisée sur plusieurs séances.

La partie de la MCRO la plus difficile pour les ergothérapeutes interrogées, auprès de cette population, est l'identification des situations problématiques. La plupart des personnes âgées réalisent peu d'activités de loisirs. La télévision est l'occupation principale de ces personnes au cours de leur journée et sa réalisation génère peu de problèmes. En effet, la personne étant passive, il lui est seulement demandé de regarder et/ou d'écouter le programme. Par ailleurs, il est dans le courant de pensée que les personnes âgées ne sont plus en capacité de réaliser seules leurs autres activités quotidiennes. Elles font donc le deuil de plusieurs d'entre-elles. Les personnes âgées n'imaginent pas toujours qu'il est possible qu'elles soient plus autonomes et indépendantes. C'est pourquoi, elles ont des difficultés à identifier les activités problématiques qu'elles souhaiteraient réaliser.

L'approche centrée sur la personne est nouvelle en France. Les personnes âgées observées par les ergothérapeutes interrogées sont habituées à une prise en charge centrée sur les déficiences. Les faire réfléchir sur leurs occupations est inhabituel et intrusif, ce qui est parfois perturbateur. Mais c'est le rôle de l'ergothérapeute d'être intrusif, de connaître le moindre détail de la vie des patients pour proposer une prise en charge fonctionnelle. Afin de faciliter l'acceptation du patient et sa participation, les ergothérapeutes vont beaucoup communiquer avec leurs patients. Expliquer en quoi consiste le métier d'ergothérapeute, ce qui les intéresse en tant que professionnels et pourquoi, facilite la compréhension des patients et crée plus facilement une relation de confiance.

Afin de faciliter l'utilisation de la MCRO, les ergothérapeutes interrogées adaptent leurs prises en charge ou utilisent des outils en complémentarité. La cotation est difficilement intégrée par cette population, c'est pourquoi elle est souvent modifiée ou délaissée au profit des explications fournies par la personne âgée. Cela lui permet de s'exprimer plus librement sans être limitée par la compréhension des consignes.

Pour faciliter l'identification des situations problématiques, les ergothérapeutes interviewées utilisent les cartes PACS et ELADEB. Celles-ci mettent en image l'ensemble des activités quotidiennes d'une personne. Ces supports lui permettent d'expliquer comment elle réalise ses occupations journalières et d'identifier les moments où elle est mise en difficulté.

C. Discussion

Cette partie permet de comparer les résultats de notre étude avec le cadre théorique, tout en faisant un lien avec l'hypothèse de recherche.

Pour rappel, l'hypothèse est : « **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées.** »

Afin de permettre une vérification de cette hypothèse qui sera présentée en conclusion, nous allons organiser cette discussion en plusieurs sous-questions.

L'engagement permet-il un meilleur accompagnement ?

L'accompagnement de l'ergothérapeute est divisé en plusieurs parties et l'engagement du patient a un impact sur tous ces éléments.

Pour effectuer une bonne prise en charge, l'ergothérapeute réunit un maximum d'informations sur le patient et ce qui l'entoure. La personne expose son vécu, ses attentes, ses problèmes et le thérapeute apprécie ses capacités (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010). L'analyse a mis en évidence que l'engagement du patient facilite la mise en place d'une relation de confiance de qualité et plus rapide. Cela permet au patient de parler librement et en toute sérénité. C'est la première étape de la création d'une alliance thérapeutique (Phaneuf, 2011). Celle-ci est indispensable pour obtenir un recueil d'informations complet favorisant une bonne prise en charge (Collot, 2011).

L'ergothérapeute élabore ensuite des objectifs avec le patient. Dans l'analyse, nous avons exposé que l'engagement du patient permet de construire des objectifs ciblés. En engageant la personne dans la thérapie, elle pourra plus facilement accepter la situation, identifier ses capacités et problématiques (Altenloh, Battistoni, Cazauvieilh, Dessaux, & Sez nec, 2019). Cela facilite l'élaboration d'objectifs pour y répondre (Altenloh, Battistoni, Cazauvieilh, Dessaux, & Sez nec, 2019). Par ailleurs, une fois ces objectifs atteints, l'engagement du patient l'incite à s'en fixer de nouveaux (Pibarot, 2013).

En complément, l'ergothérapeute met en place des activités en lien avec ces objectifs. Le patient doit réaliser ses exercices pour favoriser la récupération ou l'entretien de ses capacités (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010). Ainsi, pour que la prise en charge soit fonctionnelle, il est nécessaire que la personne y participe. Or, l'analyse souligne que le désengagement conduit au refus et à l'abandon de l'accompagnement. La participation du patient est directement liée à son engagement dans l'activité (Cox & Morris, 2017). En effet, comme le dit Meyer D. : « *l'engagement est la sensation de prendre part à une activité, d'être engagé durant toute la durée de sa réalisation* ».

Dans son livre, « De l'activité à la participation », il explique que l'engagement décuple la participation et inversement.

De plus, l'engagement du patient a un impact sur sa motivation en séance. Les ergothérapeutes interrogées expriment que ces éléments vont de pair. La motivation est définie par Pritchard et Payne (2003) comme l'énergie utilisée pour satisfaire ses envies et besoins. Cela explique que l'énergie dépensée par la personne dans la réalisation d'exercices est proportionnelle à son degré de motivation. Cela pousse le patient à se surpasser, à multiplier le nombre de mouvements en séance et à oublier les notions de peur, de douleur et de fatigue (Morel-Bracq, 2006). Cela rejoint l'analyse en montrant que la motivation optimise la récupération et accélère la progression du patient. Ainsi, plus la personne est engagée dans ce qu'elle fait, plus sa performance augmente car elle fait des efforts et va au bout de l'activité proposée (Meyer, 2013). Par ailleurs, l'enquête a soulevé un point important. Il a été observé que lors des séances de rééducation avec un patient motivé, l'ergothérapeute réalise un travail plus approfondi et dans de meilleures conditions. L'analyse montre que les ergothérapeutes préfèrent travailler avec ces personnes et que cela favorise le dépassement de soi en tant que thérapeute.

Enfin, l'ergothérapeute adapte l'environnement pour favoriser l'indépendance et l'autonomie du patient. Selon l'analyse, l'engagement de la personne favorise la mise en place de techniques et d'aides compensatoires. En effet, cela permet d'agir sur la première étape de cette mise en place d'aides techniques : l'acceptation du patient de sa situation et de ses capacités actuelles (Montcharmont, 2013 ; Altenloh, Battistoni, Cazauvielh, Dessaux, & Seznec, 2019). En acceptant de ne plus être capable de réaliser certaines activités, le patient va s'intéresser et utiliser les aides proposées par l'ergothérapeute.

Tous ces éléments rejoignent les écrits de Meyer : « *L'engagement du patient dans sa prise en soins est primordial pour que l'intervention soit efficiente* ».

L'utilisation de la MCRO favorise-t-elle l'engagement des patients ?

Selon l'analyse, la MCRO est un moyen utilisé par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement de leurs patients. Elle permet de proposer une finalité de prise en charge centrée sur la personne. En effet, la MCRO a été conçue pour promouvoir les occupations de la personne à travers une approche ciblée sur elle, en considérant sa subjectivité, ses désirs, ses besoins et son environnement afin d'aboutir à une prise en charge globale (L'ordre des ergothérapeutes, 2016 ; Polatajko & Townsend, 2008).

Pour les ergothérapeutes interrogées, la MCRO est un contrat entre les thérapeutes et leur patient. Celui-ci leur permet de toujours rester focalisés sur le but de la prise en charge et de travailler ce qui est signifiant pour le patient. Avec la MCRO, le patient est décrit dans sa vision subjective, ce qui rend l'évaluation proche de lui et de son projet (L'ordre des ergothérapeutes, 2016). La collaboration avec l'ergothérapeute facilite l'intégration d'activités signifiantes nécessaires à l'engagement et à la participation du patient, par la valorisation des éléments motivants pour la personne (Cox & Morris, 2017). Cela rejoint les écrits de Morel-Bracq (2001) et Pibarot (2013) « *L'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens* ». En utilisant le sens donné aux activités pour la personne, l'ergothérapeute crée un accompagnement ciblé. La signification permet au patient de plus facilement s'engager dans l'activité.

Selon l'analyse, la MCRO facilite la mise en place et renforce l'alliance thérapeutique. L'utilisation de la MCRO incite l'ergothérapeute à quitter sa place de "sachant" pour se centrer sur les besoins de la personne (Polatajko & Townsend, 2008). Cet outil participe également, grâce à la notion « *d'empowerment** », à la transformation d'un patient passif en un acteur responsable (Bassleer, Boulanger, & Menozzi, 2014). Tout cela contribue à sortir de l'approche centrée sur les déficiences et d'aller vers une approche centrée sur la personne favorisant la mise en place d'une alliance thérapeutique.

Enfin, l'analyse met en évidence que ce n'est pas l'outil qui favorise l'engagement des patients mais l'action de l'ergothérapeute guidé par l'outil. Le patient intègre les conseils de son thérapeute. Ainsi, plus le thérapeute s'intéresse à la personne, plus celle-ci se sent investie dans ce qui lui est proposé. La MCRO est un outil issu du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Celui-ci a pour but d'aider l'ergothérapeute à centrer l'accompagnement sur le patient (Polatajko & Townsend, 2008).

La MCRO est-elle utilisable auprès de la population âgée ?

Les ergothérapeutes constatent que la MCRO est difficile à passer auprès de personnes âgées. La diminution de capacités cognitives survenant avec le vieillissement rend difficile la compréhension des consignes. Cela rejoint les écrits de Bouchet et Franco (1995) sur les contraintes de prise en charge d'une personne âgée. En vieillissant, les personnes perdent de plus en plus de capacités, ce qui va rallonger la réalisation des étapes de l'accompagnement (Bouchet, Franco, & Plas, 1995). Par ailleurs, l'analyse a montré que les personnes âgées, dans le cadre de la MCRO, ont des difficultés à identifier des situations problématiques. Cette incapacité résulte du peu d'activités réalisées par ces personnes au cours de leurs journées et d'une croyance qu'une personne vieillissante n'est plus capable de réaliser ses occupations. Cela rejoint les écrits d'Ennuyer (2011) dans lesquels, les personnes âgées perdent petit à petit leur lien avec la société et se sentent de plus en plus inutiles. Ce sentiment amène à penser qu'elles sont un poids pour celle-ci et pour leurs proches. Ainsi, elles finissent par se sentir incapables de réaliser leurs occupations et deviennent dépendantes des autres (Baudu, Palazzolo, & Quaderi, 2015). Étant donné qu'elles ont accepté ce qu'elles pensent être une fatalité, les personnes âgées n'arrivent pas à concevoir la possibilité d'améliorer leur quotidien. C'est pourquoi elles ont des difficultés à s'engager dans l'accompagnement (Hazif-thomas & Thomas, 2007). Cette dernière situation a aussi été observée par les ergothérapeutes interrogées.

Par ailleurs, l'analyse a montré que les personnes âgées acceptent difficilement la prise en charge centrée sur la personne. Selon la partie théorique, la diminution de capacités cognitives qui survient au cours du vieillissement rend difficile l'adaptation aux nouvelles situations (Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, 2010-2011). Le cœur de métier de l'ergothérapeute est lié à cette méthode (Pibarot, 2013). C'est pourquoi il adapte son approche pour faciliter l'acceptation de la prise en charge (Casanovas, 2003). En expliquant l'intérêt de son métier et en informant la personne sur le déroulement de l'accompagnement, l'ergothérapeute rassure le patient et favorise sa participation dans la prise en charge (Collot, 2011).

