



---

## MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

---

La favorisation de la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte de dépression en EHPAD.



PALLADINO ELSA

2021/2022

UE5.4 S6 : INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE

N° ETUDIANT : 21905785



## 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 « Evaluation 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 textes, 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(e), PALLADINO Elsa étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> 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 30/05/2022

Signature :



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 tiens à remercier les enseignants de l'Institut de Formation de Créteil pour leurs apports théoriques, méthodologiques et leur accompagnement durant ces trois ans,

L'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à mon enquête,

Monsieur Francis Guérette pour sa gentillesse et le temps qu'il m'a consacré,

Monsieur René Bélanger pour ses précieux contacts,

Mes fidèles relecteurs,

Ainsi que ma famille et mes amis pour leur soutien constant.



## Table des matières

SITUATION D'APPEL ET CHOIX DU SUJET .....	1
INTRODUCTION .....	2
PREMIERE PARTIE THEORIQUE .....	3
I : Cadre conceptuel.....	3
A : L'Être .....	4
La volition .....	4
L'habituatation .....	6
La capacité de rendement .....	6
B : L'agir.....	7
La participation occupationnelle .....	7
La performance occupationnelle .....	7
Les habiletés .....	7
C : Le devenir .....	8
D : L'environnement .....	8
II : L'EHPAD d'hier et d'aujourd'hui .....	8
A : L'histoire des EHPAD .....	8
B : Qu'est-ce qu'un EHPAD ? .....	10
C : L'EHPAD : un lieu complexe.....	10
D : Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD.....	11
E : Ergothérapie et animation en EHPAD.....	14
III : La dépression chez la personne âgée : une maladie complexe et sous diagnostiquée.....	15
A : Prévalence .....	15
B : La sémiologie classique de la dépression .....	15
C : Les particularités sémiologiques de la dépression chez la personne âgée .....	16
D : Une maladie incomprise et sous diagnostiquée.....	17
IV : Les facteurs et les impacts de la dépression .....	19
A : Facteurs de la dépression en EHPAD.....	19
B : Les impacts de la dépression sur la personne âgée .....	21
Les impacts sur l'être.....	21
Les impacts sur l'agir .....	22
Les Impacts sur le devenir .....	22
V : Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive.....	23

A : Le rôle de l'ergothérapeute.....	23
B : Vers l'hypothèse.....	24
C : Le processus de remotivation.....	25
DEUXIEME PARTIE EXPERIMENTALE.....	27
I : Méthodologie de l'enquête... ..	27
A : Sur quoi ? : objectifs et critères d'évaluation .....	27
B : Sur qui ? : population ciblée .....	28
C : Comment ? : outils d'investigation .....	30
D : Démarche de recherche d'entretiens .....	32
II : Résultats et analyse.....	33
A : Echantillon.....	33
Données sociodémographiques des ergothérapeutes .....	34
Caractéristiques des EHPAD et des pratiques des ergothérapeutes*.....	35
B : Présentation des résultats.....	36
Traitement des données.....	36
Grilles d'analyses .....	36
C : Analyse des résultats .....	36
Objectif 1 : L'évaluation des troubles dépressifs en EHPAD .....	36
Objectif 2 : Des éléments issus du processus de remotivation .....	37
Objectif 3 : La favorisation de la participation occupationnelle .....	42
TROISIEME PARTIE DISCUSSION .....	47
I : Principes émergents .....	47
II : Retour sur l'hypothèse .....	48
III : Intérêts et limites de l'étude .....	50
IV : Vers une évolution du rôle de l'ergothérapeute en EHPAD .....	51
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE .....	54
ANNEXES .....	59
Annexe 1 : Les grands principes du MOH .....	I
Annexe 2 : Le processus de remotivation.....	II
Annexe 3 : Les grilles d'entretien .....	IV
Annexe 4 : Les grilles d'analyse .....	IX
Annexe 5 : Tableau des stratégies issues du processus de remotivation utilisées par les ergothérapeutes.....	XXIV
Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 2.....	XXV
Annexe 7 : Retranscription de l'entretien bonus.....	XXXV



## SITUATION D'APPEL ET CHOIX DU SUJET

La situation d'appel qui m'a menée vers ce sujet de mémoire a été mon expérience de stage au sein d'un hôpital gériatrique. Là, j'ai pu analyser ma propre posture et observer celle des soignants auprès des personnes âgées. Ainsi, j'ai pu remarquer que la plupart étaient dans une posture de vigilance constante envers les personnes âgées du fait de leur fragilité. En effet, comme l'écrit Trouvé (2009) : « *les personnes avançant en âge vivent également une fragilisation motrice, sensorielle et neuropsychologique* » (Trouvé, 2009). Cela pouvait se traduire par exemple, par des incitations à prendre des appuis, à sécuriser les déplacements, à prendre conscience de ses limites etc. Cependant, je me suis aperçue qu'empêcher la personne âgée d'expérimenter elle-même ses propres limites et capacités pouvait entraîner une baisse de son estime d'elle-même, des réductions d'activités, et du même temps venir entraver son autonomie. En effet, comme l'écrivent Kuhne, Bedin et Chappuis (2015) : « *limiter l'autonomie d'une personne parce qu'elle court un risque, implique toujours au moins le risque de la déposséder d'une part d'elle-même, de porter atteinte à son estime d'elle-même, à ses liens sociaux et à des occupations qu'elle valorise* ». Or comme l'écrivent Thomas et Hazif-Thomas (2005) : « *une estime de soi positive est nécessaire pour vivre de façon satisfaisante et s'adapter aux sollicitations affectives de la vie courante* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2005). J'ai moi-même expérimenté la difficulté à adopter une posture thérapeutique favorisant à la fois les conduites sécuritaires et le maintien de l'estime de soi. J'ai donc axé mes recherches sur l'estime de soi de la personne âgée et plus particulièrement dans un contexte de dépendance. Au fil de mes lectures, j'ai remarqué que la baisse de l'estime de soi étant fortement corrélée à des états dépressifs, et que ces derniers étaient très répandus chez les personnes âgées institutionnalisées. C'est ainsi que je me suis intéressée plus précisément au sujet de la dépression chez la personne âgée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

## INTRODUCTION

La dépression est l'une des pathologies les plus répandues chez le sujet âgé. Touchant 15% de la population générale (Thomas, Hazif -Thomas, 2008), elle est encore plus présente chez les personnes institutionnalisées où elle touche 40% des personnes âgées (Clément, 2009), soit presque un résident sur deux (Limosin, Manetti, René, Schuster, 2015). Ce constat m'a poussé à m'intéresser au sujet de la dépression en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). De plus, la dépression reste une maladie qui est mal diagnostiquée et sous traitée. En effet 40% des personnes âgées ne sont pas diagnostiquées (Clément, 2009). Ceci s'explique en partie, par une sémiologie atypique et une banalisation des symptômes de la part de la personne et/ou de son entourage. Enfin, l'évolution démographique du nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années. En France, elle a augmenté de 3 millions entre 1970 et 2000. Selon les estimations de l'INSEE, ce chiffre augmentera de plus de 7 millions d'ici 2030. Et d'ici 2050, le nombre de personnes âgées de 60 ans sera multiplié par 2, celui des 75 ans par 3, et celui des 85 ans par 4 (Trouvé, 2009). De ce fait, la question du vieillissement reste un défi majeur (ARS, 2018). En effet, on peut penser que le nombre d'institutionnalisation qui est aujourd'hui de 9% (pour les plus de 75 ans) (Volant, 2014), ne va cesser de croître et avec lui le nombre de dépressions. C'est pourquoi ce sujet est un réel sujet de santé publique dans lequel l'ergothérapeute a son rôle à jouer. En effet, les troubles dépressifs ont un réel impact sur la participation de la personne. Or la participation est pour de nombreux auteurs des sciences de l'occupation un facteur de bien-être et une finalité de l'ergothérapie. Ce qui fait de l'ergothérapeute un acteur privilégié dans l'accompagnement de la personne âgée souffrant de dépression en EHPAD. Cette réflexion m'a donc amenée à poser la problématique suivante :

**Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD ?**

Dans un premier temps, j'introduirai une partie théorique où je développerai les principaux concepts de mon étude. Je présenterai le modèle conceptuel qui m'a permis de structurer mon cheminement de pensée tout au long de ce travail. Je retracerai l'histoire de l'EHPAD jusqu'à son organisation actuelle et présenterai les rôles de l'ergothérapeute au sein de celui-ci. Dans une deuxième partie, je parlerai plus spécifiquement de la dépression chez la personne âgée ainsi que les facteurs qui peuvent venir précipiter un état dépressif en institution, associant à la fois des problématiques organiques, psychiques et sociales. Et enfin dans une troisième partie, j'évoquerai comment les troubles dépressifs chez la personne âgée institutionnalisée peuvent venir impacter

toutes les sphères de la personne : à la fois son être, ses rôles, ses habitudes, sa motivation à agir et de ce fait sa participation occupationnelle, et quel peut être le rôle de l'ergothérapeute dans cet accompagnement. Dans un second temps, je développerai une partie expérimentale où je détaillerai les modalités de mon travail de recherche afin de vérifier mon hypothèse auprès d'ergothérapeutes. Enfin, je clôturerai cette étude avec une analyse des résultats obtenus que j'exposerai et que je discuterai.

## PREMIERE PARTIE THEORIQUE

### **I : Cadre conceptuel**

Pour structurer mon cheminement de pensée et comprendre les impacts de la dépression sur la personne âgée, j'ai décidé d'utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine (Model Of Human Occupation (MOH)) qui est un modèle ergothérapeutique créé par Kielhofner depuis 1975 aux Etats Unis. Ce modèle interroge le rapport de la personne à l'occupation humaine (Mignet, 2015). Kielhofner définit l'occupation humaine comme « *une large gamme d'activités (travail, loisir et activité de la vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Kielhofner, 2008).

Le modèle MOH comporte trois sphères : l'Être, l'Agir et les conséquences de l'agir, aussi appelé le Devenir. Ces dernières sont en totale interaction entre elles et avec l'environnement, et se redéfinissent au fil des expériences afin de façonner la personne (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). J'ai choisi ce modèle, car il est centré sur la personne et ses occupations et permet à l'ergothérapeute d'être dans une véritable démarche individualisée. En effet, ce modèle est très intéressant pour comprendre les pathologies psychiques, car il ne s'intéresse pas qu'à la performance, mais aussi à tout le processus dynamique qui peut venir entraver la participation et l'engagement des personnes dans leurs occupations, comme c'est le cas dans la dépression. En effet, ce modèle « *place les actions, les pensées et les sentiments de la personne comme dynamique centrale de la thérapie* » (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). En somme, il permet d'avoir une vision globale et profonde de la personne mais aussi de comprendre ses ressources et ses difficultés.

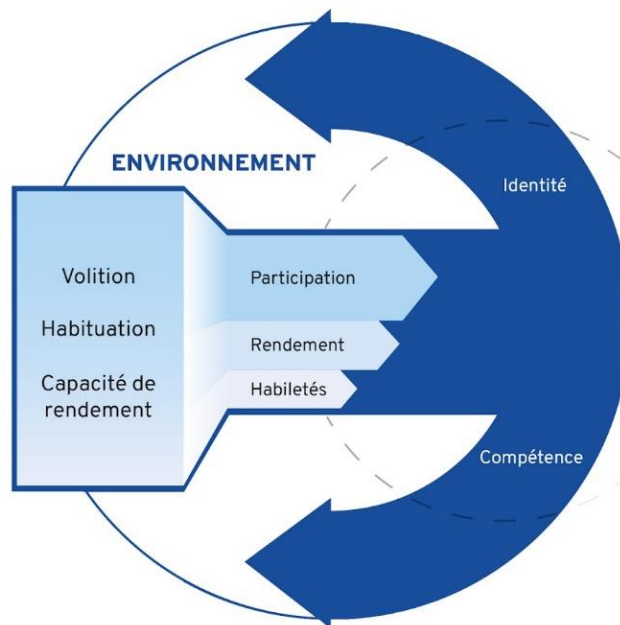


Figure 1 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (5<sup>ème</sup> édition)

## A : L'Être

L'Être regroupe trois sous-systèmes qui sont la volition, l'habituatation et la capacité de performance. Ces composantes vont venir soutenir l'agir, c'est-à-dire la manière de réaliser une occupation.

### *La volition*

Le groupe de terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie (ENOTHE) propose des consensus entre les définitions des concepts ergothérapeutiques afin de favoriser leur utilisation au niveau mondial. La volition y est considérée comme une source énergétique du faire, une force qui va pousser le sujet à agir. En effet, pour Kielhofner (2008), elle correspond à la motivation d'une personne à agir dans l'environnement. De las Heras (2015) écrit : « *La volition est comprise comme les pensées et les sentiments que nous avons sur nous-mêmes en tant que participants aux occupations de la vie quotidienne, qui évoluent dans le cadre d'un processus continu d'expérience, d'interprétation, d'anticipation et de choix de participation à l'occupation* » (De las Heras, 2015). Cette dernière peut être influencée par divers éléments, tels que l'état physique de la personne, ses pensées, ses émotions, mais aussi les composantes de son environnement (De Las Heras, 2003). Elle se compose des valeurs de la personne, ses centres d'intérêt et ses déterminants personnels. Les valeurs correspondent à ce qui est significatif et important. Elles représentent « *ce que la personne considère comme important, qui a un sens social et personnel* » (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). Les centres d'intérêt sont tout ce que la personne aime faire, trouve attirant et satisfaisant à faire. Ils caractérisent également

l'attrait de la personne vers certaines occupations. La causalité personnelle représente ce que la personne « *pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité* » (Mignet, 2015). Autrement dit, ce qu'elle connaît de ses capacités à pouvoir agir. Cette dernière se compose du sentiment de capacité personnelle (l'auto-évaluation de la personne sur ses aptitudes) et le sentiment d'efficacité personnelle (ce que la personne pense de sa capacité à utiliser ses aptitudes pour atteindre un but).

Kielhofner précise que la volition n'est pas quelque chose de figée, elle doit être comprise comme un processus, aussi appelé processus volitionnel (Kielhofner, 2002). Celui-ci peut être défini selon quatre étapes :

-L'expérience : regroupe les sentiments et les pensées qui surgissent au moment de la réalisation d'une activité.

- L'interprétation : la personne donne un sens à ses actions et réfléchit à sa performance au moment de l'activité.

-L'anticipation : signifie « remarquer et réagir aux potentiels et aux attentes d'une action » (Mignet, 2015). Autrement dit, anticiper ses actions en fonction de ses expériences.

-Le choix occupationnel : décider de faire ou non une occupation.

En somme, faire une action enrichie l'expérience de la personne. En réfléchissant et en interprétant cette action, comme la manière dont elle l'a réalisée, ce qu'elle a ressenti etc. La personne va pouvoir anticiper cette occupation dans le futur et faire de nouveaux choix occupationnels en fonction de ses anticipations tirées de ses expériences (De Las Heras, 2006). Pour Kielhofner, le processus volitionnel est essentiel pour réaliser de nouveaux rôles, acquérir une nouvelle routine occupationnelle ou de nouveaux projets. Cependant, il est aussi très dépendant du contexte environnemental et de la présence d'opportunités d'agir. Enfin, « *le processus volitionnel, en interaction avec l'habitude, la capacité de performance et les conditions environnementales, conduit finalement à l'engagement dans l'activité, dans l'occupation, ou encore dans l'accompagnement, dans le soin* » (Mignet, 2015). En conclusion, toutes les expériences subjectives que va vivre la personne vont favoriser ou non sa motivation et son engagement dans des occupations (Kielhofner, 2008). Le processus volitionnel évolue et change tout au long de la vie de la personne. Il peut être perturbé par un changement ou la survenue de « *limitations émotionnelles, cognitives, physiques, psychologiques et/ou environnementales* » (De las Heras, 2015).

D'autre part, la volition ferait référence à la nature même de l'être humain, qui est d'agir dans son environnement. En effet, Creek (2003) explique que les humains ont un besoin intrinsèque d'agir et qu'ils disposent de forces qui les poussent à l'action (Creek, 2003, Meyer, 2013). Or, la volition est

cette force qui va permettre l'action. La notion de volition est également fortement corrélée à celle d'autonomie. En effet, la définition anglophone de volition est « *l'action de vouloir ou résoudre consciemment quelque chose ou encore la réalisation d'un choix ou la prise d'une décision quant au déroulement d'une action* » (Shorter Oxford English Dictionary, 2002, cité par Meyer, 2013). La volition serait donc la volonté de faire ou de vouloir faire une action (Meyer, 2013). Ainsi, elle permet à la personne de réaliser ses propres choix et d'être acteur de sa vie dans la mesure de ses capacités.

Enfin, comme le souligne Meyer (2013), il est important de faire une distinction entre les concepts de volition et de motivation. La volition est toujours quelque chose de volontaire et de conscient. La motivation est du registre d'une pulsion interne non consciente. « *La motivation ou l'absence de motivation, explique pourquoi la personne s'investit, ou pas, dans une occupation, mais sans en éclairer les raisons* » (Meyer, 2013). Pour les connaître, il faut pouvoir avoir un retour de la personne sur ce qu'elle ressent, ce qui n'est pas toujours verbalisable chez certaines. La volition est donc une notion plus concrète et plus en lien avec les choix et la conscience de la personne. Cette dernière peut verbaliser son choix sur la réalisation de ses activités, ce qui témoignera de sa volonté d'agir ou non. Pour finir, certains outils du MOH ont été développés pour évaluer la volition : on peut citer par exemple des outils d'entretien comme l'OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale), ou des outils d'observations comme le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) ou encore le VQ (Volitional Questionnaire).

### *L'habituat*ion

L'habituat

ion correspond aux habitudes de la personne qui se composent d'actions intégrées au fil des expériences permettant d'agir de manière automatique dans une situation ou un environnement familier. Ainsi que les rôles intégrés par la personne qui peuvent être sociaux ou personnels et qui induisent certains comportements et attitudes chez elle (Kielhofner, 2008, Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017).

### *La capacité de rendement*

La capacité de rendement (ou de performance), correspond à notre aptitude à agir par le biais de structures organiques (fonctions cognitives, sensorielles, motrices...) et d'expériences subjectives avec le vécu et les ressentis corporels de la personne (douleurs, émotions, satisfaction, fatigue, stress etc.) (Kielhofner, 2002). En somme, tout ce que la personne peut verbaliser au sujet de sa participation occupationnelle. La capacité de performance correspond donc à ce que la personne fait et comment elle le vit et le ressent sur le moment. Il est important de souligner que le MOH n'évalue pas directement les éléments de la capacité de performance mais leurs répercussions sur la réalisation des occupations.

## B : L'agir

L'Agir correspond à la réalisation des occupations et peut s'observer selon trois niveaux d'action : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés.

### *La participation occupationnelle*

Le groupe ENOTHE définit la participation comme étant : « *l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées* ». Ainsi, Kielhofner (2002) la définit comme : « *l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont souhaitées et/ou nécessaire au bien-être de la personne, au sein d'un contexte social* » (Trouvé et al, 2019). Pour lui, la participation occupationnelle correspond « *au fait d'agir au sens le plus large (au sens de l'occupation)* » (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). Elle fait référence à l'engagement qu'a la personne dans ses occupations. Or l'engagement est ce qui permet « *de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013).

La participation occupationnelle implique ainsi les notions de « faire » pour participer avec les autres mais aussi de vivre des expériences avec des significations personnelles et sociales (Meyer, 2013). En somme, cette participation peut être active ou passive (sans performance). L'objectif de l'ergothérapeute est de faciliter la participation et l'engagement de la personne dans ses occupations. Celle-ci est définie comme « *une vision primordiale de l'ergothérapie, qui, en relation avec un positionnement en faveur des droits de l'homme, favorise le droit de participer et s'engager dans les occupations* » (Trouvé et al, 2019). Cependant, pour que la participation puisse avoir lieu, elle doit être sous tendue par la volition de la personne. Or, cette dernière peut être impactée par les troubles dépressifs.

### *La performance occupationnelle*

La performance occupationnelle (ou le rendement occupationnel) correspond à la manière dont la personne réalise ses occupations et sa satisfaction par rapport à cette réalisation.

### *Les habiletés*

Pour réaliser ses occupations, la personne a besoin d'utiliser des habiletés qui sont « *des actions observables dirigées vers des buts* » (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017), que la personne acquiert tout au long de sa vie. Celles-ci sont évaluables. Elles peuvent être motrices, procédurales, de communication et d'interaction. Par exemple, s'occuper de soi est une participation occupationnelle, se brosser les dents est un exemple de performance, et manipuler la brosse à dent est une habileté (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006).

## C : Le devenir

L'être et l'agir, en corrélation avec l'environnement, ont pour conséquence le devenir, qui définit la manière dont la personne parvient à s'adapter à ses occupations (Mignet, Doussin-Antzer, Sorita, 2017). En effet, toutes les expériences occupationnelles que va vivre la personne tout au long de sa vie vont forger son identité occupationnelle qui est « *une sensation composite de qui nous sommes et souhaitons devenir en tant qu'être occupationnel* » (Kielhofner, 2002). Mais aussi sa compétence occupationnelle (ce qu'elle peut, et ce qu'elle sait faire en fonction de ses valeurs, ses rôles etc.). Cela se traduit par exemple, par le maintien de routines cohérentes, de participation à des occupations satisfaisantes, d'agir en vue d'obtenir des résultats etc. Et ces dernières vont permettre d'acquérir une capacité d'adaptation à de nouvelles occupations (Miguet, 2015).

## D : L'environnement

Les composantes de la personne sont toujours en interaction avec l'environnement qui lui-même influence la participation de la personne. Ce dernier comprend : l'environnement physique c'est-à-dire l'espace, les objets, l'environnement social c'est-à-dire humain, socio-culturel et l'environnement occupationnel qui fait le lien entre les deux. Il peut être soit facilitateur en donnant des opportunités d'agir et des ressources, soit au contraire contraindre, la participation et l'engagement (Kielhofner, 2008).

## II : L'EHPAD d'hier et d'aujourd'hui

Comme nous venons de le dire, l'environnement peut être obstacle ou facilitateur à la participation occupationnelle d'une personne. « *En tant que thérapeutes, il est important de connaître et de comprendre les différentes dimensions de l'environnement ainsi que les niveaux d'influence* » (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019). C'est pourquoi, il est essentiel d'analyser l'environnement des résidents qu'est l'EHPAD. Pour bien cerner les composantes de celui-ci, il est intéressant de remonter aux origines de sa création pour mieux appréhender son fonctionnement actuel.

## A : L'histoire des EHPAD

Au 19<sup>ème</sup> siècle, l'exode rural, l'urbanisation, l'industrialisation et l'allongement de l'espérance de vie entraînent une cohabitation intergénérationnelle moindre au sein des foyers familiaux, avec un hébergement familial plus difficile des aînés, notamment en zone urbaine (Villez, 2007). « *Ainsi dans la société industrielle de la fin du XIXe siècle, les familles ouvrières n'avaient pas les moyens matériels d'accueillir ceux qui ne pouvaient plus ramener leur salaire à la maison, sans pour autant avoir la*



*possibilité de prendre un logement individuel* » (Villez, 2007). Pour accueillir ces personnes démunies et isolées, on vit apparaître la création d'hospices à l'initiative des institutions publiques ou religieuses. Ces derniers avaient un fonctionnement hospitalier. En 1975, deux lois différencièrent le secteur social du secteur médico-social en offrant plus de droits aux personnes fragilisées. Les hospices sont alors remplacés par des maisons de retraite pouvant accueillir des retraités qui avaient le choix d'être médicalisées ou non (loi n° 75-535 du 30 juin 1975, Brami, 2013). On peut noter que *« l'arrivée progressive de la « concurrence »* dans ce secteur va conduire les établissements à opter pour une nouvelle appellation, qui n'a aucun caractère officiel, ni légal, mais qui présente bien des caractéristiques tout à fait exactes puisque les établissements d'hébergement ont d'abord et avant tout une vocation hôtelière : cette nouvelle appellation est celle de *« résidences »* » (Brami, 2013). Puis, avec la réforme de 1999, le terme de maisons de retraite est alors remplacé par celui d'EHPAD répondant à des critères définis légalement. A cela, vient s'ajouter la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour permettre une affirmation des droits individuels et collectifs des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. *« L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire »* (Loi 2002-2, Art. L. 116-2). Pour garantir ces droits, la loi instaure plusieurs outils, comme la mise en place d'un conseil de vie sociale, d'un livret d'accueil, d'une charte des droits et libertés de l'utilisateur, d'un contrat de séjour, d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement etc. (Le Gall, 2007). Les EHPAD doivent également comporter du personnel médical et paramédical prodiguant des actions de prévention et d'éducation à la santé (service public, 2020). Le nombre de salariés est discuté en convention tripartite (EHPAD – Conseil Général – Sécurité Sociale) en fonction de la capacité d'accueil de l'établissement et du besoin de prise en charge nécessaire (Le Gall, 2007). De plus, à l'entrée dans l'établissement, un contrat de séjour et un projet d'accompagnement personnalisé sont établis avec la personne (et/ou son représentant légal) et revus tous les ans (loi du 2 janvier 2002, service public, 2020). Encore aujourd'hui, certains établissements rejettent l'appellation d'EHPAD. En effet, malgré une évolution grandissante de la prise en charge de la dépendance, *« l'appellation entraînera une sorte de rejet des établissements, qui éviteront au moins le terme « dépendantes »*. Ainsi, beaucoup d'établissements utilisent encore le terme de maison de retraite médicalisées, ou resteront dans une appellation plus classique : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) » (Brami, 2012).

## B : Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans de façon permanente ou temporaire, nécessitant des soins et des aides quotidiennes pour effectuer les actes de la vie courante (service public, 2020), leur fournissant hébergement, restauration, animation et lingerie (Le Gall, 2007). Le niveau de dépendance des personnes y est important. En 2011, 89 % des personnes sont évaluées en GIR 1 à 4 (CNSA, 2017). D'autre part, « *près de 7000 EHPAD accueillent les personnes âgées en perte d'autonomie. Plus de 42% sont publics, près d'un tiers appartiennent au secteur privé non lucratif (associatif) et un quart au secteur privé commercial* » (CNSA, 2017). Selon la CNSA, l'âge d'entrée en EHPAD est en moyenne de 87 ans et dans 40 % des cas, fait suite à une hospitalisation. Dans le dossier Solidarité et santé n° 1 de 2003 (Somme, 2013), il est renseigné que seulement 35% des résidents ont participé à la décision d'une entrée en institution. Dans la majorité des cas, cette dernière est intervenue à la demande des familles (dans 37% des cas) ou de l'hôpital (dans 21% des cas), et que seulement 14% des résidents ont fait le choix délibéré d'intégrer une institution (Somme, 2013). Ajoutons que, « *l'âge moyen d'entrée dans les établissements de personnes âgées n'a pas cessé de s'élever durant les vingt-cinq dernières années. En 2003, il atteignait 80,5 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes, contre respectivement 76,6 et 81,7 en 1976* » (Villez, 2007). Les données sont récoltées notamment grâce à des outils comme la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Isoressources), utilisée pour estimer le niveau de perte d'autonomie de la personne, et l'outil PATHOS utilisé pour estimer les besoins en soins médico-techniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies, qui sont les deux grilles de référence. Elles sont utilisées « *dans la mesure des déficiences des personnes âgées, et dans la mesure des besoins budgétaires et financiers* » (Brami, 2013), et démontrent que le niveau de dépendance et des besoins en soins des résidents des EHPAD augmentent en moyenne chaque année. Ces derniers auraient augmenté de 30% en 2017 (CNSA, 2017). Au niveau organisationnel, les personnes vivant en EHPAD sont appelées des résidents. Ces derniers possèdent une chambre et une salle de bain. Les journées sont ponctuées par les soins, les toilettes, les repas (pris en chambre ou au restaurant) et les activités.

## C : L'EHPAD : un lieu complexe

L'organisation des lieux est telle que les résidents doivent jongler entre vie collective et individuelle, ce qui est parfois difficile à vivre, notamment lorsque la personne a été habituée à vivre de manière indépendante et autonome chez elle pendant des années. En effet, comme l'écrivent Charras et Cérèse (2017) : « *très éloigné du logement individuel, un EHPAD est un espace d'une grande complexité en raison de la superposition de ses fonctions qui génère de nombreux conflits d'usages : il*

*est à la fois espace de vie pour les usagers principaux qui ont un besoin d'accompagnement et de soins, un espace de travail pour les usagers professionnels en charge dudit accompagnement, et un espace de visite pour les proches »* (Charras, Cérèse, 2017). De ce fait, ce lieu aux multiples usages est parfois vécu comme *« une institution restrictive de la liberté, aux espaces privés réduits, à la structuration temporelle contraignante ; un lieu de relégation dans lequel l'emménagement est ressenti comme une mise en demeure »* (Piquemal-Vieu, 1999. Billé, 2005). Aujourd'hui, l'amélioration de l'accompagnement en soins des personnes âgées accueillies en établissements fait l'objet d'une attention constante (CNSA). Mais, malgré plusieurs vagues d'humanisation comme l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées (mars 2006), le plan solidarité grand âge (juin 2006), le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (mars 2007) (Le Gall, 2007), l'EHPAD est encore visé par certaines polémiques et reste un lieu complexe encore coloré par le modèle hospitalier, où la liberté du résident reste difficile à appréhender. Selon Charras et Cérèse les EHPAD demeurent encore des lieux qui *« oscillent entre lieu de soin et lieu d'animation (...) entre « l'hôpital et le Club Med », selon les termes d'un directeur d'EHPAD (Bascoul, 2014) »* (Charras, Cérèse, 2017).

#### D : Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

Selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui intervient dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. L'étymologie du mot ergothérapie vient du terme grec « ergon » qui signifie « activité ». Ainsi, l'ergothérapeute *« fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. »* (ANFE). Il intervient auprès de personnes présentant des troubles de la participation occupationnelle, notamment dans *« le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale »* (ANFE). Selon une enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes en France (CATEL, ANFE, 2014), 25% des ergothérapeutes travaillent dans un établissement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées et 82% des ergothérapeutes exercent auprès des personnes âgées. Le travail de l'ergothérapeute en gériatrie est centré spécifiquement sur *« le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge »* (AFEG). Les activités proposées ont une visée thérapeutique avec pour objectif le regain ou le maintien des habiletés et des performances de la personne, afin de permettre la réalisation des occupations de façon sécuritaire, autonome et indépendante (ANFE).

Les missions de l'ergothérapeute sont recensées dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, du ministère de la santé et des sports. Dans un premier temps, l'ergothérapeute évalue les habiletés du résident dans son quotidien, à l'aide de bilans normés et/ou

lors d'entretiens quand cela est possible, en le questionnant sur ses habitudes de vie antérieures, actuelles, ses besoins, ses désirs, ses problématiques etc. De plus, la famille et les aidants peuvent également rapporter des renseignements complémentaires, précieux et bénéfiques à la prise en soin. Cependant, ces évaluations doivent être complétées par des observations, par exemple lors de mobilisations ou de mises en situations écologiques. Ces dernières sont très importantes car elles permettent de rendre compte des ressources et des troubles du résident, qu'ils soient moteurs, sensoriels, psychiques, ou cognitifs (Villaumé, 2018). Ces observations sont parfois étendues sur plusieurs séances et sont réévaluées ponctuellement. Ce temps d'évaluation est primordial, afin de pouvoir élaborer un diagnostic qui sera support à l'établissement d'objectifs thérapeutiques et à l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé aux problématiques du résident. « *Le diagnostic consiste à définir la qualité de l'engagement du patient dans les activités ayant pour lui une valeur personnelle et socioculturelle. Pour cela, l'ergothérapeute respecte le vécu du patient, sa motivation, ses priorités et ses habiletés objectivées* » (Villaume, 2018).

D'autre part, les interventions initiales de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD sont les installations au lit et au fauteuil. En effet, l'ergothérapeute joue un rôle de prévention, de préconisation et d'éducation. Il préconise l'installation des résidents à l'aide de différents coussins de positionnement afin de prévenir les troubles posturaux, les rétractions musculaires, les positions vicieuses, mais également les compressions, les œdèmes et les troubles cutanés comme les escarres. Il propose également des positions antalgiques et/ou de confort afin de soulager les éventuelles gênes ou douleurs. Par la suite, l'ergothérapeute peut mettre en place l'utilisation de fauteuils spécifiques qu'il peut adapter en fonction des besoins du résident, afin que ce dernier soit installé de manière optimale et sécuritaire. L'ergothérapeute peut également préconiser l'utilisation de différentes aides techniques et l'intervention d'aides humaines. « *De plus, l'ergothérapeute s'assure de l'apprentissage et de l'acceptation des aides* » (HAS, 2010). D'après l'HAS, « *les préconisations de l'ergothérapeute permettent d'assurer la sécurité du sujet âgé grâce à une amélioration de ses capacités fonctionnelles et une amélioration de sa participation aux activités mais aussi de sa participation sociale* » (Villaumé, 2018). De plus, l'ergothérapeute est aussi amené à conseiller le résident et les soignants sur l'aménagement éventuel de l'environnement pour le rendre plus adapté, fonctionnel ou sécuritaire.

D'autre part, au sein de l'EHPAD, l'ergothérapeute collabore avec de nombreux professionnels (médecin coordinateur, aides-soignantes, infirmières, ASH, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, animateur, cadre de soin, directeur d'établissement, personnel administratif etc.). Il joue alors un rôle d'informateur et de formateur auprès des équipes. Par exemple, sur les diverses adaptations mises en place, la prise en charge des activités de la vie quotidienne, en les informant par exemple sur les incapacités et les capacités de participation du résident aux gestes de la vie

quotidienne. « *Cette éducation repose sur les besoins du patient et de ses aidants. Elle vise à renforcer les capacités de la personne et à assurer sa sécurité sans que les aidants fassent à sa place. L'ergothérapeute la réalise en respectant les habitudes de vie de la personne tout en réussissant à lui faire accepter les préconisations d'aides humaines et matérielles. Cette démarche préventive et réhabilitatrice auprès des aidants a pour objectif d'éviter les désadaptations de la personne âgée tout en améliorant sa qualité de vie* » (Trouvé, 2009). En effet, il est parfois important de renforcer et stimuler la participation du résident aux activités de vie quotidienne, afin de maintenir ses capacités, son autonomie, et lutter contre la grabatisation ou les syndromes de glissements. L'ergothérapeute propose également des projets de sensibilisation et de formation des soignants aux bons positionnements des patients au fauteuil, aux risques de chutes, aux gestes de manutention etc.

Enfin, après tout ce travail d'évaluation et de préconisation, l'ergothérapeute va créer des projets d'interventions centrés autour de la rééducation des habiletés (motrices et cognitives), la réadaptation, et la réhabilitation sociale, par le biais d'activités thérapeutiques. « *Elles ont pour objectif d'améliorer « la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et d'interactions avec autrui* » (Arrêté du 5 juillet 2010). En ergothérapie, l'activité est donc un moyen thérapeutique permettant d'optimiser l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie (Pierce, 2016). L'amélioration ou le maintien des habiletés sont nécessaires pour favoriser la participation occupationnelle du résident. Les activités proposées par l'ergothérapeute sont assez variées : parfois fonctionnelles, comme l'apprentissage des transferts, de la verticalisation, des ateliers de relevés de chutes... et parfois plus ludiques par le biais de supports comme des jeux, des activités manuelles etc. L'activité va donc être utilisée comme véritable moyen thérapeutique pour réaliser les objectifs de manière détournée et plus plaisante en s'appuyant sur des activités signifiantes et significatives. Il faut souligner, que malgré les nombreuses détériorations cognitives ou les troubles du comportement que peut présenter une personne âgée, le besoin d'activité est central (Villaume, 2018). De plus, le fait de choisir des activités signifiantes pour le patient peut garantir son engagement dans les occupations.