Selon Polatajko et Townsend (2008), le modèle centré sur la personne est applicable avec n'importe quelle population. En effet, l'ergothérapeute se référant au patient, l'accompagnement est individualisé et adapté par les ergothérapeutes pour toutes les populations (Polatajko & Townsend, 2008). Ainsi, la MCRO guide le thérapeute dans cette approche. Par ailleurs, bien que deux des ergothérapeutes interrogées aient adapté la MCRO ou se soient servies des éléments en complémentarité pour simplifier la passation, cet outil n'est pas toujours utilisable auprès des personnes âgées. En effet, la MCRO étant sous la forme d'entretien, il est nécessaire que le patient réponde à plusieurs questions. Or, avec l'âge, des troubles cognitifs peuvent apparaître. Plus ceux-ci sont présents, moins la personne est en capacité de répondre aux questions posées.

Pour résumer, l'engagement du patient est un élément qui, par de nombreux aspects, facilite et améliore l'accompagnement. Pour favoriser l'engagement des patients âgés, certains ergothérapeutes utilisent la MCRO. À travers l'approche centrée sur la personne, le thérapeute implique le patient dans sa prise en charge. Bien que les ergothérapeutes soient en capacité d'adapter cet outil pour faciliter son utilisation, la MCRO est difficilement mise en place auprès d'une population âgée.

Au vu de ces résultats nous pouvons dire que l'hypothèse de recherche suivante : « **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées** » est partiellement validée dans le cadre de cette étude.

Limites et intérêts

Cette validation partielle n'est effective que dans le cadre de cet écrit. En effet, ce mémoire de recherche possède plusieurs limites.

La première concerne la population interrogée. Tout d'abord, j'ai effectué mon enquête auprès de cinq ergothérapeutes. Ce nombre restreint ne me permet pas de généraliser les résultats obtenus. En effet, plus le nombre d'entretiens est important, plus les résultats pourront être généralisés (Romelaer, 2005). De plus, en interrogeant d'autres ergothérapeutes, différents éléments seraient possiblement apparus dans l'analyse. Mais le nombre de refus reçus, les résultats d'entretiens parfois non exploitables et le temps imparti ne m'ont pas permis d'en réaliser plus. En effet, en cette période de crise sanitaire, de nombreux ergothérapeutes ont été réquisitionnés et plusieurs d'entre eux ont annulé des entretiens prévus. Par ailleurs, la plupart des ergothérapeutes interrogées n'a pas participé à la formation de l'ANFE sur la MCRO. Cette formation apporte des connaissances sur l'outil et donne des exemples d'adaptations possibles en fonction de la population soignée. Le fait d'interroger des ergothérapeutes formés aurait pu apporter plus d'éléments à analyser. Au cours de mon investigation, j'ai pu contacter une formatrice de l'ANFE et son entretien m'a apporté beaucoup de précisions sur la MCRO et sur la formation proposée. Le nombre limité de thérapeutes utilisant la MCRO en SSRG ne m'a pas permis d'interroger uniquement les personnes formées à cet outil. Enfin, questionner des patients aurait apporté une plus-value à cette recherche. L'engagement est un élément subjectif qui dépend de chacun. Le retour de patients sur leur vécu pendant l'accompagnement en ergothérapie et leur ressenti vis à vis de l'outil aurait été intéressant à approfondir. Cela aurait pu apporter de nouvelles orientations sur les facteurs favorisant l'engagement des personnes. Une nouvelle étude pourrait permettre d'approfondir cette piste.

La deuxième limite concerne la population ciblée dans ce mémoire. La partie théorique a montré qu'il est difficile de définir la personne âgée selon un critère d'âge. Le vieillissement se manifestant de manières différentes, il a fallu orienter les ergothérapeutes. C'est pourquoi, dans le cadre de cet écrit, je me suis basé sur la définition de l'OMS, soit une personne de plus de 60 ans. De plus, je me suis focalisé

sur des personnes vieillissantes sans troubles cognitifs apparentés. Or, l'analyse a montré que des troubles cognitifs sont souvent présents auprès de cette population. S'intéresser aussi à ces personnes aurait potentiellement changé le discours des ergothérapeutes et fourni d'autres informations lors de l'enquête. Enfin, dans le cadre de ce mémoire, je me suis intéressé uniquement à l'utilisation de la MCRO en SSRG. Les ergothérapeutes accompagnent des personnes âgées dans plusieurs types de structures. Dans chacune d'entre elles, l'accompagnement et les objectifs sont différents. Il serait intéressant d'élargir le sujet aux autres structures de soins en gériatrie.

La troisième limite concerne l'outil d'investigation. Les entretiens m'ont permis de recueillir des données qualitatives, soumises à la subjectivité des professionnelles. Par exemple pour jauger le taux d'engagement de la personne dans la prise en charge, aucune ergothérapeute n'utilise d'outil spécifique d'évaluation. Toutes se sont basées sur l'observation et l'interprétation. Utiliser en parallèle un questionnaire auprès des patients aurait permis d'obtenir des informations quantitatives complémentaires et une analyse plus poussée. Enfin, l'analyse a montré que l'action des ergothérapeutes avait un grand impact sur l'engagement des patients. Isoler l'effet de la MCRO sur l'engagement des patients m'est impossible, du moins dans le cadre de cet écrit.

L'ensemble de ces limites est à prendre en compte dans l'interprétation de ce mémoire. Cependant, cette recherche a plusieurs intérêts.

Ce mémoire s'inscrit dans une réflexion d'actualité. En effet, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées suscite un vif intérêt chez les professionnels concernés. Cela permettrait de favoriser l'indépendance de ces personnes et de limiter l'institutionnalisation. De plus, cet écrit traite du désengagement, souvent recensé comme une problématique majeure chez les personnes âgées. Il a permis de mettre en évidence l'importance de l'engagement du patient dans sa propre prise en charge et de plusieurs techniques pour le favoriser.

Par ailleurs, cette étude a montré les limites et intérêts à utiliser la MCRO auprès de personnes âgées. Il pourrait amener des ergothérapeutes à s'interroger sur son utilisation auprès de cette population et aux différentes adaptations et/ou outils complémentaires. Enfin, ce mémoire a mis en avant la prise en charge centrée sur la personne en relation avec une population âgée. Cette étude sensibilise le corps des ergothérapeutes à attacher une attention particulière à cette approche. Même sans l'utilisation d'outil spécifique, cette orientation permet à l'ergothérapeute de travailler sur ce qui compte pour la personne.

III. Conclusion

Actuellement, le vieillissement suscite de nombreuses interrogations à tous les niveaux, tant auprès des hautes autorités de santé, qu'au sein des équipes pluri professionnelles qui accompagnent quotidiennement ces personnes. Les ergothérapeutes jouent un rôle important dans la prise en charge de ces patients. Ils œuvrent pour optimiser l'autonomie et l'indépendance de cette population. Cela permet aux patients âgés d'augmenter leur "espérance de vie en bonne santé", de vivre plus longtemps au domicile et de diminuer le plus possible l'entrée en institution. Pourtant de nombreux témoignages affirment que les personnes âgées ne s'engagent pas, voire, se désinvestissent de la prise en charge proposée. Pour tendre vers une amélioration de l'accompagnement, les professionnels s'interrogent sur les moyens permettant de favoriser l'engagement des patients au cours de la prise en charge. Ayant été confronté à cette situation lors de mes stages, j'ai souhaité approfondir cette problématique. À travers ce mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite répondre à la question suivante : « **De quelle manière les ergothérapeutes favorisent-ils l'engagement des personnes âgées dans leur prise en charge ?** »

Pour répondre à cette question, j'ai d'abord étudié plusieurs concepts théoriques dont le vieillissement, l'institutionnalisation, l'accompagnement ergothérapeutique en gériatrie et l'engagement. J'ai également effectué une pré-enquête, composée de quatre entretiens auprès d'ergothérapeutes dans le cadre de mon mémoire de fin d'études 2018/2019. Les éléments obtenus par cette pré-enquête et l'ensemble des données littéraires étudiées ont permis l'élaboration de l'hypothèse suivante : « **L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées.** »

L'analyse de cette hypothèse de travail a été réalisée au travers d'entretiens semi-dirigés auprès de cinq ergothérapeutes. Les données recueillies m'ont alors permis de valider partiellement l'hypothèse, dans le cadre de ce mémoire uniquement.

Au cours de l'enquête, nous avons constaté que l'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute favorise l'engagement des patients. Cet outil permet de faciliter la mise en place d'objectifs clés pour chaque personne et lui donne ainsi un but à atteindre. La MCRO devient un contrat entre soignant et soigné favorisant l'implication du patient. Les ergothérapeutes, par l'intermédiaire de cet outil, mettent en place une prise en charge centrée sur la personne favorisant une meilleure alliance thérapeutique et un engagement plus soutenu dans l'accompagnement.

Par ailleurs, nous avons démontré que l'engagement apporte une plus-value à l'accompagnement. En effet, le recueil de données, l'ajustement des objectifs de travail, l'élaboration et la réalisation d'activités ainsi que la mise en place d'aides correspondant au travail de l'ergothérapeute sont facilités par l'engagement du patient.

En revanche, la MCRO est un outil plus difficilement utilisable auprès d'une population âgée. La diminution des capacités cognitives due au vieillissement, limite son application. Les personnes âgées n'arrivant pas à s'adapter aux situations méconnues acceptent difficilement la mise en place d'une nouvelle méthode de travail. La diminution de capacités cognitives rend complexe la compréhension des consignes de la MCRO et limite sa passation. Enfin, les personnes âgées ont beaucoup de difficultés à identifier les situations problématiques dans leur quotidien. Pour y pallier, les ergothérapeutes adaptent l'outil à la population, mais cela est chronophage et coûteux en énergie.

Ainsi, dans le cadre de cette enquête, il apparaît que la MCRO utilisée par l'ergothérapeute facilite l'engagement du patient. Cet engagement favorise une meilleure récupération et un accompagnement plus fluide. Mais les caractéristiques de la personne âgée rendent difficile l'utilisation de cet outil et demandent à l'ergothérapeute de nombreuses adaptations.

Pour conclure ce mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite faire part des apports de cet écrit sur ma pratique professionnelle. En premier lieu, il m'a permis d'acquérir une rigueur et une organisation nécessaires à la réalisation d'un tel travail. Ensuite, j'ai effectué une démarche de recherche fiable et scientifique qui favorise mon évolution en tant que futur professionnel. L'analyse des entretiens a renforcé mon esprit critique sur mes compétences et mes acquis. Enfin, ce mémoire a approfondi mes connaissances sur l'accompagnement des patients âgés et sur l'utilisation de la MCRO.

L'ensemble de ces éléments permettront à ma pratique de continuer à évoluer tout au long de ma carrière professionnelle.

Ce travail me donne envie de poursuivre mes recherches. L'engagement des patients restera pour moi un concept clef à approfondir pour proposer de meilleurs accompagnements.

Pour finir, cet écrit a éveillé en moi un fort intérêt pour la MCRO. C'est un outil que je pense utiliser dans ma future pratique. Cette méthode centrée sur la personne a pour moi un grand intérêt en tant que thérapeute et je me questionne sur sa possible utilisation au sein d'une équipe pluri professionnelle.

IV. Bibliographie

- Altenloh, E., Battistoni, F., Cazauviel, C., Dessaux, N., & Seznec, J.-C. (2019). *ACT : applications thérapeutiques*. Les Ateliers du praticien.
- Amoroso, B., Cantin, N., Davis, J., Polatajko, H., Purdie, L., Steward, D., & Zimmerman, D. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: ACE.
- Association nationale française des ergothérapeutes. (2017, juin 1). *Historique*. Récupéré sur Association nationale française des ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/historique>
- Bagnères, C. (2007). *La relation à l'objet, Ergothérapie en psychiatrie*. Marseille: Solal.
- Baudu, C., Palazzolo, J., & Quaderi, A. (2015, 09). Psychothérapies du sujet âgé. *L'information psychiatrique*, pp. 747-754.
- Bassleer, B., Boulanger, J.-M., & Menozzi, C. (2014). L'empowerment des patients: pourquoi et comment. *7ème Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers*. Liège.
- Bouchet, J.-Y., Plas, F., & Franco, A. (1995). *Rééducation en gériatrie*. Paris: Masson.
- Breton, G. (2004, février). Actualités sur la rééducation dans les prothèse d'épaule. *EMC - Podologie-Kinésithérapie*, pp. 14-29.
- Caire, J. M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Bruxelles: Boeck supérieur SA.
- Casanovas, D. R. (2003, mars). Jeux et personnes âgées : animation ou ergothérapie ? *Ergothérapies en gériatrie : approches cliniques*, pp. 21-30.
- Castelein, P. (1994, juin). Création et expérimentation d'un "outil" d'évaluation systémique de patients cérébrolésés: ESOPE (évaluation systémique des objectifs prioritaires en ergothérapie). *Journal d'ergothérapie*.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). *Centre national de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré sur Centre national de ressources textuelles et lexicales: <https://www.cnrtl.fr/definition/participation>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). *Centre national de ressources textuelles et lexicales*. Récupéré sur Centre national de ressources textuelles et lexicales: <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9habilitation>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). *Outils des ressources pour un traitement optimisé de la langue*. Récupéré sur Centre national de ressources textuelles et lexicales: <https://www.cnrtl.fr/definition/vieillesse>
- Charrette, L., & Thiébaud, S. (2017, janvier). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, pp. 17-36.

- Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. (2010-2011). Vieillesse normale Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique. Paris, France: Collège Français des Enseignants en Rhumatologie.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique*. Dunod.
- Coutton, V., & Peyre, P. (2005, mars 03). *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France: entre modèles théoriques et intervention tatonnée de la société*. Récupéré sur <http://archive.mcxapc.org/docs/cerisy/a6-2.htm>
- Craik, J., McCarthy, C., & Zhang, C. (2008, mai/ juin). Les étudiants à titre d'interprètes du modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. *Actualités en ergothérapie*, p. 5 Volume 10.3.
- Deci, E. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Springer US.
- Deladrière, E., & Germa, V. (2012, 05 2004). Présentation générale de l'ergothérapie. Paris, 75015, France.
- Domaidants. (2016). *Aides techniques*. Récupéré sur Domaidants: <http://www.lamaisondesaidants.com/NT/les-aides-techniques/>
- Ennuyer, B. (2011, septembre). À QUEL ÂGE EST-ON VIEUX ? . *Gérontologie et société*, p. 131.
- Fodé, P., & Forfert, C. (2008). *La norme NF EN ISO 9999 : 2007 « Produits d'assistance pour personnes en situation de handicap : classification et terminologie »*. Paris: CNSA.
- Graeber, D. (2018). *Bullshit jobs*. Paris: Les liens qui libèrent .
- Gross, O. (2017). *L'engagement des patients au service du système de santé*. Paris: DOIN.
- Hazif-thomas, C., & Thomas, P. (2007, février). La démotivation du sujet âgé. *Gérontologie et société* , pp. 115-135.
- INSEE. (2019, juillet 25). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. Récupéré sur Institut national de la statistique et des études économiques: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#consulter>
- L'ordre des ergothérapeutes (2016, Décembre). L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute. *Ergothérapie express*, p. 6.
- Marc, G. (1990). Les personnes âgées. *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)*, p. 4.
- Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne: EESP.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2016). À la poursuite de la professionnalisation de l'ergothérapie. *Hanneke van Bruggen Conférence* (p. 1). Pays bas: ENOTHE.

- Ministère des solidarités et de la santé . (2018, mars 2). *Personnes âgées : les chiffres clés*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
- Ministère des solidarités et de la santé . (2019, mars 28). *Grand âge et autonomie : les chiffres clés*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. (2010, août 15). Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences. *BO Santé – Protection sociale – Solidarité*, pp. 177-191.
- Moisy, M. (2018, janvier). Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. (Drees, & Ministère des solidarités et de la santé, Éd.) *Etudes et résultats*(1046), p. 1.
- Montcharmont, L. (2013, janvier). Handicap et accès aux aides techniques. *Empan*, pp. 118-124.
- Morel-bracq, M. (2006). *Analyse d'activité et problématique en ergothérapie, Quelle place peut prendre la problématique et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de la pratique*. Bordeaux: U.F.R des sciences de l'homme, Département des sciences de l'éducation CPFE.
- Morel-bracq, M. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Paris: Boeck solal.
- Morris, K., & Cox, D. (2017, février 24). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. *Journal of Occupational Science*, pp. 152-164.
- Nasielski, S. (2012, 04). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, pp. 12-40.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019, février 1). *Plan d'intervention*. Récupéré sur Ordre des ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/publications/documents-professionnels/la-tenue-des-dossiers-en-ergotherapie/37-plan-d-intervention.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018, février 5). *Organisation mondiale de la santé*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organisation mondiale de la santé. (2020, Janvier). *Organisation mondiale de la santé*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organisation mondiale de la santé. (2020, février 10). *Organisation mondiale de la santé*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé: <https://www.who.int/countries/fra/fr/>
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné rencontre et accompagnement*. Cheneliere Mcgraw-Hill.
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine* . Bruxelles: Boeck solal.

- Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Polatajko, H., & Townsend, E. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, E., & Townsend, H. (2013). *Habiliter à l'occupation faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation*. Paris: Noémie Cantin.
- Poupi, S. (2000, juin 1). Du désengagement social et familial à l'entrée en institution. *face à face*.
- Pritchard, R. P. (2003). *Motivation and performance management practice*. Londre: wiley-blackwell.
- Riou, G. (2016, 09). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Association Nationale Française des Ergothérapeute.
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. *Management des ressources humaines*, pp. 101-137.
- Sirjacq, M. (2013, février). Mouvements d'investissement et de désinvestissement en fin de vie. *Revue française de psychosomatique*, pp. 127-144.
- Tavernier-Vidal, B. (1900). *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé la regression psychomotrice*. Paris: Frison-Roche.
- Trivalle, C. (2006, septembre). La santé des seniors gérontologie préventive. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, p. 319.
- Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*. Marseille: Solal editeur.
- Verbrouck, N. (2018, mars 9). *PCH : les aides humaines et techniques*. Récupéré sur Fédération des malades et handicapés: <https://fmh-association.org/pch-les-aides-humaines-et-techniques/>

V. Annexe

Annexe I

Glossaire

Autonomie : « *Faculté de gérer sa propre vie.* » Deladrière, E., & Germa, V. (2012, 05 2004).

Présentation générale de l'ergothérapie. Paris, 75015, France. [http://portail-web.aphp.fr/mamea/IMG/pdf/Ergotherapie_Necker_2012-05-04.pdf]

Asthéniques : « *Etat de faiblesse générale caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, non consécutive au travail ou à l'effort et ne disparaissant pas avec le repos.* »

[<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/asth%C3%A9nie/5957>]

Conduction : « *Transmission des potentiels d'action le long des fibres nerveuses.* »

[<https://sites.google.com/site/aphysionado/home/cellsnv/PA/conductionnerveuse>]

Cortical : « *Les aires corticales sont des zones du cerveau situées dans le cortex cérébral. Le cortex désigne la partie superficielle du cerveau et contenant la substance grise des hémisphères cérébraux.* » [<http://www.neuromedia.ca/les-aires-corticales-et-leurs-fonctions/>]

Démyélinisation : « *Destruction de la myéline enveloppant la fibre nerveuse.* »

[<https://www.cnrtl.fr/definition/D%C3%A9my%C3%A9linisation>]

Empowerment : « *L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale* » (Bassleer, B., Boulanger, J.-M., & Menozzi, C. (2014). *L'empowerment des patients : pourquoi et comment.* 7ème Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers. Liège.)

Ergon : « *Traduit le lien entre l'agir et l'être* » (Riou, G. (2016, 09). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives.* Association Nationale Française des Ergothérapeute.)

Façon anonyme : « Sans porter d'attention. » Pibarot, I. (2013). *Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Bruxelles : Boeck solal.

Flow : « État de conscience particulière atteint lors de l'utilisation optimale de nos capacités. Pour procurer du Flow, une activité doit répondre à plusieurs critères : avoir du sens, viser des objectifs, mettre au défi. » (Csikzentmihalyi, M. : *la psychologie du bonheur*, Éditions Robert Laffont, Paris, 2004.)

Habiletés : « Aptitude et/ou adresse particulière dans (tel domaine) ou pour (telle activité). »
[<https://www.cnrtl.fr/definition/habilet%C3%A9s>]

Indépendance : « Situation d'une personne qui, parfois, en dépit d'une infirmité, est capable d'accomplir seule, sans faire appel à une autre, les gestes de la vie courante : s'alimenter, s'habiller, se laver, etc. » [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=ind%C3%A9pendance>]

Mnésiques : « Qui concerne la mémoire » [<https://www.cnrtl.fr/lexicographie/mn%C3%A9sique>]

Myéline : « Substance liquide complexe entrant dans la constitution de la gaine de nombreuses fibres nerveuses et responsable de l'aspect blanchâtre de ces fibres. »
[<https://www.cnrtl.fr/definition/my%C3%A9line>]

Neurones : « Cellule nerveuse qui est l'unité fondamentale morphologique et fonctionnelle du tissu nerveux, formée d'un corps cellulaire, d'un prolongement constant, l'axone, et de prolongements inconstants, les dendrites. » [<https://www.cnrtl.fr/definition/neurones>]

Neurones périphériques : « Ensemble de tous les organes du système nerveux qui n'appartiennent pas au système nerveux central. » [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=syst%C3%A8me%20nerveux%20p%C3%A9riph%C3%A9rique>]

Neurotransmetteurs : « Substance qui assure la transmission de l'influx nerveux. »
[<https://www.cnrtl.fr/definition/neurotransmetteur>]

Neurotransmetteurs : « Substance qui assure la transmission de l'influx nerveux. »
[<https://www.cnrtl.fr/definition/neurotransmetteur>]

Nourrissage : « Alimenter de son propre lait un nouveau-né. »
[<https://www.cnrtl.fr/definition/nourrissage>]

Relation thérapeutique : « Un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'un soin apportée à l'une d'elles, soit en complément à d'autres actions, soit comme modalité principale et privilégiée. » (Nasielski, S. 2012 04. *Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance*. Actualités en analyse transactionnelle, pp. 12-40.)

Syndrome de glissement : « *Détérioration subite et rapide de l'état physique et psychique dans la phase de convalescence d'un incident ou accident pathologique, comme une infection, et même bénin, chez un sujet âgé souvent fragile mais bien adapté jusqu'alors.* » [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=syndrome+de+glissement>]

Thymie : « *Disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.* » [<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=Thymie>]

Triangulation : « *La triangulation patient-ergothérapeute-activité, l'activité étant entendue comme une médiation, un terrain commun de créativité entre patient et ergothérapeute. Cette médiation est ce qui nous permet la rencontre avec le patient, ce autour de quoi nous construisons une relation thérapeutique.* » (Bagnères, C., *La relation à l'objet, Ergothérapie en psychiatrie*, Solal, Marseille, 2007).