En conclusion, le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD est centré sur la réadaptation, le maintien des capacités, le confort au quotidien, et un accompagnement psycho social. Ce dernier passe parfois par un travail de restitution de la confiance en soi, d'une revalorisation de l'image de soi et du corps, d'une recherche de stimulations (sensorielles ou cognitives) ou encore d'interactions sociales. L'objectif premier de l'ergothérapeute demeure celui de s'appuyer sur les problématiques du résident et de chercher avec lui ou les équipes des solutions facilitant ses occupations. L'objectif est de réduire ou compenser les troubles de la participation occupationnelle, d'améliorer la qualité de vie et également que le résident puisse conserver au maximum son autonomie et son implication sociale au

quotidien. Meeus (2012), dans un article sur « *le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de la dépendance des personnes âgées* », relève que le sujet doit être impliqué et qu'il ait la possibilité d'être actif dans sa prise en charge (Meeus, 2012).

## E : Ergothérapie et animation en EHPAD

Le quotidien des EHPAD est rythmé par diverses occupations et notamment la participation à des activités de groupes ou à des animations. Comme le souligne Meeus dans son article intitulé « *Ergothérapie et animation en institution pour personnes âgées* », le rôle de l'ergothérapeute est fréquemment confondu ou associé à celui d'animateur. Pourtant ces derniers sont à distinguer. En effet, même si les techniques de l'animateur et celles de l'ergothérapeute sont parfois semblables (et complémentaires), l'animation n'a pas de visée thérapeutique en soi, contrairement à l'ergothérapie qui se centre sur la personne avec des objectifs individualisés, dans une démarche de soin, en proposant des activités thérapeutiques en fonction des besoins pour favoriser la participation. Alors que l'animation : « *poursuit des buts généraux (socialisation, valorisation, mobilisation...) favorables à tous, mais non spécifiques à chacun* » (Meeus, 2009). Meeus écrit que : « *ceci peut être une nuance de taille entre l'animation et l'ergothérapie : l'une se centre davantage sur l'activité, l'autre sur le bénéficiaire* » (Meeus, 2009). Meeus évoque une idée intéressante qui est que l'animation pourrait venir « *masquer, quelque peu artificiellement, la solitude, la tristesse et l'angoisse qui constituent le quotidien de beaucoup de lieux de vie pour personnes âgées* » (Meeus, 2009). Pour lui, l'animation serait là en partie pour combler les moments de vide. Il écrit : « *l'animation peut occuper l'espace, organiser le temps, envahir la journée au point de ne pas laisser l'occasion à l'individu de s'organiser lui-même* » (Meeus, 2009). Ce dernier ne rejette pas l'intérêt des animations qui ont l'avantage « *de briser l'isolement et être facteur de réalité concrète dans des lieux qui, sans cela, pourraient négliger toute forme de relations humaines* » (Meeus, 2009). Mais selon lui, « *l'animation n'a de sens que si elle s'inscrit dans un projet de vie* » (Meeus, 2009). Enfin, pour lui, l'entrée en institution ne doit pas être vécue comme « *l'enterrement de la vie autonome* », mais comme « *une nouvelle existence* » avec « *des nouveaux codes à mettre en place* ». Et le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner le résident à utiliser ces moments de vides et « *d'en faire (bon) usage pour donner du sens à son avenir* » (Meeus, 2009). Le rôle de l'animation ne devrait pas être celui d'occuper le résident, mais qu'il puisse « *se distraire par lui-même, entre autres en dehors des moments « organisés »* » (Meeus, 2009). En somme qu'il construise lui-même ses propres occupations. Ainsi, on pourrait penser naïvement qu'un résident qui participe aux animations proposées ne présente pas de troubles dépressifs. Certes, l'animation offre cette possibilité de mettre à distance les troubles, « *de penser à autre chose* » (Meeus, 2009), cependant, il est primordial d'observer la personne dans les moments de vides où peuvent venir

transparaître des signes dépressifs. En effet, participer à une activité n'est pas forcément synonyme de participation occupationnelle ou d'engagement. Pour Kielhofner participer ce n'est pas seulement « faire pour faire », c'est aussi vivre une expérience qui a une signification personnelle et sociale (Kielhofner, 2008, cité dans Meyer, 2013). De plus, selon lui, toutes les occupations ne sont pas investies ou valorisées de la même manière en fonction de l'engagement de la personne. En effet, l'engagement dans une activité advient « *dans un ensemble de contextes physiques, sociaux, personnels, culturels, temporels, virtuels et spirituels, ce qui signifie qu'il va varier* » (AOTA, 2008). Ce dernier n'est pas qu'une performance observable, c'est aussi une expérience émotionnelle (AOTA, 2008). C'est pour cela qu'il faut bien distinguer la performance, qui est le comportement que l'on peut observer, par exemple la personne âgée qui assiste à une animation, et l'engagement qui lui est « *un investissement, qui est durable, émotionnel, relationnel, attentionnel et physique* » (Meyer, 2013).

### **III : La dépression chez la personne âgée : une maladie complexe et sous diagnostiquée**

#### **A : Prévalence**

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la dépression toucherait chaque année 25% de la population européenne (OMS, 2012). Chez la personne âgée ce taux avoisinerait les 11% (Limosin, Manetti, René, Schuster, 2015). D'autre part, la dépression serait deux fois plus fréquente en institution qu'à domicile touchant 10 à 15% des résidents (Thomas, Hazif-Thomas, 2013) voir 45% selon les études, soit quasiment un résident sur deux (Limosin, Manetti, René, Schuster, 2015). Enfin, d'après une enquête CARE de la DREES réalisée en 2015 et 2016, environ un tiers des résidents en établissement serait en situation de détresse psychologique » (DREES, 2020).

#### **B : La sémiologie classique de la dépression**

Les symptômes classiques de la dépression sont développés dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition) ou dans la CIM 10 (Classification internationale des maladies). Ces derniers y sont classés dans la catégorie des troubles de l'humeur. La dépression se manifeste par une humeur dépressive et une perte d'intérêt ou de plaisir. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur de la personne. Au niveau cognitif, on peut relever des difficultés à penser, se concentrer, prendre des décisions. Sur le plan émotionnel, on peut retrouver des sentiments d'anxiété, d'impuissance, de désespoir, de pessimisme, un manque d'estime de soi avec des dévalorisations, un sentiment de culpabilité et des pensées de mort (idées

suicidaires...). La personne présente également un désintérêt pour les activités antérieures (abandons occupationnels). Sur le plan physique, on peut observer un état léthargique (fatigue, perte d'énergie), avec des agitations ou des ralentissements psychomoteurs, un changement d'appétit (augmentation ou diminution), une perte ou un gain de poids significatif, et des troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie) (American Psychiatric Association, 2000). Il est important de distinguer les dépressions mineures (présence de cinq ou neuf symptômes) et les troubles dépressifs majeurs. Notons que la dépression mineure reste la forme la plus fréquente chez le sujet âgé institutionnalisé » (Sibille et al., 2019)

### C : Les particularités sémiologiques de la dépression chez la personne âgée

Cependant, la dépression chez la personne âgée présente des expressions cliniques atypiques qui rendent son diagnostic plus difficile à poser. En effet, « *la symptomatologie est souvent moins franche et moins évidente que celle présentée par un sujet plus jeune* » (Lleshi, Bizzozzero, 2009). Par exemple, les ralentissements psychomoteurs peuvent être plus difficiles à apprécier car les aptitudes physiques sont souvent diminuées par le vieillissement (Lleshi, Bizzozzero, 2009). D'autre part, la dépression peut être difficile à déceler car elle peut être masquée par des plaintes somatiques ou des troubles cognitifs qui dominent le tableau clinique (Lleshi, Bizzozzero, 2009). En effet, chez la personne âgée, on retrouve moins d'expression de tristesse et plus de plaintes physiques (asthénie, céphalées, palpitations, algies, vertiges, dyspnée, constipation etc.). Thomas et Hazif-Thomas mentionnent que : « *ces somatisations sont très fréquentes, par carence d'écoute authentique, pour attirer inconsciemment l'attention de ceux pour qui la personne âgée pourrait être digne d'intérêt, ou dans le versant psychosomatique, par incapacité à métaboliser au plan cognitif ses tensions intérieures. La présentation somatique combine souvent une demande d'aide du malade et son paradoxal rejet, dans une attitude des plus ambivalentes* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). Cependant, cette utilisation du corps comme porte-parole d'une souffrance peut détourner l'attention des soignants de la souffrance psychique. Cependant, il faut tout de même préciser que ces somatisations ne doivent pas pour autant être négligées, car les troubles dépressifs peuvent aussi être secondaires à une pathologie organique (maladie de Parkinson, cancer, dysthyroïdie, carence vitaminique, ...) ou liées à des médicaments (corticoïdes, neuroleptiques, opioïdes, antiarythmiques ...) (Sibille et al. 2019). D'autre part, chez la personne âgée, on observe la présence de troubles cognitifs plus marqués qu'un simple trouble de l'attention ou de la concentration. De ce fait, la dépression peut aussi être confondue avec des troubles neuro dégénératifs. En effet, dépression et démence posent la question d'un diagnostic différentiel complexe. Bien que ces deux pathologies puissent coexister, elles ne sont pas toujours associées. « *La*



*dépression de la personne âgée peut être un prodrome de démence mais aussi réactionnelle au déclin cognitif* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2013).

Enfin, la dépression chez la personne âgée peut revêtir différentes formes. On peut retrouver des dépressions délirantes avec des thèmes de préjugés, de persécutions, d'hypocondrie, des syndromes de Cotard etc. Des dépressions hostiles avec des troubles du comportement (irritabilité, hostilité, agressivité, colère). Des dépressions de forme conative marquées par de l'apathie, un repli sur soi, de la démotivation, des désengagements affectifs et relationnels, ou de l'éroussement affectif (Clément, 2009). Des formes anxieuses sont également souvent présentes. Elles peuvent précéder le trouble dépressif ou au contraire se manifester dans un deuxième temps (Lleshi, Bizzozzero, 2009). Il est important de préciser que malgré ses particularités sémiologiques toute forme de dépression est propre à chacun. En effet, comme l'écrivent Thomas et Hazif-Thomas (2008) : *« la forme clinique dépend du poids de l'environnement sur la psychologie de la personne âgée, de son type de personnalité, et des stratégies décisionnelles acquises au cours de sa vie »* (Thomas, Hazif-Thomas, 2008).

#### D : Une maladie incomprise et sous diagnostiquée

La dépression chez la personne âgée reste une maladie sous-diagnostiquée et sous-traitée (Sibille, et al., 2019). En effet, *« on estime que 60 à 70% des dépressions chez les personnes âgées sont négligées, méconnues ou mal traités »* (Thomas, Hazif-Thomas, 2005). Cela s'explique par ses particularités sémiologiques vues précédemment, qui rendent son diagnostic difficile, mais également par une banalisation des symptômes de la part de la personne. En effet, les personnes atteintes de dépression peuvent nier ou banaliser leurs symptômes (Le Bozec, Bouché, 2020). *« L'alexithymie, fréquente dans cette population, correspond à une incapacité de reconnaître et exprimer verbalement ses émotions et ses sentiments, limite la vie imaginaire et pousse à faire plaisir au soignant (« puisque je vous dis que je vais bien »). Les personnes âgées ont aussi une certaine pudeur culturelle à évoquer des signes parfois vécus comme honteux »* (Le Bozec, Bouché, 2020). D'autre part, la dépression chez le sujet âgé peut aussi être banalisée et considérée comme normale par l'entourage (Clément, 2004). En effet, la douleur morale, le désintérêt, l'anxiété, la fatigue ou les idées de mort ont tendance à être moins relevé et mis sur le compte du vieillissement normal (Le Bozec, Bouché, 2020). Le Bozec et Bouché (2020) écrivent : *« l'idée qu'on puisse être vieux et malgré tout heureux paraît si peu naturelle aux moins de 65 ans que le moindre symptôme de la lignée dépressive sera considéré comme normal au-delà de cet âge. Le risque est alors de dénier la dimension pathologique et il n'est pas rare, notamment en institution, de voir des personnes anhédoniques, tristes, avec un ralentissement psychomoteur notable, ignorées sur le plan thérapeutique (ou prenant des vitamines), parce qu'il est*

*naturel d'être fatigué « à cet âge » » (Le Bozec, Bouché, 2020). D'autre part, certains auteurs relèvent également une méconnaissance des médecins exerçant en maison de retraite, sur le repérage et la gestion des troubles psychiatriques (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). Clément (2009) écrit que « le corps médical se montre encore trop souvent résigné par rapport aux problèmes posés par la personne âgée en particulier sur le plan psychique » (Clément, 2009). En effet, identifier une dépression chez la personne âgée peut nécessiter des aptitudes et une expérience particulière (Le Bozec, Bouché, 2020). Une étude menée par le projet COME-ON a démontré que « la dépression reste méconnue et difficilement appréhendée par les soignants de première ligne en maison de repos et de soins. Les questions et pertes liées au vieillissement (les deuils par exemple), l'exposition à la polymédication, la présence de multiples comorbidités peuvent brouiller les pistes » (Sibille, 2019).*

En conclusion, il reste difficile de faire la part des choses entre de réels troubles dépressifs et des manifestations cliniques liées au vieillissement physiologique, à des symptômes consécutifs d'affections somatiques, à des pathologies psychiatriques ou à des prises de médicaments (Rigaud, 2008). Cependant, ces symptômes atypiques ne doivent pas être négligés ou banalisés et doivent alerter l'attention des soignants. En effet, une dépression non traitée peut entraîner des conséquences comme une perte d'autonomie, une baisse de la qualité de vie et d'autres plus funestes, comme une décompensation de l'état général (syndrome de glissement) ou des risques suicidaires (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). Rappelons que chez le sujet âgé, « une tentative de suicide sur deux aboutit à un suicide » (Clément, 2009). En somme, comme l'écrivent Lleshi et Bizzozzero (2009) : « la dépression du sujet âgé constitue un problème majeur de santé publique, tant par sa fréquence que son impact sur la qualité de vie, l'état de santé général, la perte d'autonomie et l'augmentation du risque suicidaire » (Lleshi, Bizzozzero, 2009). Un dépistage correct et routinier de la dépression, avec des « indicateurs sémiologiques à la fois spécifiques et suffisamment sensibles » devrait donc être une priorité chez les personnes vivant en établissement d'hébergement (Clément, 2004). Aujourd'hui certaines échelles sont disponibles pour évaluer la présence d'une dépression comme la mini-GDS (minimum data set depression rating scale) à 7 items pour les sujets institutionnalisés. Une échelle de dépistage de la dépression en institution (EDDI) est également en cours de validation (Clément, 2004). Cependant, comme le précise Bazin (2005), « la démarche clinique est, quel que soit l'objectif de l'évaluation, sans commune mesure, plus pertinente que l'utilisation d'instruments d'évaluation dont la place reste très limitée en dehors des études épidémiologiques ou de la recherche clinique » (Bazin, 2005).

## IV : Les facteurs et les impacts de la dépression

Dans cette partie, nous allons tenter de relever les facteurs de risques d'une dépression chez la personne âgée en EHPAD. Bien sûr, les causes de la dépression restent variées, multiples et individuelles à chaque personne. C'est pourquoi les facteurs développés dans cette étude ne seront pas exhaustifs. Nous verrons également quels impacts peuvent avoir les troubles dépressifs sur la personne dans son ensemble (Être, Agir et Devenir).

### A : Facteurs de la dépression en EHPAD

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que : la dépression est fréquente chez le sujet âgé et fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique (environnement) et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution).

Au niveau des causes organiques, les troubles dépressifs peuvent être consécutifs à des affections somatiques liées au vieillissement normal ou pathologique (troubles vasculaires, troubles neuro dégénératifs, affections endocriniennes, cancers etc.) ou encore liées à des affections psychiatriques (troubles de la personnalité, anxieux, psychotiques) (Rigaud, 2008). Mais également à la prise de traitements ou de toxiques. Rappelons que la dépression chez la personne âgée reste « *une pathologie invalidante* », qui peut être précipitée par des troubles liés au vieillissement mais qui n'est en aucun cas les « *stigmates d'un vieillissement normal* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2008).

Les raisons psychologiques et sociales de la survenue d'une dépression chez la personne âgée sont nombreuses. Comme nous l'avons dit, la dépression peut être favorisée par l'avancée en âge qui implique une série de pertes et de deuils : « *perte de son rôle social, pertes affectives, veuvage, départ des enfants, éloignement des petits-enfants, décès de proches, désillusions par rapport à des idéaux que l'actualité a rendu obsolètes, isolement plus marqué etc.* » (Le Bozec, Bouché, 2020). Ainsi, face à ces différentes expériences de vie, la personne doit faire preuve d'adaptation. « *L'histoire de vie conduit ainsi à des attitudes plus ou moins adaptées pour traverser les crises inévitables avec l'âge, comme par exemple l'entrée en établissement* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). En effet, l'entrée en EHPAD peut être vécue comme un déracinement ou « *un véritable bouleversement, parfois un traumatisme* » pouvant mener à une dépression. (Donnio, 2005). Mallon (2007) parle de « *rupture bibliographique* ». Car l'EHPAD, aussi appelé « *dernière demeure* » par Mallon (2004), est un environnement radicalement différent, loin des habitudes de vie antérieures de la personne, avec des avantages compte tenu des besoins de la personne, mais aussi des contraintes (lieu collectif, règlement, contrat, conseil de la vie sociale...) (Donnio, 2005). En somme, toutes sortes de contraintes

que la personne âgée n'avait pas à son domicile. Ainsi, sur le plan psychique et personnel, l'entrée en EHPAD requiert donc « *un travail de deuil important : celui de la perte d'une certaine liberté* » (Tacnet Auzzino, 2009). En effet, comme nous l'avons développé dans une première partie, les contraintes environnementales de l'EHPAD induisent une perte de maîtrise de la personne sur son environnement, mais aussi « *sur toute une partie de son histoire de vie personnelle et sociale* » (Tacnet Auzzino, 2009). En effet, ce nouveau lieu de vie implique un renouveau, une rupture dans l'histoire de vie de la personne (une rupture bibliographique), impliquant une acclimatation, avec la prise en compte de nouveaux repères et de nouvelles relations sociales. Ajoutons qu'une entrée en EHPAD peut également entraîner des éloignements familiaux et sociaux. Or cette série de pertes peut être moralement douloureuse chez certaines personnes et peut mener à des états dépressifs.

D'autre part, au cours de certaines recherches, j'ai pu relever que l'un des facteurs de la dépression serait l'accentuation d'un état de dépendance. Thomas et Hazif-Thomas (2013) rappellent que la dépendance n'est pas la perte d'autonomie et que la dépendance physique ne signifie pas la perte d'autonomie psychique. (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). En effet, la dépendance n'est pas que consécutive à des troubles organiques ou psychiques, mais peut aussi être induite par l'environnement de l'EHPAD lui-même. L'autonomie est « *la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite et en suivant sa propre loi (...)* La personne âgée autonome vit consciente qu'elle s'est engagée librement dans ce qu'elle a décidé de faire » (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). Or comme le souligne Somme (2003), l'entrée en EHPAD « *est rarement consentie de bon gré par les intéressés et est généralement ressentie comme imposée* » (Charras, Cérèse, 2017). De plus, comme nous l'avons dit précédemment, la personne n'est pas forcément libre d'y exercer ses propres lois et ses propres choix. Le règlement interne, la gestion planifiée de la vie quotidienne et l'imposition de rythmes institutionnels et collectifs peuvent également réduire l'autonomie des personnes âgées (Trépiéd, 2016). En effet, la plupart des occupations que réalisent les personnes précédemment sont maintenant assumées par les soignants ou le personnel de l'EHPAD, comme la gestion du linge, les tâches ménagères, la préparation et le choix des repas etc., induisant de ce fait une certaine dépendance. Or selon Thomas et Hazif-Thomas : « *plus les personnes sont dépendantes pour les activités de vie quotidienne, plus elles ont de pathologies chroniques associées et plus elles sont dépressives* » (Thomas, Hazif-Thomas, 2013). D'autre part, cette perte d'autonomie peut également être induite par les soignants eux même. En effet, comme l'explique Trépiéd : « *dans un contexte de pénurie de personnel et de rationalisation des soins, les interactions entre les résidents et les soignants prennent la forme d'activités routinières qui vont à l'encontre d'une valorisation de leur autonomie* » (Trépiéd, 2016). En effet, la cadence de travail peut mener les soignants à vouloir faire pour la personne en occultant leurs capacités de participation. En conclusion, les personnes âgées en EHPAD peuvent devenir dépendantes

du fait de leur pathologie, mais aussi par l'impossibilité d'agir dans leur quotidien et d'avoir un contrôle sur leur environnement. Et cet état de dépendance peut venir affecter leur sentiment d'efficacité, leur estime de soi et leur motivation à s'engager quotidiennement dans des occupations.

## B : Les impacts de la dépression sur la personne âgée

### *Les impacts sur l'être*

Comme nous l'avons dit précédemment, l'entrée en EHPAD peut venir chambouler l'habitation de la personne, autrement dit ses rôles et ses habitudes. Au sujet des rôles, pour Goffman (1968) : « *les soignants et les résidents endossent un comportement correspondant à des rôles sociaux définis par l'institution* » (Goffman, 1968). En effet, dans les EHPAD, les personnes âgées hébergées doivent tenir un rôle de dépendant (Ennuyer 2013), car elles sont accueillies dans un établissement pour personnes âgées dépendantes où elles n'ont plus à assumer certaines occupations et certains rôles qui caractérisaient avant cela leur identité. De plus, comme nous l'avons souligné, le rythme et l'organisation du lieu complexe qu'est l'EHPAD impliquent une perturbation « *sur le plan organisationnelle et relationnelle* » de la personne, et ainsi des remaniements au niveau des rôles et des routines de la personne (Tacnet Auzzino, 2009).

De plus, ces impacts environnementaux sur les rôles et les habitudes de la personne peuvent venir précipiter des états dépressifs impactant fortement la volition de la personne avec des problématiques au niveau des composantes occupationnelles « *tels les champs d'intérêt, les déterminants personnels et les valeurs, une perte d'intérêt et de plaisir dans toutes les activités, une capacité de travail limitée, des difficultés d'adaptation sociale et des problèmes de fonctionnement psychosocial* » (Bonicatto, et al., 2001). En effet, dans les troubles dépressifs, la volition est particulièrement entravée avec des symptômes de démotivation, d'apathie et de pertes d'intérêt dans la réalisation d'activités (Thomas, Hazif-Thomas 2008). En effet, d'après une enquête CARE de la DREES réalisée en 2015 et 2016, on relève que « *le manque d'appétit et de motivation pour effectuer des activités quotidiennes est respectivement deux et sept fois plus fréquent chez les personnes vivant en établissement que parmi celles restées à domicile* » (DRESS 2020). D'autre part, l'enquête CARE-Institutions qui « *permet d'appréhender des problèmes de santé souvent associés à un moral dégradé* » déplore qu'un résident sur trois « *affirme avoir besoin de motivation pour effectuer ses activités quotidiennes et un sur six estime n'en effectuer aucune* ». Rappelons aussi, que la volition est rendue possible grâce à des opportunités d'agir. Or comme nous l'avons vu, ces dernières peuvent être entravées par l'environnement de l'EHPAD.

### *Les impacts sur l'agir*

Ces troubles au niveau volitionnel vont venir impacter la capacité d'agir de la personne et donc sa participation occupationnelle. Cela se traduit par des difficultés à accomplir des activités ordinaires ou sociales. Ces difficultés se retrouvent au niveau le plus léger de la dépression. Dans les formes les plus sévères, il y a même une incapacité à maintenir des activités quotidiennes parfois essentielles (hygiène corporelle, alimentation, etc.) (HAS, 2017). Ces troubles dépressifs peuvent également mener à un repli sur soi et un isolement social. On peut par exemple observer des personnes qui refusent de sortir de leur chambre et de participer à toute activité au sein de l'EHPAD (Thomas, Hazif-Thomas, 2008). En effet, toujours selon l'enquête CARE-Institutions, « 14 % des personnes âgées résidant depuis moins d'un an dans l'établissement déclarent n'effectuer aucune activité quotidienne, contre 22 % des personnes y résidant depuis plus de 5 ans ». Ainsi, on peut voir que la difficulté à effectuer des activités s'accroît avec l'âge et la durée du séjour (DRESS, 2020).

### *Les Impacts sur le devenir*

Comme nous l'avons dit précédemment, le devenir définit la manière dont la personne parvient à s'adapter à ses occupations. Or, le vieillissement, l'entrée en EHPAD, ou la survenue d'une pathologie, sont des expériences qui peuvent impacter la volition et induire des changements au niveau des rôles et des habitudes de la personne, et de ce fait, nécessiter des adaptations occupationnelles et des remaniements identitaires. Balier (1973) explique que les transformations du corps, l'isolement affectif ou encore les contraintes de l'environnement liés à une institutionnalisation sont des périodes de transition de vie qui peuvent porter atteinte à l'intégrité de soi (Thomas, Hazif-Thomas, 2008). En effet, au sein de l'EHPAD, l'identité même de la personne peut subir une altération, car toutes les composantes de son être qui forgeaient auparavant son identité sont chamboulées. Par exemple, comme nous l'avons dit, en EHPAD, les résidents doivent tenir un rôle de dépendant. Or certaines personnes « se conforment totalement à la définition et aux représentations sociales associées à la dépendance dans notre société, c'est-à-dire à des sentiments d'inutilité sociale, d'assujettissement aux autres et de déchéance » (Trépiéd, 2016). Or ce sentiment d'inutilité peut venir fortement entraver leur estime de soi, leur bien être psychique et de ce fait fragiliser leur capacité d'adaptation et de compétence occupationnelle face à ces nouvelles expériences.

En conclusion, les facteurs de risques précipitant la survenue d'une dépression chez la personne âgée en EHPAD sont nombreux. Nous avons relevé des problématiques organiques (vieillesse normale ou pathologique), psycho-sociales (solitude, éloignement familial), changements de contexte de vie (entrée en institution, deuils, perte d'autonomie, état de dépendance etc.) ou encore environnementales. Ces problématiques entraînant des troubles dépressifs ont de réels impacts sur l'être de la personne notamment sur sa volition, la gestion de ses rôles et de ses

habitudes. Entraînant de ce fait des troubles au niveau de la participation occupationnelle au sein de l'EHPAD. Enfin, les troubles dépressifs, qu'ils soient consécutifs à des affections somatiques, des deuils, un état de dépendance, ou une entrée en EHPAD, vont considérablement altérer l'identité de la personne et sa capacité d'adaptation occupationnelle face à ces changements.

## **V : Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive**

### **A : Le rôle de l'ergothérapeute**

Ainsi, la dépression impacte toutes les sphères de la personne et de ce fait sa participation occupationnelle. Or, l'objectif ultime de l'ergothérapie est de favoriser la participation du client et son engagement dans les occupations. En effet, comme l'écrit Trouvé (2009) : « *La santé et le bien-être sont intimement liés à la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie* » (Trouvé, 2009). Pour Scaffa et Browson (2005), l'engagement dans des activités serait un besoin fondamental chez l'Homme et un déterminant de santé. L'ergothérapeute serait donc être un acteur privilégié dans la prise en charge de la dépression chez la personne âgée en EHPAD.

En pratique, l'HAS conseille de favoriser la construction d'une relation thérapeutique de confiance avec « *une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'informations* ». Cependant, comme le souligne l'HAS, ceci implique de disposer d'un temps suffisant et d'un cadre adapté. Elle relève également l'importance d'impliquer l'entourage de la personne comme « *partenaires des soins (...) aussi bien en tant que sources d'information qu'en tant que sources de rupture d'isolement* ». Elle préconise également d'encourager la participation de la personne dans les soins personnels élémentaires (s'alimenter régulièrement, hygiène, etc.) et d'entreprendre des actes d'autogestion. A ce jour, l'HAS a établi plusieurs plans afin de favoriser les prises en charges thérapeutiques non médicamenteuses, car il a été démontré qu'elles étaient plus efficaces que les antidépresseurs qui en plus ont des effets indésirables importants (HAS, 2017).

Mahaffey (2007), rappelle que « *les personnes souffrant de dépression perdent l'énergie et la volonté pour réaliser les activités importantes pour eux* ». Le rôle de l'ergothérapeute serait d'accompagner la personne à « *restructurer leur vie quotidienne* ». Pour cela, elle préconise la réalisation d'activités qui sont importantes pour la personne afin de favoriser « *un sentiment d'accomplissement* ». Pour Epp (2003), les soins doivent être centrés sur la personne, ses valeurs, l'indépendance, le bien-être et l'autonomie « *pour permettre à la personne de se sentir soutenue, valorisée et acceptée socialement* » (Epp, 2003). Pour cela certains auteurs préconisent l'inscription des actes des personnes âgées dans des secteurs porteurs de sens et favorisant leur motivation

(Thomas, Hazif-Thomas, Clement, 2008). Selon Sibille (2009), le plus important reste « *d'encourager la personne âgée comme un sujet autonome, producteur et propriétaire de ses désirs et non d'en faire un objet de soins, dépendant, pour lequel les autres décident* » (Sibille, 2019).

En somme, même si les plans d'intervention varient d'une personne à une autre, les objectifs généraux de l'ergothérapeute auprès de ce type de public restent de « *structurer le temps de façon significative, établir un sens d'efficacité et de contrôle personnel, diminuer le niveau de stress, établir ou maintenir un réseau de support, stimuler l'intérêt, augmenter les sentiments de réussite, faciliter l'expression et améliorer l'estime de soi* » (Custer & Wassink, 1991; Kielhofner, 2008; Devereaux & Carlson, 1992; Drake, 1992; Breines, 1995, Falardeau, 1997).

## B : Vers l'hypothèse

En analysant toutes ces recommandations de prise en charge, on peut relever un certain nombre de termes comme : autogestion, valeurs, autonomie, motivation, intérêt, sentiment de réussite etc. Or, ces concepts sont fortement corrélés à la notion de volition que nous avons décrite précédemment. A mon sens, l'action de l'ergothérapeute se situerait donc dans un premier temps au niveau de la volition du sujet. Ce qui serait logique, car dans le modèle MOH, nous avons pu voir que l'agir découle avant tout des composantes de l'être. C'est par exemple la volition qui va motiver le sujet à s'engager dans des occupations. De plus, selon (Kielhofner, 2002) la volition doit être considérée en premier plan lorsqu'il est question du développement intrinsèque des motivations menant à l'action. Or c'est justement cette motivation à agir qui est impactée chez la personne âgée dépressive entravant sa capacité à participer et s'engager dans des occupations. Cela rejoint ma problématique de départ qui était :

### **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD ?**

Ainsi, pour permettre la participation occupationnelle, il faudrait agir sur l'obstacle à la source de ce déficit qui est la motivation de la personne à agir, soit sa volition. En menant des recherches plus approfondies sur la volition, j'ai fait la découverte du processus de remotivation. Ce dernier est un guide d'intervention du MOH mis au point par De Las Heras, Llerena et Kielhofner (2003). Il est utilisé auprès de personnes atteintes d'un trouble grave de la volition, comme dans les dépressions sévères par exemple. Il est destiné à améliorer la motivation de la personne et permettre son engagement dans les occupations. Cela m'a semblé intéressant d'explorer ce guide afin de l'intégrer à mon sujet de recherche. J'ai donc établi l'hypothèse suivante :



**L'ergothérapeute, en agissant sur la volition par le processus de remotivation, va permettre à la personne âgée dépressive de retrouver une participation occupationnelle au sein de l'EHPAD.**

### C : Le processus de remotivation

Le VQ (Volitional Questionnaire), développé par De Las Heras depuis 1988, est un outil d'observation en mise en situation, très utile quand la personne a des difficultés à exprimer ses valeurs ou ces centres d'intérêt qui peuvent être observables dans ses actions. L'outil est composé de 14 items. Ces items sont gradués entre un niveau de volition plus faible (indiquer des préférences, initier des actions...) à un haut niveau de volition (résoudre des problèmes, corriger ses erreurs, éprouver de la fierté...). La volition peut varier selon l'environnement c'est pourquoi il est intéressant d'utiliser le VQ dans diverses situations. Ainsi l'ergothérapeute peut identifier quels éléments sont facilitateurs de la volition dans l'environnement (De Las Heras, 1998, cité par Mignet, 2015). Le processus décrit dans le VQ a donné naissance au processus de remotivation décrit par De las Heras, Llerena et Kielhofner (2003). Ce dernier se fonde sur les valeurs ergothérapeutiques et les principes du modèle MOH (Kielhofner, 2002) (Annexe 1). De las Heras a élaboré un guide d'intervention, afin de faciliter la pratique auprès de personnes souffrant d'un déficit volitionnel en proposant l'application de stratégies d'interventions. Ces stratégies visent à favoriser le rétablissement de la participation occupationnelle en développant le niveau de volition (De Las Heras, 2003). Le but est de trouver des moyens pour faciliter le processus volitionnel, et des façons d'influencer ce processus (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019). À l'aide du MOH, de témoignages, et d'études de cas, De las Heras a établi un tableau du processus de remotivation (Annexe 2). Ce dernier se compose de trois phases chronologiques : l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Chaque phase comporte des stades avec des objectifs et des stratégies définies. Ces stades suivent les étapes de l'accroissement volitionnel « *qui évolue selon la progression de la confiance en soi du client dans divers environnements* » (De Las Heras, 2006).

Dans la phase d'exploration, l'individu est dans une démarche de découverte de son environnement mais aussi de ses capacités, habiletés, ses intérêts et ses valeurs. Durant cette phase, la personne auto-évalue ses actions durant l'activité, leur donne un sens et prend confiance en ses capacités. Pour cela, le thérapeute doit fournir un environnement sécurisant et rassurant avec des expériences positives, pour soutenir l'exploration de la personne en misant sur des activités signifiantes, tout en lui laissant la possibilité de prendre des décisions et d'exercer des choix d'activités. Après l'établissement de cette relation de confiance, le thérapeute pourra intégrer progressivement des changements dans l'environnement de la personne, afin qu'elle acquière un sentiment de

compétence, de confiance en soi et de sécurité par rapport à l'environnement (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019).

Durant la seconde phase de compétence, la personne va réaliser des choix d'activités avec plus de spontanéité, et petit à petit renforcer son sentiment d'efficacité. Le thérapeute offre alors des possibilités d'agir plus stimulantes, et accompagne la personne vers des exigences de performance plus importantes dans différents contextes. Ainsi, cette dernière continue d'expérimenter les habiletés déjà acquises et en acquière de nouvelles, qui deviendront par la suite des habitudes (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019). En parallèle, « *le thérapeute facilite l'exploration individuelle, fournit une rétroaction et une consultation individuelles pour encourager la construction par le client d'un récit professionnel qui envisage comment aller au-delà des problèmes et des défis passés et présents vers un avenir satisfaisant et possible avec un sens croissant de continuité et vision positive* » (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019).