Annexe II

Grille d'entretien

« De quelle manière les ergothérapeutes favorisent-ils l'engagement des personnes âgées dans leur prise en charge ? »

« L'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement des personnes âgées. »

Nom :

Âge :

Sexe :

Date d'obtention du diplôme :

Connaissance de l'ergo et sa pratique :

1. Quel est globalement votre parcours professionnel auprès des personnes âgées en service de soins de suite et de réadaptation ?
2. Quand avez-vous été formé à la MCRO ?
3. Quelles sont pour vous les particularités de la prise en charge d'une personne âgée ?
4. Comment définissez-vous l'engagement ?
5. Comment définissez-vous le désengagement ?

Définir engagement : tout ce que va mettre en œuvre la personne pour arriver à son but.

Définir désengagement : diminution de l'implication et de la motivation dans la réalisation d'une tâche.

L'engagement et les personnes âgées :

6. Quelles sont les signes que vous observez chez une personne désengagée ?
7. Dans quelle mesure le manque d'engagement est-il un frein à la rééducation ?
8. Quelles sont les bénéfices d'avoir un patient âgé engagé dans la rééducation ?

9. Comment favorisez-vous l'engagement de vos patients âgés ?
10. Que pensez-vous de la MCRO pour favoriser l'engagement des patients âgés ?

Utiliser la MCRO en SSRG :

11. Quelles particularités de la personne âgée sont un frein à l'utilisation de cet outil ?
12. Quel sont les réactions des patients âgés face à l'utilisation de cet outil ?
13. La MCRO est-il un outil que vous utilisez ponctuellement ou tout le long de la rééducation ?
14. Sur quels signes de désengagement l'utilisation de la MCRO agit-elle ?
15. Quels sont les outils que vous utilisez en complémentarité avec celui-ci ?
16. Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

Annexe III

The Paediatric Activity Card Sort (PACS)

Angela Mandich, Helene J. Polatajko,
Linda Miller, Carolyn Baum



An easy, fun way to develop activity profiles for young clients

The Paediatric Activity Card Sort (PACS) is an invaluable assessment tool for the paediatric occupational therapist. Developed in response to the lack of occupation-based assessment tools for use with children, the PACS bridges the relationship of occupation's performance-related components with occupational engagement. The PACS offers an interactive way to develop activity profiles for young clients, creating an enjoyable occupational assessment process for therapists and children alike. Easy-to-use photographic cards allow the therapist to determine a child's level of occupational engagement, and learning to use the PACS is easy, thanks to detailed user-friendly instructions.

An adaptation of the ACS (Activity Card Sort), the PACS is intended to provide a profile of a child's occupational repertoire at a particular point in time. This information can be used to set treatment goals, to document change and to make within-child comparisons and is equally helpful with goal setting and intervention planning. As an occupation-based, client-centred, self-report assessment tool, the PACS allows children to identify activities they are currently doing as well as those they want to, need to, or are expected to do. The PACS:

- consists of 75 cards depicting typical activities and occupations of childhood in four categories (personal care, school/productivity, hobbies/social activities, and sports), 8 blank cards for other occupations children may identify, scoring sheets and a user

manual.

- allows children to respond to questions using simple “yes” or “no” answers when prompted with the activity cards.
- can be used to identify occupational patterns in children with and without disabilities.
- is meant to be used with children, but can occasionally be administered to parents or caregivers to obtain approximations of a child’s actual wants or needs.
- should be administered by occupational therapists and certified occupational therapy assistants.

For ease of portability, the PACS is packaged in a travel-friendly zippered portfolio with plenty of room for the cards, manual and forms.

Overview

Clientele Age: 5 to 14 years

Clientele Diagnoses: Any diagnosis

as long as the child has an appropriate developmental age of 4 years and can respond to the pictures and questions.

Administration Time: Approximately 20 to 25 minutes



For more information or to order your copy, contact the Canadian Association of Occupational Therapist at PUBLICATIONS@CAOT.CA,

call **(800) 434-2268, ext. 242**, or order through the CAOT on-line store at www.caot.ca

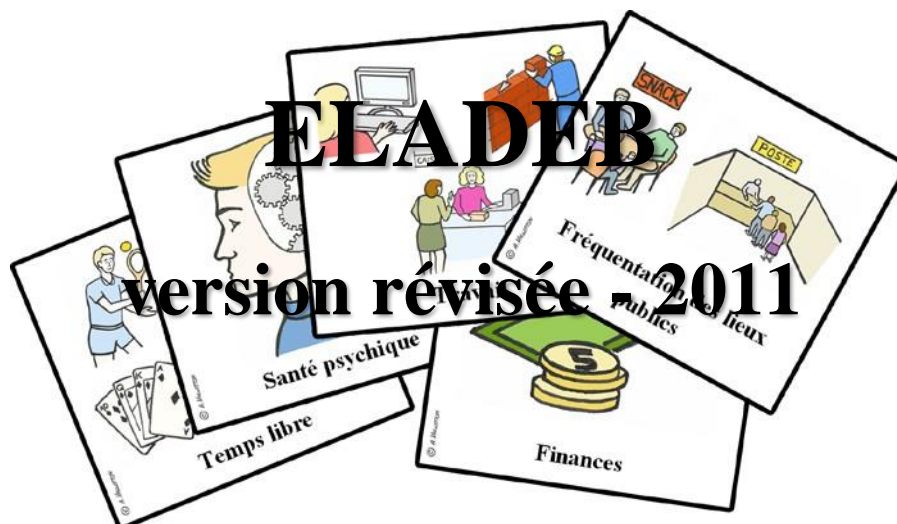
Annexe IV



Service de
psychiatrie
Communautaire
(PCO)

Chef de Service : Prof. Jacques Besson

Echelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins



PCO - Unité de
Réhabilitation Site
de Cery, 1008 Prilly,
Suisse Tel. +4121
643 64 24

Annexe V

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs :

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour déceler les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Publié par CAOT Publications ACE

© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

Nom du client :		
Âge :	Sexe :	ID# :
Répondant (si autre que le client) :		
Date de l'évaluation :	Date prévue de la réévaluation :	Date de réévaluation :
Thérapeute :		
Établissement/organisme :		
Programme :		

ÉTAPE 1: IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL

Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consignez ces activités qui posent des problèmes dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE

A l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 1A : Soins personnels

Soins personnels
(p. ex., habillage, bain, alimentation hygiène)

Mobilité fonctionnelle
(p. ex., transferts à l'intérieur, à l'extérieur)

Vie communautaire
(p. ex., transport, emplettes, finances)

IMPORTANCE

1B : Productivité

Travail rémunéré/non rémunéré (p. ex., trouver ou garder un emploi, bénévolat)

Gestion domestique
(p. ex., ménage, lessive, préparation des repas)

Jeu/travail scolaire
(p. ex., habiletés de jeu, leçons scolaires)

1C : Loisirs		IMPORTANCE
Loisirs tranquilles (p. ex., passe-temps, artisanat, lecture)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Loisirs actifs (p. ex., sports, sorties, voyages)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Socialisation (p. ex., visites, appels téléphoniques, soirées, correspondance)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

ÉTAPES 3 et 4 : COTATION – ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmez avec le client les cinq problèmes les plus importants et inscrivez-les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demandez au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, et calculez ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisés ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculez les nouveaux scores et changez le score.

Évaluation initiale :		RÉÉVALUATION :		
PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL :	RENDEMENT 1	SATISFACTION 1	RENDEMENT 2	SATISFACTION 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COTATION :	RENDEMENT SCORE 1	SATISFACTION SCORE 1	RENDEMENT SCORE 2	SATISFACTION SCORE 2
Score Total = $\frac{\text{Scores totaux du rendement ou de la satisfaction}}{\text{\# de problèmes}}$	/	/	/	/
	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>
CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = Cote de rendement 2	<input type="text"/>	- Cote de rendement 1	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = Cote satisfaction 2	<input type="text"/>	- Cote de satisfaction 1	<input type="text"/>	= <input type="text"/>

Annexe VI

Entretien téléphonique de l'ergothérapeute 1

Pour faciliter la compréhension, les paroles de l'ergothérapeute seront en noires et les miennes en bleu.

- Allô !
- Oui allô, bonjour c'est Loïc gourtay je vous appel pour l'entretien.
- Oui bonjour.
- Bonjour.
- Alors je vous écoute.
- Alors, euh dans un premier temps est-ce que ça vous dérange si l'entretien est enregistré ?
- Non, il n'y a pas de soucis.
- Merci beaucoup, ça me facilite les choses.
- Ouai ouai ouai pour retranscrire tout après c'est compliqué sinon.
- Ouai. Alors déjà est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?
- Oui, alors donc moi je suis Chloé. Ergo depuis peu de temps j'ai été diplômée en juin. Euh je viens de Créteil UPEC euh donc à la suite de mon diplôme après j'ai commencé à travailler à l'hôpital euh donc dans beaucoup de services. Premièrement donc je travaille en SSR Gériatrique, en hôpital de jour gériatrique en soins palliatifs, en maison de retraite, EHPAD, long séjour et en service de neuro et en gériatrie. J'interviens vraiment partout.
- D'accord.
- Donc voilà, donc j'interviens beaucoup chez les personnes âgées, un petit peu d'adultes très peu et peu de jeunes adultes en neuro.
- D'accord et ducoup ça se situe où tout ça ?
- Alors c'est à Senlis dans le 60.
- D'accord Senlis vous avez dit ?
- Senlis S, E, N, L, I, S.
- D'accord, euhh je vais juste vous demander ce que vous n'avez pas dit. Quel âge vous avez ?

- 22.
- Ça marche, euhm donc ducoup première question : Quand est-ce que vous avez été formée à la MCRO ?
- Alors en fait dans ma dernière année d'école j'ai eu l'opportunité de faire un stage avec Cecilia Galviati. C'est une ergo qui bosse un petit peu partout en libéral et donc elle est formatrice ANFE sur notamment la MCRO. Du Coup pendant tout mon stage, donc c'était le S5 euh ouai c'est ça le semestre 5 et en fait j'ai été formé sur le terrain tout simplement par euh ma tutrice. Et voilà donc j'ai pu m'exercer auprès d'une patientèle davantage pédiatrique. Et après bah voilà on a eu quand même quelques cours à la fac très peu pour le coup parce que ce n'était pas encore enfin là je sais que l'année dernière ils ont fait bah effectivement des formations un peu plus tôt, etc... Au niveau de la formation tout court et puis bah nous on est arrivé à la génération où malheureusement on n'a pas eu trop trop de cours encore donc voilà. En fait, j'ai beaucoup pratiqué sur le terrain donc je n'ai pas eu de formation ANFE à proprement parlé j'ai une formation plus pratique on va dire par justement Cecilia Galviati.
- D'accord, euh quelles sont pour vous les particularités de la prise en charge d'une personne âgée ?
- Alors il y en a plein, puis il y en a plein ! Euh là je pense la principale particularité, c'est vraiment les troubles cognitifs. C'est vrai qu'avec l'âge il y a des démences qui apparaissent et pour le coup si on pratique avec la MCRO c'est compliqué de la faire passer à certaines personnes âgées. Après, euh, pour moi quand je prends en charge des personnes âgées je fais vraiment très attention au projet en fait parce que le SSR c'est de la transition et voilà soit ils viennent du domicile ou de l'hôpital ou ils sont déjà en hébergement. Enfin voilà c'est une transition, c'est vrai que l'on fait aussi attention aux projets donc si la personne va être institutionnalisée ou si elle va retourner à domicile, etc... Ça permet d'orienter davantage la prise en charge ergo. Après, euh, après je trouve aussi qu'il y a la particularité de la fragilité quand même. Il faut faire attention, les personnes âgées qui sont plus à mêmes de faire des fuites, etc... Voilà, euh je ne sais plus s'il y avait autre chose.
- Je ne suis pas du tout pressé donc prenez le temps de réfléchir et tout il n'y a aucun soucis.
- Ouai... euh non après voilà, il faut faire attention aussi au troubles sensoriels, voilà. Les personnes âgées, elles n'entendent pas grand-chose il faut parler un peu plus fort enfin voilà des choses basiques j'ai envie de dire. Et pour le coup je pense aussi que pour travailler avec les personnes âgées généralement il faut beaucoup de patience. Il faut prendre son temps parce que et bah voilà ce sont des personnes âgées donc un peu plus lentes qui vont prendre plus de temps à faire les choses. Il faut les prendre comme elles sont et puis euh voilà c'est ça, avoir un peu de patience, enfin voilà je dirai ça.
- D'accord, donc si je résume en gros au niveau des particularités de la prise en charge des personnes âgées vous avez dit qu'il y avait euh qu'il fallait surtout faire attention au(x) projet(s), projet(s) de vie de la personne, faire attention à la fragilité de la personne, les troubles sensoriels et la patience donc prendre son temps dans les prises en charge et prendre son temps dans la rééducation en générale.
- Ouai et puis les troubles cognitifs aussi j'en ai parlé aussi. Avec démence plus ou moins légères.
- Okay. Donc ensuite je vais vous poser la question comment vous définiriez l'engagement ?
- L'engagement... alors là. Donc l'engagement pour moi l'engagement c'est vraiment comment la personne participe dans ses activités de vie quotidienne dans ses occupations. Donc

comment va s'engager la personne âgée aussi bien physiquement, émotionnellement, etc... pour faire, pour réaliser son occupation. Je pense que l'engagement ne va pas sans la motivation en général. Enfin moi en tout cas je garde les deux bien en lien tout comme la satisfaction, tout ça permet de voir l'engagement, la motivation des patients dans leurs occupations. C'est vraiment la manière de, ouai, la manière de s'investir dans les choses qui leur parle en fait tout simplement.

- D'accord.
- J'espère que je suis claire si je ne suis pas claire il faut le dire.
- Bah si si il y a beaucoup d'éléments. Vous parlez vite aussi donc j'ai du mal à tout noter. Mais nan nan c'est assez clair. Ducoup, en relation avec ça, comment vous définiriez le désengagement ?
- Alors, le désengagement. Euh... Alors dans mes cours c'est vrai, c'est marrant c'est la première fois que j'entends ce terme là et ça colle assez bien avec les patients âgés finalement que j'ai rencontré euh au travail dans le service. Le désengagement je dirai que c'est plus euh disons la manière de, de, ah comment je pourrai utiliser des mots bien clairs. Je trouve que le désengagement c'est aussi le fait de, de complètement se désintéresser d'une occupation et ducoup de ne plus l'investir dans le sens où par exemple je vais voir euh, un jour où j'ai reçu au travail une personne âgée qui avait chuté à domicile et qui pour le coup ne souhaitait plus marcher du tout. Donc là je pense qu'on peut parler de désengagement occupationnel c'est-à-dire que la personne ne souhaite plus s'investir dans cette occupation, alors pour diverses raisons alors là pour le coup c'était vraiment le syndrome poste chute d'en parler voilà la peur, la pression, etc... Mais je pense que ce désengagement-là, est motivé par des émotions, un vécu, etc... Mais c'est vraiment la personne qui voilà qui arrête l'occupation donc qui du moins si elle est okay de la poursuivre ne s'investit plus comme elle devrait s'investir.
- D'accord. Donc du coup moi pour que l'on soit sûr de parler de la même chose je vais vous définir, enfin je vais vous donner une définition que moi j'ai de l'engagement et du désengagement. Ça correspond à ce que vous m'avez dit. En gros je définis l'engagement comme tout ce que va mettre en œuvre la personne pour arriver à son but. Donc aussi bien en séance qu'à l'extérieur, soit tout ce qui est dans la rééducation le nombre de répétitions mais aussi tout ce qui va être proposé en dehors de la chambre et tout ce qu'il va mettre en place avec vous pour, pour cette rééducation. Le désengagement c'est la diminution de l'implication et de la motivation dans la réalisation d'une tâche.
- Ouai ouai c'est bien. C'est plus clair en fait.
- Haha bah oui j'ai eu le temps d'y réfléchir. Et du coup je vais vous demander quels sont les signes que vous observez chez une personne désengagée ?
- Alors, euh premièrement le refus, on s'essuie beaucoup de refus que ce soient mes collègues kiné ou moi-même hein. Ça m'arrive pas mal de fois honnêtement, d'emblée les personnes âgées refusent. C'est-à-dire que souvent, moi je rentre dans la chambre et je n'ai même pas le temps de dire bonjour que j'ai déjà un « non ». Ça arrive, ça arrive beaucoup, donc en fait je trouve que ça ne montre pas forcément un désengagement complet je pense aussi que le refus d'emblée c'est un moyen de se protéger. Mais ça va être aussi tout le comportement de la personne dans le sens où souvent les personnes on va les titiller un petit peu parce qu'il faut qu'il fasse la rééducation donc forcément on va travailler bah les activités qui leurs posent problème. Donc ils vont être face à leurs difficultés donc ils vont potentiellement être un petit peu plus désagréable parfois un peu agressif. Euh voilà tout ça, ça montre le désengagement. Après on a aussi des personnes qui malheureusement on ne peut voir seul en tant que professionnels et on est obligé de les voir par exemple moi je travaille beaucoup en binôme

avec ma collègue kiné et des fois on est obligé de les voir à deux parce que bah voilà ils font un peu les ours, c'est à dire qu'ils se laissent aller. On y va à deux parce qu'ils ne font pas trop trop d'efforts tout ça. Donc le désengagement c'est vraiment quelque chose de très global avec pas mal de choses. Je ne sais pas si tu arrives à tout noter.

- Bah si, j'ai noté que quand la personne est désengagée elle est dans le refus, dans son comportement général vis à vis de vous, au niveau du professionnel donc le fait qu'il soit désagréable, agressif, qu'il fait peu d'efforts et qu'il a tendance à se laisser aller et ducoup à pas faire.
- Après le désengagement ça peut aussi être au niveau de la famille. C'est vrai que nous on a tendance quand même à les comme je vous dis à les titiller un petit peu donc c'est vrai que bon ils se motivent petit à petit on arrive à créer voilà une relation de confiance. Malheureusement à l'hôpital on n'est pas beaucoup de rééducateurs donc on encourage quand c'est possible les familles à aider les patients. Euh donc c'est vrai que quand les patients sont déjà un peu plus autonomes à la barre moi c'est vrai que je donne beaucoup d'auto-exercices par exemple pour les prothèses d'épaule, etc... Des exercices que les patients peuvent faire tout seul ou accompagné d'un proche. Donc avec nous parfois ils sont cool et puis avec les proches non ça ne passe pas. Euh souvent aussi voilà on a des proches qui viennent et qui disent on a essayé bah ce n'est pas comme vous.
- Et Ducoup c'est du désengagement de la personne vis-à-vis de ses proches ou c'est des proches vis-à-vis de vous
- Non c'est plutôt, non c'est par rapport à par rapport à l'occupation je dirai. Par rapport au moins à la rééducation. Dans le sens où la rééducation oui on peut la faire tout seul maintenant les personnes âgées souvent je ne vais pas généraliser parce que j'en ai rencontré des très motivés, mais il y en a où vraiment faut les motiver que ça soit nous ou des fois ça marche avec nous comme je vous le disais des fois quand ça ne marche pas forcément à enfin... Nous ça montre vraiment ce désengagement par rapport à leur activité par exemple avec nous le patient va marcher euh peut-être je dirai je sais pas 15 mètres mais avec le proche on va dire bah si si vous pouvez marcher avec votre fille allez-y ils ne sont pas capables de de se mettre debout.
- Ouai
- Et c'est là que ça montre aussi un désengagement. Euh après voilà c'est toute une question de motivation aussi je pense donc voilà.
- D'accord
- Je ne sais pas si c'est assez clair
- Si si c'est clair. Euh dans quelle mesure le manque d'engagement est un frein à la rééducation ?
- Dans quelle mesure ? Alors euh... Honnêtement la durée de prise en charge d'un patient en rééducation c'est 3 semaines il me semble c'est 3 semaines c'est ça ouai. C'est 3 semaines, ça nous arrive très très très régulièrement de rallonger la durée de séjour. Euh je ne sais pas si vous savez un petit peu mais à l'hôpital on a des durées moyennes de séjour donc normalement on est censé suivre cette norme pour pas que ça soit trop long enfin bref tous les trucs budgets, etc... Mais, mais du coup la durée de séjour normalement c'est 3 semaines mais ça nous arrive très très fréquemment de rallonger la durée pour plusieurs choses notamment euh bah justement le désengagement, pour beaucoup de gens finalement, en fait, le SSR c'est de là de transition. Dans le sens où la personne en générale rentre au domicile quand même et les $\frac{3}{4}$ des gens quand même finissent institutionnalisés. Donc ça la perspective des maisons de

retraite ça ne plaît pas à tout le monde notamment ceux qui n'ont pas du tout de troubles cognitifs ou voilà enfin les personnes qui sont aptes de se rendre compte de leur futur et c'est vrai que c'est un gros facteur de désengagement. Donc en fait... Rappelez-moi la question parce que moi je me perds en même temps.

- Dans quelle mesure le désengagement est un frein à la rééducation ? En fait, c'est savoir quels sont enfin le fait que les personnes ne soient pas engagées dans la rééducation qu'est-ce que ça a comme conséquence vis-à-vis de la rééducation ?
- Voilà, donc généralement ça rallonge l'hospitalisation car on prend plus de temps avec les patients. D'un point de vue vraiment purement ergo c'est vrai qu'honnêtement on n'a pas beaucoup de temps pour chaque patient. Dans notre service maintenant, j'ai une collègue qui est parti donc maintenant il y a une ergo du coup moi je suis toute seule et j'ai une collègue et demi-kiné. Euh on a 36 lits donc on a quand même du monde à voir. Normalement on est censé les voir tous les jours, moi je suis dans plein d'autres services donc je suis pas en SSR tous les jours. Donc en fait si vous voulez, on passe déjà peu de temps avec les patients et il y a des fois où il y a des séances où on ne fait pas grand-chose en fait on fait juste... enfin pas grand-chose de technique dans le sens où la personne aurait besoin de marcher c'est voilà c'est l'objectif de la séance. Au moins réussir à faire quelques pas c'est vrai que des fois on passe les $\frac{3}{4}$ voire les 80-90% de la séance à faire une espèce d'entretien motivationnel finalement bah pour amener les personnes à se réengager dans la rééducation. Mine de rien on perd vachement de temps en fait, on perd vraiment beaucoup de temps avec les gens ce qui fait que souvent dans les syndromes post-chute on passe tous les jours pour leur redonner confiance sinon on a une grosse perte motrice et en fait malheureusement ça aggrave les facteurs derrière en fait, vous voyez ce que je veux dire ?
- Oui
- Normalement c'est censé se dérouler à tel étape on a ça, à tel étape on a ça ... Et finalement c'est vrai que des fois on passe beaucoup de temps à discuter avec les gens et on ne fait pas grand-chose donc bah ça leur rallonge la rééducation et parfois même ça ne leur est pas bénéfique des fois on n'arrive pas on sait que la personne est capable mais quand elle veut pas bah elle veut pas donc des fois malheureusement on fait partir les gens mais ils n'arrivent pas à récupérer autant qu'on aurait aimé qu'il récupère.
- Okay.
- La rééducation elle est moins, pas efficace mais c'est vrai qu'ils n'en bénéficient pas à 100% malheureusement ils n'ont pas tiré parti de tout ce qu'on pouvait leur apporter quoi.
- Et ça c'est dû au, au manque d'engagement des personnes âgées ?
- Ouai beaucoup ouai.
- Okay. Est-ce qu'il y a d'autres éléments que, auxquels vous pensez beaucoup dans vos centres de rééducation ou à l'extérieur dans, dans votre prise en charge ? En lien avec ça.
- heu.
- C'est la même question c'est pour savoir si vous aviez d'autres éléments à rajouter.
- Euh...non, non, non.
- Non ? D'accord. Quels sont les bénéfices d'avoir une personne engagée dans la rééducation ?