Enfin, durant la dernière phase d'accomplissement, la personne a acquis assez d'habileté, de confiance en ses capacités et d'autonomie, pour réaliser de nouvelles occupations souhaitées ou de nouveaux défis. A ce stade, la personne possède un sentiment de contrôle sur l'environnement. Ainsi, « *elle peut mettre en pratique les compétences et les capacités déjà découverts mais dans des contextes différents ou plus difficiles* ». Elle peut également endosser des rôles, même dans des environnements inconnus de manière autonome et « *faire face à de nouveaux changements avec confiance et dignité* » (De las Heras, Llerana, Kielhofner, 2019). La présence soutenante du thérapeute tend à s'effacer, au profit d'une posture de suivi plus à distance ou ponctuelle.

D'autre part, De las Heras précise que l'intervention se base sur une collaboration « *entre le client et son thérapeute* » dans une relation « *d'égal à égal* » (De Las Heras, 2006). De plus, selon elle avant d'entamer cette intervention, il est primordial de comprendre les « *caractéristiques volitionnelles propres à chaque individu* ». Pour cela, il faut recueillir des informations sur « *le rendement occupationnel du client, notamment à propos de son processus volitionnel* » (De las Heras, 2006), que ce soit auprès de la personne, la famille ou son réseau social. Pour cela l'ergothérapeute peut utiliser des outils issus du MOH comme le VQ (qui peut être utilisé tout au long du processus), l'OPHI II (entretien semi-directif explorant l'histoire de vie de la personne à partir de ses occupations passées et présentes), la liste des rôles (auto-questionnaire dans lequel la personne indique ses rôles passés, présents et ceux envisagés) etc. L'objectif est d'avoir une vision globale de la personne et de comprendre sa progression afin de proposer des stratégies adaptées en conséquence. La personne est donc placée au centre de l'intervention. Ce qui va l'amener à acquérir un sentiment d'efficacité personnelle et une reprise de ses occupations et de ses rôles.

Enfin, comme le processus volitionnel, le processus de remotivation n'est pas figé. L'intervention peut commencer à n'importe quel stade, et la personne peut évoluer ou régresser de stades en stades ou de phases en phases. Ces dernières peuvent aussi se recouper ou se chevaucher en fonction des changements volitionnels observés. L'utilisation de cette méthode requiert donc de la souplesse de la part du thérapeute. Cette méthode doit être utilisée comme un guide et non comme une recette (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019). Elle doit aussi être revue et adaptée à chaque individu ainsi qu'au milieu de pratique (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2019). De las Heras précise également que le programme peut s'adresser aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées, avec des incapacités physiques et/ou mentales, et qu'il peut être utilisé par tout type de professionnel ainsi que par l'entourage du client.

## DEUXIEME PARTIE EXPERIMENTALE

### **I : Méthodologie de l'enquête...**

#### **A : Sur quoi ? : objectifs et critères d'évaluation**

Dans le cadre de mon étude expérimentale, je souhaite analyser par une enquête la pratique des ergothérapeutes auprès de personnes âgées atteintes de dépression et présentant un trouble de la participation occupationnelle en EHPAD. Mon étude aspire à déterminer si l'utilisation du processus de remotivation axé sur la volition du client pourrait refavoriser une participation occupationnelle de ce dernier au sein de l'EHPAD.

Pour cela, les objectifs de mon enquête sont :

- Objectif 1 : D'ici le 15/04/2022, identifier les moyens d'évaluation et de prise en compte du trouble dépressif chez la personne âgée en EHPAD par l'ergothérapeute.

Critères d'évaluation (qualitatifs) :

- Repérage de symptômes ou de comportements via l'observation
- Passation d'échelles de mesures de la dépression
- Evocation de transmissions interdisciplinaires

- Objectif 2 : D'ici le 01/05/2022, identifier si des éléments issus du processus de remotivation sont utilisés par l'ergothérapeute dans la prise en charge auprès de la personne âgée dépressive atteinte d'un trouble de la participation occupationnelle en EHPAD.

Critères d'évaluation (qualitatifs) :

- Présence d'un ou plusieurs principes du processus de remotivation repérés dans le discours
- Identification d'un champ lexical se rapportant aux concepts de la volition
- Présence d'une sensibilisation ou d'une formation de l'ergothérapeute au travail sur la volition
- Connaissance ou utilisation du processus de remotivation dans la pratique
- Utilisation d'outils ergothérapeutiques issus du MOH en lien avec la volition

- Objectif 3 : D'ici le 01/05/2022, analyser si le processus de remotivation (ou une prise en charge prenant en compte la volition) favorise une reprise de la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD.

Critères d'évaluation (qualitatifs) :

- Présence de changements dans la réalisation des occupations par la personne âgée depuis la prise en charge en ergothérapie.
- Présence de facteurs facilitateurs ou obstacles à la favorisation de la participation occupationnelle dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD.

**B : Sur qui ? : population ciblée**

Pour répondre à ces objectifs, il est nécessaire de déterminer une population cible afin d'en extraire un échantillon à interroger. Ces objectifs seront donc vérifiés auprès d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD auprès de personnes âgées présentant un trouble de la participation occupationnelle consécutif à un syndrome dépressif.

Les critères d'élaboration de mon échantillon sont les suivants :

<u>Critères d'inclusion :</u>	<u>Critères d'exclusion :</u>
-Être diplômé d'état en ergothérapie	- Ne pas être ergothérapeute
-Exerçant ou ayant une expérience de plus de 1 an en EHPAD auprès de personnes âgées présentant un trouble dépressif (avec ou sans pathologies associées).	-Avoir une expérience professionnelle de moins de 1 an
-Avoir une formation ou une sensibilisation à une approche centrée sur l'occupation et la personne	

-Connaitre ou utiliser le processus de remotivation dans la pratique professionnelle	
--	--

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon

Pour constituer mon échantillon, j'entreprends d'interroger un panel d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD afin de recueillir des informations sur leur pratique. Le choix de ces derniers sera fixé selon différentes variables. Tout d'abord, je souhaite cibler des ergothérapeutes qui possèdent plus d'un an d'expérience, afin qu'ils soient pleinement installés dans la structure et qu'ils aient un recul suffisant sur leur pratique. Au départ, je souhaitais interroger exclusivement des ergothérapeutes exerçant à temps complet. Car selon moi, une approche ciblant la volition demande du temps et de l'investissement auprès du patient. De plus, mon expérience de stage de deux mois au sein d'un EHPAD, m'a confirmé qu'un ergothérapeute à temps partiel doit cibler des objectifs en fonction des demandes prioritaires qui sont la plupart du temps centrées sur la prévention des risques vitaux avec la mise en place d'aides techniques ou d'installations. Cependant, au cours de mes recherches, je me suis aperçue que le nombre d'ergothérapeute exerçant à temps complet dans un EHPAD était assez restreint. En effet, selon une étude expérimentale datant de 2012, seulement 38% des ergothérapeutes travaillent à temps plein en EHPAD, et ce peu importe le nombre de résident. Cette étude met aussi en évidence les missions qui sont les plus réalisées par les ergothérapeutes au sein de l'EHPAD : nous retrouvons en tête de liste le positionnement/l'installation, la gestion du matériel, la prévention (chutes, escarres), l'attribution d'aide technique et enfin la formation du personnel (Olivier, 2012). De ce fait, et afin de rendre mon échantillon le plus représentatif possible, j'ai décidé d'élargir mes critères de sélection aux ergothérapeutes travaillant (ou ayant travaillé) à mi-temps ou à temps complet dans un EHPAD. De plus, cela me permettra de bénéficier de comparaisons de pratiques et de prises en soins significatives. J'envisage également d'interroger des ergothérapeutes travaillant dans des cadres d'exercices différents, par exemple au sein d'EHPAD présentant des projets d'établissements innovants centrés sur la qualité de vie et l'autonomisation, ou encore des EHPAD avec une approche plus médicalisée. En effet, comme l'écrivent Van Campenhoudt et Quivy (2011), c'est « *en diversifiant au maximum les profils, que le chercheur se donne les plus grandes chances de recueillir les réactions les plus variées et les plus contrastées* » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011). Ainsi, je m'emploie donc à contacter de manière directe ce type de structure par téléphone, courriels ou démarcher des ergothérapeutes via les réseaux sociaux. De plus, mon stage au sein d'un EHPAD me permettra également de réaliser des observations sur le terrain, et de me créer un réseau de contacts. D'autre part, malgré mes recherches et mes tentatives de contact auprès du

Groupe de Réflexion en Santé Mentale (GRESM) (via l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)), je n'ai pas trouvé d'études portant sur l'utilisation du processus de remotivation en France. La plupart se déroulant au Canada. C'est pourquoi, en parallèle, j'envisage également d'interroger des ergothérapeutes résidants au Québec qui utilisent ou connaissent le processus de remotivation. Leurs témoignages seront un apport complémentaire à cette étude, afin d'obtenir des éclaircissements sur l'utilisation de ce guide sur le terrain, et son possible usage auprès des personnes âgées atteintes de dépression en EHPAD.

### C : Comment ? : outils d'investigation

Le processus de remotivation étant peu utilisé en France, les objectifs de mon enquête sont donc d'identifier si des éléments issus de ce dernier sont utilisés ou évoqués par les ergothérapeutes dans leur pratique. Cette analyse me permettra de révéler la pertinence ou non de son utilisation auprès de la personne âgée dépressive résident en EHPAD. Au regard de ces objectifs, l'outil d'investigation le plus adapté est l'entretien. En effet, je cherche à recueillir des éléments qualitatifs dans le discours des ergothérapeutes sur leur accompagnement et les stratégies qu'ils utilisent auprès de ce type de public.

Selon Blanchet (2013), l'entretien de recherche est un élément méthodologique inscrit dans une véritable démarche scientifique. En effet, il me permettra d'analyser des éléments qui viendront valider ou invalider mon hypothèse. D'autre part, il est « *utilisé pour étudier les faits dont la parole est le vecteur* » (Blanchet, 2013). Selon Blanchet et Gotman (2007), « *l'entretien s'avère utile lorsque l'enquêteur veut analyser la perception des participants vis-à-vis de leurs pratiques, leurs expériences ou lorsqu'il veut déterminer les valeurs et les normes qu'ils valorisent* » (Blanchet, Gotman, 2007). De plus, comme l'écrivent Van Campenhoudt et Quivy (2011), la méthode de l'entretien convient particulièrement à : « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés (...) la reconstitution de processus d'actions, d'expériences...* » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011). En effet, l'entretien me permettra de recueillir et d'analyser les différentes pratiques des ergothérapeutes à partir de leurs expériences personnelles. Et de ces éléments de pratique, je pourrai identifier si l'on retrouve des éléments comparables ou non à ceux recensés dans le processus de remotivation. D'autre part, il existe plusieurs types d'entretiens. Pour cette étude, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif. Comme l'écrit Fenneteau (2015), il s'agit d'orienter la personne vers certains sujets préétablis tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer librement (Fenneteau, 2015). J'ai choisi cette méthode, car je souhaite savoir grâce à des questions ouvertes mais orientées, quels objectifs, moyens ou stratégies, les différents ergothérapeutes mettent en place auprès de ce type de public. Ainsi, j'oriente mes questions vers des thèmes répondant à mes

objectifs, tout en laissant la liberté aux ergothérapeutes de s'exprimer, de développer leurs actions, mais aussi la possibilité d'avoir un recul critique, une réflexion et une analyse sur leur pratique. Cette liberté laissée à l'interrogé permettra de faire ressortir des éléments convergents ou divergents d'une pratique à une autre, et d'analyser si les ergothérapeutes utilisent sans le savoir des éléments issus du processus de remotivation. Si c'est le cas, ce dernier pourrait démontrer sa pertinence et son utilité dans la pratique des ergothérapeutes auprès de ce type de public. D'un autre côté, cette liberté dans le discours pourra possiblement révéler d'autres éléments non issus du processus de remotivation, pouvant mener à d'autres hypothèses de recherche. Enfin, comme le souligne Van Campenhoudt et Quivy (2011), l'entretien n'est pas qu'un simple recueil de données, mais un : « *véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un évènement ou d'une situation ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur* » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011). Ainsi, par cette possibilité d'échange et de réciprocité, les entretiens pourront mener à de réels partages de pratiques, d'expériences, mais aussi de débats ou de réflexions communes. Ces échanges permettront également de déceler dans le discours des ergothérapeutes quels éléments peuvent être facilitateurs ou obstacles à l'utilisation du processus de remotivation auprès de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD. Ces derniers seront de précieux éléments afin de déterminer les avantages et les limites à cet outil.

Pour mon enquête, j'envisage de réaliser quatre à six entretiens auprès d'ergothérapeutes en France, et un entretien « bonus » auprès d'un ergothérapeute connaissant le processus de remotivation. Pour cela, j'élaborerai préalablement des guides d'entretien distincts qui seront testés et réajustés si besoin avant la passation des entretiens. Ces derniers recenseront les thèmes à aborder en fonction de mes objectifs. « *L'enjeu du guide est bien de recueillir des faits concrets, des anecdotes, des données objectives et subjectives, pour donner des moyens d'objectivation* » (Kivits, Balard, 2016). J'introduirai ces entretiens en me présentant, en évoquant mon sujet d'étude et en décrivant les modalités (enregistrement, anonymat). Je veillerai également au respect de l'éthique en m'assurant d'obtenir le consentement de la personne pour que l'entretien soit enregistré afin de faciliter sa retranscription. Le guide d'entretien sera assez souple et n'aura pas d'ordre préétabli. Le sens des questions pourra être modifié en fonction du discours et certaines pourront être supprimées, modifiées ou ajoutées. De plus, grâce à la formulation de questions ouvertes, j'amènerai la personne à s'exprimer librement sur les thèmes suggérés tout en laissant « *le champ ouvert à d'autres réponses* » non explicitement prévues (Van Campenhoudt, Quivy, 2011). Enfin, je réaliserai par la suite une grille

d'analyse thématique dans les différents discours des enquêtés (Demoncey, 2016), afin de repérer les thèmes ou stratégies issus du processus de remotivation.

#### D : Démarche de recherche d'entretiens

A la suite de l'établissement de mon choix de population et de mes grilles d'entretien (Annexe 3), j'ai commencé mes recherches pour constituer mon échantillon. Dans un premier temps, j'ai contacté par téléphone et par courriel des ergothérapeutes travaillant à temps complet dans des EHPAD que j'avais sélectionné pour leur projet d'établissement innovant centré sur la qualité de vie du résident. J'ai également contacté des ergothérapeutes rencontrés lors d'un stage précédent. Enfin, j'ai posté un appel à candidature sur les réseaux sociaux où j'ai obtenu plusieurs réponses positives. J'ai donc décidé de sélectionner les ergothérapeutes selon leur année d'expérience, leur temps de travail sur la structure et leur intérêt pour le sujet. En parallèle, j'ai également réalisé un appel à candidature sur les réseaux sociaux québécois.

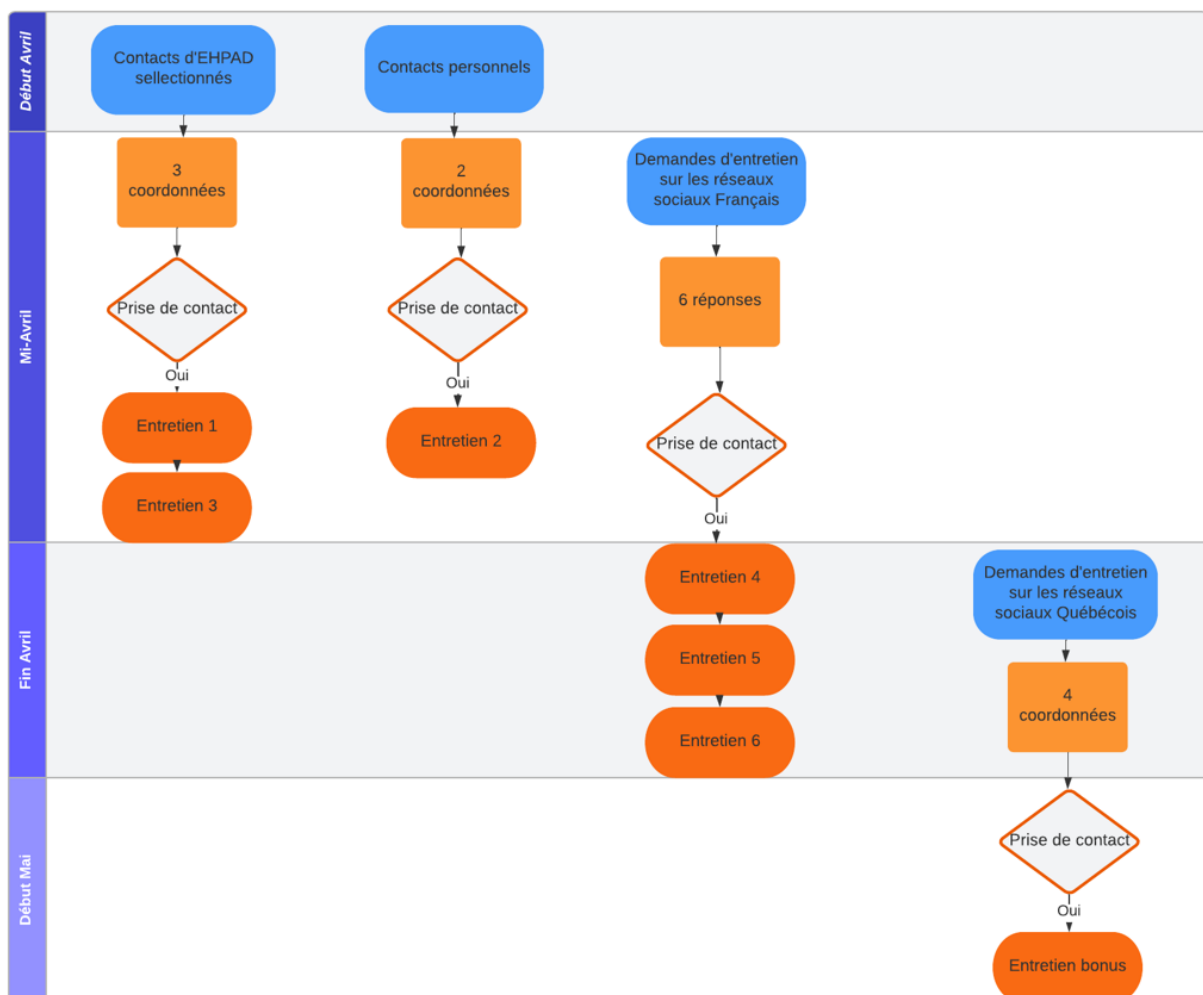


Figure 2 : Démarche de recherche des entretiens



## II : Résultats et analyse

### A : Echantillon

C'est ainsi que j'ai obtenu et réalisé six entretiens auprès d'ergothérapeutes français. Deux de ces entretiens se sont déroulés en présentiel et les quatre autres en visioconférence pour des raisons d'éloignement géographique et l'un d'eux car l'ergothérapeute était malade. Tous ont accepté d'être enregistré et se sont montrés très intéressés par la thématique du sujet. De ce fait, tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en verbatim pour être analysés par la suite. La retranscription complète de mon second entretien avec l'ergothérapeute n°2 se trouve en annexe ([Annexe 6](#)). Certains ont demandé d'emblée à utiliser le tutoiement et d'autres l'ont utilisé au fil de l'entretien. La durée des entretiens fut assez homogène entre les différents participants (entre 40 minutes et 1 heure). L'ensemble des thèmes a été abordé que ce soit de la part de l'ergothérapeute spontanément ou sous la guidance du chercheur. J'ai choisi cet échantillon afin de le rendre le plus diversifié possible, notamment au niveau du sexe, des années d'expériences, du type de structure et de la durée du temps de travail au sein de l'EHPAD. J'ai aussi choisi d'interroger un nombre assez large d'ergothérapeutes afin de récolter un nombre suffisant d'informations pouvant être comparées. Cet échantillon sera donc non représentatif, mais caractéristique des ergothérapeutes exerçant en EHPAD auprès de ce type de population. D'autre part, grâce à mon appel à candidature sur les réseaux sociaux québécois, je suis entrée en contact avec Monsieur René Bélanger<sup>1</sup>, professeur de clinique à l'Université Laval et enseignant du MOH, qui m'a fourni les coordonnées de Monsieur Francis Guérette<sup>2</sup> qui a gentiment accepté de répondre à mes questions. La retranscription complète de cet entretien se trouve en annexe ([Annexe 7](#)). Monsieur Francis Guérette est un ergothérapeute retraité de la clinique des troubles de l'humeur, qui a participé à la rédaction et la traduction du processus de remotivation (De Las Heras, Llerena, Kielhofner, 2006), et qui a mené des recherches et des études exploratoires sur l'utilisation du processus de remotivation, notamment auprès de personnes souffrant de dépression majeure. Cet entretien que je qualifierai de bonus, m'apportera un retour d'expérience venant d'un professionnel qui a utilisé cette méthode sur le terrain. Ainsi, cet échange me permettra de croiser certaines informations avec les réponses données par les ergothérapeutes interrogés. Et cela enrichira ma réflexion en vue de valider ou invalider mon hypothèse. Pour finir, Monsieur René Bélanger m'a également gentiment fourni les coordonnées de Carmen De Las Heras, avec qui j'envisage de m'entretenir afin d'obtenir de précieux éléments complémentaires en lien avec mon étude.

---

<sup>1</sup> Monsieur a donné son accord pour que son nom figure dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

<sup>2</sup> Monsieur a donné son accord pour que son nom figure dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

Ainsi, j'ai établi deux tableaux recensant les données sociodémographiques des ergothérapeutes interrogés, travaillant ou ayant travaillé en EHPAD auprès de personnes âgées atteintes de dépression.

*Données sociodémographiques des ergothérapeutes*

	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Ergothérapeute 4	Ergothérapeute 5	Ergothérapeute 6
Sexe	Femme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme
Age	28 ans	28 ans	38 ans	26 ans	23 ans	28 ans
Année d'obtention du diplôme d'Etat	2017	2015	2005	2019	2020	2015
Années d'expériences en EHPAD	5 ans (Temps plein)	2 ans (Mi-temps)	7 ans (Mi-temps)	3 ans (Mi-temps)	1 an (Temps plein)	3 ans (Mi-temps)
Type de structure d'exercice actuel	EHPAD	EHPAD et Samu social	EHPAD	EHPAD (UHR <sup>1</sup> , PASA <sup>2</sup> , accueil de jour) et SSR <sup>3</sup> Gériatrie	EHPAD	Association pour personnes déficientes visuelles
Localisation du lieu d'exercice	Ile de France	Paris	Ile de France	Var	Alsace	Bourgogne

*Tableau 2 : Données socio-démographiques des ergothérapeutes*

*Unité d'Hébergement Renforcée<sup>1</sup> ; Pôle d'Activités et de Soins Adaptés<sup>2</sup> ; Soins de Suite et de Réadaptation<sup>3</sup>*

*Caractéristiques des EHPAD et des pratiques des ergothérapeutes\**

	<b>E1*</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>
<b>Capacité de l'EHPAD</b>	100 résidents	41 résidents	200 résidents	100 résidents	80 résidents	42 résidents
<b>Type d'établissement</b>	Privé commercial	Public	Privé commercial	Public	Privé associatif, à but non lucratif	Privé, associatif, à but non lucratif
<b>Projet d'établissement spécifique</b>	Démarche SENS Résidents acteurs	Projets de soins personnalisés Résidents acteurs Participation des aidants au projet	Mise en place de fauteuils roulants électriques Activités intergénérationnelles Citoyennage Conseil des résidents	Valorisation du PASA et de l'accueil de jour	Processus TMS Pro Projets d'accompagnements personnalisés	Chariots flash snoezelen Motomed Activités intergénérationnelles
<b>Missions de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD</b>	Maintien de l'autonomie Activités thérapeutiques individuelles et groupales Installations Sorties extérieures Référénte de prévention des chutes	Formation et accompagnement des soignants Installations Maintien des capacités Rééducation motrice Stimulation cognitive	Réadaptation Positionnements Installations Mise en place de matériel Aménagement de l'environnement Maintien de l'autonomie Apprentissage du fauteuil roulant électrique Atelier en groupe	Maintien des capacités Installations Mise en place de matériel Ateliers cognitifs et moteurs	Mise en place de matériel Positionnements Formation des soignants Stimulation cognitive Activités thérapeutiques individuelles et groupales Maintien de l'autonomie Réfèrent de prévention des risques professionnels	Installations Positionnements Mise en place de matériel Formation des équipes Prise en soin individuelles et groupales
<b>Utilisation de modèles conceptuels et/ou d'outils associés</b>	Pas d'utilisation de modèle, mais inspiration du modèle MOH	Pas d'utilisation de modèle, mais inspiration du modèle MCRO	Pas d'utilisation de modèle Se forme auprès des stagiaires	Pas d'utilisation de modèle Utilisation du Mini Mental Test (MMS) et du Tinetti	Pas d'utilisation de modèle	Pas d'utilisation de modèle. Utilisation de Mon Inventaire de Compétences (MIC)

Tableau 3 : *Caractéristiques des EHPAD et des pratiques des ergothérapeutes (E)*

## B : Présentation des résultats

### *Traitement des données*

L'analyse de mes entretiens a débuté par une retranscription de tous les verbatims. Par la suite, j'ai entamé la construction de mes deux grilles d'analyse que j'ai organisé selon mes objectifs d'enquête. Pour cela, j'ai décidé d'utiliser la méthode de l'analyse thématique de contenu décrite par Bardin (2013). Cette dernière consiste à classer les verbatims selon un codage et une catégorisation. Le codage permet de transformer les données brutes en les découpant (Bardin, 2013). Pour cela, j'ai effectué une première lecture que Bardin nomme « *la lecture flottante* », celle-ci « *consiste à se mettre en contact avec les documents d'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations* » (Bardin, 2013). Ce qui m'a permis par la suite, d'effectuer le codage de mes verbatims selon une catégorisation par thèmes et sous thèmes. De plus, pour faciliter ce codage, j'ai associé un code couleur à chaque grand thème. Pour Bardin, « *le thème est l'unité de signification qui se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture* » (Bardin, 2013). Cette analyse thématique me permettra de repérer les éléments significatifs issus des entretiens, ce que Bardin appelle « *les noyaux de sens* », qui selon leur présence ou leur fréquence d'apparition pourront répondre à mes objectifs d'enquête (Bardin, 2013).

### *Grilles d'analyses*

Ainsi, j'ai pu compléter mes sept grilles d'analyse. Pour ne pas alléger le corpus du texte, celles-ci sont consultables en annexe ([Annexe 4](#)).

## C : Analyse des résultats

Après ce travail de classification, il faut à présent analyser et confronter les données entre elles, afin d'en tirer des résultats d'enquête. Pour cela, j'utilise la méthode de l'analyse catégorielle qui vise à « *calculer et comparer les fréquences de certaines caractéristiques (...) préalablement regroupées en catégories significatives* » (Campenhoudt, Quivy, 2011).

### *Objectif 1 : L'évaluation des troubles dépressifs en EHPAD*

Rappel de l'objectif 1 : identifier les moyens d'évaluation et de prise en compte du trouble dépressif chez la personne âgée en EHPAD par l'ergothérapeute.

Pour mon premier objectif, j'ai construit un histogramme reprenant tous les modes d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes pour repérer la présence d'un trouble dépressif chez la personne âgée au sein de l'EHPAD.

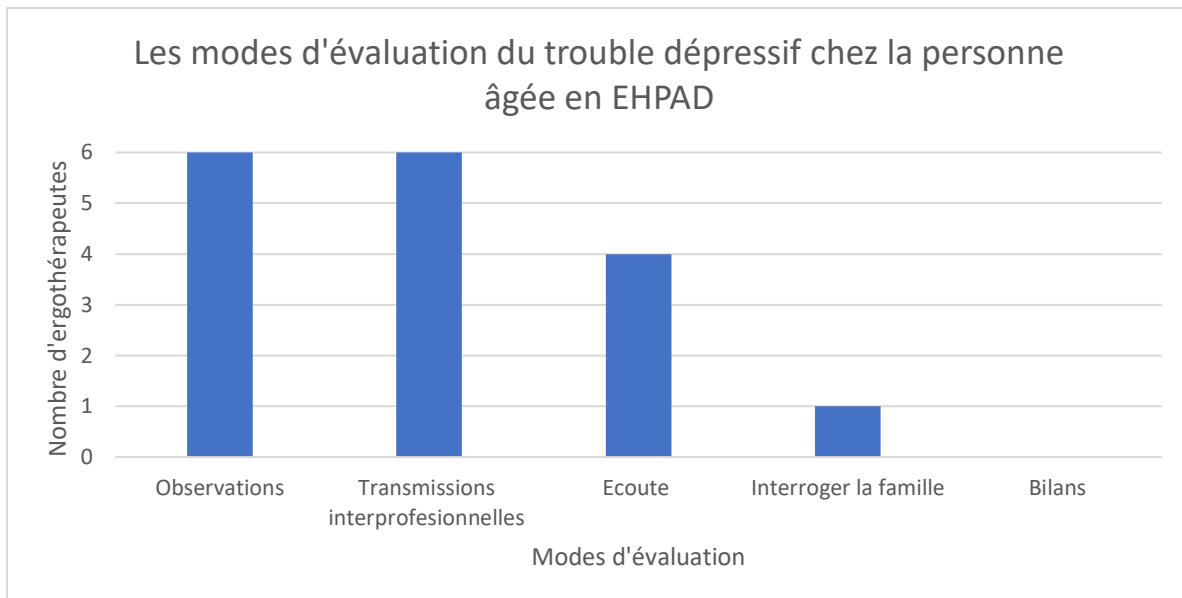


Figure 3 : Les modes d'évaluation du trouble dépressif chez la personne âgée en EHPAD

Les résultats sont unanimes. Les six ergothérapeutes ont évoqué les mêmes modes d'évaluation. Les plus utilisés sont l'observation, les transmissions interprofessionnelles et l'écoute. Aucun d'eux n'utilise d'échelle normée. Il est intéressant de remarquer que quatre ergothérapeutes sur six ont décrit le repérage de symptômes ou de changements de comportement assez similaires comme l'isolement, l'apathie, la perte d'appétit ou le repli sur soi. Ces derniers correspondent tout à fait aux symptômes relatifs à la dépression chez la personne âgée. Cependant, aucun n'a évoqué de troubles se rapportant à une symptomatologie plus atypique comme les délires, l'agressivité ou encore l'anxiété. On peut émettre l'hypothèse que les ergothérapeutes ont une bonne connaissance des signes cliniques de la dépression, mais peut-être moins de ses formes atypiques.

#### *Objectif 2 : Des éléments issus du processus de remotivation*

Rappel de l'objectif 2 : identifier si des éléments issus du processus de remotivation sont utilisés par l'ergothérapeute dans la prise en charge auprès de la personne âgée dépressive atteinte d'un trouble de la participation occupationnelle en EHPAD.

Sur tous les ergothérapeutes interrogés, aucun n'avait connaissance ou n'utilisait le processus de remotivation. Ainsi, pour répondre à cet objectif, j'ai décidé de créer un tableau reprenant toutes les stratégies suggérées dans le guide d'intervention ([Annexe 5](#)), que j'ai coché en fonction des stratégies équivalentes repérées dans le discours des interrogés. Ce dernier me permet d'analyser quelles stratégies, issues des différents stades et phases, sont les plus utilisées par les ergothérapeutes. En parallèle, il m'a semblé intéressant de rechercher un champ lexical de la volition qui sous-tend le processus de remotivation, afin de déterminer si les ergothérapeutes la prennent en compte dans leur accompagnement. D'autre part, comme nous l'avons dit précédemment, le guide s'appuie sur les

grands principes du MOH. C'est pourquoi, il m'a semblé pertinent de déterminer si certains de ces principes se retrouvent également dans la pratique des ergothérapeutes. De plus, le guide ne suggère pas que des stratégies. En effet, à chaque phase et stade du processus, il communique des informations et des conseils aux thérapeutes sur la posture à adopter auprès de la personne. C'est pourquoi, il était approprié de relever la présence de caractéristiques semblables liées à la posture thérapeutique adoptée par les ergothérapeutes auprès des résidents souffrant de dépression.