- Alors, déjà si la personne est engagée ça veut dire qu'elle est motivée. Donc on arrive déjà plus facilement en général à établir des objectifs de prise en charge. C'est vrai que quand la personne n'est pas trop motivée on nage un peu dans le flou on ne sait pas trop par où commencer, par ça mais finalement ça ne marche pas, bref c'est un peu plus compliqué. Alors que quand on a des gens vraiment motivé euh c'est vrai que ça nous aide parce qu'en fait enfin d'un point de vue entretien moi je pratique beaucoup la MCRO enfin avec les personnes qui sont capables de me répondre évidemment. Mais c'est vrai que ça aide parce que finalement même si des fois bon il faut un peu diriger les personnes dans l'entretien plutôt que les grandes questions un peu général de la MCRO c'est vrai que j'ai tendance à clarifier les choses et ça ne mine de rien les gens savent me répondre. C'est qu'en fait c'est plus facile d'un point de vue prise en charge ergo et de prise en charge de rééducation tout court d'avoir des personnes motivées parce que ça permet de cibler vraiment ce dont ils ont envie de travailler ce dont les gens ont envie de travailler aussi. Donc ça mine de rien c'est un gain de temps finalement et ça permet d'optimiser concrètement la prise en charge quand la personne s'investit pleinement, euh c'est vrai que bah déjà, moi ça me fait plaisir en tant que professionnelle parce que c'est vrai qu'on peut proposer davantage de choses moi c'est vrai que j'ai tendance dans une séance quand je vois quelqu'un qui est motivé qui donne beaucoup quand bien même je suis censée le voir 20 minutes ça m'arrive bah voilà de déborder de dire okay on refait un exercice quand je vois que c'est vraiment bénéfique pour le patient, qu'il est à fond dedans ça m'arrive et mine de rien c'est lui optimiser ses résultats de prise en charge. De toute façon quand on a une personne de motivée c'est sûr que c'est motivant pour nous c'est motivant pour elle, pour l'entourage et pour le projet final.
- D'accord. Du coup de la même manière est-ce que vous avez quelque chose à rajouter au niveau de la rééducation, sur le fait d'avoir des patients engagés, motivés ? Est-ce que ça a un autre impact de cette particularité sur les personnes ?
- Alors, sur les personnes à proprement parlé, non. Après on peut parler de l'entourage quand même, parce que c'est vrai qu'une personne âgée, honnêtement on ne peut pas la prendre en charge sans qu'on prenne en compte son entourage c'est vraiment quelque chose qui est primordiale. Après il faut voir un petit peu car on a beaucoup de personnes isolées aussi mais le soutien de la famille, des enfants et souvent même des arrière-petits-enfants est super important. Nous dans notre service on a beaucoup de personnes âgées qui ont des enfants de leur famille dans leur chambre, beaucoup de visites, tout ça. Mine de rien le fait qu'ils soient engagés souvent j'aime bien moi quand même que les proches assistent aux séances pour voir un petit peu les progrès et ça c'est motivant aussi pour les personnes âgées. En fait c'est un lien à double sens. La personne âgée est motivée parce qu'il y a aussi la famille, etc... Donc ça aide et puis la famille est motivée donc motive la personne.
- D'accord, donc en fait le soutien de l'entourage permet à la fois de motiver la personne mais aussi de se motiver par la motivation de la personne ?
- Oui, c'est ça. Ça ne peut qu'aider la prise en charge et tout ça.
- Okay. Comment vous faites-vous pour favoriser l'engagement de vos patients âgés ?
- Alors, ça dépend, ça dépend. Euh quand, pour vraiment différencier quand on a des personnes avec des troubles cognitifs quand on a des personnes avec aucune démence là, vous voulez que je parle de quoi, de tout en général ?
- Alors, dans mon sujet de mémoire je me suis basée sur la personne âgée sans troubles cognitifs associés ni enfin sans trouble(s) à côté. Donc du coup c'est plutôt des troubles physiques au final.
- D'accord. Donc du coup c'est vrai que c'est plus facile de motiver quelqu'un quand il n'y a pas de troubles associés honnêtement. Donc en fait à la base je vais partir du tout début moi

quand je rencontre quelqu'un bon en fonction bien sûr des troubles, etc... J'aime bien discuter, me présenter, présenter le métier car évidemment il n'est pas connu, donc j'aime bien présenter le métier avec des exemples concrets des trucs comme ça. Ensuite, je fais passer la MCRO et en fait cette MCRO me permet de voir aussi les motivations de la personne. Souvent la personne âgée elle va aussi parler de sa vie, de sa famille donc des enfants, des petits enfants... Par exemple une personne âgée va me dire "bah moi j'adore aller me balader au parc avec mon petit fils" c'est vrai que je me dis ça okay c'est quelque chose qu'elle aime faire c'est quelque chose qui la motive. En général je me sers des éléments que, que j'ai recueilli lors de la MCRO pour après les ressortir aux patients "La votre petit fils il vous attend, allez on y va ! On continu il faut vous balader" etc... Donc on essaye en fait de coller au maximum avec les occupations, avec leur quotidien. En fait c'est des chose qui leur parle, c'est vrai que si on leur dit juste "aller, aller" euh oui ça peut marcher mais ça ne marche pas tout le temps. Vraiment moi j'essaye en tout cas de connaître au maximum le quotidien des gens pour justement bah trouver le facteur motivant pour après m'en servir dans ma prise en charge. C'est vrai que toutes les activités occupationnel, je pense que ça parle à tout le monde donc c'est vrai que moi je pars vraiment là-dessus, sur leur quotidien et ce qui peut les motiver. En fait tout ça on l'apprend grâce à la MCRO, grâce aussi à l'entourage qu'on rencontre, les discussion qu'on peut avoir avec eux en dehors quoi.

- **Donc c'est surtout pour motiver vos patients vous utilisez surtout des entretiens et la MCRO pour caler justement au... à la vie de la personne.**
- Ouai, c'est ça. Moi j'adore discuter les gens quand même ça m'arrive de parler 10 min de plus voilà parce que la personne a envie de me raconter la visite de ses petits-enfants. Je le fais déjà parce que ça fait plaisir et en plus moi ça me permet de savoir voilà ce qui l'a motivé quoi.
- **D'accord, est-ce que vous utilisez d'autres moyens que cet outil-là.**
- Alors, d'autres moyens que ces outils-là, euh, ça nous arrive beaucoup de travailler, moi j'aime beaucoup travailler dans les couloirs ou alors en salle ergo mais je travaille beaucoup dans le couloir en général. En fait le couloir ça permet d'avoir une vision sur les autres et donc en général les collègues (infirmières, aides-soignantes...) qui elles côtoient beaucoup les patients au quotidien, dès qu'elles voient des progrès en général c'est les premières à motiver. Certes c'est bien la motivation elle vient de moi mais je suis le thérapeute dans le sens où c'est limite normal de motiver le patient quand il est en séance. C'est vrai que des fois d'avoir des gens extérieurs, je fais toujours en sorte de l'amener vers l'extérieur pour que justement il puisse se rendre compte aussi et se dire "ah oui l'infirmière aussi elle trouve que j'ai progressé donc c'est bien aller on continu". Honnêtement ça marche sur pas mal de patients on a remarqué ça. Les tours de motivation extérieur en plus ça marche pas mal, donc en fait on essaye de forcer un peu le "destin" si je puis dire. C'est à dire vraiment les inciter à aller dehors, dans le couloir et ça marche de plus en plus après les gens prennent des initiatives, ils font leurs petits exercices dans le couloir et voilà on les motive quand ils passent et voilà ça marche en général.
- **D'accord. Ça marche. Que pensez-vous de la MCRO pour favoriser l'engagement des patients âgés ?**
- Bah j'en pense plein de choses, plein de bien. La MCRO à la base je l'utilisais beaucoup en pédiatrie et peu avec les personnes âgées. Donc du coup bah, c'est une autre manière de la passer dans le sens où, en gériatrie on connaît déjà quand même beaucoup les problèmes. C'est à dire on sait que la personne elle est rentrée à cause de telle chose et du coup le projet en général avec l'assistante sociale est déjà défini si vous voulez. Dans les premiers jours ou premières semaines on sait le devenir de la personne donc ça, mine de rien, ça aide aussi au niveau de la MCRO. Même or MCRO c'est vrai que des fois je me permets un peu plus de libertés par rapport à l'outil c'est à dire que souvent je vais leur demander je vais leur poser

des questions beaucoup plus précises c'est à dire que si la personne pendant la MCRO me parle pas forcément du fait qu'elle a du mal à je ne sais pas prendre sa douche. Moi je sais que je vais en parler en plus car je sais par exemple que la personne va retourner à domicile. Donc c'est vrai que des fois j'ai tendance à plus titiller. Mais cet outil je le trouve hyper, hyper complet dans le sens où ça balaye quand même vachement les, toutes les caractéristiques de l'occupation, c'est à dire à la fois l'aspect technique, c'est à dire qu'en général la personne elle explique comment elle fait, ce qu'elle n'arrive pas à faire, etc... et ça va balayer tout ce qui est engagement, motivation mais ce qui est intéressant dans l'outil c'est que ça vient de la personne ça vient ça ne vient pas de nous. À la base la question c'est vraiment quelque chose de très général et c'est la personne qui doit répondre et le fait que ça soit la personne qui exprime un sujet, qui exprime une volonté, quelque chose qu'elle aimerait travailler ça ne peut que faire partie de l'engagement. Une personne qui n'est pas engagée dans une activité ou dans une occupation elle voit pas le rapport lors de la MCRO. Mais c'est vrai qu'en général quand même les choses dont elle parle forcément ce sont des choses dans lesquelles elle gênée donc honnêtement cet outil il est très bien parce que ça permet à la personne de s'exprimer c'est pas comme un questionnaire ou cocher des cases. Là c'est vraiment sous une directive donc la personne elle peut dire beaucoup de choses et des fois il y a des MCRO très courtes parce que ça cible. Là moi j'ai une patiente récemment qui a une sclérose en plaque et elle m'a dit "une ergo super" alors j'ai besoin de ça ça ça... et voilà après on a repris ensemble pour que ça soit plus structuré mais voilà il y a des gens qui savent très bien ce qu'ils veulent et des gens où c'est un peu plus compliqué donc là on les aide plus mais dans tous les cas ce qui est super c'est que ça vient d'eux. Forcément l'engagement il est là à partir du moment où la personne elle parle d'elle, ça lui parle, ça la motive et elle est engagée. Vous voyez ce que je veux dire ?