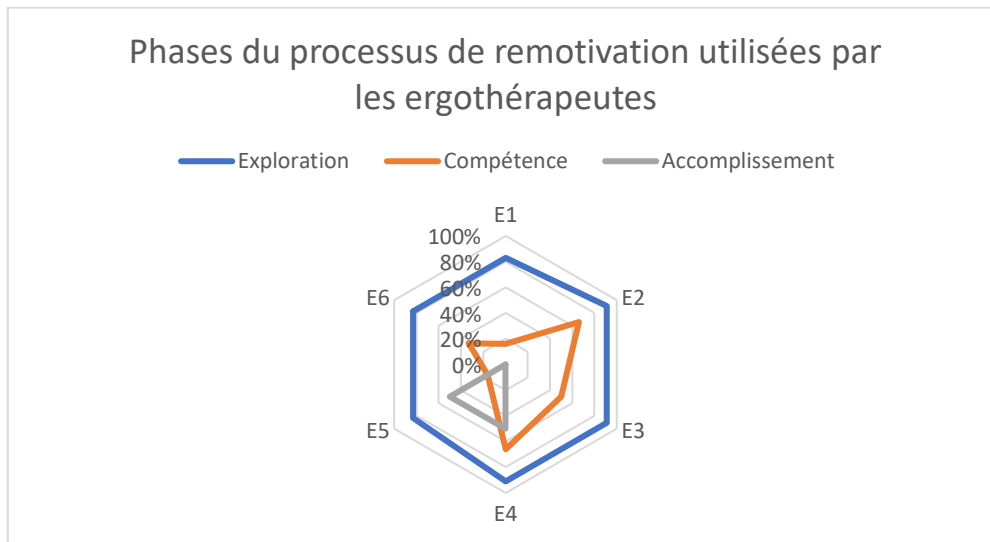


Figure 4 : Phases du processus de remotivation les plus utilisées par les ergothérapeutes

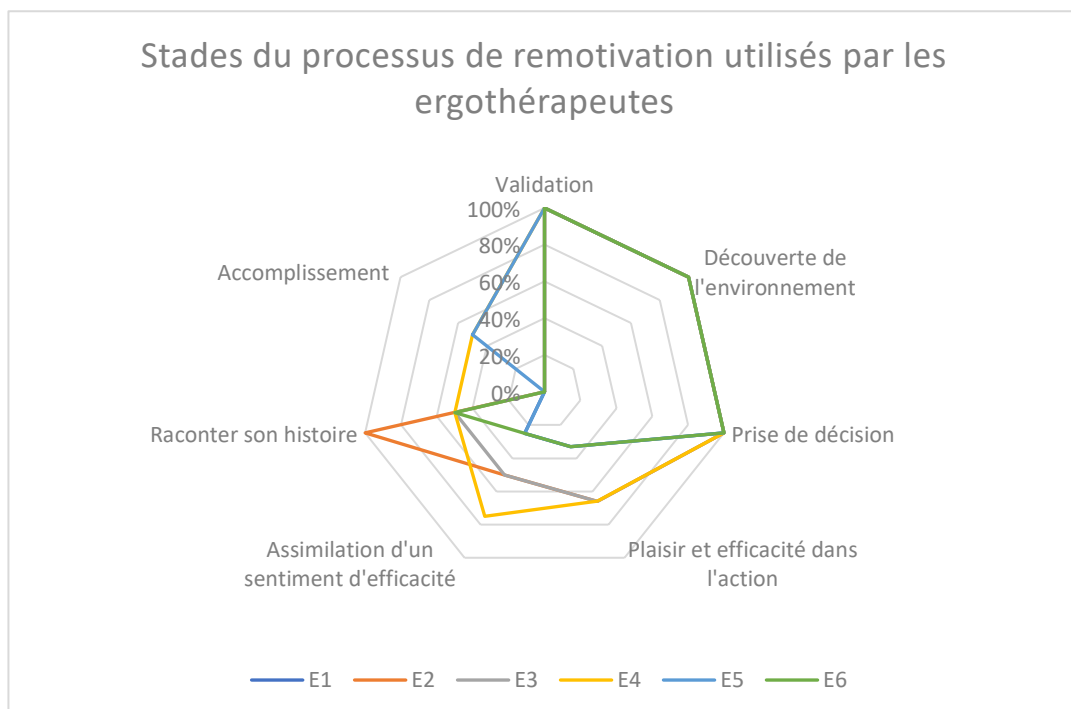


Figure 5 : Stades du processus de remotivation les plus utilisés par les ergothérapeutes

D'après ces résultats, on peut identifier que les ergothérapeutes exploitent en grande majorité les stratégies issues de la première phase du processus de remotivation (l'exploration). Dans cette phase, ces derniers utilisent à 100% les stratégies correspondant aux stades de validation, découverte de l'environnement et de prise de décision. Cela se traduit par des temps de présence, des échanges, de la valorisation, et la proposition d'activités signifiantes en lien avec les intérêts de la personne. D'autre part, il est intéressant de remarquer qu'à ce stade, beaucoup d'ergothérapeutes utilisent des activités sensorielles. En effet, on peut relever l'utilisation d'une couverture lestée, du toucher thérapeutique, ou encore l'exploration des sens avec le fait de goûter des aliments ou d'écouter de la musique. Pour expliquer le nombre plus important de stratégies relevées dans la phase d'exploration, on peut émettre l'hypothèse que cette dernière est peut-être plus longue et difficile à traverser pour la personne. En effet, comme l'on évoqué certains ergothérapeutes, l'établissement d'une relation de confiance peut être longue à s'installer. C'est peut-être pour cela que la phase d'exploration est plus conséquente que les autres en termes de stades. Par la suite, les résultats sont moins homogènes au niveau du stade de plaisir et d'efficacité dans l'action (phase exploration) ainsi que dans la phase de compétence. Cependant, on peut remarquer que l'on retrouve certaines stratégies utilisées quasiment à 100% par les ergothérapeutes, comme l'apport d'un soutien physique et émotionnel, ainsi que l'encouragement du résident à participer à des projets de groupe. Au sein de la phase de compétence, les stratégies utilisées sont assez disparates. Les ergothérapeutes 3, 4 et 5 utilisent d'avantage des stratégies favorisant l'apprentissage d'habiletés, alors que les ergothérapeutes 2 et 5 misent sur les rétroactions et les prises de consciences intuitives. Tandis que les ergothérapeutes 2, 3 et 6 intègrent des moments de réflexion ou de déstabilisation au sein de leurs activités. Les activités proposées sont également très différentes d'un professionnel à l'autre : certains vont mettre en place des aides techniques, d'autres des activités créatives, d'autres des groupes favorisant les échanges etc. Cette disparité dans les stratégies utilisées peut s'expliquer par les différentes sensibilités qui peuvent exister d'un thérapeute à l'autre. En effet, comme nous l'avons dit, le processus de remotivation n'est pas une recette et certaines stratégies sont plus ou moins saisies par les ergothérapeutes en fonction de leurs sensibilités, leurs intérêts et leurs valeurs dans l'accompagnement de la personne. Enfin, seuls les ergothérapeutes 4 et 5 ont évoqué une reprise de l'autonomie correspondant à la phase d'accomplissement où ce dernier n'a plus besoin d'être présent auprès de la personne. On peut émettre l'hypothèse, qu'il peut être difficile pour les résidents d'acquérir un haut niveau d'autonomie du fait de leur état de dépendance liés à leurs habiletés ou encore à l'environnement de l'EHPAD.

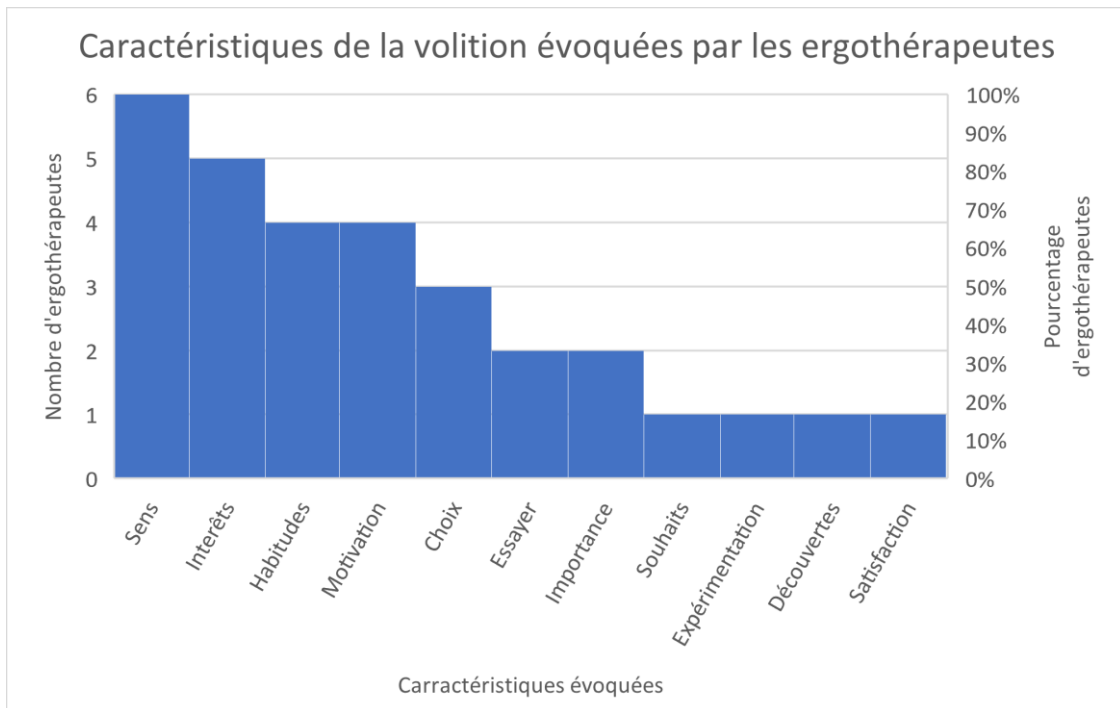


Figure 6 : *Caractéristiques de la volition évoquées par les ergothérapeutes*

Au travers des discours des ergothérapeutes, on retrouve un grand nombre de termes se rapportant à la notion de volition. Parmi les plus cités on retrouve le sens. 100% des ergothérapeutes s'accordent sur la nécessité de favoriser des occupations qui sont signifiantes et significatives pour la personne. Pour cela, nombreux s'intéressent à leurs habitudes de vie actuelles et antérieures. On retrouve ensuite des termes comme « intérêts », « habitudes » qui composent les fondements de la volition. D'autre part, 70% des ergothérapeutes ont évoqué spontanément la notion de motivation dans leur discours (en dehors de la dernière question du guide d'entretien). Enfin, l'accent est également porté sur la nécessité de laisser la possibilité au résident de faire des choix. Et enfin plusieurs ergothérapeutes évoquent l'idée d'un certain « lieu d'expérimentation » (Ergothérapeute 2), afin de favoriser les essais, les découvertes, et les possibilités de satisfaction dans l'action etc. Toutes ces grandes notions se retrouvent également dans les stades du processus de remotivation, puisque celui-ci est basé sur le processus volitionnel. Par exemple, on retrouve des objectifs comme « découvrir des intérêts », « choisir ses activités », « introduire des éléments significatifs », « expérimenter » etc. De ce fait, on peut affirmer que même si les ergothérapeutes n'évoquent pas explicitement le terme de volition, ils s'appuient implicitement sur toutes les notions qui la composent dans leur accompagnement de la personne âgée dépressive. Enfin, on peut noter que l'on retrouve également dans les entretiens, des termes se rapportant au domaine de la participation. Par exemple, trois ergothérapeutes ont évoqué le fait de donner la possibilité au résident d'avoir des rôles au sein de l'EHPAD, comme aider au service, participer à la rédaction du journal de l'EHPAD etc. Cette possibilité



d'attribution de rôles se retrouve également dans la phase de compétence du processus de remotivation.

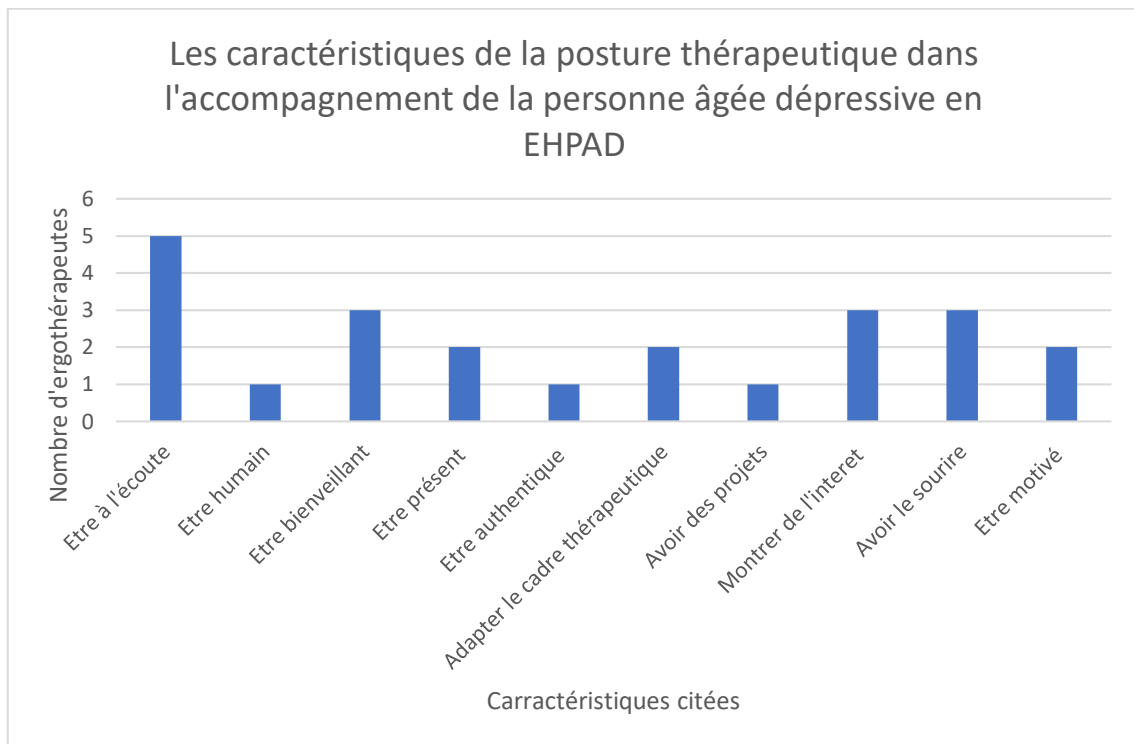


Figure 7 : Les caractéristiques de la posture thérapeutique des ergothérapeutes

Au vu de ces résultats, on remarque beaucoup de concordances avec les postures suggérées dans le guide d'intervention. Notamment le fait de se montrer à l'écoute, de porter de l'intérêt à la personne, d'avoir des objectifs, de montrer sa présence par le langage verbal et/ou non verbal. En effet 50% des ergothérapeutes ont évoqué l'importance d'avoir le sourire et d'avoir un contact visuel et/ou physique avec le résident. Toutes ces caractéristiques sont indispensables à l'établissement d'une relation de confiance, condition essentielle pour que la personne s'engage dans le processus de remotivation et l'accompagnement thérapeutique.

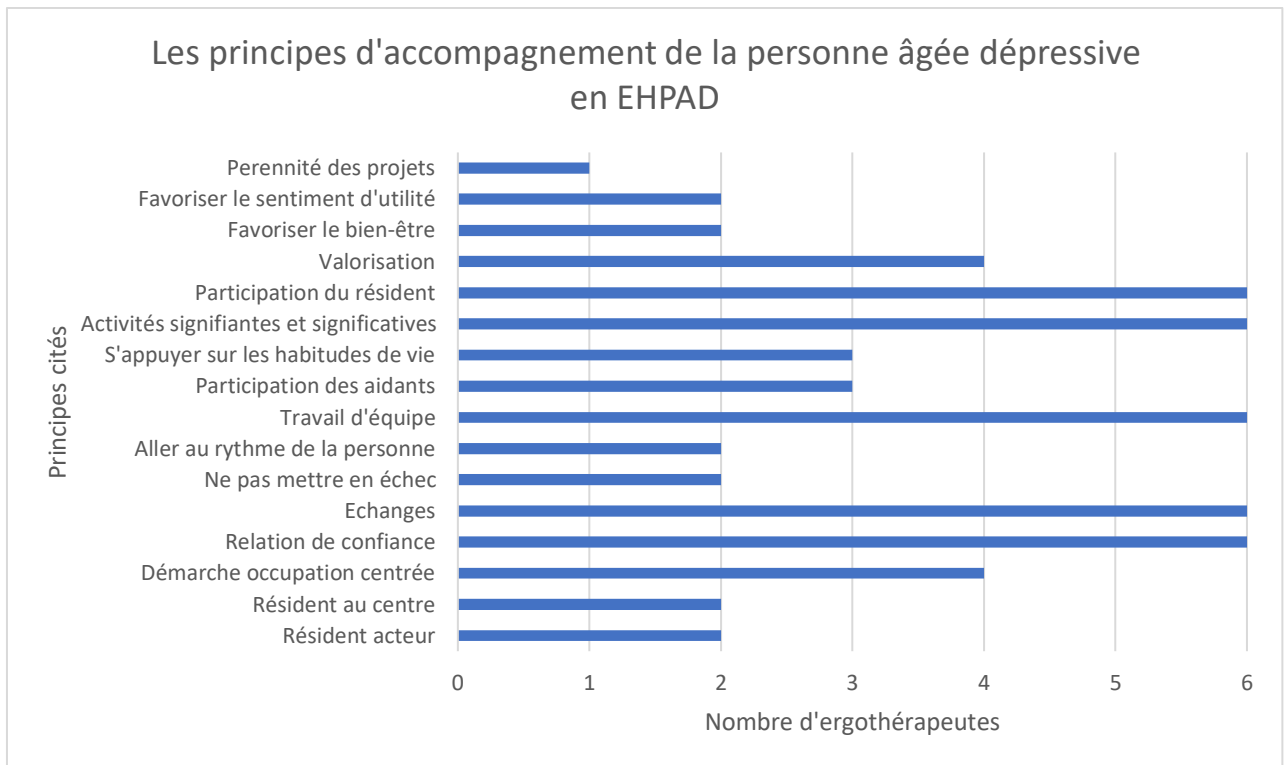


Figure 8 : Les principes d'accompagnement de la personne âgée dépressive par les ergothérapeutes

On retrouve de nombreuses concordances sur les principes d'accompagnement de la personne âgée dépressive dans le discours des ergothérapeutes. En effet, 100% des ergothérapeutes se rejoignent sur l'importance de préférer des activités signifiantes et significatives, d'avoir des échanges, de favoriser la participation du résident et surtout de travailler en équipe. On retrouve aussi l'importance d'établir une relation de confiance, ce qui rappelle notre idée précédente sur la posture thérapeutique. D'autre part, quatre ergothérapeutes ont évoqué l'importance des valorisations et d'une démarche centrée sur l'occupation et notamment sur les habitudes de vie. Cette dernière rejoint les propos de deux ergothérapeutes sur la nécessité d'un accompagnement centré sur le résident, en le rendant acteur. Pour finir, certains ont aussi évoqué des principes, comme favoriser le bien-être et le sentiment d'utilité, aller au rythme du résident et éviter les mises en échec. Ces notions se rapportent parfaitement aux principes issus du processus de remotivation, qui se veut être un continuum évolutif qui s'adapte au rythme du sujet. En somme, on peut dire que ces principes sont en parfaite concordance avec les grands principes du MOH ([Annexe 1](#)) et de surcroît avec l'utilisation du processus de remotivation.

#### *Objectif 3 : La favorisation de la participation occupationnelle*

Rappel de l'objectif 3 : analyser si le processus de remotivation (ou une prise en charge prenant en compte la volition) favorise une reprise de la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD.

Pour mon troisième objectif, j'ai décidé de mettre en relation les retours d'expérience des ergothérapeutes et les divers éléments facilitateurs et obstacles qu'ils rencontrent durant leur accompagnement. Ces derniers sont de précieux éléments pour évaluer l'intérêt et la faisabilité de l'utilisation du processus de remotivation auprès de la personne âgée dépressive en EHPAD. Ces informations seront mises en lien avec celles mentionnées dans l'entretien de Francis Guérette. J'ai également relevé des éléments pouvant émerger de façon inductive et n'étant pas forcément liés au processus de remotivation, comme les réflexions des ergothérapeutes, leurs intérêts, leurs réactions etc.

Au niveau des changements concernant la participation occupationnelle du résident dépressif après la prise en soin ergothérapeutique, les réponses sont assez mitigées. Les ergothérapeutes 1, 2 et 6 évoquent des changements positifs dans la participation occupationnelle comme des intégrations dans des groupes et de meilleures relations avec les autres. L'ergothérapeute 2 parle de « *plus d'ouverture sur les autres, vers les autres* ». L'ergothérapeute 6 évoque une « *rupture de l'isolement* », « *un mieux vivre* » et un « *regain de participation au sein de l'établissement* ». Enfin, les ergothérapeutes 3 et 5 parlent d'une reprise d'un « *élan de vie* ». Pour les ergothérapeutes 4 et 5 les améliorations de la participation sont plus mitigées et assez variables. L'ergothérapeute 5 explique que les améliorations sont facilitées chez les résidents « *les moins dépendants* ». Et enfin, l'ergothérapeute 4 précise que les progrès ne sont visibles que sur des moments ponctuels où le thérapeute est présent. En somme, les reprises de participations occupationnelles observées au sein de l'EHPAD par les ergothérapeutes sont assez variables et parfois minimes. En effet, l'ergothérapeute 2 dit : « *il y a toujours un peu d'incident sur la participation, même à minima* », mais que cela reste important pour la personne. De plus, aucun n'évoque de réelles reprises d'autonomie. Cela peut être mis en lien avec les résultats observés précédemment où seulement deux ergothérapeutes évoquent des stratégies appartenant à la phase d'accomplissement.

Les ergothérapeutes ont également relevé certains facteurs facilitateurs ou obstacles à l'accompagnement de la personne âgées atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD.

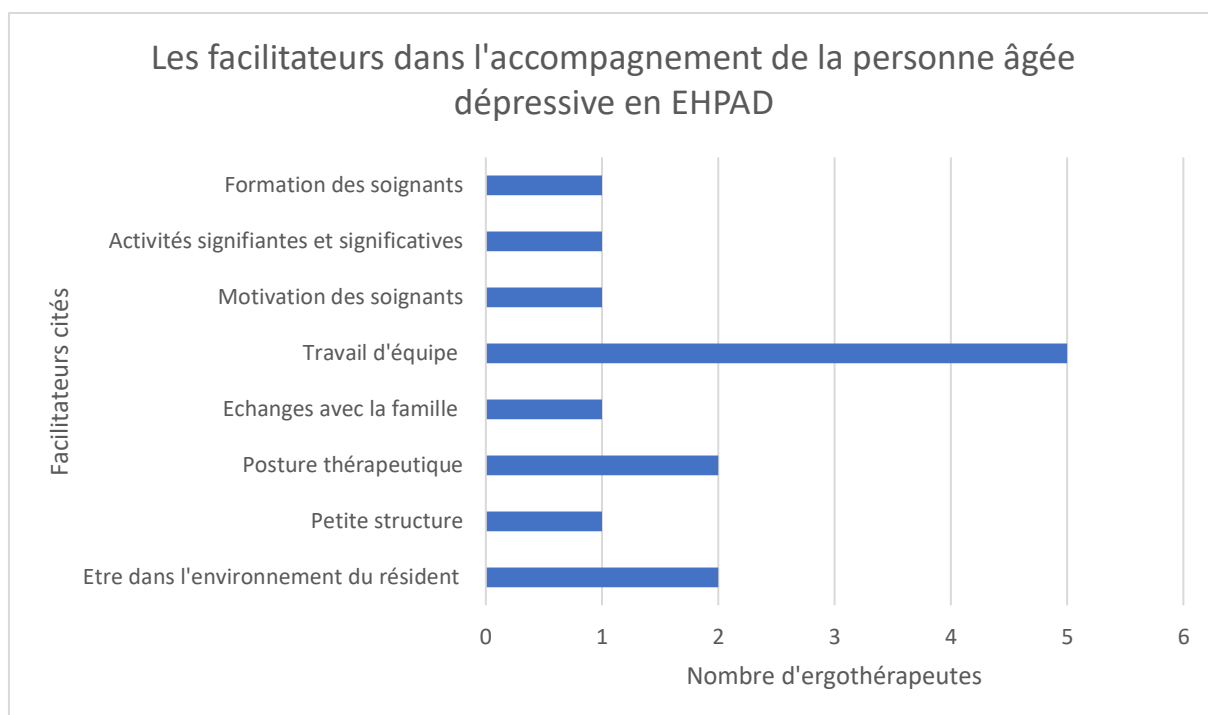


Figure 9 : Facteurs facilitateurs dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD

D'après les résultats, le facteur facilitant l'accompagnement de la personne âgée dépressive est incontestablement le travail en équipe. L'ergothérapeute 4 évoque aussi la motivation des soignants comme facteur facilitateur. Puis, suivent la posture thérapeutique telle qu'évoquée précédemment et le fait d'exercer dans l'environnement du résident. En effet, selon les ergothérapeutes 1 et 2 cela facilite une meilleure connaissance du résident ainsi que les observations sur d'éventuels changements dans les habitudes de vie. Francis Guérette évoque également l'importance de travailler auprès des acteurs qui « *peuvent aller dans le milieu de vie de la personne* », afin de croiser les regards sur le profil volitionnel du sujet. Pour lui : « *Ce n'est pas pour une chasse gardée, au contraire, plus qu'on va avoir de monde, qui par exemple vont développer la paire de lunettes VQ, mieux ça va être pour la personne. Puis au niveau de l'intervention, ça devient l'ergothérapeute qui devient le coach pour l'intervention dépendamment de la phase et du stade* ». De plus, l'ergothérapeute 3 évoque aussi les échanges avec les familles qui peuvent apporter des informations complémentaires sur l'histoire du résident et ses habitudes de vie antérieures. Francis Guérette rejoint cette idée en valorisant l'importance de travailler en collaboration avec les aidants. Les ergothérapeutes 2 et 5 parlent aussi de la mise en place d'activités signifiantes pour favoriser la participation de la personne. En effet, Francis Guérette ajoute que c'est un fondement du rôle de l'ergothérapeute. Il dit : « *C'est ça que Carmen nous dit. Les ergothérapeutes vous avez zéro pouvoir sur la motivation des gens. Le pouvoir que vous avez, c'est d'adapter l'environnement de la personne selon ses capacités volitionnelles, ses intérêts, l'environnement disponible, l'environnement du plus simple au plus complexe, de faire une activité significative pour la personne* ». Et enfin,

l'ergothérapeute 6 met l'accent sur l'avantage de former les soignants sur le rôle de l'ergothérapeute, afin qu'ils comprennent l'intérêt des moyens proposés auprès du résident, mais aussi dans leur pratique. Cette dernière appuie également sur l'importance du partage de compétence au sein des équipes. Francis Guérette évoque également cette idée en disant : « *Quand ils comprennent ce que je suis en train de faire avec elle, sur quoi je me base, sur quel modèle je me base. Ça fait toute la différence* ».

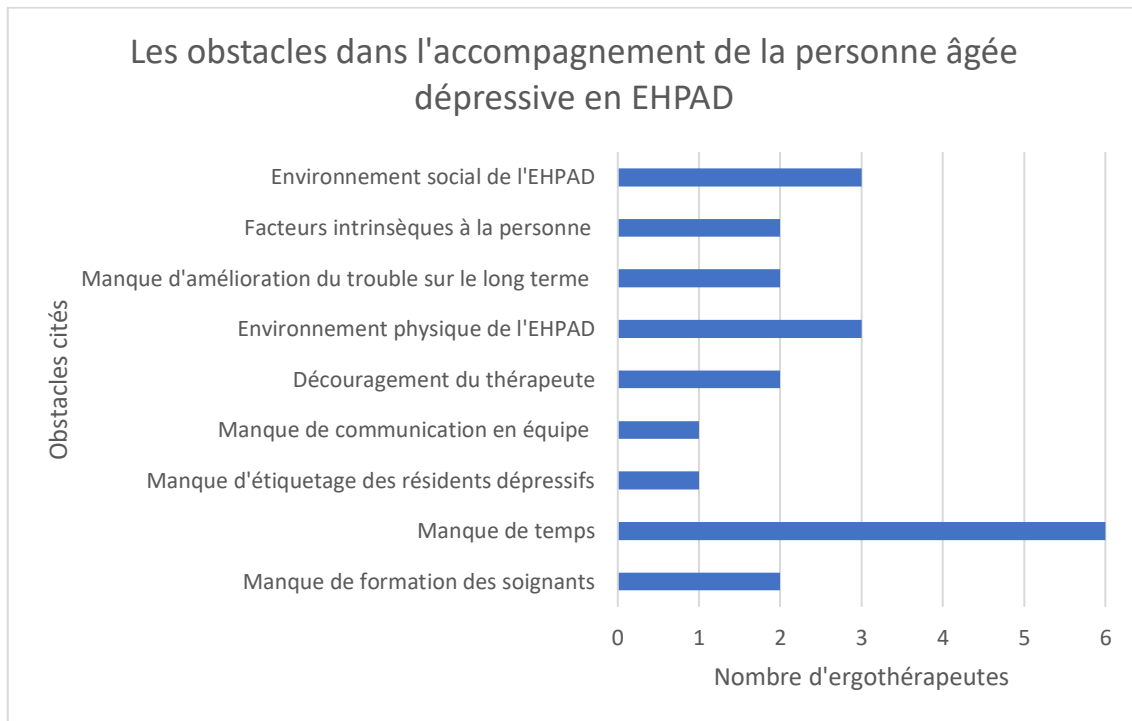


Figure 10 : *Obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD*

Dans un premier temps, on peut observer que les obstacles cités sont plus nombreux que les facilitateurs. On peut donc en déduire que les ergothérapeutes rencontrent certaines difficultés dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive. Cela peut être mis en lien avec le faible taux de stratégies retrouvés dans la phase d'accomplissement. Les résultats démontrent que le plus gros obstacle est le manque de temps, qui a été évoqué par tous les ergothérapeutes. Même ceux exerçant à temps plein, déplorent un manque de temps disponible auprès du résident. Les raisons les plus citées sont le temps de présence sur la structure et la charge de travail qui entravent les possibilités de suivis et la mise en place d'activités. En réponse à ce constat, l'ergothérapeute 2 évoque une piste de solution : « *Des personnes, des ergos qui vont être dans des EHPAD, seules pour 200 résidents (...) je ne sais pas comment ils font (...) Et là pour moi la solution, c'est le travail... Déjà de base pour moi, c'est primordial, le travail pluri pro, mais encore plus dans ces cas de figure là* ». S'en suivent des obstacles plus spécifiquement liés à l'environnement de l'EHPAD. L'ergothérapeute 4 parle de difficultés à pouvoir agir sur l'environnement préétabli de l'EHPAD, ainsi que des restrictions budgétaires, qui

limitent la possibilité de proposer des activités signifiantes aux résidents. L'environnement physique est également mis en cause. En effet, il dit : *« c'est vrai que cocooning avec des soignants qui rentrent avec les lèves personne tout le temps ou qui se baladent tout le temps avec des chariots de couches, ce n'est pas toujours évident »*. Des obstacles sont également relevés au niveau de l'organisation de l'EHPAD. L'ergothérapeute 6 parle du *« turn over »* des soignants et *« le manque de pérennisation des projets sur le long terme »*. L'ergothérapeute 5 questionne la possibilité des résidents à être autonomes et à pouvoir faire des choix. Il dit : *« Ils ont très peu d'autonomie (...) Ils n'ont pas le choix de leurs repas, leurs horaires, leurs sorties (...) Ils n'ont pas le choix de leurs activités (...) à partir du moment où tu participes à une activité, quelqu'un te propose, donc t'as déjà une perte d'autonomie, parce que ce n'est pas toi qui as été le décideur de ça »*. *« Qu'est-ce qu'on peut faire nous, par rapport à tout ça ? Avec le peu de temps qu'on a pour eux »*. On retrouve également des obstacles liés à l'environnement social de l'EHPAD qui peut venir entraver les possibilités du résident à tisser des liens sociaux. En effet, l'ergothérapeute 3 déplore un manque de disponibilité des équipes pour répondre aux besoins du résident. L'ergothérapeute 4 remarque un manque d'échanges entre les résidents du fait de leurs troubles cognitifs. Et enfin, l'ergothérapeute 6 pointe les décès récurrents qui peuvent être facteurs de ruptures. D'autre part, les ergothérapeutes 1 et 2 évoquent un manque de formation des soignants dans l'accompagnement de la personne âgées dépressive. De plus, les ergothérapeutes 4 et 5 parlent des difficultés à maintenir une amélioration de la participation sur le long terme, celle-ci étant liée aux facteurs intrinsèques à la personne, soit *« sa motivation »*, sa personnalité, *« la perte des capacités »*, *« la dépendance »*, ou encore la présence de troubles cognitifs. A ce sujet, Francis Guérette parle aussi des possibles difficultés à utiliser le processus de remotivation auprès de personnes atteintes de démences sévères. L'ergothérapeute 5 décrit des difficultés qui sont aussi reliées à l'environnement de l'EHPAD. On peut citer : *« Ça lui apporte un peu de bien être sur le moment, mais voilà, après elle retourne en chambre et la réalité de l'EHPAD fait aussi que les résidents ne veulent pas être là »*. Pour finir, il est important de relever que deux ergothérapeutes ont évoqué le sentiment d'être découragés ou démunis face aux troubles dépressifs. L'ergothérapeute 3 dit : *« Nous aussi on peut être vite pris dans la dépression (...) On entend toujours un discours négatif et tout ça, on a du mal à trouver les mots, l'énergie (...). Ou encore, l'ergothérapeute 5 qui confie : « Je ne vais pas te mentir, il y a des gens, ça fait un an et demi que je suis là, ça fait un an et demi que je n'ai jamais réussi à les sortir de leur chambre. C'est vrai que je ne devrais pas, mais il y a des personnes chez qui finalement j'ai lâché quoi »*.

D'autre part, il est intéressant de relever que la dernière question de l'entretien a laissé certains ergothérapeutes perplexes, qui ne savaient pas comment y répondre. On peut émettre l'hypothèse que cette question amène les ergothérapeutes à avoir un recul et une analyse de leur pratique. En effet, parfois les professionnels réalisent des actions de manière machinales ou

instinctives, sans vraiment percevoir qu'ils agissent sur la volition de la personne. Pour d'autres, cela a suscité beaucoup de réflexions et de questionnements sur leur pratique. Pour finir, les ergothérapeutes 2 et 6 s'accordent pour dire que ce qui favorise la motivation est de proposer des choses qui font sens pour le résident. L'ergothérapeute 5 met l'accent sur la force du groupe comme « *moteur de la motivation* ». Enfin, quatre ergothérapeutes sur six évoquent un désir ou un intérêt à bénéficier d'une « *grille de lecture* » (ergothérapeute 2), qui selon l'ergothérapeute 6 permettrait « *d'objectiver les choses* » et « *voir les choses différemment* ». L'ergothérapeute 5 parle également d'une envie de bénéficier de questionnaires qui permettraient d'en apprendre davantage sur les occupations de la personne, afin de « *comprendre de quoi la personne aurait potentiellement besoin* ». Et enfin, l'ergothérapeute 1 ajoute la nécessité de faciliter le repérage des résidents atteints de troubles dépressifs auprès des soignants.

## TROISIEME PARTIE DISCUSSION

### **I : Principes émergents**

De notre analyse, nous pouvons identifier plusieurs principes émergents. Tout d'abord, l'un des facilitateurs majeurs à la prise en soin de ce type de résident a été l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance. En effet, pour De Las Heras (2003) cette dernière doit être établie dès le début de l'intervention. Par la suite, nous avons identifié des principes communs entre tous les ergothérapeutes dans leur accompagnement de la personne âgée dépressive. On y retrouve implicitement des notions de la volition, comme la favorisation des activités signifiantes et significatives, la possibilité de laisser le résident faire des choix, favoriser ses expérimentations etc. En somme, une démarche centrée sur la personne et ses occupations. D'autre part, cette étude a mis en évidence l'importance du travail d'équipe. Que ce soit dans l'évaluation des troubles dépressifs que dans l'accompagnement de la personne âgée. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la dépression peut être sous diagnostiquée du fait de sa complexité. Or, les résidents atteints de cette pathologie complexe, évoluent également dans un lieu complexe qu'est l'EHPAD. Dans cet environnement se côtoient beaucoup de personnes : résidents, soignants, personnel administratif, personnel hôtelier etc. En somme, une marée humaine qui peut potentiellement venir recouvrir le repérage des troubles dépressifs. De plus, les ergothérapeutes ont tous évoqué un manque de disponibilité auprès du résident. Cela s'explique par un temps de présence réduit sur la structure, ou une grande part de travail dédiée aux missions de positionnement ou de gestion du matériel. De ce fait, ils déplorent des difficultés à pouvoir observer et suivre tous les résidents. De plus, comme

l'explique Bardin (2005), le repérage des troubles dépressifs se fait essentiellement par une démarche clinique. Le travail en équipe au sein de l'EHPAD s'avère donc indispensable dans l'accompagnement du résident dépressif, afin de croiser les regards et les observations de tous les professionnels. Cependant, pour repérer les symptômes d'une dépression, il faut avant tout en avoir une bonne connaissance. Certains ergothérapeutes ont évoqué la nécessité de former les soignants à la compréhension des troubles dépressifs pour mieux les repérer et les prendre en charge. Enfin, l'analyse des résultats a soulevé des difficultés dans l'accompagnement de ce type de résident. Ces dernières peuvent être intrinsèques au résident comme sa personnalité, la présence de troubles cognitifs, son manque de motivation etc. Ou extrinsèques à la personne et liées à l'environnement de l'EHPAD, qui laisse peu de possibilités d'agir au résident et au thérapeute.

## **II : Retour sur l'hypothèse**

L'analyse a pu mettre en évidence un grand nombre de stratégies utilisées par les ergothérapeutes qui sont aussi issues du processus de remotivation, notamment celles de la phase d'exploration. De plus, on retrouve bien la notion de processus dans le discours des ergothérapeutes avec dans un premier temps, la favorisation de l'installation d'une relation de confiance dans un accompagnement individuel. Puis, des évolutions vers des échanges entre résidents, des intégrations dans des groupes et parfois une reprise de la participation occupationnelle de manière autonome. Or ces étapes correspondent sensiblement aux stades décrits dans le processus de remotivation. De ce fait, on peut en déduire que même si les ergothérapeutes n'ont pas connaissance du guide, ils l'utilisent de manière implicite. Que ce soit dans les stratégies employées que dans les principes qu'ils mettent en œuvre dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive. L'utilisation du processus de remotivation est donc en parfaite adéquation avec leurs valeurs et leurs intérêts. On relève également des regains de participation, même si cela s'effectue parfois à minima. Ainsi, nous pouvons constater que son utilisation, même implicite, démontre des effets positifs sur la participation occupationnelle des résidents dépressifs. Par conséquent, cette méthode est pertinente pour faciliter l'accompagnement de ce type de public. On peut donc affirmer que notre hypothèse est validée. De plus, le processus de remotivation aurait également un intérêt pour guider la pratique des professionnels et adapter leur posture thérapeutique. En effet, ce dernier pourrait favoriser la compréhension des professionnels sur l'évolution du processus volitionnel. En effet, quatre ergothérapeutes sur six ont mentionné le besoin d'avoir une grille de lecture qui permettrait à la fois de mieux comprendre et déceler les troubles dépressifs, mais également d'avoir un regard différent sur leur pratique et de mieux comprendre les besoins du résident. Le guide d'intervention pourrait donc être un formidable outil sur lequel les professionnels pourraient s'appuyer et dans lequel ils



pourraient piocher des stratégies ou des conseils. Cela pourrait peut-être pallier aux difficultés évoquées par certains ergothérapeutes, comme le découragement ou le fait d'être démunis face aux troubles dépressifs. On peut émettre l'hypothèse que le fait de disposer de stratégies concrètes pourrait permettre aux ergothérapeutes d'aller plus loin dans le processus et favoriser les améliorations de la participation sur le long terme. Deux ergothérapeutes ont également mentionné leur désir d'acquiescer un outil d'évaluation de la volition, ou encore un questionnaire pour mieux cerner les occupations du résident. De ces propos, on ne peut que faire le rapprochement avec des outils proposés par le modèle MOH, comme le VQ, la liste des intérêts, la liste des rôles, l'OCAIRS etc. De plus, l'utilisation de ces outils est fortement conseillée en association avec le processus de remotivation. Ainsi, les professionnels pourraient expérimenter et bénéficier d'une véritable boîte à outils avec des solutions concrètes dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive. Pour De Las Heras et ses collaborateurs, le processus de remotivation peut être utilisé dans toutes les situations auprès de tous types de personnes, même celles atteintes de démence. En effet Raber (2010) et ses collaborateurs ont mené des études de recherche sur le terrain auprès de personnes âgées atteintes de démences et toutes soulignent l'utilité du processus de remotivation. *« Plus précisément, il a été déterminé que les animateurs doivent reconnaître les expressions non verbales et les indicateurs volitionnels afin de guider le processus de raisonnement sur les besoins motivationnels de la personne et de réagir en conséquence. Les études ont également déterminé que fournir des démonstrations de stratégies de processus de remotivation lorsque l'on travaille avec des partenaires de soins était l'une des meilleures méthodes pédagogiques pour la formation, et que prendre soin des soignants était crucial lorsque l'on travaille avec cette population »* (De Las Heras, Llerena, Kielhofner, 2006). A plus grande échelle, cette méthode pourrait être utilisée par toute la constellation du client qui gravite autour de lui. L'ergothérapeute pourrait donc jouer un rôle dans la formation des aidants au processus de remotivation. Cependant, l'application de cette méthode se heurte à certaines limites comme le manque de temps évoqué précédemment, ou encore l'environnement de l'EHPAD lui-même. En effet, cette méthode requiert de laisser une possibilité d'autonomie et de choix à la personne. Ce qui est parfois difficile en EHPAD. On peut donc en déduire que les possibilités d'application de cette méthode vont être très dépendantes des opportunités fournies par l'environnement de l'EHPAD. En effet, *« Le processus de remotivation exige que les facteurs environnementaux physiques et sociaux soient soigneusement organisés pour le client »* (De Las Heras, Llerena Kielhofner, 2006). Pour cela, comme l'explique Francis Guérette, il faut sensibiliser les équipes et la direction à l'importance de favoriser la motivation des résidents. Et comme le disait l'ergothérapeute 6, il faut mettre en avant les bénéfices qui peuvent en découler au niveau du résident mais aussi dans la pratique des soignants.

### III : Intérêts et limites de l'étude

Tout d'abord, l'une des forces de cette étude a été la grande diversité des témoignages obtenus, à savoir six ergothérapeutes ayant une expérience en EHPAD auprès de ce type de public, et exerçant dans des structures pourvues de caractéristiques différentes. Ainsi que le témoignage d'un ergothérapeute expert qui a utilisé et étudié le processus de remotivation dans sa pratique. Les résultats sont donc assez fiables et représentatifs. En effet, cela a permis d'avoir une vision globale des divers accompagnements réalisés auprès du résident dépressif. De plus, l'analyse des résultats a permis de révéler des éléments communs entre les pratiques des ergothérapeutes que ce soit au niveau des moyens mis en œuvre, des modes d'évaluation, des principes de prise en soin etc. Ainsi que des liens avec le processus de remotivation qui était le sujet de notre hypothèse. D'autre part, cette étude a eu le bénéfice de favoriser des analyses réflexives chez certains ergothérapeutes sur leur rôle et leur pratique au sein de l'EHPAD. Une autre force est la pertinence du sujet de cette étude, qui est un véritable sujet de santé publique qui risque de s'accroître encore au fil des années. L'hypothèse qui y est associée est également pertinente, car la motivation à agir est un sujet récurrent auquel tout ergothérapeute peut être confronté dans sa pratique. Le processus de remotivation pourrait donc aider les professionnels dans tous types de situation ou quand ils se sentent en difficulté. La volition est également une notion très importante à prendre en compte car c'est elle qui sous-tend l'engagement de la personne et de ce fait sa participation occupationnelle. Au niveau des limites, au vu du temps qu'il m'est imparti, je me suis rendu compte que cette étude mériterait d'être beaucoup plus approfondie dans un travail de recherche, afin d'étudier toutes les subtilités du processus de remotivation et toutes les techniques qui s'y rattache. Selon mes recherches, il n'existe pas d'études menées en France sur l'utilisation du processus de remotivation auprès de personnes âgées. Les seules études retrouvées sont celles de De Las Heras, Pépin et ses collaborateurs ou encore Raber et ses collaborateurs. De ce fait, les ergothérapeutes interrogés ne connaissent pas le processus de remotivation, ce qui limite la validation complète de notre hypothèse. Nous pourrions aussi relever une limite au niveau de l'entretien bonus, car Monsieur Francis Guérette n'a pas pratiqué le processus de remotivation auprès de ce type de public. De plus, l'analyse des résultats s'est basée sur un repérage des stratégies et des composantes du processus de remotivation dans le discours des ergothérapeutes. Or, cette technique peut engendrer une perte de certaines informations, car ces dernières ont été choisies de manière subjectives en fonction des objectifs d'enquête et des thèmes préalablement fixés, ce qui peut biaiser la sélection des données. De plus, les stratégies évoquées ne sont peut-être pas représentatives à 100% de la prise en soin des ergothérapeutes. En effet, il est possible que les ergothérapeutes utilisent d'autres stratégies issues du processus, dont les éléments n'ont pas été cités. Pour autant, cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas appliquées. Il est également difficile de définir

l'utilisation spécifique d'une stratégie à un stade avec de simples évocations de moyens. De plus, les entretiens ont mis en évidence une évolution dans la prise en soin des résidents, mais celle-ci n'est déterminée qu'à partir de morceaux de phrases. Pour vérifier cette hypothèse de manière rigoureuse et scientifique, il faudrait mener une étude exploratoire de recherche sur le terrain, avec des ergothérapeutes qui utiliseraient concrètement ce guide auprès des personnes âgées en EHPAD. En somme, il faudrait encourager la recherche en France autour de l'utilisation du processus de remotivation. Il aurait été également intéressant d'interroger d'autres professionnels qui interviennent au quotidien auprès du résident, afin de recueillir leurs propres retours d'expérience et analyser si des stratégies issues du processus de remotivation sont également présentes dans leurs discours.

#### **IV : Vers une évolution du rôle de l'ergothérapeute en EHPAD**

Le rôle de l'ergothérapeute est légitime dans l'accompagnement de la dépression chez la personne âgée puisque celle-ci impacte fortement la participation occupationnelle. Or, favoriser l'engagement et la participation de la personne dans son quotidien est l'objectif ultime de l'ergothérapie. Pour cela, nous avons vu que l'utilisation du processus de remotivation pourrait être un formidable outil ergothérapique dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD. De ce fait, l'ergothérapeute serait un acteur privilégié dans la sensibilisation des aidants (proches ou professionnels) à la notion de volition. En effet, l'ergothérapeute ne peut agir seul et les conditions environnementales ne le permettent pas. C'est pourquoi, il serait intéressant que l'ergothérapeute puisse avoir un rôle d'informateur et de formateur auprès des aidants sur l'utilisation du processus de remotivation en l'adaptant avec un vocabulaire accessible et des exemples concrets. En effet, collaborer avec les acteurs qui évoluent au plus près du résident permettrait de les rendre plus acteurs et plus investis dans la prise en soin, mais également de pallier ce manque de temps disponible auprès du résident. En effet, comme le dit Francis Guérette, toutes les occasions sont propices à observer le comportement volitionnel du résident. Inclure les aidants à cette démarche permettrait de multiplier les regards dans tous les instants où l'ergothérapeute ne peut être présent. La formation fait partie du domaine de compétence de l'ergothérapeute et cette approche pourrait élargir encore plus le champ des compétences de ce dernier en EHPAD, en intégrant cette sensibilisation aux autres formations plus classiques comme les risques de chute, la prévention des escarres etc. Cette formation ne se limiterait pas qu'aux troubles dépressifs, mais à tous les résidents de manière générale qui présentent des troubles de la participation. En effet, il n'est pas aisé de remotiver quelqu'un à agir. Cela permettrait d'inclure d'avantage les aidants dans l'accompagnement des résidents en leur attribuant une certaine expertise. Cette idée est parfaitement évoquée dans le

processus de remotivation. En effet on peut relever : « *le Processus de Remotivation peut être entrepris par un éventail de professionnels de santé et d'autres personnes significatives dans le réseau social de la personne. Pour des raisons pratiques, l'ergothérapeute peut ne pas être le seul à mettre en œuvre la démarche de remotivation. Au lieu de cela, le thérapeute peut souvent enseigner des éléments du processus aux prestataires de soins de santé interdisciplinaires et aux profanes, y compris les membres de la famille et les autres soignants, qui sont directement impliqués avec la personne participant à ce processus* » (De Las Heras, Llerena, Kielhofner, 2006). Du même temps, cela pourrait également justifier et mieux définir le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD, qui comme nous l'avons vu dans la première partie est parfois confondu avec un rôle d'animateur ou associé qu'à la gestion de matériel. Cependant, pour que les ergothérapeutes puissent former les aidants, il doit avoir été lui-même formé aux notions du MOH et aux outils associés. Comme l'écrit De Las Heras, une connaissance de ce modèle est fortement conseillée pour aborder le guide d'intervention. On pourrait émettre l'idée qu'une formation spécifique sur le processus de remotivation soit associée lors de la sensibilisation aux modèles conceptuels durant le cursus scolaire. On peut également espérer que cette plus-value du rôle de l'ergothérapeute soit reconnue à plus grande échelle et puisse ouvrir à d'avantage de possibilités d'embauche à temps plein dans les EHPAD. En attendant, l'ergothérapeute doit s'adapter et tirer avantage de l'environnement dans lequel il évolue.

## CONCLUSION

Au cours de ce travail de recherche, nous avons pour objectif de favoriser la participation occupationnelle de la personne âgée atteinte d'un trouble dépressif en EHPAD. En effet, cette pathologie complexe et sous diagnostiquée impacte toutes les sphères de la personne et entraîne de réels troubles de la participation chez la personne âgée. L'ergothérapeute a donc un rôle important à jouer auprès de cette population. Dans un premier temps, il a été nécessaire de bien comprendre le fonctionnement et l'environnement de l'EHPAD, car les composantes de la personne sont toujours en interaction avec l'environnement. Puis, il a fallu étudier la sémiologie et les facteurs de la dépression chez le sujet âgé, afin de comprendre ses impacts sur la personne. Puis, pour répondre à cette problématique nous avons émis l'hypothèse d'utiliser le processus de remotivation pour agir sur la volition du résident pour favoriser sa participation occupationnelle au sein de l'EHPAD. Ce dernier n'étant pas étudié en France, nous avons mené une recherche auprès de six ergothérapeutes afin d'analyser leur pratique et déceler des concordances ou des différences avec les stratégies proposées dans le guide d'intervention du processus de remotivation. Pour enrichir notre recherche, nous avons également recueilli l'expertise de Monsieur Francis Guérette qui a utilisé et étudié le processus de remotivation dans sa pratique auprès de personnes atteintes de dépression sévère. Les résultats ont démontré que les ergothérapeutes utilisent implicitement une grande quantité de stratégies issues de ce processus. Ce qui démontre son intérêt à être utilisé auprès de ce type de public. De plus, le processus de remotivation pourrait s'avérer être un outil facilitant la pratique des ergothérapeutes, mais également la collaboration interprofessionnelle qui est indispensable au sein d'un environnement aussi complexe que l'EHPAD. En effet, tous les intervenants auprès du résident peuvent avoir un rôle à jouer dans le renforcement de la volition et la favorisation de la participation occupationnelle. Cependant, la mise en application de cette méthode se heurte à certaines limites qui sont conditionnées par l'environnement de l'EHPAD. De ce fait, cette étude ouvre sur la question d'une remise en question de l'organisation actuelle des EHPAD. De plus, comme nous avons pu le voir dans l'actualité récemment, l'EHPAD est la cible de certaines polémiques et son organisation reste complexe. En effet, l'EHPAD se veut à la fois être un lieu de vie dans une démarche de favorisation de l'autonomie des résidents, mais il reste encore coloré par un fonctionnement hospitalier pourvu de règles et d'impératifs, qui peuvent venir entraver la liberté d'agir des résidents. En effet, comme l'écrit Villez (2007), l'EHPAD a subi une sorte « *d'hybridation* » depuis l'augmentation des prises en soin auprès de personnes de plus en plus dépendantes. Le rapport d'information n°453 de la commission des affaires sociales mentionne que : « *un EHPAD, même en étant un lieu de fin de vie, doit rester un*

lieu de vie » (Bonne, Meunier, 2021). De ce fait, à l'heure où ce rapport préconise la fixation d'un « objectif d'arrêt de construction d'EHPAD à court terme », on peut se demander si aujourd'hui, l'identité et l'environnement des EHPAD ne devraient-ils pas être redéfinis ?

## BIBLIOGRAPHIE

Abdoul-Carime, S. (DREES). (Janvier 2020). Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé. *Etudes et résultats*, Direction de la recherche et des études, de l'évaluation et des statistiques (1141).

Agence Régionale de Santé (ARS) (2018). L'accompagnement des personnes âgées. Repéré à [L'accompagnement des personnes âgées | National \(sante.fr\)](#)

American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy framework: domain and concern (2<sup>nd</sup> ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), p.625-683.

American Psychiatric Association (2000). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (révisée 4e éd). Washington, DC : Auteur.

Association nationale des ergothérapeutes (ANFE). Qu'est-ce que l'ergothérapie. Repéré à [Qu'est ce que l'ergothérapie – ANFE](#)

Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), CATEL (Décembre 2014). Image précise de l'exercice des ergothérapeutes sur le territoire – Situation au 1er janvier 2015. Repéré à [ANFE-CATEL-Enquete nationale ergos-Rapport final-VF-230415.pdf](#)

Association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG). Ergothérapeute en gériatrie. Repéré à [index \(afeg.asso.fr\)](#)

Balier, C. (1973). Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement. In *sociale C, ed. Le temps et la vie, les dynamiques du vieillissement*, de Jean Guillaumin et Hélène Reboul.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

Bazin, N. (2005). Evaluation de la dépression de la personne âgée. Dans P. Thomas et C. Hazif-Thomas, P (dir.), *Traité de psychogériatrie* (p.179-186). Paris : Med-line éditions.

Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société*, 28(112), 63-72.

Blanchet, A., Ghigliones, R., Massonnat, J., Trognon, A. (2013). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social science and medicine*, 52(6) : 911-919.

Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des ehpad. *Empan*, 91, 56-61. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>

Breines, E. B. (1995). Occupational therapy activities from clay to computers; Theory and practice. Philadelphia : F. A. Davis.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (Avril 2019). La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents. Repéré à [La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents \(cnsa.fr\)](#)

Campenhoudt, V.L, Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (4<sup>ème</sup> édition). Dunod.

Charras, K., Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39(152), 169-183. <https://doi.org/10.3917/g1.152.0169>

Custer, V. L., Wassink, K.E. (1991). Occupational therapy intervention for an adult with depression and suicidal tendencies. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45, 845-848.

Clément, J. (2009). Questionnements sur la dépression chez le sujet âgé. *L'Encéphale*, 35(4), 32-33.

Clément, J.P. (2004). Dépression du sujet âgé : perspectives. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2004, vol. 2 (Suppl. 1), S69-S72.

Creek, J. (2003). Occupational therapy defined as a complex intervention. London: college of occupational therapists.

De Las Heras, C.G. (1998). A user's Manual for the Volitional Questionnaire. University of Illinois of Chicago. Department of Occupational Therapy.

De Las Heras, C.G., Llerena, V., Kielhofner, G. (2003). Remotivation process : progressive intervention for individuals with severe volitional challenges : user's manual version 1.0. College of Applied Health Sciences.

De Las Heras, C.G., Llerena, V., Kielhofner, G. (2006). Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition : guide de l'intervenant. Université de Laval, Faculté de médecine, Centre de référence du Modèle de l'occupation humaine.

De Las Heras, C.G. (2006). Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique. (traduit par M. Gillet et F. Guérette), *Le partenaire*, 13(2), 4-12.

Demoncy, A. (2016). *La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien*. *Kinesither Rev*, 16(180). 32-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>

Devereaux E., Carlson, M. (1992). The role of occupational therapy in the management of depression. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46 ,175-180

Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92. <https://doi.org/10.3917/g1.112.0073>

Drake, M. (1992). *Crafts in therapy and rehabilitation*. Thorofare, N J : Slack.

Epp T. (2003). Les soins centrés sur la personne dans la prise en charge de la démence : une vision à clarifier. *La Revue Canadienne de la Maladies d'Alzheimer*, 14-18.

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, hors série 6, 139-157.

Falardeau, M. (Juin 1997). Intervenir auprès des personnes souffrant de dépression en tenant compte de la dimension spirituelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 127-137.

- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Dunod.
- Gélinas Proulx, A., Dionne, É. (2010). Compte rendu de [Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : *L'entretien* (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.] Mesure et évaluation en éducation, 33(2), 127–131. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun ».
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, recommandation de bonne pratique. France
- Karel M. (1997). Aging and depression: Vulnerability and stress across adult- hood. *Clinical Psychology Review*, 17, 847-879.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin.
- Kuhne, N., Bedin, M.G., Chappuis, M. (2015). Risque et autonomie chez la personne âgée. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.165). De Boeck-Solal.
- Le Bozec, M., Bouché, C. (2020). La dépression de la personne âgée, encore sous-diagnostiquée et sous-traitée, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 59, Issue 600, 2020, Pages 23-27, ISSN 0515-3700, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.09.013>.
- Le Gall, J. (2007). Les personnes âgées en institution : Le droit du citoyen est-il respecté ? *Gérontologie et société*, 30(120), 143-151. <https://doi.org/10.3917/g.s.120.0143>
- Légifrance (Janvier 2002). LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Repéré à [LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/LOI_n_2002-2_du_2_janvier_2002_renovant_l_action_sociale_et_medico_sociale)
- Limosin, F. Manetti, A. René, M. Schuster, JP. (2015). Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG* 2015 ;15(89) : 256-61.
- Lleshi, V., Bizzozzero, T. (Septembre 2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 1785-1789.
- Mahaffey L. (2007). Occupational Therapy and Depression: Reconstructing Lives. Repéré à : <https://www.aota.org/About-OccupationalTherapy/Professionals/MH/Articles/Depression.aspx>. Consulté le 01/04/2022
- Mallon I., (2004). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes, PUR.
- Mallon, I. (2007). Entrée en maison de retraite. Rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et Société*, 121, 251-264.



- Meeus, P. (2009). Ergothérapie et animation en institution pour personnes âgées. Dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Paris : De boeck supérieur
- Meeus, P., (2012). Le rôle des ergothérapeutes dans la prévention de dépendance des personnes âgées. Repéré à : <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article160>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Louvain-la-Neuve: De boeck supérieur
- Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine. Dans M. e. Morel-Bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 97-107). Louvain-la-Neuve: De boeck solal.
- Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Dans M.C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2e ed., p.72-84). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, 2010. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>, consulté le 11 septembre 2018].
- Olivier, M. (2012). Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD : entre préjugés et réalité. [Mémoire d'initiation à la recherche, IFPEK]. [ifpek.centredoc.org](http://ifpek.centredoc.org). Repéré à [doc\\_num.php\(centredoc.org\)](http://doc_num.php(centredoc.org))
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (Octobre 2012). La dépression en Europe. Repéré à [OMS/Europe | Santé mentale - La dépression en Europe \(who.int\)](http://OMS/Europe | Santé mentale - La dépression en Europe (who.int))
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G. (2006). A User's Manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). University of illinois : the Model of Human Occupation Clearing. Department of Occupational Therapy.
- Pierce D. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-La-Leuve: De Boeck, 2016.
- Piquemal-Vieu, L. (1999). Vieillir chez soi ou en maison de retraite... Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle. (Thèse de psychologie, Université Le Mirail, Toulouse).
- Raber, C., Teitelman, J., Watts, J. et Kielhofner, G. (2010). Une étude phénoménologique de la volition dans les occupations quotidiennes des personnes âgées atteintes de démence. *Journal britannique d'ergothérapie*, 73(11), 498-506.
- Rigaud, A.S. (2008). Dépression et vieillissement. *L'Encéphale*, Paris, Hors-série 2, 9-13.
- Scaffa, M. E., Brownson, C. (2005). Occupational therapy interventions: Community health approaches. Dans C. H. Christiansen, C. M. Baum, et J. Bass-Haugen (dir.), *Occupational therapy: Performance, participation and well-being* (3e éd.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Service public (Mars 2020). Ehpap : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Repéré à [Ehpap : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | service-public.fr](http://Ehpap : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | service-public.fr)
- Sibille, F-X., Verreckt, E., Philippot, P., Agrigoroaesi, S., Gobiet, P., Mees, L., ... Schoevaerdt, D. (2019). Clinique de la dépression chez la personne âgée. *Louvain Med*, 138(10), 585-590.
- Somme, D. (2003) Dossiers solidarité et santé n° 1, janvier-mars 2003 : « participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », pp. 35 à 47. Repéré à [Dossiers solidarité et santé n° 1 • janvier - mars 2003 \(inist.fr\)](http://Dossiers solidarité et santé n° 1 • janvier - mars 2003 (inist.fr))

- Tacnet Auzzino, D. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société*, 32(131), 99-121. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0099>
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (2005). Problématiques de la dépression de la personne âgée. Dans P. Thomas et C. Hazif-Thomas, P (dir.), *Traité de psychogériatrie* (p.179-186). Paris : Med-line éditions.
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 31(126), 141-155. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0141>
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (2008). Dépression chez la personne âgée. *La revue du praticien*, 389-393.
- Thomas P, Hazif-Thomas C, Clement J-P (2008). La Démotivation chez la personne âgée. *Rev Prat*. 58:1295-1302
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (Mars 2013). Dépression de la personne âgée en institution. *La revue de Gériatrie*, 38(3), 207-213.
- Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD : L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 38(149), 91-104. <https://doi.org/10.3917/gs1.149.0091>
- Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Paris: De boeck supérieur
- Trouvé, E. Clavreul, H. Poriel, G. Riou, G. Caire, J-M. Guilloteau, N. et al. (2019). Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Paris : ANFE, (Actualité en Ergothérapie).
- Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd). Paris : Dunod.
- Villaumé A. (2018). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *Neurol psychiatr géiatr*, <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
- Villez, A. (2007). EHPAD: La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0169>
- Volant, S. (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et résultats*, Drees, 899.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Les grands principes du MOH

### **FIGURE 12 - PRINCIPES DU MOH À RETENIR**

- › L'intervention est axée sur le changement personnel sur le plan de la participation et du rendement occupationnel.
- › Le changement est dynamique et comprend des modifications simultanées et interactives chez les gens, l'environnement et dans la relation entre la personne et son environnement.
- › Le changement est inhérent à la vie (progressif, radical ou dramatique). L'intervention survient à un stade donné d'une vie et l'influencera forcément.
- › Le changement du fonctionnement en vue de surmonter la dysfonction doit être vu comme une priorité.
- › Le changement n'est généralement pas ordonné. Chaque changement en entraîne un autre plus difficile et aboutit sur un autre encore plus complexe.
- › L'intervention doit inclure l'expérimentation pour trouver la meilleure solution.
- › L'intervention dans l'environnement est le seul outil dont dispose l'ergothérapeute pour favoriser le changement.
- › Les clés de l'intervention sont l'utilisation thérapeutique du soi (empathie, confiance), la relation thérapeutique et la concrétisation d'une participation occupationnelle significative pour le client.

Tableau issu du processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition : guide de l'intervenant (De Las Heras, Llerena, Kielhofner, 2006).

## Annexe 2 : Le processus de remotivation

FIGURE 6 - LE PROCESSUS DE REMOTIVATION

PHASES	STADES	BUTS
Exploration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Validation.</li> <li>2&gt; Découverte de l'environnement.</li> <li>3&gt; Prise de décision.</li> <li>4&gt; Plaisir et efficacité dans l'action.</li> </ol>	Faciliter un sentiment de compétence, de confiance en soi et de sécurité par rapport à l'environnement.
Compétence	<ol style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Assimilation d'un sentiment d'efficacité.</li> <li>2&gt; Vivre et raconter son histoire.</li> </ol>	Affirmer un sentiment d'efficacité en étant capable d'établir un lien entre les expériences et les objectifs.
Accomplissement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Autosurveillance et discernement des habiletés essentielles.</li> <li>2&gt; Se mettre en valeur.</li> </ol>	Participer activement à de nouvelles avenues occupationnelles et les intégrer dans sa vie.

FIGURE 7 - STADES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE D'EXPLORATION

STADE	OBJECTIFS	STRATÉGIES
1> Validation	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Développer l'estime de soi.</li> <li>› Acquérir un premier niveau de confiance en ses capacités.</li> <li>› Créer une zone de confort dans son environnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Accueil chaleureux.</li> <li>› Introduire des éléments significatifs dans l'environnement immédiat du client.</li> <li>› Exercer des activités dignes d'intérêt pour le client en restant à proximité de lui.</li> <li>› Susciter des interactions.</li> </ul>
2> Découverte de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Découvrir des intérêts dans de nouveaux contextes.</li> <li>› Susciter l'initiative personnelle dans la réalisation d'une occupation.</li> <li>› Acquérir la confiance en soi dans l'expérimentation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Changer de lieu pour l'application des routines familiales.</li> <li>› Aller observer d'autres personnes dans des activités qui intéressent le client.</li> <li>› Encourager la participation du client en faisant des choses avec lui.</li> </ul>
3> Prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Entretenir la curiosité.</li> <li>› Enclencher un processus d'autovalidation qui permet au client de découvrir ses propres valeurs et intérêts par l'exercice d'activités.</li> <li>› Renforcer l'acquisition de l'estime de soi et de la confiance en soi en offrant au client la possibilité de choisir ses activités.</li> </ul>	<p><i>Comme au stade 2.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Faire plus de place à la nouveauté (aménagement de l'environnement, personnes, etc.).</li> <li>› Inciter plus souvent le client à participer aux activités.</li> </ul>
4> Plaisir et efficacité dans l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>› S'engager progressivement dans des rôles afin de stimuler le goût de la découverte, l'estime de soi et la confiance en ses capacités.</li> <li>› Continuer le processus d'autovalidation.</li> <li>› Améliorer le sentiment d'efficacité personnelle par la prise de décisions.</li> <li>› Apprendre à reconnaître ses habiletés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Encourager le client à raconter sa vie pour lui donner un sens.</li> <li>› Commencer à formuler des commentaires au client.</li> <li>› Encourager la participation à des projets de groupe.</li> </ul>

FIGURE 8 - STADES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE DE COMPÉTENCE

STADE	OBJECTIFS	STRATÉGIES
Assimilation d'un sentiment d'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Accroître le sentiment émergent d'efficacité.</li> <li>› Commencer à associer les expériences aux objectifs poursuivis.</li> <li>› Développer un sens des responsabilités par la réalisation de projets personnels et collectifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Apporter une aide physique et un soutien émotionnel dans les situations nouvelles ou difficiles.</li> <li>› Augmenter progressivement les exigences environnementales.</li> <li>› Faciliter l'apprentissage des habiletés, au besoin.</li> <li>› Introduire la consultation ergothérapeutique et la rétroaction.</li> </ul>
Vivre et raconter son histoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Préparer le client à participer spontanément à des rôles qu'il privilégie.</li> <li>› Savoir mieux gérer les expériences vécues et les associer graduellement à des objectifs personnels ou occupationnels.</li> <li>› Améliorer et orienter le processus de planification.</li> <li>› Augmenter le sens des responsabilités et accroître l'autonomie en répondant aux exigences de projets personnels ou de situations particulières.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Permettre des temps de réflexion ou de déstabilisation au cours du processus de changement.</li> <li>› Poursuivre la consultation ergothérapeutique qui favorise la prise de conscience intuitive (<i>insight</i>) grâce à une analyse et à des questions plus approfondies.</li> </ul>

## FIGURE 9 - OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE D'ACCOMPLISSEMENT

### OBJECTIFS

- › Agir à titre de conseiller pour faciliter l'interprétation et le choix du plan d'action lorsque de nouvelles difficultés se présentent, en maintenant le cap sur l'atteinte des objectifs sans toutefois ignorer l'expérience subjective du client.
- › Faire de la rétroaction afin de faciliter la prise de conscience intuitive du client quant aux déterminants personnels et à l'interprétation des composantes de l'environnement.
- › Fournir de l'information et des ressources : offrir outils et stratégies afin d'encourager l'autosurveillance.
- › Se retirer : laisser le client expérimenter son autonomie, encourager la participation à des groupes d'entraide, etc.

### STRATÉGIES

- › Favoriser l'autonomie dans la sélection et l'atteinte des objectifs personnels, le choix des occupations et la recherche de nouveaux défis dans des environnements occupationnels pertinents (processus amorcé à la phase de compétence).
- › Poursuivre l'apprentissage continu des habiletés essentielles et le recours à de nouvelles stratégies et aux outils nécessaires dans la recherche et la réalisation de nouveaux défis.

(De Las Heras, Llerena, Kielhofner, 2006)

## Annexe 3 : Les grilles d'entretien

Grille d'entretien pour les ergothérapeutes ayant une expérience auprès de la personne âgée dépressive en EHPAD :

Thématiques	Objectifs	Questions	Questions de relance
Thème 1 : Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter le thème du mémoire et les modalités de l'entretien (enregistrement, anonymat...)</li> <li>Connaitre le profil de la personne interrogée : formation, parcours professionnel, missions, projet d'établissement, influençant sa pratique</li> </ul>	<p>1 : Pour commencer cet entretien, j'aimerais en savoir davantage sur vous. Pouvez-vous vous présenter, et me raconter votre parcours professionnel ?</p> <p>2 : Quelles sont vos principales missions au sein de l'EHPAD ?</p> <p>3 : La structure dans laquelle vous exercez possède-t-elle un projet d'établissement innovant, centré par exemple sur l'occupation ou la qualité de vie du résident ?</p> <p>4 : Comment définissez-vous votre approche ou votre démarche auprès des résidents ?</p>	<p>1.1 : Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ?</p> <p>1.2 : Quelle formation initiale avez-vous suivie ?</p> <p>1.3 : Avez-vous d'autres formations ?</p> <p>1.4 : Depuis combien de temps exercez-vous au sein de votre structure ?</p> <p>1.5 : Avez-vous travaillé auparavant avec des personnes âgées ?</p> <p>4.1 : Dans votre pratique, avez-vous une approche centrée sur la personne et ses occupations ?</p> <p>4.2 : Dans votre pratique, utilisez-vous des modèles conceptuels ou des outils d'évaluation issus de modèles conceptuels ?</p>
Thème 2 : L'évaluation et le diagnostic du trouble dépressif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier la manière dont l'ergothérapeute et/ou l'équipe pluridisciplinaire</li> </ul>	<p>J'aimerais maintenant que l'on aborde votre expérience auprès de la personne âgée dépressive au sein de</p>	<p>5.1 : Utilisez-vous des outils d'évaluation (observation, échelles d'évaluation de la dépression, transmissions interdisciplinaires...) ?</p>

chez la personne âgée	repèrent et évaluent les troubles dépressifs chez la personne âgée	l'EHPAD 5 : Comment repérez-vous et évaluez-vous la présence d'un trouble dépressif chez un résident ?	
Thème 3 : La prise en charge du trouble dépressif chez la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier comment l'ergothérapeute prend en charge et accompagne la personne âgée présentant un trouble dépressif (plan d'intervention, types d'interventions mises en place)</li> </ul>	<p>6 : Quel type de prise en charge mettez-vous en place auprès de ce type de résident pour favoriser leur participation occupationnelle ?</p> <p>7 : Pouvez-vous me donner des exemples d'actions concrètes que vous avez menées auprès de ce type de public ?</p> <p>8 : Privilégiez-vous une approche individuelle ou groupale ? Et voyez-vous une différence entre ces deux types de prises en charge ?</p>	<p>6.1 : Quels sont vos objectifs et vos moyens thérapeutiques auprès de ce type de public ?</p> <p>6.2 : Quels sont les principes importants de votre prise en charge auprès de ce type de résident.</p>
Thème 4 : Impact de la prise en charge ergothérapique sur la participation de la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les résultats et l'impact de la prise en charge sur la participation occupationnelle du résident</li> </ul>	9 : Quels ont été les effets de la prise en charge que vous avez pu observer auprès de la personne âgée ?	<p>9.1 : Vos objectifs ont-ils été atteints ?</p> <p>9.2 : Avez-vous observé des changements dans la participation du résident ? Si oui, lesquels ?</p> <p>9.3 : Pouvez-vous donner un exemple ?</p> <p>9.4 : De manière générale, selon vous, vos actions permettent-elles de diminuer les troubles dépressifs ?</p>



<p>Thème 5 : Les facilitateurs et les obstacles de la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les éléments facilitateurs ou obstacles que peut rencontrer l'ergothérapeute sur le terrain dans ce type d'accompagnement</li> </ul>	<p>10 : Quels sont les éléments qui sont pour vous, facilitateurs ou au contraire obstacles, dans la prise en charge de ce type de public ?</p>	<p>10.1 : Est-ce plutôt des éléments environnementaux, humains, matériels, temporels...)</p>
<p>Thème 6 : Ouverture sur la volition/motivation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permettre à la personne interrogée de réfléchir sur le concept de motivation</li> </ul>	<p>11 : J'aimerais savoir ce qui selon vous, facilite la motivation d'agir d'une personne âgée dépressive ? Et comment cela se traduit dans votre pratique ?</p>	<p>11.1 : Qu'est ce qui selon vous motive un résident à retrouver une motivation d'agir ? 11.2 : Comment favorisez-vous la motivation à agir et à participer du résident ?</p>
<p>Clôture de l'entretien</p>		<p>12 : Nous arrivons à la fin de notre entretien, est ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?</p>	

Grille d'entretien pour les ergothérapeutes pratiquant le guide d'intervention du processus de remotivation :

Thématiques	Objectifs	Questions	Questions de relance
Thème 1 : Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter le thème du mémoire et les modalités de l'entretien</li> <li>Connaitre le profil de la personne interrogée : formation, parcours professionnel etc.</li> </ul>	1 : Pour commencer cet entretien, j'aimerais en savoir davantage sur vous. Pouvez-vous vous présenter, et me raconter votre parcours professionnel ?	1.1 : Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ? 1.2 : Quelle formation initiale avez-vous suivie ? 1.3 : Avez-vous d'autres formations ? 1.4 : Dans quel type de structure exercez-vous ? Et depuis combien de temps ? 1.5 : Avez-vous déjà travaillé avec des personnes âgées ?
Thème 2 : Connaissance du processus de remotivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier par quel biais l'ergothérapeute a pris connaissance du guide d'intervention</li> </ul>	4 : Comment avez-vous connu le processus de remotivation ?	4.1 : Avez-vous suivi une formation sur ce guide d'intervention ? Si oui laquelle ?
Thème 3 : L'application du processus de remotivation dans la pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier de quelle manière l'ergothérapeute utilise le processus de remotivation dans sa pratique professionnelle</li> </ul>	5 : Pouvez-vous me parler du processus de remotivation et dans quel cadre vous l'utilisez dans votre pratique ?	5.1 : Auprès de quel type de client ? 5.2 : A quel moment de la prise en charge ? 5.3 : Utilisez-vous des outils d'évaluation associés (VQ, OPHI II, liste des rôles etc.) 5.4 : Etes-vous le/la seul professionnel à l'utiliser durant la prise en charge ?
Thème 4 : L'impact du processus de remotivation dans la prise en charge ergothérapique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les résultats et l'impact de l'utilisation du processus de remotivation dans la prise en charge</li> </ul>	6 : Quels sont les effets de l'utilisation de cette méthode que vous avez pu observer dans votre prise en charge ?	6.1 : Vos objectifs ont-ils été atteints ? 6.2 : Avez-vous observé des changements dans la participation ou la motivation du client ? Si oui, lesquels ? 6.3 : Pouvez-vous donner un exemple ? 6.4 : De manière générale, selon vous, le processus de remotivation est-il efficace ?