- Donc du coup la manière dont est fait l'outil ça permet vraiment à la personne de s'engager dans la rééducation, de construire la rééducation autour de ce qu'elle veut et du coup de l'engager dans celle-ci.
- C'est ça.
- D'accord. D'accord, très bien. Donc ensuite je vais vous parler un peu de la MCRO. Je voulais savoir quelles particularités de la personne âgée sont pour vous un frein à l'utilisation de cet outil.
- Les particularités de la personne âgée ? Alors on est toujours pas sur des troubles cognitifs donc ça je l'enlève. Un frein à la MCRO donc euh disons que je ne sais pas si c'est vraiment une particularité de la personne âgée en elle-même mais c'est vrai qu'en général les personnes âgées enfin moi je trouve qu'elles ont tendance à beaucoup se dévaloriser. C'est à dire que souvent c'est que lorsqu'on vieillit on se dégrade, on arrive à faire de moins en moins de choses et donc l'estime de soi finalement je trouve qu'elle diminue quand même. Donc ça c'est vrai que d'un point de vue engagement, MCRO et tout ça, c'est vrai que ça reste un frein parce que la personne se dévalorise vachement et donc des fois lors de l'entretien elle ne va pas forcément parler de certaines choses qu'elle n'arrive pas à faire parce que de toute façon pour elle, elle n'arriver plus jamais à les faire. Je ne sais pas si vous voyez. En gros, par exemple un truc tout bête, je ne sais pas une personne qui a du mal à se baisser pour mettre ses chaussons des trucs comme ça, elle va dire "on le fera pour moi comme je n'arrive pas à le faire, c'est bon je n'en parle même pas" alors qu'au contraire quand petit à petit la personne arrive à mettre chaussures, alors c'est vrai que cette partie-là en tout cas fais que, la perte fait que ça peut être un frein à la MCRO dans le sens où la personne âgée ne va pas exprimer certaines choses, certaines occupations ou elle aurait des difficultés. Après, je réfléchis à ce que je peux dire en plus... Je suis vraiment sur le discours de la personne après si je vais un peu plus loin dans l'outil euh... Je réfléchis
- Il n'y a pas de soucis ne vous inquiétez pas.

- Après, un autre frein à la MCRO c'est que souvent quand la personne, en fait des fois la personne n'est pas forcément en phase avec son projet de vie. C'est à dire qu'on a beaucoup de personnes qui par exemple veulent absolument rentrer chez eux. Or, en général l'assistante sociale, etc... dit que de toute façon cette personne ne rentrera pas chez elle. C'est vrai que c'est compliqué parce que dans l'entretien en général c'est un entretien qu'on fait quand on rencontre la personne donc souvent le projet n'est pas établi. Des fois je rencontre les gens soit le jour de leur rentrée soit le lendemain donc j'arrive enfin j'essaye en tout cas de les rencontrer le plus tôt possible. Donc le projet n'est pas forcément bien finalisé la personne n'est pas forcément au courant donc c'est vrai qu'elle elle a ces propre souhaits est- ce que c'est réalisable, etc... Donc elle va peut-être nous parler de choses très concrètes de la vie à son domicile alors que finalement la personne va parfois être institutionnalisée donc on va partir sur des objectifs ergo qui vont être très en lien avec le quotidien à la maison alors que finalement après ce sera le quotidien à la maison de retraite. C'est vrai qu'il y a quand même des choses qui changent entre la maison et la maison de retraite donc ça mine de rien enfin le projet de vie de la personne âgée reste quand même un frein à la MCRO. Moi ça m'est quand même arrivé de devoir la refaire du coup et on devrait pas hein mais des fois je la refais malheureusement on est obligé de s'adapter donc forcément la personne âgée là elle est au courant qu'elle va aller en maison de retraite donc si on imagine la maison de retraite comment ça va se passer, etc... Des fois il faut tout refaire donc ça en fait perdre du temps, donc voilà.
- Okay. Est-ce qu'il y a d'autres éléments ?
- Non, non non là je ne vois pas autre chose pour l'instant peut être que ça me reviendra plus tard.
- Bah il n'y a pas de soucis je peux toujours rajouter à côté. Bon si vous avez des éléments qui vous reviennent après on en reparlera du coup. Quelles sont les réactions des personnes âgées face à l'utilisation de cet outil ?
- Alors premièrement des fois c'est "mais ça ne la regarde pas, bah elle est curieuse celle-là", donc pour éviter ça bon après voilà c'était au début quand je commençai jeune professionnelle un peu pressé, j'y allais direct et je ne prenais pas forcément le temps d'expliquer bien l'outil à la personne. Bon maintenant je suis plus posée dans mon travail donc ça va mieux. De ce côté-là maintenant quand j'arrive et que je rencontre la personne comme je vous ai dit j'explique, et en plus quand je veux faire passer l'outil j'explique vraiment la MCRO à la personne en général elle arrive à comprendre. J'utilise des termes très simples, en général je dis "alors je vais vous poser quelques questions, vous me répondez du mieux que vous pouvez" enfin voilà j'essaye de dédramatiser le truc en fait parce que c'est vrai qu'en général c'est très intrusif pour les gens si on a pas l'habitude après ça dépend. Tout dépend du caractère de la personne c'est vrai que là pour le coup j'ai vu la patiente avec SEP je lui ai dit "je suis ergo" et elle a répondu "oh mais c'est super alors à la maison il y a ça et ça qui ne va pas" enfin tout de suite, là elle, elle a besoin de choses précises elle sait ce qu'est l'ergo, etc... Quand on est un peu dans le flou et qu'on ne sait déjà pas trop le principe de base et qu'on ne comprend pas trop c'est vrai que c'est compliqué et après voilà en général on a des réactions un peu vives sur "ouai mais ça ça va servir à quoi ?" "et ça vous allez l'écrire où" parce qu'en général on prend des notes donc maintenant j'explique "je prends des notes tout ça, ça va me servir, je vais les mettre dans votre dossier, c'est pour faire le point et voir ce qu'on peut travailler un petit peu ensemble". Mais c'est vrai qu'en général les premières réactions qu'on a c'est "ouai bah ça vous regarde pas" ou des fois ils soufflent "non mais qu'est ce qu'il me demande là". Enfin voilà, donc en général ils sont un peu paniqués après c'est toujours ceux qu'ils ne connaissent pas, pas forcément l'ergo.
- D'accord. Du coup-là vous me disiez qu'avec une pratique différente vous arrivez à estomper ce côté-là.
- En fait je réajuste toujours. En général, en fait on le voit tout de suite quand j'arrive et que je dis "bonjour je m'appelle Chloé et je suis ergothérapeute" je laisse toujours un petit temps alors il y en a qui font "ergothérapeute..." en mode qu'est-ce qu'elle me raconte et il y en a qui

répondent “ d’accord” donc je réponds toujours “vous connaissez ?” et bon en général j’ai des “non”. Donc j’explique avec des mots très simples “moi je suis là pour vous aider à faire vos activités de vie quotidienne de la meilleure manière possible, on va voir ensemble telle et telle chose” enfin voilà j’essaye vraiment maintenant au maximum d’avoir un discours super simple pour que les gens comprennent et après moi je demande toujours “vous avez des questions, on peut commencer ?” voilà et puis en général j’aime bien faire une pointe d’humour en disant “bon je vais faire ma curieuse, je vais vous poser plein de questions on va parler que de vous” donc ça les fait rire et ça permet dédramatiser le truc et après en général ils sont plus ouverts à la discussion.

- Est-ce que la MCRO c’est un outil que vous utilisez ponctuellement ou est-ce que vous l’utilisez tout le long de la rééducation ?
- Tout le long de la rééducation avec un seul patient ou dans le service en général ?
- Non dans le service en général enfin avec un patient est-ce que vous l’utilisez que ponctuellement ou est-ce que vous l’utilisez tout le long de sa rééducation ?
- Alors, la MCRO en général je la passe au début et je la passe à la fin, enfin je l’ai fait recoter à la fin. En fait l’idée c’est d’avoir quand même un petit suivi sachant qu’il y en a beaucoup qui vont dans des EHPAD où il y a des ergos donc ça permet de laisser une petite trame de ce qui a déjà été fait. Maintenant l’inconvénient c’est que des fois on a pas forcément les dates de sortie et des fois c’est “bah il sort demain” donc là dans ces cas-là c’est un peu compliqué de refaire la MCRO mais c’est vrai que moi j’essaye pour avoir un suivi et pour aussi que les personnes se rendent compte des progrès qu’elles ont fait. On a les problématiques de base, on a les problèmes occupationnel sous forme après d’objectif donc les objectifs en général je les garde pour moi, je fais mon petit compte rendu, etc... Mais les problèmes occupationnel en général je les garde pour en reparler avec le patient soit au niveau de la prise en charge quand c’est des prises en charge plutôt longue car il y a des patient qu’on garde 3 ou 4 mois, avec qui on a vraiment le temps de mettre des choses en place, ou on fait plus de lien avec l’équipe. Après y’a vraiment des fois quand c’est vraiment des prises en charge courtes du style 1 mois, je la fais passer au début et je la recote à la fin. Enfin voilà je montre les difficultés occupationnelles et aujourd’hui comment vous coteriez votre rendement. Bien sûr je dis pas rendement mais je leur demande de recoter le rendement et de recoter la satisfaction. Après je leur montre, voilà il y a un mois vous m’avez donné telles et telles notes et là vous me donnez telle et telle note. En général, ils mettent plus et dans ces cas-là les gens sont super content “Wa c’est vrai je suis à ce niveau-là, et bas j’ai progressé” voilà ça les renforce et ça leur permet de voir qu’ils ont quand même progressé.
- Heum, petite question à laquelle je viens de penser, est ce que vous l’utiliser au cours de la rééducation ? C’est à dire est ce que vous utilisez les informations donnés au cours de la première passation, est ce que vous vous servez de ces choses-là au cours de cette rééducation, donc au cours de vos séances ?
- Alors on s’en sert obligatoirement de toute façon parce que moi mon approche ergo j’essaye vraiment de partir du problème occupationnel. Par exemple j’ai une patiente-là qui a eu une prothèse d’épaule qui malheureusement n’a plus du tout de motricité et elle ce qu’elle aimerait bien faire par exemple c’est prendre son téléphone sur la table avec sa main voilà sa main droite et de le prendre et d’appeler sa fille voilà c’est un exemple tout bête. Je pars de ce truc-là donc dans la MCRO elle m’explique que voilà elle a du mal à faire ça. Ce problème occupationnel là je vais le transformer en objectif occupationnel et après obligatoirement je m’en ressers c’est à dire qu’à chaque fois on en reparle c’est okay alors j’explique dans les séances “vous n’arrivez pas à faire ça donc on va s’entraîner on va essayer de faire que le bras déjà” et puis sur le plan de table par exemple maintenant aller jusqu’au téléphone donc voilà je pars de problèmes occupationnel dans mes séances pour adapter les exercices vraiment expliquer à la personne

parce que c'est vrai que des fois l'ergo on fait des trucs un peu ludique, des jeux, des choses comme ça et la personne elle voit pas forcément le lien, elle dit "mais je ne suis pas un enfant pourquoi je ferai ça" plein de trucs comme ça et donc de toute façon je fais toujours mes séances en lien avec les problèmes occupationnels. C'est obligé pour que la personne elle puisse comprendre et s'engager, se motiver dans la rééducation il faut qu'elle voie l'objectif il faut qu'elle voie à quoi ça sert parce que sinon si je lui dis d'empiler des cônes et qu'elle ne sait pas pourquoi elle empile des cônes ça ne sert à rien. Donc en général j'essaye vraiment d'expliquer et de, de... tout ça de toute façon c'est la base de ma pratique je m'en sert toujours quoi.