<p>Thème 5 : Les facilitateurs et les limites à l'utilisation de ce guide d'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les éléments facilitant ou limitant l'utilisation du processus de remotivation</li> </ul>	<p>7 : Selon vous, quels sont les avantages et les limites du guide d'intervention ?</p>	<p>7.1 : Est-il difficile à comprendre et à utiliser ? 7.2 : L'utilisation de cette méthode requière-t-elle du temps auprès du client durant la prise en charge ? 7.3 : Le processus est-il long ? 7.4 : Ce guide peut-il être enseigné et pratiqué par d'autres professionnels ? 7.5 : Son utilisation requiert-elle une formation ? Si oui, de combien de temps ? 7.6 : Son utilisation requière-t-elle des prérequis comme la connaissance du modèle MOH ? 7.7 : Cette méthode est-elle beaucoup pratiquée au Québec ? 7.8 : Pourquoi, selon vous, n'est-elle pas utilisée en France ? 7.8 : Savez-vous si ce guide d'intervention est utilisé à l'étranger ?</p>
<p>Thème 6 : Ouverture sur l'utilisation du processus de remotivation auprès de la personne âgée atteinte de dépression en EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser l'intérêt et la faisabilité de l'utilisation de ce guide d'intervention auprès de la personne âgée dépressive en EHPAD</li> </ul>	<p>8 : Selon vous, quel serait l'intérêt d'utiliser ce processus de remotivation auprès de la personne âgée souffrant d'un trouble dépressif en EHPAD ?</p>	<p>8.1 : Vous semble-t-il intéressant et faisable d'utiliser cette méthode auprès de la personne âgée souffrant d'un trouble dépressif en EHPAD ? Si oui, comment ? 8.2 : Cette méthode est-elle pratiquée par les ergothérapeutes au sein des maisons de retraite au Canada ?</p>
<p>Clôture de l'entretien</p>		<p>9 : Nous arrivons à la fin de notre entretien, est ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?</p>	

## Annexe 4 : Les grilles d'analyse

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 1
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	<p>Transmissions interprofessionnelles</p> <p>Observations (changements de comportement, isolement, détérioration de l'état général, apathie, perte d'appétit)</p> <p>Pas d'utilisation de bilans normés</p>
<b>Accompagnement du trouble dépressif de la personne âgée en EHPAD</b>	Objectif 2	<p><u>Principes d'accompagnement :</u></p> <p>« <i>Que le résident soit vraiment acteur de ce qu'il fait tous les jours</i> »</p> <p>« <i>Démarche occupation centrée</i> »</p> <p>Favoriser une « <i>relation de confiance</i> »</p> <p>Favoriser les échanges.</p> <p>« <i>Ne pas mettre en échec</i> »</p> <p>« <i>Être à l'écoute</i> »</p> <p>« <i>Savoir communiquer en équipe, qu'on aille tous dans le même sens</i> »</p> <p>« <i>Communiquer avec la famille</i> »</p> <p><u>Moyens :</u></p> <p>« <i>S'appuyer sur le projet personnalisé</i> »</p> <p>« <i>Avoir des informations sur l'histoire de vie du résident, ses habitudes de vie antérieures</i> »</p> <p>Favoriser des passages dans la journée.</p> <p>« <i>Même si le résident est passif dans une activité c'est déjà de la participation</i> »</p> <p>Au début, des prises en charges individuelles avec proposition d'activités « <i>en fonction des souhaits des résidents</i> », comme des activités sensorielles (exemple : couverture lestée), « <i>des activités qui sortent de l'ordinaire aussi</i> ».</p> <p>Puis, « <i>essayer que la personne puisse aller communiquer avec d'autres personnes, se sociabilise davantage</i> ».</p> <p><u>Environnement physique et social :</u></p> <p>Favoriser un environnement « <i>contenant</i> », « <i>comme à la maison</i> » (démarche SENS).</p> <p>Décorer la chambre avec les effets personnels.</p> <p>Permettre la participation des aidants.</p>

		<u>Posture du thérapeute :</u> « Être à l'écoute », « Être humain face au résident », « Être bienveillant, bien traitant » « Je pense que la motivation, c'est toi qui la donnes au résident »
<b>Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle</b>	Objectif 3	<u>Changements dans la participation occupationnelle du résident :</u> Exemple de Mme C, avec qui « on a fait de l'individuel au début. Et maintenant, elle accepte le groupe » « Au début, la résidente était plutôt passive. Et là maintenant, la résidente est active ». « Au début c'était plus des activités sensorielles, mais après en guidance, on a pu lui proposer une activité de peinture ou autre ».
<b>Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD</b>	Objectif 3	<u>Facilitateurs :</u> « Qu'ils soient dans notre environnement, enfin que nous, on soit dans leur environnement » donne la possibilité de voir le résident tous les jours.  <u>Obstacles :</u> Manque de formation des soignants sur les connaissances de la maladie et la « façon de communiquer avec le résident » dépressif. « Même un temps plein ergo en EHPAD c'est difficile. On n'a pas le temps. » Manque « d'étiquetage » des résidents atteints de troubles dépressifs. Manque de communication dans les équipes.
<b>La volition</b>	Objectif 3	« Je pense que la motivation, c'est toi qui la donnes au résident » A la question : « sur quoi vous vous basez pour la favoriser cette motivation ? » → « Très bonne question. Franchement je ne sais pas »

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 2
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	Observations (« restrictions de participation », repli sur soi, apathie, non verbal, perte d'appétit, isolement...) Transmissions interprofessionnelles Interroger la famille Ecoute Pas d'utilisation de bilans normés
<b>Accompagnement du trouble dépressif de la</b>	Objectif 2	<u>Principes de l'accompagnement :</u> « Le résident au centre et l'environnement humain qui gravite autour » « Aller au rythme de la personne »

<p><b>personne âgée en EHPAD</b></p>	<p><i>« Dynamique de confiance »</i>  Cadre thérapeutique comme <i>« lieu d'expérimentation »</i>  <i>« Trouver du sens »</i> en lien avec les intérêts.  Faire du lien en équipe  Favoriser les échanges  <u>Moyens :</u>  <i>« Temps d'échanges », « Temps de présence », « Temps de passage de toute l'équipe », « Temps d'écoute ».</i>  <i>« Je vais creuser un peu en disant : « ben, ça va aujourd'hui ? » (...) et je vais essayer de me refixer sur ces occupations »,</i>  <i>« Voir s'il y a des accroches ».</i>  <i>« Si c'est vraiment quelqu'un qui a une grosse dépression. Enfin, de part mon expérience, au début ça sera du refus (...)</i>  <i>Après, on approche, on approche, et après on peut être sur du sens ou être un peu plus sur le concret ».</i>  Au début de l'accompagnement, proposer plutôt de l'individuel : <i>« Je pense qu'il faut vraiment leur accorder du temps en individuel et vraiment encore une fois une qualité d'échange ».</i>  <i>« Après, pour des personnes, où on voit que c'est peut-être un début de dépression. Ça se manifeste par de l'apathie, un peu de rupture sociale. Là, peut être que je peux faire les deux à la fois de l'individuel pour creuser un peu ce qui se passe et faire un groupe, ou peut-être un peu plus ludique, un cadre souple peut être (...) où on va proposer de venir avec quelqu'un d'autre avec qui il avait l'habitude de discuter (...) de créer une petite dynamique de groupe et voir un peu ce qui se joue (...). Donc là, je vais être un peu sur du petit groupe (...) quelque chose de contenant, quelque chose de pas trop exigeant, vraiment un cadre un peu souple, de se dire c'est peut-être un groupe qui n'est pas fermé ».</i>  La salle d'ergothérapie comme lieu d'expérimentation : <i>« on essaye et de toute façon ça ne se passera pas quelque chose de mal. Et s'il y a quelque chose qui a fait cogiter, quelque chose qui les a renvoyés à une situation un peu compliquée, moi du coup je leur demande de m'en parler et moi je fais le lien avec la psychologue ».</i></p> <p><u>Environnement physique et social :</u>  Favoriser le confort de la personne, une chambre et un environnement <i>« agréable »</i> et <i>« chaleureux »</i>. Participation à la décoration de l'EHPAD.  Favoriser les échanges entre résidents : <i>« Des fois, de parler avec son pair âgé pareil, qui vit peut-être un peu les mêmes problématiques, ça a une autre résonance ».</i></p> <p><u>Posture du thérapeute :</u>  <i>« Moduler le cadre thérapeutique »</i>  <i>« Ecoute active et qualitative »</i></p>
--------------------------------------	--

		<p>« On va faire un peu miroir (...) mimer, dire bah je vous vois comme ça, je constate qu'avant c'était comme ça, maintenant c'est comme ça. Qu'est-ce que vous en pensez ? ».</p> <p>« On est accompagnant, accompagnateur, on n'est pas trop au-dessus au niveau du cadre et on essaye de se mettre au rythme et on expérimente et on voit un peu s'il y a du changement ».</p>
<b>Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle</b>	Objectif 3	<p><u>Changements dans la participation occupationnelle du résident :</u></p> <p>« J'ai pu observer des fois des beaux changements, (...) l'apathie qui disparaît et des personnes qui tentent un peu plus. » « Plus d'ouverture sur les autres, vers les autres ».</p> <p>« Je ne dis pas que c'est parfait, je ne dis pas qu'on supprime la dépression et que c'est principalement le rôle de l'ergo, mais je trouve qu'il y a des petits mouvements et des mouvements qui peuvent être exploités par l'ergo ou par d'autres professionnels en effet ».</p> <p>« Il y aura toujours un peu d'incident sur la participation, même si c'est à minima. Même si, c'est des choses on va se dire, c'est pas grand-chose, mais pour la personne en fait si, si. Elle va te dire si c'est assez important pour moi ».</p>
<b>Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD</b>	Objectif 3	<p><u>Facilitateurs :</u></p> <p>Avoir une connaissance et « une vision globale » de la personne dans son lieu de vie. Exercer dans une petite structure permet de favoriser l'observation des résidents. « Pour moi, avant tout c'est la posture thérapeutique qui est facilitatrice, ou pas d'ailleurs ».</p> <p><u>Obstacles :</u></p> <p>Manque de formation des soignants sur « cette écoute » et « cette grille de lecture comportementale ». « Des personnes, des ergos qui vont être dans des EHPAD, seules pour 200 résidents (...) je ne sais pas comment ils font (...) Et là pour moi la solution, c'est le travail... Déjà de base pour moi, c'est primordial, le travail pluri pro, mais encore plus dans ces cas de figure là ».</p>
<b>La volition</b>	Objectif 3	<p>« Pour moi, ce qui va permettre ça (...) c'est le sens que la personne va mettre à faire ce qu'on lui propose, ou à faire cette occupation. C'est quel sens ça a pour la personne ? Quel ordre d'importance ça a pour la personne ? ».</p> <p>Verbalise un intérêt d'être formée à un outil d'évaluation de la volition.</p>

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 3
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	Observations Ecoute

		<p>Transmissions interprofessionnelles</p> <p>Pas d'utilisation de bilans normés</p>
<p><b>Accompagnement du trouble dépressif de la personne âgée en EHPAD</b></p>	<p>Objectif 2</p>	<p><u>Principes de l'accompagnement :</u></p> <p>« Être au plus près des habitudes de vie du résident »</p> <p>Favoriser les échanges</p> <p>« Beaucoup d'écoute »</p> <p>« Maintien du lien et de la relation »</p> <p>Importance du travail d'équipe, « relier les informations » entre les professionnels.</p> <p><u>Moyens :</u></p> <p>Discuter avec le résident, : « parler de leur vie à la résidence, leur passé, de leur famille ».</p> <p>« Avoir été présente, même sans rien dire, juste la présence »</p> <p>« Je me sers souvent des photos qu'il y a au mur ou des meubles »</p> <p>Favoriser les visites régulières des équipes.</p> <p>« Proposer des activités qui les intéressent », « Les consulter sur leurs choix ».</p> <p>Favoriser « les rencontres, les échanges » et le « partage d'expériences » avec d'autres résidents.</p> <p>Exemple d'activité : « Je pense à l'écriture d'ailleurs, parce que y a des médiations comme ça. Des fois on n'a pas forcément envie de parler, ou en tout cas de s'exprimer, ou par le côté créatif (mandalas...) ». « Faire goûter à des choses qu'elles n'ont pas forcément l'habitude, il y a des découvertes aussi qui peuvent se faire par le côté loisir créatif (...) la génération des personnes âgées c'est des choses dont elles n'ont pas été pas forcément habituées. Enfin, avant, le travail c'était faire quelque chose d'utile (...) Juste faire un coloriage où fabriquer quelque chose de ses mains, juste pour décorer tout ça, ce n'est pas habituel (...) mais chez certains ça peut être satisfaisant (...) C'est le moment qui s'est passé aussi qui est important (...) les discussions aussi dans le groupe, ça leur fait du bien aussi ». « Pour moi c'est plus un prétexte (...) je propose des consignes, après il s'en saisissent, ils s'expriment entre eux et ça leur fait du bien en tout cas ».</p> <p>Favoriser les activités de soins personnels (en lien avec l'esthéticienne et la coiffeuse travaillant à l'EHPAD)</p> <p>Valoriser les capacités : « Mettre en avant ce qu'elles sont capables de faire ».</p> <p><u>Environnement physique et social :</u></p> <p>Aménager ou réagencer le logement.</p>



		<p><u>Posture du thérapeute :</u></p> <p>« Être le plus bienveillant possible »</p> <p>« Montrer qu'on est présent » et « sur le long court »</p> <p>« Accueillir la personne comme elle est »</p> <p>« Avoir des projets »</p> <p>« Avoir le sourire »</p> <p>« Être authentique »</p> <p>« Transmettre le gout de la vie »</p> <p>« Montrer à la personne qu'elle peut être entendue »</p>
Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle	Objectif 3	
Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD	Objectif 3	<p><u>Facilitateurs :</u></p> <p>Echanges avec la famille pour mieux connaître la personne.</p> <p>Le travail d'équipe dans l'accompagnement. Pouvoir s'appuyer sur les collègues qui voient la personne quotidiennement pour trouver des idées pour « la stimuler ».</p> <p><u>Obstacles :</u></p> <p>Manque de temps disponible pour le suivi et pour voir certains résidents quotidiennement.</p> <p>Manque de disponibilité des équipes pour répondre aux besoins des résidents dans l'immédiat.</p> <p>« Nous aussi on peut être vite pris dans la dépression (...) On entend toujours un discours négatif et tout ça, on a du mal à trouver les mots, l'énergie (...) On peut être aussi découragé ».</p>
La volition	Objectif 3	

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 4
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	<p>Ecoute</p> <p>Observations (apathie, perte de poids, alimentation, endormissement...)</p> <p>Transmissions interprofessionnelles</p> <p>Pas d'utilisation de bilans normés</p>
<b>Accompagnement du trouble dépressif de la personne âgée en EHPAD</b>	Objectif 2	<p><u>Principes de l'accompagnement :</u></p> <p>Favoriser « <i>le bien être occupationnel</i> », « <i>le bien être en général</i> » et « <i>les moments de joie</i> ».</p> <p>« <i>La valorisation</i> »</p> <p>« <i>Etablir une relation thérapeutique</i> »</p> <p>« <i>le relationnel, c'est la clé, tout passe par le relationnel</i> »</p> <p>« <i>Favoriser un sentiment d'utilité</i> »</p> <p><u>Moyens :</u></p> <p>« <i>Trouver des occupations qui ont du sens (...) des choses qu'ils faisaient avant, des passions, des choses qui éveillent des souvenirs</i> ».</p> <p>Se servir des photos personnelles du résident pour « <i>développer un dialogue</i> ».</p> <p>Faire du lien avec les aidants.</p> <p>Favoriser des groupes homogènes selon les affinités et les intérêts.</p> <p>« <i>Revaloriser le résident dans son autonomie</i> ».</p> <p>Mettre en place des aides technique pour favoriser l'autonomie. « <i>Si vous arrivez à lui prouver qu'il arrive encore à se mettre debout, ça peut relancer la machine par exemple</i> ».</p> <p>Si la personne a peu d'autonomie :</p> <p>« <i>Beaucoup de discussions et de relationnel</i> »</p> <p>« <i>Lui mettre de la musique, organiser des entrevues avec la famille</i> », « <i>des sorties extérieures...</i> ».</p> <p>Utiliser le « <i>toucher thérapeutique</i> », les caresses avec des gants chauds etc.</p> <p>Favoriser les stimulations par toute l'équipe pluriprofessionnelle.</p> <p>Donner des rôles en impliquant le résident dans la vie de l'EHPAD : « <i>élaborer le menu, ça peut être écrire le menu sur les tables pour le midi, ça peut être nous aider à plier les serviettes, le linge le machin, en fait, on va essayer de les faire participer un maximum</i> ». « <i>Décorer la salle parce que ça va être Noël, alors du coup bah ils ont le sentiment d'être</i></p>

		<p><i>utiles, ça va être joli. Les autres résidents vont être contents. On travaille là-dessus ».</i></p> <p>Favoriser les prises en charges individuelle au départ : « <i>pour favoriser un véritable sentiment d'écoute</i> », puis collectives. Favoriser des groupes homogènes selon les affinités et les intérêts : « <i>Je vais le mettre avec d'autres personnes avec qui il peut discuter. C'est pas moi, qui vais en gérer plusieurs en même temps, je vais la mettre avec d'autres personnes pour qu'il y ai une vraie relation, et moi je peux animer un peu le truc, comme ça je laisse un peu le relais aux autres on va dire. Comme ça elle se réhabitue à parler aux gens. Elle se resocialise, et après ça devient les trois mémés qui vont faire leur bridge ensemble, après c'est rigolo, c'est un peu comme le collègue, il y a des bandes partout</i> ».</p> <p><u>Environnement physique et social :</u> Favoriser l'environnement social avec les autres résidents et le personnel. Favoriser l'intervention des familles. Personnaliser les chambres avec des effets personnels, « <i>il faut que ça reste convivial, un peu cocooning</i> ».</p> <p><u>Posture du thérapeute :</u> Avoir le sourire. « <i>Les faire rire</i> ». Leur apporter de l'intérêt. « <i>Même si c'est pour dire n'importe quoi, c'est pas grave. Au moins elle parle, nous, on l'écoute, il y a de l'écoute, il y a de la compréhension et ça les soulage, c'est comme ça qu'ils tiennent</i> ». « <i>Moi, je me mets à leur niveau, je me mets à genoux devant eux, je leur tiens la main et on discute. Je la regarde droit dans les yeux, on discute</i> ».</p>
<p><b>Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle</b></p>	<p>Objectif 3</p>	<p><u>Changements dans la participation occupationnelle du résident :</u> « <i>C'est très variable. Des fois ça fonctionne que quand on est là. On prend une séance d'une heure, on discute même en groupe, ça se passe bien, mais dès qu'on n'est plus là, on se rend compte que c'était nous le moteur et du coup il ne se passe plus rien. Et des fois on est agréablement surpris et ils reprennent</i> ».</p> <p>Exemple de Mme A : « <i>je lui ai mis un fauteuil roulant pour qu'elle puisse se déplacer toute seule. Au début, elle ne voulait pas l'utiliser par rapport à l'image que ça donnait d'elle. Mais à force que moi, le psychologue, l'infirmière, enfin toute l'équipe, on a tourné pour lui expliquer qu'il n'y avait aucunement ce problème de vision et que pour nous elle n'avait pas changé et qu'au contraire avec le fauteuil elle pouvait se déplacer (...) on a réussi à la convaincre petit à petit, elle a pu reprendre ses promenades avec une autre dame avec qui elle avait l'habitude de promener. Et au fur et à mesure ça a été mieux</i> ».</p>

		« C'est vraiment au cas par cas (...), ça dépend beaucoup de la profondeur de la dépression. Ça dépend de combien de temps ça dure, ça dépend aussi de l'enthousiasme. Ça dépend du caractère de la personne aussi ».
<b>Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD</b>	Objectif 3	<p><u>Facilitateurs :</u> La revalorisation en équipe. Le relationnel. Le travail en équipe. La motivation des soignants et des familles.</p> <p><u>Obstacles :</u> Peu « de marge de manœuvre » sur l'environnement et l'infrastructure. Peu de temps disponible au sein de l'EHPAD pour repérer les troubles dépressifs. Des difficultés à instaurer une amélioration sur le long terme. La présence de capacités motrices limitées. Et la présence et/ou de troubles cognitifs qui entravent la compréhension de la personne et ses possibilités de dialoguer. Plus difficile de stimuler la personne quand il n'y a pas de « notion de récupération ». L'absence de recul et d'analyse de la situation par le résident. L'absence de motivation à pouvoir rentrer chez eux. L'environnement social de l'EHPAD : l'impossibilité d'avoir des échanges avec d'autres résidents du fait de leur démence. L'environnement physique de l'EHPAD : « c'est vrai que cocooning avec des soignants qui rentrent avec les lèves personne tout le temps ou qui se baladent tout le temps avec des chariots de couches, ce n'est pas toujours évident ». Impossibilité de proposer des activités signifiantes pour certains résidents comme la cuisine, le jardinage etc. Les limitations budgétaires. Manque de temps : « Les équipes sont toujours en flux tendu », « on n'a pas le temps ».</p>
<b>La volition</b>	Objectif 3	<p>« On y va un peu tous pour essayer de la... Enfin, pas la remotiver mais la valoriser en tout cas ».</p> <p>A la question : « Pour vous motiver ces personnes ce n'est pas possible ? » → « C'est très compliqué de les motiver parce que on ne peut pas leur dire, ça va s'arranger ». « C'est plus de l'accompagnement que de la remotivation, on ne peut pas motiver quelqu'un qui de toute façon est dans cette situation là (...) même si on la remotive pour la fin de la journée, le lendemain bah elle va revoir qu'elle n'a pas sa famille, qu'elle mange toujours la même chose, qu'elle n'est plus capable de se retenir, qu'il y a toujours des gens pour lui laver les fesses. Donc c'est compliqué. Je ne dis pas que ça n'arrive pas, ça peut arriver, mais c'est rare en général ».</p> <p>En l'absence de dialogue possible : « la remotivation n'est pas possible ».</p>

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 5
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	Observations Transmissions interprofessionnelles Ecoute Pas d'utilisation de bilans normés
<b>Accompagnement du trouble dépressif de la personne âgée en EHPAD</b>	Objectif 2	<p><u>Principes de l'accompagnement :</u>            Favoriser « <i>la qualité de vie, le confort et le bien-être</i> ».            Favoriser « <i>l'occupation</i> », « <i>le relationnel</i> », « <i>l'intégration dans la vie sociale</i> ».            Importance du travail en équipe.</p> <p><u>Moyens :</u>            Prendre le temps de discuter avec la personne. Favoriser une relation de confiance.            Diriger la personne vers « <i>des activités qu'elle aime, significatives</i> ».            Eviter la mise en échec.            Être attentif aux changement occupationnels (aux abandons occupationnels et aux occupations nouvellement investies)            Favoriser « <i>les répétitions</i> ».            Favoriser l'accompagnement individuel au départ : « <i>pour créer une forme de tissu social, de l'intérêt pour la vie en communauté</i> » pour ensuite « <i>passer par le groupe</i> ». Et, « <i>si ça fonctionne bien, tu as des gens qui s'en emparent et le mieux c'est quand t'as même plus besoin d'être là</i> ».            « <i>Les impliquer dans le quotidien</i> », « <i>de pas tout faire à leur place</i> ».            Donner des rôles : « <i>faire en sorte que qu'il y ait des gens qui mettent la table, qui servent l'eau, qui apporte le journal...</i> », « <i>Qu'ils se sentent un peu aussi acteur de leur vie</i> ».</p> <p><u>Environnement physique et social :</u></p> <p><u>Posture du thérapeute :</u>            Être bienveillant, à l'écoute, patient.</p>

		Être souriant, « <i>faire des blagues</i> » « <i>En ne dramatisant pas si la personne dit non</i> »
<b>Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle</b>	Objectif 3	<u>Changements dans la participation occupationnelle du résident :</u> « <i>Les moins dépendants (...) ça donne des choses. Certains reprennent un élan de vie on va dire</i> ». Il y a des reprises d'activités. Pour d'autres c'est plus difficile : « <i>il y a des gens chez qui j'ai essayé, je n'arrive jamais</i> ». « <i>Je ne vais pas te mentir, il y a des gens, ça fait un an et demi que je suis là, ça fait un an et demi que je n'ai jamais réussi à les sortir de leur chambre. C'est vrai que je ne devrais pas, mais il y a des personnes chez qui finalement j'ai lâché quoi</i> ».
<b>Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD</b>	Objectif 3	<u>Facilitateurs :</u> Le travail et la communication en équipe. La relation thérapeutique. Proposer des activités signifiantes.  <u>Obstacles :</u> Le temps : « <i>Pour 80 résidents, je n'arrive pas à trouver le temps de faire des activités, de faire des bilans, de faire de la rééducation, de faire tout en même temps</i> ». Manque de temps pour faire des prises en charges individuelles. Difficulté à favoriser une amélioration sur le long terme : « <i>Ça lui apporte un peu de bien être sur le moment, mais voilà, après elle retourne en chambre et la réalité de l'EHPAD fait aussi que les résidents ne veulent pas être là</i> ». Difficultés liées aux facteurs intrinsèques à la personne : « <i>son état de santé</i> », « <i>les troubles cognitifs</i> », « <i>les pertes d'autonomie</i> », « <i>la dépendance</i> », « <i>la fatigabilité</i> ». Difficultés extrinsèques liées à l'institution de l'EHPAD : « <i>Ils ont très peu d'autonomie</i> », « <i>Ils n'ont pas le choix de leurs repas, leurs horaires, leurs sorties (...)</i> Ils n'ont pas le choix de leurs activités (...) à partir du moment où tu participes à une activité, quelqu'un te propose, donc t'as déjà une perte d'autonomie, parce que ce n'est pas toi qui as été le décideur de ça ». « <i>Qu'est-ce qu'on peut faire nous, par rapport à tout ça ? Avec le peu de temps qu'on a pour eux</i> ».
<b>La volition</b>	Objectif 3	« <i>La force du groupe c'est que certains entraînent par leur motivation les autres</i> » Intérêt pour la méthode Montessori et aux questionnaires sur les occupations « <i>pour aller creuser avec les personnes</i> ». Intérêt d'avoir un outil : « <i>une grille de lecture qui puisse nous permettre de mieux comprendre de quoi la personne aurait potentiellement besoin</i> ».

Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute 6
<b>Evaluation du trouble dépressif</b>	Objectif 1	Observations (isolement, changements de comportement, apathie...) Transmissions interdisciplinaires Ecoute Pas d'utilisation de bilans normés
<b>Accompagnement du trouble dépressif de la personne âgée en EHPAD</b>	Objectif 2	<p><u>Principes de l'accompagnement :</u>            Favoriser le travail en équipe.  <i>« Resituer la personne au centre de son projet »</i>  <i>« La valorisation »</i>            Importance de la pérennité des projets.            Inclure les soignants dans les projets.</p> <p><u>Moyens :</u>  <i>« Tisser un lien de confiance »</i>            Importance de se présenter, demander le consentement de la personne pour discuter.            Proposer des activités progressivement, <i>« on responsabilise aussi un peu progressivement »</i>.  <i>« Donner un rôle au sein de l'EHPAD », favoriser « le sentiment d'utilité »</i>.            Favoriser les activités signifiantes où la personne y voit un intérêt  <i>« Creuser dans leur histoire de vie, leurs habitudes antérieures, ce petit truc peut être qu'on pourrait raccrocher à l'établissement »</i>  <i>« Première approche individuelle. Et après, il y a le groupe »</i>.            Exemple d'activité : petits groupes autour des sens sur une thématique (gout, touché, odorat...)            Favoriser différentes approches : luminothérapie, snoezelen, toucher-massage, toucher-bien être.</p> <p><u>Environnement physique et social :</u>            Favoriser les rencontres entre les résidents.            Activités intergénérationnelles avec l'école du village (correspondances, échanges de livres, groupes de lectures, bibliothèque sonore).</p>

		<p><u>Posture du thérapeute :</u> Porter de l'intérêt. Être présent régulièrement. Maintenir le cadre, être régulier.</p>
<b>Impacts de l'accompagnement sur la participation occupationnelle</b>	Objectif 3	<p><u>Changements dans la participation occupationnelle du résident :</u> « la rupture de l'isolement », « un mieux vivre », « un regain de participation au sein de l'établissement ». Par exemple : « dans les activités, les sorties, les animations. Des échanges peut-être pendant le repas (...), un peu plus d'interactions au sein des tables, et puis même des fois dans les relations avec les soignants ».</p>
<b>Facteurs facilitateurs et obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dépressive en EHPAD</b>	Objectif 3	<p><u>Facilitateurs :</u> Favoriser la formation et la sensibilisation des équipes aux rôles de l'ergothérapeute. Favoriser leur compréhension des moyens mis en œuvre, dans leur intérêt et dans l'intérêt du résident au quotidien. Participation des soignants au suivi des projets. « Le partage des compétences au sein de l'équipe ».</p> <p><u>Obstacles :</u> La pérennisation des projets mis en place sur le long terme. Les décès des autres résidents avec qui la personne a tissé des liens. La dynamique institutionnelle : turn-over, charge de travail, manque de temps disponible auprès des résidents.</p>
<b>La volition</b>	Objectif 3	<p>« Pour trouver de la motivation entre guillemets, il faut que ça soit quelque chose qui leur parle. Qui fait sens pour eux ». Intérêt d'avoir « un support sur lequel on peut s'appuyer » qui permet « d'objectiver un peu les choses, de voir les choses un peu différemment ».</p>



Thèmes	Objectifs d'enquête	Réponses de l'ergothérapeute BONUS
<b>Les facilitateurs et les limites à l'utilisation du guide d'intervention auprès de la personne âgée atteinte de dépression en EHPAD</b>	Objectif 3	<p><u>Facilitateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une « formation pour l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (...) sur les approches motivationnelles ».</li> <li>- Les élèves ergothérapeutes sont sensibilisés au processus de remotivation lors de l'apprentissage du MOH.</li> <li>- Travail en collaboration avec l'éducateur spécialisé : « <i>les éducateurs peuvent aller dans le milieu de vie de la personne (...). Puis l'ergo va faire comme l'évaluation du niveau volitionnel, beaucoup avec le VQ, mais on peut ajouter la liste d'intérêt, le OSA... une fois que l'évaluation est faite (...) on s'entend avec la personne sur un plan d'intervention. Pour poursuivre l'intervention, ça peut être l'éducateur spécialisé sans l'ergothérapeute qui continue, mais il ramène des informations à partir du Volitional Questionnaire</i> ».</li> <li>- Travailler en collaboration avec les aidants (soignants et familles) : « <i>Ce n'est pas pour une chasse gardée, au contraire, plus qu'on va avoir de monde, qui par exemple vont développer la paire de lunettes VQ, mieux ça va être pour la personne. Puis au niveau de l'intervention, ça devient l'ergothérapeute qui devient le coach pour l'intervention dépendamment de la phase et du stade</i> ». Donner des stratégies aux aidants grâce au guide.</li> <li>- Le processus de remotivation peut être utilisé dans toutes les situations « <i>sauf peut-être avec une démence sévère</i> ».</li> <li>- Le rôle de l'ergothérapeute : « <i>C'est ça que Carmen nous dit. Les ergothérapeutes vous avez zéro pouvoir sur la motivation des gens. Le pouvoir que vous avez, c'est d'adapter l'environnement de la personne selon ses capacités volitionnelles, ses intérêts, l'environnement disponible, l'environnement du plus simple au plus complexe, de faire une activité significative pour la personne</i> ».</li> <li>- Utilisation des outils associés au MOH, notamment le VQ. Utilisation du VQ dans toutes les situations partagées avec la personne. Par exemple : « <i>Faire des choix, c'est tout simple. On arrive à la croisée des chemins dans le parc. Est-ce que la personne décide elle-même d'aller à la gauche ou à droite ? Donc, ça, c'est spontané. Ou si elle a besoin d'un coup de main, il faut que je pose la question, on va à gauche ou à droite ? Ce n'est pas spontané. C'est le cas partout</i> ».</li> <li>- Commencer par établir un contact et une relation avec la personne : « <i>quand je travaillais à l'interne avec la clientèle qui était hospitalisée, ça commençait par une rencontre à la chambre. Puis j'avais ma paire de lunettes VQ que je cottaïs. Puis après deux ou trois rencontres, je m'intéresse à l'environnement, moins à la personne, plus à l'environnement qu'elle a (...) Et puis, après deux ou trois rencontres comme ça, là j'essaie d'évaluer le stade. Je peux faire une grille d'intérêt avec la personne aussi. Ça peut se passer à la chambre, comme ça peut se passer à mon bureau, comme ça peut se passer dans le milieu de vie de la personne</i> ».</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'exhaustivité du guide qui est « <i>tellement bien défini pour chaque stade, les objectifs, les stratégies potentielles...</i> ». « <i>Mais ça prend, je crois quand même une base du modèle de l'occupation humaine pour comprendre les nuances. On n'est pas obligé d'aller dans les nuances</i> ».</li> </ul> <p><u>Obstacles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation du guide d'intervention nécessite idéalement une formation ainsi qu'une bonne connaissance et une appropriation du modèle MOH qui peut être ardue.</li> <li>- Peu de formateurs sur le processus de remotivation.</li> </ul>
<p><b>Pistes de réflexion sur l'utilisation du processus de remotivation en EHPAD</b></p>	<p>Objectif 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser et former les équipes au processus de remotivation, aux outils et aux rôles de l'ergothérapeute : Le guide « <i>amène à objectiver, mais aussi à observer, puis à informer notre équipe</i> ». « <i>Quand ils comprennent ce que je suis en train de faire avec elle, sur quoi je me base, sur quel modèle je me base. Ça fait toute la différence, ce qui fait que les gens finissent par... Francis, on aimerait ça, avoir une évaluation MOH</i> ». « <i>On peut utiliser ce que fait l'animation, justement pour passer d'une étape à l'autre. Observer un groupe qui sont en train de faire une activité, qui est significative pour la personne qui l'accompagne. Que la personne finisse par se joindre au groupe que l'animateur anime. C'est autre étape de plus</i> ».</li> <li>- Trouver des personnes avec qui s'associer pour monter des projets pour « <i>questionner le système</i> » : « <i>Quand on part à deux, c'est toujours plus facile. Je parle de mon expérience, c'est ce que j'ai appris à la dure, par exemple, parce que souvent on montait des affaires, après ça on mettait le gestionnaire devant le fait accompli. Ils n'aimaient pas ça beaucoup les gestionnaires. Donc, quand on montait un projet maintenant, souvent ça prenait l'appui d'un médecin. Et le gestionnaire quand on avait ça on avait beaucoup plus de chance que ça se matérialise vraiment</i> ».</li> </ul> <p>Autres méthodes associées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du modèle de réadaptation psychiatrique.</li> <li>- <i>Evaluer et développer la disponibilité aux changements</i> de Marianne Farkas : « <i>il y a cinq variables qui permettent de voir si la personne n'est pas disposée à établir un objectif de réadaptation</i> ».</li> <li>- L'entretien motivationnel</li> </ul>

## Annexe 5 : Tableau des stratégies issues du processus de remotivation utilisées par les ergothérapeutes

STRATEGIES	STADES	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Accueil chaleureux	Validation (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Introduction d'éléments significatifs	Validation (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Exercer des activités dignes d'intérêt	Validation (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Susciter les interactions	Validation (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Changer de lieu pour l'application de routines familières	Découverte de l'environnement (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Observer d'autres personnes	Découverte de l'environnement (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Encourager la participation du client	Découverte de l'environnement (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Faire plus de place à la nouveauté	Prise de décision (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Inciter plus souvent le client à participer	Prise de décision (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Encourager le client à raconter sa vie	Plaisir et efficacité dans l'action (Exploration)			X			
Formuler des commentaires	Plaisir et efficacité dans l'action (Exploration)		X		X		
Encourager la participation à des projets de groupe	Plaisir et efficacité dans l'action (Exploration)	X	X	X	X	X	X
Apporter une aide physique et un soutien émotionnel	Assimilation d'un sentiment d'efficacité (Compétence)	X	X	X	X		X
Augmenter progressivement les exigences environnementales	Assimilation d'un sentiment d'efficacité (Compétence)						
Faciliter l'apprentissage des habiletés	Assimilation d'un sentiment d'efficacité (Compétence)			X	X	X	
Introduire la rétroaction	Assimilation d'un sentiment d'efficacité (Compétence)		X		X		
Permettre des temps de réflexion ou de déstabilisation	Vivre et raconter son histoire (Compétence)		X	X			X
Favoriser la prise de conscience intuitive	Vivre et raconter son histoire (Compétence)		X		X		
Favoriser l'autonomie dans la sélection et l'atteinte des objectifs personnels, le choix des occupations et la recherche de nouveaux défis	Accomplissement				X	X	
Poursuivre l'apprentissage continu des habiletés et le recours à de nouvelles stratégies	Accomplissement						

## **Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 2**

### **Interviewer :**

Alors pour commencer cet entretien, j'aimerais en savoir davantage sur vous. Est-ce que vous pouvez vous présenter et me raconter un petit peu votre parcours professionnel ?

### **Ergothérapeute 2 :**

Alors je suis ergothérapeute depuis 2015. J'ai eu une expérience presque exclusivement gériatrique. Pendant quatre ans et demi, j'ai travaillé en clinique privée, en SSR gériatrique et quelques mois en neuro gériatrie, en neuro psycho gériatrie. Et là, depuis deux ans à peu près, oui, ça va faire deux ans, j'ai un mi-temps en EHPAD et un autre mi-temps au Samu social de Paris.

### **Interviewer :**

D'accord, donc quelles sont vos principales missions sur votre lieu de travail ? Notamment à l'EHPAD par exemple.

### **Ergothérapeute 2 :**

Alors, du coup, les missions, ça va être beaucoup d'accompagnement des soignants autour de tout ce qu'il y a installation au lit, au fauteuil, alors dans la dynamique de maintenir des capacités préservées, de donner aussi des pistes de lecture parce que moi à l'EHPAD, je suis la seule rééducatrice. Donc j'ai donné des pistes de lecture pour comprendre certains qui ont des troubles du comportement, productifs ou non. Donc ça, ça va être ma deuxième mission et après ma troisième mission, on sort un peu de la réadaptation, ça va être un peu plus de la rééducation, rééducation motrice et stimulation cognitive.

### **Interviewer :**

D'accord. Est-ce que la structure dans laquelle vous exercez, elle a par exemple un projet d'établissement qui est un peu innovant ou qui est centré sur l'occupation ou la qualité de vie du résident ?

### **Ergothérapeute 2 :**

Alors, on tente depuis quelques mois de construire un projet d'accompagnement de vie, en fait, ou projet de soins personnalisés, un peu ce qu'on peut évoquer en SSR pour établir le projet de la personne et la faire participer à ce projet. Du coup, on a une partie un peu recueil de données assez générales sur

la famille, sur la pathologie de la personne. Après, on a une partie de nos observations et un peu de nos intentions envers le résident. Et là, ce qu'on essaye de faire, c'est le lien pour que le résident puisse nous dire aussi, soit en capacité de formuler, nous dire sur quoi il souhaite être accompagné ou lui dire ce qu'on a observé des intentions qu'on a pour lui et voir si il est en accord ou pas, parce que s'il n'est pas en accord, on va changer les intentions, on ne va pas forcer quelqu'un à faire quelque chose qu'il ne veut pas. Et dans ce projet de vie, on fait aussi participer les aidants familiaux ou aidants environnementaux au sens large, des fois, c'est les amis aussi, qui ont eu l'habitude de connaître le résident avant l'entrée en EHPAD, du coup, on les fait aussi participer pour savoir un peu, si la vision qu'on essaye globale de la personne correspond au résident. Donc c'est un peu quelque chose en tripartie en fait, nous, le résident au centre et l'environnement humain qui gravite autour.

**Interviewer :**

D'accord

**Ergothérapeute 2 :**

Donc, on ne le nomme pas comme ça « occupation centrée », mais l'idée est là.

**Interviewer :**

Oui, c'est la même démarche finalement.

**Ergothérapeute 2 :**

Exactement

**Interviewer :**

D'accord. Et en parlant de démarche, comment vous définiriez la vôtre ou l'approche que vous avez auprès des résidents ?

**Ergothérapeute 2 :**

Pour le coup, même si je n'ai pas forcément utilisé de modèle conceptuel de type MCRO ou MOH, moi, je..., Heu, c'est quand même une approche qui me parle, ou j'essaye de la mettre en place, notamment le fait de choisir les objectifs et de les classer en ordre d'importance. Du coup, je n'ai pas utilisé l'outil MCRO, mais je vais quand même m'en inspirer.

**Interviewer :**

D'accord. C'était justement ma prochaine question. Est-ce que vous utilisez des modèles ou des outils ? Mais du coup plus de l'inspiration...

**Ergothérapeute 2 :**

Voilà, on va dire que moi, du coup, j'ai fait partie de la génération, diplômée en 2015, on commençait à parler d'occupation, de nouvelles approches, d'occupation centrée, d'approches personne centrée. Moi, malheureusement, pendant mes études, je n'ai pas eu de formation, sans doute comme vous là

maintenant autour de ces modèles conceptuels, là c'était assez abstraits. Et du coup, j'ai un peu plus détaillé la connaissance de ces modèles par des recherches personnelles ou par des ou en échangeant avec des, ... des collègues, lorsque je travaillais en milieu hospitalier. Mais là, j'espère. J'ai fait une demande de formation MOH. Pour moi, cela, c'est la base (rire) avant même de penser la MCRO, et qui devrait arriver en juin de cette année, et j'espère que ça pourra m'apporter des clés. Parce que même nous, quand on accueille des stagiaires, je vois qu'ils sont formés à cette approche et des fois c'est un peu frustrant. Je comprends. Du coup, ça me parle. Mais je pense qu'il y a des subtilités qui me font encore un peu un peu floues. Donc la formation ne me fera pas de mal...

**Interviewer :**

Oui, d'accord. Très bien. Donc maintenant, j'aimerais qu'on aborde plus votre expérience auprès de la personne âgée qui présente des troubles dépressifs. Donc, comment vous repérer et vous évaluer la présence d'un trouble dépressif chez un résident ?

**Ergothérapeute 2 :**

Alors du coup ça va être, selon moi, à différentes échelles. Quand, par exemple, on constate qu'une personne participait le plus possible au quotidien et qu'au bout d'un moment, il y a une fissure qui se crée un peu de manière imagée et que la personne désinvestit ce qu'elle faisait auparavant. Donc c'est un peu sujet de questionnement. Il y a aussi en signe, le repli sur soi, l'apathie... Un peu, ces clés un peu non-verbales, qui m'est arrivé d'observer. Après ce n'est pas un temps immense, j'ai quand même la chance d'avoir un 20 % psychologue, donc, et je pense que les soignants sont assez sensibles à la fluctuation d'humeur des résidents. Donc on en parle assez vite, je trouve. On en parle en équipe professionnelle et on essaye un peu, un peu de creuser. Du coup, je pense que c'est un peu, un peu une approche conjointe et pluri pro à avoir pour identifier ça. Parce que, où peut être le psychologue, lui, va le voir un peu plus dans l'espace de parole, c'est d'avoir l'espace de parole avec les résidents. Et puis un peu en plus, un peu dans ce côté un peu verbal à essayer d'identifier des choses. Et moi, je pense qu'au niveau ergo, ça va être très .... C'est vraiment des restrictions de participation permanent. Quand je vais voir qu'il y a une restriction de participation qui est assez importante, rapide ou. Donc ça, c'est quand il y a des personnes qui étaient bien et du coup qui ont et qui développent une humeur dépressive par la suite et même des fois en évaluation initiale, quand je vois que la personne a les capacités préservées et qu'elle ne les exploite pas, je vais aussi questionner un peu la personne, sa famille et creuser, s'il n'y a pas une raison, vraiment plus d'ordre psychique à cela.

**Interviewer :**

D'accord. Et est-ce que vous vous parlez du coup de travail inter pro. Mais est-ce que vous trouvez dans votre pratique que les autres professionnels sont assez sensibilisés justement à la reconnaissance d'un trouble dépressif ?

**Ergothérapeute 2 :**

Moi je pense que ça va être structure dépendant et soignant dépendant, soignant au sens large, soignant, thérapeute... Je pense que ça va être vraiment dû à nos approches. Je compare un peu, moi. Bon là on sort un peu du cadre de l'EHPAD Et quand je travaillais en SSR, c'est vrai que ça se voyait, on avait tendance à le voir. Je pense que les soignants étaient un peu moins formés à ça, à cette écoute, un peu à cette grille de lecture comportementale. On va dire

ça comme ça. Ils étaient un peu moins formés à ça. Et en fait, on se rendait compte d'une dépression quand, par exemple il y avait un syndrome de glissement. Donc en fait, quand on avait une symptomatologie vraiment vers la fin ; en fait, au niveau de l'image, on a du mal à « rattraper la personne ». Donc ça, c'est plutôt une version SSR. Là, je pense qu'en EHPAD, vu que c'est le lieu de vie de la personne, après, je n'ai pas envie de parler au nom de tous les EHPAD, mais quand c'est des soignants, des thérapeutes, des professionnels qui connaissent quand même de manière assez ..., même si c'est superficiel mais assez global la personne. Je pense que c'est des équipes qui sont quand même plus sensibles dès qu'il y a un changement. Par exemple une personne qui ne mange plus, qui est assez gourmande mais qui ne mange plus ... Une personne qui a l'habitude de sortir de sa chambre mais qui ne sort plus de sa chambre... Une personne qui adore la rééducation qui n'y va pas. Alors je donne un peu l'exemple pour la gente féminine, quand il y a le beau kiné libéral qui arrive, elle n'y va pas, alors que justement, cela les tenait un peu au niveau de l'élan vital, des fois...et je pense que ça, c'est un peu à mettre en lien avec le versant, le cadre médico-social, après je ne veut pas faire de généralités à tous les EHPAD, mais quand ça se passe bien et quand c'est des petites structures aussi, je pense, on prend plus le temps d'observer ça.

**Interviewer :**

D'accord, et justement, après quel type de prise en charge vous mettez en place auprès de ce type de résident, pour justement refavoriser cette participation occupationnelle ?

**Ergothérapeute 2 :**

Ça va passer par, je pense, des temps d'échange, un peu des temps de présence. Alors moi ça je le vois un peu dans ma pratique EHPAD mais aussi SAMU social, où il y avait une personne, 74 ans donc on peut la compter gériatrique et l'aspect plutôt Samu social, une personne très douloureuse au niveau, que ça soit émotionnel ou physique, et il avait du mal à exprimer autour de sa douleur et du coup, il y avait un repli sur soi, un arrêt de la rééduc et alors qu'il y allait tout le temps avant. Quelque chose d'assez difficile et en fait on s'est posé en disant mais on est dans une impasse. Qu'est-ce qu'on va pouvoir faire pour essayer de « re-up » la personne. Et en fait, ce qu'on s'est rendu compte, c'est même si là, ses douleurs, elles sont encore plus présentes que par exemple en janvier les douleurs sont atroces, il gémit, c'est assez compliqué, il perd beaucoup de poids ... qui est un temps de passage, mais de toute l'équipe qui lui accorde vraiment ce temps-là, cet espace-là, et de manière surtout qualitative, c'est vraiment un temps de présence, un temps d'écoute, d'échange, même si la douleur est plus présente. Mais du coup, il va quand même dire c'est dur, mais ça va. Et je pense que dans nos pratiques, en terme, je le vois comme ça au niveau de la pratique ergo, je pense qu'il ne faut pas se voir uniquement comme rééducateurs ou uniquement comme des MacGyver de la réadaptation. Je pense qu'on a le terme thérapeute dans notre profession et ce n'est pas pour rien. Ou en fait, ça va demander, je trouve surtout, de moduler le cadre thérapeutique de notre accompagnement, de se dire : on va adapter, adapter les objectifs, on va passer plutôt sur de l'écoute, de l'échange. Après, voilà, on n'est pas psychologue non plus, chacun a sa place. Mais de se dire que déjà de venir un peu tous les jours, qu'on est là tous les jours ou en tout cas sur nos temps de présence, bon moi, je suis à mi-temps, et se dire que la personne elle m'identifie et je vais creuser un peu, en lui disant : « ben, ça va aujourd'hui ? ». Je vais attendre peut-être un petit « oui, ça va mieux » ou « non ça ne va pas », et je vais essayer de me refixer sur ces occupations en me disant « bah oui en effet, je vois que là vous êtes affalé sur la table, Ouh, là ça ne va pas ». « Est ce que je peux vous apporter un peu de confort ? Est-ce que je peux passer ma main dans le dos ? Est-ce que je peux vous mettre un coussin ? Est-ce que je peux réadapter l'assise ? ». Des fois,

c'est long, c'est trop. Et des fois, le lendemain, je peux reposer la même chose. Du coup, il y aura de l'acceptation. Mais ça été, pour moi, c'est vraiment un travail de long terme. La dépression, la dépression elle ne s'installe pas comme ça, pour moi. Sinon c'est qu'on est un peu... et ce n'est pas le terme dépression qu'on emploierait, mais c'est un peu quelque chose de névrotique, quoi. Alors que pour moi, la dépression, ça met du temps à s'installer. Pour moi, c'est un symptôme qui met du temps à s'installer, qui ne s'installe pas du jour au lendemain. Et pour moi, le plus important, c'est d'adapter le cadre thérapeutique.

**Interviewer :**

D'accord. Et après donc du coup, ces temps d'échanges du coup, qui sont dans un premier temps fait, après, est ce que vous avez d'autres moyens que vous mettez en place ? Après ça, justement ?

**Ergothérapeute 2 :**

Le temps d'échange... aller au rythme de la personne, mais ça va encore correspondre un peu au cadre thérapeutique, à m'adapter. L'adaptation, qui pour moi est quand même importante pour un ergothérapeute et par la suite de voir s'il y a des accroches. Mais pour le coup, s'il y a des approches, des accroches et s'il y a un petit regain, pour moi, ça, ça sera. Ça sera un peu plus sur le long terme. Si c'est vraiment quelqu'un qui a une grosse dépression. Enfin, de par mon expérience, au début ça sera du refus de soi. C'est : « laissez-moi tranquille ». Après, on approche, on approche et après on peut être sur du sens ou d'être un peu plus sur le concret. Mais pour moi, ça, le côté concret, occupation centrée, on va en parler pendant nos entretiens, on va faire un peu miroir, j'ai envie de dire ça comme ça, mimer, dire bah je vous vois comme ça, je constate qu'avant c'était comme ça, maintenant, c'est comme ça. Qu'est-ce que vous en pensez ? De faire miroir aussi, c'est important. Et après de voir ce qu'en dit la personne. Et là, on va voir si on peut recentrer le propos sur quelque chose de plus occupation.

**Interviewer :**

Donc quand vous dites des accroches, vous parlez d'accroches occupationnelles ?

**Ergothérapeute 2 :**

Ouais, on va dire ça comme ça. Oui, c'est vraiment ça. Je prends l'exemple de ce monsieur-là qui avait tellement mal, qui n'était tellement pas bien. En fait, il dormait au fauteuil, il avait un grand repli douloureux. C'est compliqué. Et en fait de passer un peu en mimant en passant un peu par la dérision, en le jugeant pas et en disant que je m'inquiétais quand même. Mais en le mimant, bah du coup, c'était un peu plus simple pour lui de comprendre. Et du coup, il y a eu cette accroche où je suis passée et je lui ai nommé les choses, mes collègues soignants lui ont nommé les choses, la psychologue aussi. Et de se dire peut-être que si on le dit, si beaucoup de personnes me font miroir, je vais peut-être m'en saisir. Et du coup, accepter la proposition de l'ergothérapeute pour un peu plus de bien-être. Ces accroches-là occupationnelles de se dire OK, là on le tente parce qu'il me tend une perche.

**Interviewer :** D'accord. Et après, dans votre pratique, est ce que vous privilégiez plus une prise en charge individuelle ou groupale ? Et est-ce que vous voyez une différence entre ces deux types de prise en charge auprès de ce type de public ?



**Ergothérapeute 2 :**

Je serais un peu plus sur de l'individuel. Je me mets vraiment en lien résident plutôt ayant une humeur dépressive, plus ou moins importante. Moi, je serais plutôt sur de l'individuel, parce que je trouve que, au niveau de la qualité ça aide, et en plus pour des personnes comme ça qui sont vraiment dans une dépression bien installée ou ça ne va pas. Je pense qu'il faut vraiment leur accorder du temps en individuel et vraiment encore une fois une qualité d'échange. Après, pour des personnes, où on voit que c'est peut-être un début de dépression. Ça se manifeste par de l'apathie, un peu de rupture sociale. Là, peut être que je peux faire les deux à la fois de l'individuel pour creuser un peu ce qui se passe et faire un groupe, ou peut-être un peu plus ludique, un cadre souple peut être, un cadre thérapeutique un peu plus souple où on va proposer de venir avec quelqu'un d'autre avec qui il avait l'habitude de discuter, de faire à peu près, de créer une petite dynamique de groupe et voir un peu ce qui se joue. Parce que des fois, les pairs résidents, ils ont un peu plus d'impact que nous en fait (Rire). C'est bête à dire, mais en fait, ils se voient tout le temps. Moi, je suis là à mi-temps. Mais en fait, des fois, de parler avec son pair âgé pareil, qui vit peut-être un peu les mêmes problématiques, ça a une autre résonance. Donc là, je vais être un peu sur du petit groupe, par contre je ne ferais pas du gros groupe. Du groupe vraiment quatre personnes, quelque chose de contenant, quelque chose de pas trop exigeant, vraiment un cadre un peu souple de se dire c'est peut-être un groupe qui n'est pas fermé. Un jour la personne, un peu d'humeur dépressive vient, si l'autre jour elle ne veut pas venir, elle ne vient pas évidemment. Mais au moins je dirais à la personne « Vous ne venez pas aujourd'hui, c'est votre choix. Par contre, est ce que vous êtes d'accord pour que j'en informe le reste du groupe parce que vous faites partie à part entière du groupe » et là j'attends la réponse. Donc pour moi, c'est aussi ça. Je te parle beaucoup de cadre thérapeutique, je trouve, et du coup, mais je suis un peu sur les deux, mais plus sur l'individuel quand même.

**Interviewer :**

D'accord et donc par exemple, que ce soit dans les prises en charge individuelles ou groupales, n'importe. Quels effets vous avez pu observer auprès de la personne ? est-ce que vous avez observé des changements au niveau de la participation, au fil de la prise en charge ?

**Ergothérapeute 2 :**

Ça peut arriver, ça peut arriver, parce que pour moi, quand on a un peu ce... cette dynamique de confiance, quand le résident a confiance en toi, je pense que c'est plus simple de tester, d'expérimenter et après pareil, ça, c'est un peu l'approche que j'ai avec eux. Quand ça ne va pas bien, quand il y a un peu d'angoisse, un peu de peur où la dépression joue aussi. En leur disant c'est vraiment moi, moi encore une fois mon cadre, c'est vraiment comme s'ils expérimentaient les choses, de faire de ma salle en lieu d'expérimentation, on essaye et de toute façon ça ne se passera pas quelque chose de mal. Et s'il y a quelque chose qui a fait cogiter quelque chose qui les a renvoyés à une situation un peu compliquée, moi du coup, je leur demande de m'en parler et moi je fais le lien avec la psychologue. Donc je trouve que c'est une approche qui est intéressante de se dire voilà, on est accompagnant, accompagnateur, on n'est pas trop au-dessus au niveau du cadre et on essaye de se mettre au rythme et on expérimente et on voit un peu s'il y a du changement. Et voilà, j'ai pu

observer des fois des beaux changements, des deux, peut-être l'apathie qui disparaît et des personnes qui tentent un peu plus. Donc, l'apathie disparaissant, il y a un peu plus d'ouverture sur les autres, vers les autres. L'humeur un peu dépressive disparaît un peu, mais ça va être vraiment des ... C'est comme si on était dans un légo ou un puzzle où on rassemble progressivement les pièces. Et jusqu'à présent, je ne veux pas être non plus trop prétentieuse en disant ça, il y a des petits mouvements, je ne dis pas que c'est parfait, je ne dis pas qu'on supprime la dépression et que c'est principalement le rôle de l'ergo, mais je trouve qu'il y a des petits mouvements et des mouvements qui peuvent être exploités par l'ergo ou par d'autres professionnels en effet.

**Interviewer :**

Et au niveau de la participation, vous voyez des changements ?

**Ergothérapeute 2 :**

Oui même si c'est des petits changements, je peux voir des petits changements. Par exemple une dame qui était repliée sur elle-même en chambre, qui ne sortait pas, qui avait peur d'aller au fauteuil, qui avait un peu tout mêlé : dépression, apathie, peur. Bah par exemple, là je constate que depuis un mois et demi, elle va en animation centrale, donc elle sort de sa chambre, elle est levée plus tôt. Avant on l'installait au fauteuil plutôt vers 11h, là à 9h et il n'y a pas de soucis. En fait, elle ne va dans sa chambre que pour dormir, se reposer ou regarder la TV, quelque chose... vraiment le sens d'une chambre, quoi...Et du coup, ça été vraiment un peu toutes ces étapes : écoute active et qualitative, on essaie de trouver du sens en lien avec ce qu'elle aime, elle me tend une perche, je la saisis, on essaie parce que je propose mon cadre comme un lieu d'expérimentation, je fais le lien avec mes collègues et du coup « il s'est passé ça », est-ce qu'on peut pas faire des transferts des acquis de ce que je vois en ergo, un peu le faire auprès des autres professionnels. Donc voilà, moi, c'est l'exemple qui me vient à l'esprit, après voilà, le patient qui est très douloureux, bah je me dit là c'est un début s'il accepte de dormir au lit. Et ce n'est pas juste une histoire de douleur physique, ce qu'il a. Je pense que c'était anxiogène et il est très déprimé, la peur de la mort est présente et du coup, d'être allongé pour lui c'était assez mortifère. En fait, maintenant il accepte car il voit qu'on est derrière lui et qu'on le soutient. Donc pour moi, il y aura toujours un peu d'incident sur la participation, même si c'est à minima. Même si, c'est des choses on va se dire c'est pas grand-chose, mais pour la personne, en fait si, si. Elle va te dire si c'est assez important pour moi.

**Interviewer :**

D'accord, et quels sont les éléments qui selon vous, vont être facilitateurs, ou au contraire obstacle dans la prise en charge de ce type de résident ?

**Ergothérapeute 2 :**

La posture thérapeutique, je trouve (rires)... Pour moi, ça peut être facilitateur et vraiment déclencher des petites choses. Et comme en sens inverse, si la posture ne correspond pas à la personne qui n'est pas bien et qu'on va peut-être pousser les choses, être dans une posture très rééducative, pour certains ça va marcher, ça va re-up et il y aura un petit regain, pour d'autres ça va être source d'angoisse et ils vont dire stop ; on ne fait rien. Pour moi, avant tout c'est la posture thérapeutique qui est facilitatrice, ou pas d'ailleurs. Et après c'est l'adaptation de nos propositions. De se dire que, on a une intention envers la personne, la personne s'en saisit ou pas, on la met au centre de notre accompagnement et on lui demande son avis à chaque fois, même pour quelque

chose de dérisoire. Même pour une pesée, par exemple, on va dire dans la loi il faut une pesée par mois par exemple j'extrapole un peu. Mais bah on lui demande : « est-ce que vous voulez être pesé ? » et on voit. Mais voilà, c'est pour moi, c'est un peu ces trois sphères là.

**Interviewer :**

En fait, si je comprends bien, vous le rendez quand même un petit peu acteur de ses choix dans sa prise en charge.

**Ergothérapeute 2 :**

Oui carrément

**Interviewer :**

Et est-ce que vous y voyez aussi des éléments environnementaux, liés à l'environnement qui seraient facilitateurs ou obstacles ?

**Ergothérapeute 2 :**

Oui, moi je pense aussi, c'est comme, je donne un exemple un peu grossi, mais une chambre qui n'est pas agréable, qui a des couleurs vives chez une personne qui n'est pas bien, où les couleurs ne sont pas neutres. Ça va être assez confrontant pour elle et la personne ne va pas forcément se sentir épanouie dans son environnement. Et d'ailleurs, j'en parlais avec ma collègue psychologue tout à l'heure où je disais... On parlait un peu de la déco de l'EHPAD. Bon, je n'étais pas forcément d'accord sur la déco proposée par l'animatrice. Ça arrive. Pour moi c'était assez enfantin. Et chez des personnes psychotiques ou pas. En fait, c'est des personnes qui arrachent les décorations et en fait je disais c'est leur environnement, c'est leur lieu de vie. Il faut les faire participer à quelque chose de chaleureux, de leur demander ce que eux veulent de cette décoration. Vraiment de les mettre au centre, parce que c'est eux qui vont exploiter cet environnement pour réaliser leurs occupations, pour s'épanouir, être bien. Et du coup, pour moi, un environnement qui est propice au bien être qui, s'il peut paraître chaleureux ou la personne s'épanouit en fait, ça, ça peut être aussi une aide à se sentir mieux et peut être à sortir un peu de l'humeur triste, au moins ça, ou pas parler de supprimer la dépression, mais au moins sortir un peu de la tristesse.

**Interviewer :**

Et au niveau du temps. Est-ce que vous trouvez, vu que vous êtes à mi-temps. Est-ce que vous vous trouvez que vous avez assez de temps mis à disposition pour accompagner ce type de personnes ?

**Ergothérapeute 2 :**

J'ai la chance d'être sur un mi-temps et d'avoir un petit service que je priorise. Donc pour moi, dans la conjoncture de service ou par exemple je suis à mi-temps, mais pour quarante et un patient, je pense que c'est un luxe. Donc je trouve le temps. Et même s'il y a d'autres personnes qui n'ont pas cette problématique dépressive ou de tristesse, je vais pouvoir me dire bah cette semaine je vais pouvoir un peu plus voir l'autre. J'interviens deux jours et demi

par semaine. Du coup, en cas de figure où il y a un repli sur soi assez important, de l'apathie, quelque chose qui est assez compliqué. Je vais peut-être voir la personne les trois fois où j'interviens, donc j'ai ce luxe-là. Pour le coup, j'ai de la chance. Des personnes, des ergo qui vont être dans des EHPAD, seules pour 200 résidents, donc c'est un temps de travail encore plus réduit que moi, je ne sais pas comment ils font. Pour le coup je ne sais pas. Et là pour moi la solution, c'est le travail. Déjà de base pour moi, c'est primordial, le travail pluri pro, mais encore plus dans ces cas de figure là.

**Interviewer :**

Oui... Et avant qu'on termine, j'aimerais savoir ce que ça représente pour vous le fait d'agir sur la motivation de la personne. En fait qu'est ce qui, selon vous, motive un résident à retrouver une motivation d'agir ? On parlait du modèle MOH tout à l'heure, en fait Kielhofner appelle ça la volition. Donc c'est la motivation d'agir de la personne. Donc, qu'est-ce que vous allez mettre en place dans votre pratique pour favoriser cette motivation à agir ?

**Ergothérapeute 2 :**

Pour moi, ce qui va permettre ça, pour moi, c'est le sens que la personne va mettre à faire ce qu'on lui propose, ou à faire cette occupation. C'est quel sens ça a pour la personne ? Quel ordre d'importance ça a pour la personne. Là, je repars un peu plus sur la MCRO, et après ça, peut être que là il y aura un peu plus de volition du coup.

**Interviewer :**

Et ça, vous avez pu l'observer dans votre pratique ?

**Ergothérapeute 2 :**

Moi, je l'observe, après c'est difficile. Je repars un peu sur la MCRO. Pour moi, c'est le sens qu'on met à l'occupation qui va permettre un déclic pour la personne. Et du coup, après, pour moi, ça aura un impact sur cette dynamique de volition. Après, moi je ne code pas en tant qu'évaluation. Et ça, je pense que c'est un grand manquement, parce que je ne suis pas encore formée encore à tous les outils du MOH. Mais en effet, ça peut, ça peut jouer d'avoir peut-être quelque chose d'assez standardisé où on essaye de trouver encore une fois une petite perche à lancer pour voir si la personne s'en saisit et généralement ils s'en saisissent. Après voilà, je structure pas de manière très standard comme les évaluations MOH, pas encore, mais en effet, ça va, ça va jouer sur la motivation pour moi.

**Interviewer :**

Donc vous observez plus cette remotivation dans des occupations un petit peu significatives et....

**Ergothérapeute 2 :**

C'est ça, ça va être vraiment de l'évaluation observationnelle, on va dire.

**Interviewer :**

Ok. Ben on arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

**Ergothérapeute 2 :**

Ben écoute comme ça non. Après, ça ne finit pas encore, mais (rire). Je suis présente, mais du coup, je ferais peut-être un retour un peu plus tard, s'il y a des choses qui me viennent. Mais comme ça écoute, comme ça, il n'y a rien qui me vient.

**Interviewer :**

Donc parfait. Bah voilà, c'est tout.

**Ergothérapeute 2 :**

Bah nickel.

## Annexe 7 : Retranscription de l'entretien bonus

### Interviewer :

Alors déjà, est-ce que vous pouvez vous présenter et me présenter un peu votre parcours professionnel ?

### Francis Guérette :

Oui, oui. Donc j'ai travaillé presque 35 ans en santé mentale dans un institut universitaire en santé mentale. Et c'est ce que je voulais. Tout ce qui est médecine physique, je n'ai pas ce cerveau-là. Comment adapter l'environnement, les aides techniques, tout ça, ça ne me parlait pas. Puis j'admire beaucoup les gens à qui ça parle là, mais moi c'était... Donc c'était clair dès le début que je voulais travailler en santé mentale. Et j'ai découvert Kielhofner lors de ma deuxième année en 1985. Le premier livre de Kielhofner sur son modèle, un petit livre avec un gros cartonnage bleu, je m'en rappelle encore. Le prof qui nous avait présenté ça avait des liens avec Kielhofner déjà au Québec. Moi, c'est la volition. Quand j'ai entendu parler de l'volition, j'ai dit, c'est ça que je veux faire. Je veux aider les gens à travailler... Parce que la volition, ce n'est pas juste un problème en santé mentale. Ça nous arrive à toute période de notre vie, incapacité, situation d'handicap ou pas. Alors ça me parlait vraiment. Sauf que quand je suis arrivé à l'Institut universitaire, dans ce temps-là, ça s'appelait Robert-Giffard. Quand il y a eu une petite évaluation que Gary avait mis sur pied, une espèce de questionnaire plus large par rapport aux différents systèmes de modèles d'occupation humain. Les gens cotaient zéro partout. Mais, ça ne peut pas m'aider, s'ils cotent zéro partout. Donc là je suis plus allé du côté du modèle canadien. On a vraiment poussé à l'Institut le modèle canadien pour l'ensemble des ergothérapeutes. J'étais le premier, par exemple en santé mentale, qui arrivait. Il y en avait déjà deux trois en santé physique. Au fil des années, on était proche de Kielhofner puis le prof qui était là avant a permis que Gary vienne quelques fois au Québec. On avait accès à lui facilement. Puis à un moment donné, on a entendu parler d'un processus de remotivation. C'est René Bélanger qui nous avait mis en contact avec Carmen, qui, dans sa grande générosité, m'a envoyé la première version de son processus de remotivation. Je capotais. Puis, avec des stagiaires, on a même traduit des parties, puis, à un moment donné, Carmen a publié la première version du processus de remotivation et de prendre conscience qu'avec le Volitional Questionnaire, on est obligé de jaser. Ce n'est pas une thérapie verbale. Un peu plus tard on pourra y venir, sur comment vous vivez ça. Mais, c'est plutôt une grille d'observation. Ça peut aller chercher des gens qui sont vraiment atteints. Moi, je travaille avec une clientèle à l'interne d'abord, qui était très atteinte de troubles psychotiques beaucoup. Alors... J'aurais essayé la stimulation... Comment qu'on appelle ça ? La stimulation...