- D'accord, donc du coup ça c'est une forme de la MCRO, pouvoir identifier ces problèmes occupationnels et du coup s'en servir après tout le long de la rééducation
- Ah oui oui complètement. Bah moi je préfère partir d'un problème occupationnel donc quelque chose qui parle à un patient plutôt que de dire bon bah elle arrive plus à lever le bras, okay on y va on va lever le bras. Okay elle lève le bras pourquoi ? Alors que là il y a un but qui est de tendre le bras pour aller chercher le portable. C'est quelque chose qui parle plus donc forcément déjà on va gagner au niveau engagement, motivation donc forcément ça va être bénéfique pour la rééducation.
- Okay. Sur quels signes de désengagement l'utilisation de la MCRO agit-elle ? Je peux reformuler la question si vous la trouvez bizarre ou si euh
- Alors je pense que je comprends. Alors, en général quand je rentre dans la chambre et que j'ai un refus tout de suite, j'essaye de négocier un peu, quand je vois que je n'arrive pas trop à négocier et que je vois que la personne en face est un peu coriace là je balance les problèmes occupationnels. C'est ça la question ? Je réponds quand même bien ?
- En gros c'est sûr, vous m'avez parlé du signe de désengagement tout à l'heure sur le refus, sur le fait qu'ils soient désagréables, agressif, qu'il y a peu d'efforts, qu'il y a dû laisser aller, qu'il y a un désengagement au niveau de la famille et que ces personnes ont besoin d'être poussé. Du coup je voulais savoir concrètement sur quels signes vous constater un changement avec l'utilisation de la MCRO par rapport à quand vous ne l'utilisez pas.
- D'accord. Donc c'est ça en fait voilà en général quand j'ai un refus, voilà de toute façon le refus d'emblée on l'a on peut rien faire. Avec parfois un grand sourire enfin voilà. Moi je lâche pas le truc de toute façon, donc on essaye de négocier : "mais attendez là vous avez rien fait aujourd'hui là on va quand même faire un petit truc on va faire un jeu je sais pas. J'essaye toujours de passer par des moyen détourné avant de rentrer dans les problèmes qu'elle peut rencontrer. Déjà parce que des fois c'est des chambre double et j'ai pas forcément envi que l'autre personne soit au courant, je respecte l'intimité de la personne. Et de l'autre côté même quand ils sont en chambre simple, je trouve cela très agressif de commencer par parler des problèmes. De dire voilà, en fait ça va pas on y va. Non moi j'essaye déjà de négocier tranquillo donc j'utilise des termes classique : "on y va, allez faites un petite effort..." Et après quand je vois que ça ne marche pas, là pour le coup les problèmes occupationnel aide pas mal, parce que, j'essaye de ne pas le formuler sous forme : ha bas dans ce cas-là si on fait plus rien vous n'arriverez plus à prendre le téléphone. J'essaye de ne pas être du tout dans ce truc-là, j'essaye de le présenter en disant : " oui d'accord mais imaginer aujourd'hui votre fille elle vous appelle, comment vous allez faire pour répondre au téléphone ? " en fait j'essaye de toujours la questionner par rapport au problématique qu'elle m'a dit : " comment vous allez faire ? ". Je la mets en fait face à ses problèmes mais de manière un peu subtile quand même. Pour qu'elle ne se retrouve pas face à un mur et dans ce cas-là on perd totalement la confiance et on rompt le lien thérapeutique complètement. Donc j'essaye vraiment d'amener la personne à se questionner et donc ça pour répondre à la question, parce que je m'éloigne, les problèmes occupationnels ça va permettre dans le refus, d'aider dans le refus, d'aider quand la personne elle souffre et est agressive, heu moi quand ça m'arrive, ça m'est arrivé hein : "Mais vous m'emmerdez, vous

m'emmerdez, laissez-moi tranquille ! “ Je vais dire : “ok, ok je vous laisse tranquille, mais par contre si votre fille elle vous appelle bah voilà vous ne pourrez pas répondre au téléphone, donc est ce que vous voulez quand même que je vous aide à répondre au téléphone ou est-ce que je m'en vais tout court et on fait rien ? “ et dans ces moment-là souvent c'est : “oui bon bah c'est vrai, c'est vrai “ mais y'a des têtes brûlées des fois on arrive à rien et c'est comme ça. C'est le caractère de la personne on a beau tout donner des fois ça ne marche pas. Mais voilà en tout cas en général, le comportement qui peut être un peu agressif, où on vous envoie un peu balader, j'essaye de les interroger sur leurs propres difficultés, pour qu'ils se disent : “À ouais merde j'ai besoin d'elle quand même”, “À ouais elle va m'aider”. Sauf qu'en fait des fois ils prennent ça comme une corvée en fait, quand on arrive dans la chambre déjà ils lèvent les yeux au ciel et disent : “Oh non !” bas si c'est moi coucou. Et ils prennent ça comme si on les forçait alors que c'est pas du tout le but et on est obligé de remettre les choses dans leurs contextes : “ bah oui mais vous m'aviez dit que vous n'arriviez pas à faire ça, heu moi je suis là pour vous aider pour que vous arriviez à le faire. “ Donc c'est vraiment sur ces points là où l'on peut discuter en fait. Après quand ils font les ours comme je vous ai dit et qu'ils ne font pas d'efforts, bah en général ceux-là on arrive pas à grand-chose. Et en général on demande de l'aide à la psychologue et on passe le relais, c'est super important de passer le relais parce que des fois ça ne marche pas avec les personnes, des fois ça ne marche pas du tout et c'est pas grave on passe le relais à des collègues qui essayent de débroussailler un peu les trucs et après on revient tranquillement on réessaye. Après il faut se dire que des fois en tant que professionnel on peut rien faire, et des fois on est obligé de demander de l'aide aussi, ça arrive.

- D'accord, est ce que vous voyez autre chose au niveau de heu, au niveau action de la MCRO sur le désengagement des patients ?
- Bah après les notes c'est pas mal aussi, c'est vrai que j'en ai pas parlé, les notes c'est pas mal parce que par exemple, une personne va se coter 2/10 au niveau rendement et 1/10 au niveau satisfaction. Je vais dire : “À oui vous avez coté à 1/10, qu'est ce qu'il faudrait faire pour que la note elle augmente à 5/10 ?” “À bah si je faisais si je faisais ça” Enfin voilà, c'est vrai que les notes c'est pas mal aussi car notre système marche avec des notes. Le principe de la note est hyper présent. Donc c'est vrai que cette partie de l'outil leur parle et mine de rien ça leur fait dire que 1/10 c'est pas beaucoup et qu'ils aimeraient bien avoir plus. et des fois cela peut être motivant aussi. Et du coup ça permet de lutter contre les comportements opposant.
- D'accord, donc en fait si je résume bien ça vous permet d'avoir des arguments en plus pour contrer ces éléments-là.
- Ouais c'est ça
- Très bien. Quel sont les outils que vous utilisez en complémentarité avec celui-ci ?
- Alors, que j'utilise en complémentarité. Alors en support déjà, j'utilise c'est pas le PACS mais c'est le même principe en fait, on a fait des petites cartes de vie quotidienne pour que ça parle un peu plus au patient et discuter autour de la carte. En fait c'est le même principe que le PACS en pédiatrie, et en fait c'est des petites cartes avec des activités de vie quotidienne, et ça permet de discuter avec la personne autour des activités représentées. Par exemple, si la personne ne sait pas quoi dire, on pose la question de la MCRO, “quelles sont les activités que vous n'arrivez pas à faire blabla, heum la personne elle va dire : “bah je sais pas” dans ce cas-là je vais m'aider de ces cartes-là, je leur montre et je commente : “là la personne elle fait la cuisine, vous cuisinez ?”, “comment ça se passe ?”, etc. En fait c'est un support ça aide à discuter autour des activités et du coup la personne elle va dire : “non ça ça va super rien à redire”, ou “À bah c'est vrai que ça j'ai du mal à gérer la cuisson sur mes plaques et en même temps couper les ingrédients. J'ai du mal à faire deux choses en même temps”. Et ça en support et même en complément de la MCRO, ça permet d'affiner l'outil quand les réponses ne sont pas présentes. Après en complément de la MCRO, j'utilise pas d'autre outil car on en a pas des masses. Après

j'utilise des outils qui sont plus spécifique à des pathologies. Mais pour l'engagement occupationnel j'en utilise pas d'autre car celui-là me satisfait bien et j'ai pour l'instant pas eu de difficulté qui m'ont fait aller vers un autre outil. Celui-là il me convient bien et je suis à l'aise avec, donc c'est vrai qu'il est pas trop mal dans ma pratique actuelle.

- D'accord. Et bien ma dernière question c'est, avez-vous autres choses à rajouter ?
- Non, non c'est un bon sujet.
- Merci.
- Bon les personnes âgées au départ c'était pas mon dada, j'étais plutôt sûr de la pédiatrie et finalement je travaille dedans. Je trouve ça super intéressant de mêler personne âgée avec engagement occupationnel parce qu'en général, moi je vois dans les maisons de retraite parfois on a tendance à négliger ce que la personne elle aimerait faire, si elle est intéressée par quelque chose, et des fois des outils tout simple, surtout que les ergos ont à pas mal d'outil, ça permet vraiment de pouvoir faire du lien et de bah voilà de prendre la personne au cœur de la prise en charge et de la rendre actrice. Donc non non c'est très intéressant.
- Bah merci beaucoup.
- Si vous avez besoin de quoi que ce soit n'hésitez pas à me recontacter y'a pas de soucis.
- Et bah c'est gentil j'y manquerais pas.
- Bah bon courage et vous êtes de Créteil non ?
- Oui.
- Et bah un grand bonjours à Christophe.
- D'accord je lui dirais.
- Et puis bon courage.
- Merci beaucoup bonne journée
- De rien au revoir
- Au revoir

Résumé

Depuis quelques années, nous constatons un vieillissement de la population. L'un des rôles de l'ergothérapeute est de favoriser l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées. Pour que le travail du thérapeute soit optimal, il paraît important que le patient soit présent physiquement et intellectuellement. Or, il n'est pas rare de voir des patients âgés cesser de venir en séance.

Dans ce contexte, ce mémoire a pour objectif d'étudier les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des personnes âgées dans l'accompagnement. Plus précisément, le but est de savoir si la MCRO favorise l'engagement des patients âgés.

Pour cela, des entretiens ont été réalisés auprès de cinq ergothérapeutes utilisant la MCRO avec cette population. En recueillant et comparant leurs expériences et leurs observations, il apparaît que l'engagement est un principe fondamental de prise en charge et que la MCRO favorise l'engagement des patients, mais que cet outil est difficilement utilisable auprès de cette population.

Pour conclure, dans le cadre de ce mémoire, bien que l'utilisation de la MCRO soit difficile auprès des patients âgés, la prise en charge centrée sur la personne permet aux ergothérapeutes de se focaliser sur les réels désirs et particularités de chaque patient.

Mots clefs : MCRO, Personnes âgées, ergothérapeute, engagement.

Abstract

In recent years, we have seen an aging population. One of the the occupational therapist's roles is to promote independence and autonomy within the elderly. For the therapist's work to be optimal, it seems important that the patient be present both physically and intellectually. However, it is not uncommon to see elderly patients stop coming to sessions.

In this context, the aim of this dissertation is to study the means used by occupational therapists to promote the involvement of the elderly in support. More specifically, the aim is to find out whether OCMT promotes the involvement of elderly patients.

To this end, interviews were conducted with five occupational therapists who use OCMT with this population. By collecting and comparing their experiences and observations, it appears that engagement is a fundamental principle of care and that OCMT promotes patient engagement, but this tool is difficult to use with this population.

To conclusion, for the purposes of this paper, even though the use of OCMT is difficult with older patients, person-centred management allows occupational therapists to focus on the real desires and particularities of each patient.

Keywords : OCMT, Seniors, occupational therapist, commitment.