### Interviewer :

Cognitive non ?

### Francis Guérette :

Des différents sens, autant le toucher...

### Interviewer :

Ah, sensorielle ?

**Francis Guérette :**

Oui, c'est ça. La stimulation sensorielle. Puis bon, c'était quand même intéressant, mais encore là, je ne trouvais pas que... Au niveau du fonctionnement, il y avait vraiment un impact. Puis là avec Carmen, il y avait pas mal toutes des problèmes volitionnels pour eux autres. Puis à un moment donné, j'ai été transféré à... là on est en 2022. Dans les années 2000 en tout cas, sur une unité plus de courte durée santé mentale. C'est un nouveau pavillon qui s'ajoutait. Et là, dans le fond, il y avait encore... Je travaillais beaucoup avec les troubles de l'humeur et évidemment, la volition, c'était vraiment difficile. Alors, j'ai commencé à utiliser ça à l'interne, de partir avec le VQ, puis observer la personne dans sa chambre juste dans la discussion. Puis quel type d'environnement elle a ? Oups il y a une photo d'un petit, on parlait de... C'est votre enfant, votre petit fils ? on commençait comme ça. Puis là, après plusieurs clients, après une vingtaine de rencontres, il se passait vraiment quelque chose. Puis, de plus en plus, les médecins référaient. Les ergothérapeutes que nous sommes souvent, en ce temps-là, c'était quand ça ne marche pas ailleurs, on va essayer avec l'ergothérapeute. Puis là après, quand la médication ne fonctionnait pas tout de suite même les électrodes bah là on va référer en ergothérapie, Francis il paraît qu'il a une affaire sur la remotivation. Ça a commencé comme ça. Puis il y avait à ce moment-là une prof qui est Geneviève P, qui faisait son doctorat avec Kielhofner. Et, après son doctorat, elle a embarqué avec nous autres pour faire une étude clinique, où on... Avec des mesures, pas juste du MOH, des mesures de symptômes, des mesures de qualité de vie. Il y a un psychiatre qu'on adore, que j'adore toujours, qui a embarqué là-dedans. Ce qui fait que... Puis, on allait souvent à la brasserie prendre une bière pour parler de ça, parce que faire de la recherche en ergothérapie à cette place-là, ce n'était pas fort. Ils ne nous donnaient pas beaucoup de temps. Mais on était convaincu de notre affaire. Alors, avec Geneviève, ça a été la première étude sur le processus de remotivation. Geneviève a décidé de ne pas publier, parce qu'on avait juste neuf personnes, mais écoute pour les neuf personnes, plus que la volition montait, plus que les symptômes baissaient. C'est quand même intéressant, mais bon, est-ce qu'il y a... Mais on n'a pas pris en compte l'ajustement de la médication. Donc, est-ce que c'était plus la médication ? Je ne sais pas. Mais, il y avait quand même quelque chose d'intéressant. Et puis après ça, Geneviève s'est en allée en Australie, puis on s'est perdu de vue. Mais, il y avait une autre ergo, à Trois-Rivières, chez nous. Trois-Rivières là, c'est à 115 kilomètres de Québec. Alors... C'est par Carmen. Carmen nous a mis en contact ensemble parce qu'elle, elle a contacté Carmen. Ça, c'est Ginette A qui est à l'Université du Québec, à Trois-Rivières. Mais là, c'est Carmen. C'est drôle, on est à 100 kilomètres, et c'est par Carmen au Chili qui fait qu'on se rencontre. Et là, c'est une prof et une chercheuse aussi. Alors, on a fait un couple d'études ensemble sur... Elle a fait utiliser une recherche avec un client avec moi. Et puis elle avait un autre client à Montréal, c'est à 150 kilomètres d'ici. Dans une prison, mais pour trouble de santé mentale, donc une clientèle assez difficile aussi. Et là aussi, elle a eu des effets significatifs. Après chaque rencontre, on complétait un tableau de bord. J'ai une jeune collègue qui prend ma place. Et moi, je continue de dire que la remotivation, ça reste un élément essentiel et tellement sous-utilisé. J'ai lu votre courriel, j'étais tellement bon. Tant mieux que quelqu'un s'intéresse à cette histoire-là, parce que ce n'est pas très enseigné et ce n'est pas très connu. Le MOH, d'abord s'approprier le MOH, ça demande beaucoup d'énergie, c'est quelque chose. Ça peut prendre quelques années avant de te l'approprier. Alors c'est ça, voilà !

**Interviewer :**

D'accord. Ben oui, en fait, c'est parce que moi, du coup, au départ, mon sujet, c'était sur la dépression des personnes âgées en EHPAD. Et en fait, je ne sais pas comment, mais un jour, je regardais une vidéo de Marie Morel-Bracq. Et en fait, tout à la fin, il y a des personnes qui lui posaient des questions et il y a une dame qui lui a demandé : « Voilà, mais comment on peut faire quand... Elle travaillait en santé mentale. Comment les personnes, quand ils ne veulent plus rien faire, ils ne veulent plus participer à rien, qu'est-ce qu'on peut faire ? » Et c'est là qu'elle a dit quelque chose qui s'appelle le processus de remotivation de Las Heras. J'ai fait, tiens, ce truc, j'en n'ai jamais entendu parler. Et c'est comme ça qu'après, je me suis intéressée à ça. Et du coup, le but c'est de voir, est-ce que ça peut être appliqué à des personnes âgées en EHPAD. Parce qu'après, le problème, c'est que je me rends compte que c'est limite un sujet qui doit être poussé plus loin. Parce que là, moi, mon rendu, il est dans un mois et je ne peux pas tout approfondir. C'est limite de la recherche. Donc, je pense que ça sera en ouverture de dire que voilà, c'est encore à approfondir. Mais du coup, ce que j'ai fait, c'est que j'ai interrogé des ergos ici, voir un peu leur prise en charge auprès des personnes âgées et de voir du coup si on retrouvait des choses qui existent dans le processus de remotivation. Est-ce qu'on retrouve ces phases-là ? Est-ce qu'on retrouve des stratégies un peu similaires ? etc. Donc, maintenant que j'en ai fait six, on en retrouve effectivement. Donc, je me dis que ça pourrait être bénéfique parce que c'est un guide. Donc comme ça, ça pourrait guider un peu la pratique.

**Francis Guérette :**

Ce n'est pas manualisé, c'est pas une thérapie manualisée, c'est un guide, c'est le bon terme ça.

**Interviewer :**

C'est ça, c'est ça. C'est juste pour qu'au moins on ait des pistes, de qu'est-ce qu'on peut proposer où est ce qu'elle en est la personne. Enfin, moi je le vois comme ça.

**Francis Guérette :**

Oui, oui

**Interviewer :**

Après, je me suis dit, est-ce qu'en plus ça pourrait être fait aussi par les soignants ? Parce que le problème en France, c'est que les ergothérapeutes, ils n'ont pas beaucoup de temps plein en EHPAD. Donc, quand ils sont en EHPAD, c'est beaucoup les installations, les positionnements et il n'y pas beaucoup de temps pour les prises en charge, quand il y a des pathologies comme ça. Du coup, est-ce que ça pourrait aider les soignants ? Est-ce que c'est possible à enseigner à des soignants ? Et est-ce qu'il n'y a pas des limites à ça ? Genre, je pense par exemple aux troubles cognitifs. Est-ce que ça peut être compatible quand il y a des troubles cognitifs, des démences ou des choses comme ça ? Voilà, c'est un peu ça les questions.

**Francis Guérette :**

Oui en tout cas je n'ai pas de réponses exactes. Mais, justement, avec Geneviève, quand on a proposé, quand on est allé présenter l'étude, le MOH c'est un congrès une fois aux années, une fois aux deux ans, je ne suis pas allé dernièrement. C'était, je ne me rappelle pas quelle année, c'était les années 2000,



peut-être avant 2010, c'était en Suède. Il y avait une étudiante, une jeune ergo, qui venait présenter elle l'utilisation du processus de remotivation à l'interne avec une clientèle âgée. Et il y a quelqu'un aux États-Unis, mon dieu son nom, j'oublie son nom. Une dame qui a vraiment poussé l'utilisation du processus de remotivation avec une clientèle âgée. Et elle, ce qu'elle disait, c'est que moi, je peux travailler avec le processus de remotivation jusqu'à une démence moyenne. Et elle a même fait un guide spécifique processus de remotivation et personnes âgées institutionnalisées. C'est Christine Raber. Et puis elle, elle a vraiment adapté le processus de remotivation, la clientèle qu'on retrouve en institution.

**Interviewer :**

Super, j'irais voir. Mais en tout cas en France j'ai trouvé aucune étude. Après, j'ai essayé de contacter, il y a un groupe sur l'ANFE, ça s'appelle des groupes d'entraide, sur celui de santé mentale. Mais, ils ne m'ont pas répondu, donc je ne sais pas. Mais, je n'ai pas trouvé d'étude en France comme quoi c'était utilisé. Je ne sais pas pourquoi.

**Francis Guérette :**

C'est plus utilisé, parce que Carmen est là-bas, c'est en Amérique du Sud.

**Francis Guérette :**

Au Québec, on est un pôle qui a beaucoup poussé l'histoire. On ne l'enseigne pas vraiment. Mais justement, avec Ginette A, la prof de l'Université de Trois-Rivières, on a monté... J'ai fait ça d'abord avec le psychiatre, puis lui il s'est retiré après puis c'est Ginette qui est embarqué. Et on fait une formation pour l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, une ou deux fois par année, sur les approches motivationnelles en ergothérapie. Et à partir de là, on a monté un petit guide un continuum. Comme c'est plus verbal, quelle approche motivationnelle on pourrait utiliser, puis on essaie de placer la personne sur le continuum. Puis, quand c'est plus occupationnel, donc le processus de remotivation ou l'action contre l'inertie, qui est un autre modèle ergo à partir du modèle canadien. Alors le processus de remotivation, c'est comme une des bases du continuum qu'on a développé pour le volet occupationnel.

**Interviewer :**

D'accord. Mais du coup, est-ce que dans le cursus ergo, les élèves y sont sensibilisés ?

**Francis Guérette :**

Sensibilisés, ça serait le bon terme. Quand tu passes au travers du modèle de l'occupation humaine, ils entendent parler un peu de Carmen, puis du processus de remotivation.

**Interviewer :**

D'accord. Et est-ce que pour le mettre en pratique, il faut quand même une formation ?

**Francis Guérette :**

C'est Carmen. Nous autres, on a eu la chance d'être formés par Carmen. Mais idéalement, oui. Idéalement, il faudrait connaître d'abord le modèle de l'occupation humaine. Qui est une formation, nous autres il y a une ergothérapeute justement, qui travaillait avec, je ne me rappelle pas de son nom. Je crois qu'elle était française, mais elle est au Québec là depuis plusieurs années, puis elle est retournée en France donner des formations. Ça a été d'abord René qui donnait des formations sur le modèle de l'occupation humaine, puis après, ça a été elle sur le modèle de l'occupation. Donc, je sais que de temps en temps, elle se rend en Europe pour enseigner le modèle de l'occupation humaine. Mais le processus de remotivation, à part Carmen, je n'en connais pas d'autres.

**Interviewer :**

Et ça, ça vous a pris combien de temps pour être formés à ce guide-là ?

**Francis Guérette :**

Carmen est venue deux ou trois jours au Québec.

**Interviewer :**

Je me dis, est-ce que c'est possible de l'enseigner à des soignants, c'est peut-être compliqué.

**Francis Guérette :**

Quand tu... On se tutoie ?

**Interviewer :**

Oui.

**Francis Guérette :**

Quand tu parlais de ça tantôt, nous autres, on appelle ça un éducateur spécialisé. Lui, contrairement à l'ergo qui a une maîtrise, l'éducateur spécialisé, il a une formation de trois ans au Cégeps. Ça, ça veut dire cinq ans secondaires, puis après ça trois ans au Cégeps. Je pense qu'on est le seul pays qui a ça, le Cégeps. Donc, c'est comme du préuniversitaire, mais qui ne se rend pas à l'université. Et souvent, je travaille beaucoup avec les éducateurs spécialisés. Puis justement, je disais ça la semaine passée à l'ergo qui me remplace là. Où on va regarder ensemble... Parce que les éducateurs, les ergo et les éducateurs peuvent aller dans le milieu de vie de la personne, mais surtout les éducateurs. Puis l'ergo va faire comme l'évaluation du niveau volitionnel, beaucoup avec le VQ, mais on peut ajouter la liste d'intérêt, le OSA... une fois que l'évaluation est faite, là, on va... En fait, il faut aller dans le milieu de vie de la personne. Si c'est à l'hôpital, il faut aller à l'hôpital, pour vraiment faire deux ou trois activités avec le VQ. Pour avoir une bonne base. Où est-ce que la personne se situe dans les phases de remotivation. Une fois que ça s'est fait, on s'entend avec la personne sur un plan d'intervention. Pour poursuivre l'intervention, ça peut être l'éducateur spécialisé sans l'ergothérapeute qui continue, mais il ramène des informations à partir du *Volitional Questionnaire*. Puis Carmen elle encourage ça dans son centre de jour dans le temps au Chili. Elle travaillait avec les parents, elle travaillait avec les proches, elle travaillait avec d'autres

types de... Quand elle était dans une institution psychiatrique à Boston, où elle a fait ses études avec Gary, elle travaillait avec les autres personnes. Donc, ce n'est pas pour une chasse gardée, au contraire, plus qu'on va avoir de monde, qui par exemple vont développer la paire de lunettes VQ, mieux ça va être pour la personne. Puis au niveau de l'intervention, ça devient l'ergothérapeute qui devient le coach pour l'intervention dépendamment de la phase et du stade.

**Interviewer :**

Donc, on pourrait imaginer qu'il puisse donner un peu des stratégies sans forcément leur enseigner tout le processus et tout le modèle. Mais donner des stratégies, des pistes, des choses comme ça ?

**Francis Guérette :**

Oui.

**Interviewer :**

D'accord. OK. Qu'est-ce que je voulais demander d'autre ? Oui. Est-ce que vous pouvez m'expliquer rapidement comment vous vous le mettiez en place le processus de remotivation et auprès de qui, dans quelle situation par exemple ?

**Francis Guérette :**

En fait, il n'y a pas de situation où ce n'est pas possible. À moins que la personne ait une démence sévère. Mais même Carmen, si tu as jeté un coup d'œil sur son guide, il y en a une madame qui est en centre pour personne âgée qui n'arrête pas de faire des crises. Puis avec le VQ, l'ergothérapeute, je me demande si ce n'est pas Carmen, ils se sont aperçus qu'elle aimait beaucoup jardiner, être dehors, puis c'était quelqu'un qui était fier. Alors le jour où, c'était bizarre, quand elle mettait sa petite robe rouge, elle arrêta d'avoir des comportements dérangeants, façon de parler. Et quand ils se sont aperçus que la robe rouge, puis la verrière, ça la calmait beaucoup. C'est ça que Carmen nous dit. Les ergothérapeutes vous avez zéro pouvoir sur la motivation des gens. Le pouvoir que vous avez, c'est d'adapter l'environnement de la personne selon ses capacités volitionnelles, ses intérêts, l'environnement disponible, l'environnement du plus simple au plus complexe, de faire une activité significative pour la personne. D'abord, toute seule, jusqu'à aller voir un groupe, puis après ça joindre le groupe, bon, etc. Alors, souvent ça commençait, quand je travaillais à l'interne avec la clientèle qui était hospitalisée, ça commençait par une rencontre à la chambre. Puis j'avais ma paire de lunettes VQ que je cottaï. Puis après deux ou trois rencontres, je m'intéresse à l'environnement, moins à la personne, plus à l'environnement qu'elle a. Donc, en passant par l'environnement, on n'est pas dans les déficits, les difficultés. Vous avez de la misère puis, vous n'avez pas de mémoire. Ce n'est pas ça. On s'intéresse d'abord à l'environnement. Et puis, après deux ou trois rencontres comme ça, là j'essaie d'évaluer le stade. Je peux faire une grille d'intérêt avec la personne aussi. Ça peut se passer à la chambre, comme ça peut se passer à mon bureau, comme ça peut se passer dans le milieu de vie de la personne. J'ai déjà coaché des familles qui voulaient embarquer dans le processus, je leur ai enseigné un peu. Là, on est à la phase d'exploration, stade un. Vous savez que votre fille, elle aime sortir son chien, puis photographier les oiseaux. Allez-y comme ça, offrez-lui une sortie quand vous partez marcher avec le chien. Offrez-lui que si elle dit oui... Demandez-lui si elle a le goût d'avoir son appareil photo avec elle, puis n'ayez aucune attente. Votre job, les parents, c'est de lui offrir l'opportunité. Une fois qu'avec ce VQ, le stade puis la phase est bien identifiée, si j'hésite en

deux, je pars au plus bas que plus haut. Puis là, Carmen, c'est tout, tellement bien défini pour chaque stade, les objectifs, les stratégies potentielles, etc. Alors, on y va comme ça. De l'interne, habituellement avant que la personne quitte l'hôpital, souvent on allait marcher. On allait marcher quand elle avait le droit de sortir. La personne quand elle vient me voir en externe, la première activité va avoir lieu dans son milieu de vie. Donc, est-ce que c'est à la maison ? Est-ce que c'est au café du coin, est-ce que c'est au parc ? Puis donc, j'utilise beaucoup au début le VQ, puis la grille d'intérêt.. C'est ça qui m'aide à identifier où est-ce qu'est la personne. Puis, après ça, on continue, selon le guide de Carmen, on continue à avancer. Par exemple, souvent parce qu'il y a un beau parc pas loin de l'hôpital où j'étais... C'est d'adapter... Carmen, elle a fait comme... Nous, on a fait une traduction... Carmen, ses exemples sont beaucoup, comme en ateliers. Mais, c'est d'adapter la vision qu'elle avait de la personne en atelier. Par exemple, faire des choix, c'est tout simple. On arrive à la croisée des chemins dans le parc. Est-ce que la personne décide elle-même d'aller à la gauche ou à droite ? Donc, ça, c'est spontané. Ou si elle a besoin d'un coup de main, il faut que je pose la question, on va à gauche ou à droite ? Ce n'est pas spontané. C'est le cas partout. Si la personne dit : « Là, je ne sais pas. ». Ça va être le cas partout. Je vais suggérer d'aller à gauche ou à droite. On est capable d'adapter le VQ vraiment en fonction de chacun, n'importe laquelle occupation. Et je te dirais qu'on avance comme ça avec la personne, jusqu'à 20, 25 rencontres, une fois par semaine, à peu près une heure.

**Interviewer :**

OK. Donc, oui, ça serait faisable. Ça serait faisable.

**Francis Guérette :**

À l'interne, hospitalisé, je ne sais pas si c'est chez vous la même chose. Mais, nous autres, on essaye de garder les personnes de moins en moins longtemps à l'hôpital. Donc, ce serait moins long. Dans le temps, je faisais de l'internet et externe. Donc, c'était facile pour moi d'initier un processus à l'interne, pour suivre en externe. Sinon, c'est de vraiment rencontrer l'ergothérapeute de l'équipe externe ou une personne qui serait particulièrement intéressée à ce qu'on a fait à l'interne avec un processus de remotivation et jusqu'à quel point ils ne voudraient pas continuer dans ce sens-là ou être coaché.

**Interviewer :**

Et du coup, même si c'est sur une petite période, vous avez vu des résultats positifs ?

**Francis Guérette :**

L'important c'est qu'elle se sente en sécurité la personne. Tant qu'elle se sent en sécurité, c'est parfait. Est-ce qu'elle accepte une nouveauté ? Déjà, si elle accepte une nouveauté, comme par exemple aller jaser, on dit dans l'interne, aller jaser dans le salon, dans la chambre. Déjà, c'est une étape de plus.

**Interviewer :**

C'est un progrès.

**Francis Guérette :**

C'est ça que Carmen nous amène à objectiver, mais aussi à observer, puis à informer notre équipe. Voyez-vous, on n'a pas assez de test. On est dans la phase d'exploration. Là, on n'est passé d'un milieu sécuritaire, d'activités qui me permettent de rester en sécurité à une nouveauté. Alors, quand les gens voient mon dieu c'est fun l'ergothérapie, ils vont faire un tour à leur chambre et ils vont jaser mais quand ils comprennent que je suis en train de faire avec elle, sur quoi je me base, sur quel modèle je me base. Ça fait toute la différence, ce qui fait que les gens finissent par... Francis, on aimerait ça, avoir une évaluation MOH. Mais ça, ce n'est pas nécessairement remotivation. Ce serait pour les clients qui étaient plus... Qui ont été touchés beaucoup par la maladie, qui sont perdus. Est-ce que je retourne à l'école ? Est-ce que je retourne au travail ? C'est l'évaluation MOH. La personne qui est très déprimée, qui reste dans son lit, Francis, il faisait une référence pour remotivation. L'équipe finit par comprendre. C'est au prix de quelques années, lors de la répétition de ce que j'explique. J'étais en train de jaser, quand il faut prendre un café, mais en dehors de ça, on descend à la cafétéria, ce qu'on est en train de faire, d'ajouter un volet nouveauté. En général, c'est la personne elle-même qui va commander son café, elle choisit son café? Est-ce qu'elle te demande de choisir le café à sa place ? Là encore, là, on est dans le VQ.

**Interviewer :**

Mais ça reste intéressant. Ouais. En plus, ça justifie un peu notre pratique aussi.

**Francis Guérette :**

C'est la différence entre... Ce que j'ai toujours dit aux stagiaires : « C'est quoi la différence entre toi et un bon bénévole ? » Un bon bénévole va l'amener jaser dans le salon, l'amener prendre un café en bas. Mais c'est pour y faire plaisir, pour faire plaisir à la personne. Nous autres, c'est pour passer d'une étape à l'autre.

**Interviewer :**

C'est ce que j'ai dit dans mon mémoire. Moi, j'ai fait un peu la distinction entre l'animateur et l'ergothérapeute. Et ce que je disais, c'est que la personne peut très bien aller aux animations. Et on se dit : « Elle n'a pas de troubles dépressifs. Parce qu'elle va aux animations. ». En fait, quand il y a plus les animations, une heure après, il peut y avoir des troubles dépressifs qu'on ne voit pas forcément.

**Francis Guérette :**

Oui, puis on peut utiliser ce que fait l'animation, justement pour passer d'une étape à l'autre. Observer un groupe qui sont en train de faire une activité, qui est significative pour la personne qui l'accompagne. Que la personne finisse par se joindre au groupe que l'animateur anime. C'est autre étape de plus. C'est quand on en est capable de faire part du processus.

**Interviewer :**

Et l'objectif final, c'est qu'en fait la personne, de ce que je comprends, elle soit un peu autonome dans ses choix d'occupation, c'est ça ? C'est-à-dire, qu'on n'ait plus besoin de la remotiver. D'elle-même, par exemple, aller à l'animation. Qu'elle fasse elle-même telle occupation sans que nous on intervienne quoi.

**Francis Guérette :**

Oui. Là, on est dans phase deux vers trois..

**Interviewer :**

D'accord. OK. Est-ce que c'est difficile à utiliser ce guide ou pas du tout ? Est-ce que c'est difficile à comprendre et après à utiliser ?

**Francis Guérette :**

J'avais tellement travaillé sur le modèle de l'occupation humaine, je l'utilisais déjà tellement. Quand ça c'est arrivé, c'est arrivé comme une révélation et c'est un guide, c'est expliqué. Mais ça prend, je crois quand même une base du modèle de l'occupation humaine pour comprendre les nuances. On n'est pas obligé d'aller dans les nuances. J'ai quelques documents qui se résument sur quelques pages. Puis, ça, c'est tellement bien expliqué. Je n'ai pas l'impression que... Mais, là tu parles à quelqu'un qui avait déjà de l'expérience kiné MOH. Je ne suis pas quelqu'un qui n'a pas d'expérience kiné, qui ne connaît pas le MOH. Jusqu'à quel point ça va être facile de comprendre ? Mais, je crois que oui. C'est assez simple d'adapter l'environnement. C'est beaucoup ça, adapter l'environnement. Mais, adapter l'environnement à quoi ? Ça, c'est l'ergo avec son questionnaire. Ça peut être en fonction des capacités physiques, cognitives, etc. Ça comprend tout ça, adapter l'environnement.

**Interviewer :**

Oui. Je crois que j'ai posé toutes les questions. Je crois qu'on a bien répondu. Est-ce qu'il est utilisé dans les maisons de retraite au Canada ? Je ne sais pas s'il y a des études, à part celle dont on a parlé.

**Francis Guérette :**

Au Canada ? C'est une bonne question. C'est plus Mme Raber Christine qui te répondrais au niveau du Canada. En dehors du Québec, honnêtement, je ne sais pas. Ici c'est beaucoup le modèle canadien qui est utilisé. Puis, le MOH, je pense qu'on entend parler, mais ça semble souvent bien ardu. Ce n'est pas tout à fait faux, que ça prend des gens comme toi qui accrochent, il y a quelque chose qui se passe là. Je n'ai pas l'impression que c'est très répandu. Je pense qu'au Canada, c'est plus l'action contre l'inertie, le modèle canadien.

**Interviewer :**

Mais après oui, c'est vrai que déjà, il faut se l'approprier. Ce n'est pas... Moi, je sais que j'ai mis du temps. Ça m'a pris du temps, quand même, de comprendre ne serait-ce que les concepts. Ce n'est pas simple. Parce qu'il y a plusieurs choses des fois dans des concepts. Mais, quand même, cette question de motivation, moi je me la suis quand même beaucoup posée. Même, ça pose des problèmes éthiques. Parce que... Par exemple, quand il y a des personnes qui ne veulent rien faire, ils ne veulent pas sortir du lit. Laissez-moi tranquille, moi je veux mourir. Voilà. Et je me dis : « Alors, qu'est-ce qu'on fait en fait ? » Est-ce qu'on respecte son choix de ne pas vouloir faire ? Ou est-ce qu'on essaye quand même de trouver des accroches et de stimuler un petit peu, se remotiver à reparticiper ? C'est compliqué comme question

**Francis Guérette :**

Tu as tout à fait raison. Et quand la personne dit : « Je ne veux pas » Parce qu'elle ne veut pas ou elle n'y croit plus ? Parce que ne plus y croire, ça, c'est notre job en ergothérapie, justement avec le processus de remotivation. Partir juste avec un contact. Puis, de regarder l'environnement. De discuter de ce qu'il y a dans l'environnement. Commencer comme ça. D'établir une relation, on commence là. Et Carmen nous invite à établir une relation à travers l'environnement dans lequel la personne se trouve. Il n'y a pas grand autres professions qui le proposent.

**Interviewer :**

C'est vrai.

**Francis Guérette :**

J'utilise aussi l'évaluation de la disposition à établir un objectif de réadaptation, qui vient du modèle de réadaptation psychiatrique de Boston. Marianne Farkas a écrit un tout petit livre, ce sont nos amis belges qui ont traduit le livre en anglais. Ça s'appelle *Évaluer et Développer la disponibilité*, ils ont traduit ça par *Disponibilité aux changements*. Il y a cinq variables qui permettent de voir, la personne n'est pas disposée à établir un objectif de réadaptation. Pourquoi ? C'est parce qu'elle ne connaît son environnement ? Elle ne se connaît pas elle-même ? Elle n'a pas besoin de changer ? Elle ne veut pas s'engager ? Il y a un cinq variables comme ça. Justement, l'ergothérapeute qui me remplace, je le supervise un peu. Elle a d'abord fait l'évaluation de la disposition aux changements. Et puis là, pour développer, il y avait le volet engagement qui n'était pas fort. Elle va utiliser le processus de remotivation pour développer son langage, développer son besoin de s'engager. Carmen d'ailleurs, dans sa deuxième édition de ce processus de remotivation en anglais, elle a fait un chapitre justement sur le processus de remotivation. Moi, je suis formateur aussi en entretien motivationnel, tu as peut-être déjà entendu parler. On a fait un chapitre sur ça. Sur les approches motivationnelles complémentaires du processus de remotivation.

**Interviewer :**

Mais justement, je parlais avec une ergothérapeute qui travaille au Québec et elle me disait justement qu'elle trouvait que ce qui manquait, c'était un peu dans la pratique comme on fait. En fait, elle, elle a suivi une formation où c'était sur l'entretien motivationnel mixé avec le processus de remotivation. Et du coup, elle disait que ça apportait vraiment des techniques concrètes. Sur qu'est-ce qu'on peut proposer. Du coup, les deux s'alliaient bien ensemble.

**Francis Guérette :**

Quand tu dis ça, comme ça. Des formateurs en entretien motivationnel, il y en a au Québec et des formateurs sur le processus de remotivation, il n'y en a pas. Alors, probablement qu'elle te donnait l'exemple de la formation qu'elle a eue avec nous. Qu'on donne sur des approches motivationnelles. On a vraiment joué ces cinq approches-là. On a séparé en, engagement occupationnel, problème d'engagement occupationnel donc ça c'est plus ergo, la motivation... Par rapport à changement thérapeutique, là on va parler de l'entretien motivationnel. On va parler justement de l'évaluation du développement de la disposition à s'engager dans un processus de réadaptation. Puis, on a ajouté à ça, le cycle du changement de Farkas. On s'est permis de jouer avec ces concepts-là, proposer un outil qui peut être utilisé tout de suite après la journée de formation.

**Interviewer :**

Et si la personne, de ce qui ressort, elle n'a pas envie de changement ? Elle n'a pas envie d'être dans ce processus de changement. Dans ces cas-là, on respecte et on la laisse ?

**Francis Guérette :**

Ce que Miller et Rollnick nous disent par rapport à l'entretien motivationnel ou ce que Marianne Farkas dit par rapport à la disposition, c'est quand les personnes cotent zéro partout, on commence par où ? Tout du moins, gardons un lien thérapeutique. Tout du moins.

**Interviewer :**

Oui, parce qu'on ne sait jamais. Quelque chose peut se déclencher après, oui.

**Francis Guérette :**

Mais, il faut bien aller évaluer quand la personne dit non. Qu'est-ce qu'il y a derrière ce non. Si je n'ai pas pu. Ça ne marche pas. Je ne me fais pas confiance. Il n'y a rien d'important pour moi dans la vie. J'aime beaucoup dire en ergothérapie, dans l'équipe des troubles de l'humeur ou j'ai fini ma carrière, quand la personne ne se présentait pas ou ne s'engageait pas, là, ils référençaient l'ergothérapie. Juste avant, il faut qu'on ait évalué la position de cette personne. Quels sont les obstacles au fait de s'engager ? C'était mon job en ergothérapie. Avant de dire, il n'est pas motivé, on ferme le dossier. Je ne suis pas capable d'entendre ça.

**Interviewer :**

Oui. Je trouve aussi. En gros, à part les peut-être problèmes de démence avancée, est-ce que vous voyez d'autres limites à l'application du guide ou non ?

**Francis Guérette :**

Probablement aussi, on parle des démences là, à part ça... Même la personne qui est intelligente qui a la paralysie cérébrale. On est capable d'observer les réactions de cette personne-là dans les différents environnements, pour voir dans quel environnement, si elle a de la difficulté à communiquer, par exemple, mais que son cerveau est là, c'est le seul cas justement, grâce au *Volitional Questionnaire*, si ça ne fonctionnerait pas, je ne sais pas. C'était une certaine clientèle qu'on avait tendance à laisser pour compte.

**Interviewer :**

C'est ça. C'est un peu le cas. Ils sont un peu mis de côté. En fait, comme l'ergothérapeute a beaucoup de travail ailleurs, c'est des personnes qui vont être zappées, quoi. Ils vont être zappés. Ils ne vont participer à rien. Alors qu'en fait, moi, je pense que la participation, ce n'est pas forcément faire quelque chose. C'est même être là en passif ou quelque chose comme ça, c'est déjà de la participation pour moi.



**Francis Guérette :**

Est-ce que le comportement change tout seul dans sa chambre puis dans le salon ou dans la verrière ? Le comportement change ? Il se passe quelque chose ? Donc, il n'est pas passif, il se passe quelque chose.

**Interviewer :**

C'est hyper intéressant. Je n'ai plus de questions, ça m'a bien éclairé.

**Francis Guérette :**

Ça m'a fait bien plaisir.

**Francis Guérette :**

Ce serait encore mieux que ce soit toi ou tes collègues, ce type de recherche là, ça manque tellement. Le processus de Carmen est tellement puissant. Il manque tellement de recherche.

**Interviewer :**

C'est ça. Parce qu'en fait, on se le dit tous les jours, la personne ne veut pas, moi je ne sais pas quoi proposer, mais en fait on est là-dedans.

**Francis Guérette :**

Carmen, dans son guide, à parler d'une jeune femme à Boston, elle n'était pas approchable, mais elle a commencé en dessous du lit pour que la personne se sente en sécurité. C'est Carmen, ça montre jusqu'où elle était prête pour tenter d'établir un lien. Sans la voir, le fait d'avoir un contact, ils se sont apprivoisés. Et puis finalement, elle a été capable... Quand elle a fini par être capable de brosser ses dents toute seule. *Waouh !*

**Interviewer :**

C'est vrai. Mais bon. Moi, la limite à ça que je vois, c'est le temps. C'est le temps qu'on a. Je parle concrètement en France dans cette situation-là. C'est le temps qu'on n'a pas.

**Francis Guérette :**

J'entends beaucoup ça quand j'enseigne l'entretien motivationnel. À un moment donné, tu ne peux pas porter toute seule. Les valeurs de ton... Je ne sais pas, du programme auquel tu es associée ou du groupe de travail. Quelles sont les valeurs ? Est-ce qu'il y a un souci de cohérence entre les valeurs, puis de prendre le temps avec les gens les plus démunis. De questionner le système.

**Interviewer :**

Oui, c'est vrai. Mais ça, c'est totalement à questionner. Sur tous les EHPAD en France. Je ne sais pas si vous avez vu un peu l'actualité chez nous, mais il y a eu beaucoup, beaucoup de scandales qui sont revenus autour des EHPAD récemment. Il y a des personnes qui ont écrit des livres.

**Francis Guérette :**

OK. Non, je ne savais pas.

**Interviewer :**

Oui. Il y a eu beaucoup de scandales qui sont sortis il n'y a pas si longtemps. Qu'il y a encore des problèmes de maltraitance, plein de choses comme ça. Et je me dis, enfin, la démarche est à revoir. Parce qu'à la fois ils veulent prôner un peu l'autonomie des personnes, mais à la fois on est encore dans un modèle médicalisé où on fait un peu tout pour eux. Mais, à la fois, ce n'est pas de leur faute. Parce que comme il faut qu'ils aillent vite, ils ne prennent pas le temps. Tout ça, ça se mêle. Et ça fait...

**Francis Guérette :**

C'est questionnable.

**Interviewer :**

C'est ça. Je pense que le plus gros frein, c'est l'organisation, l'environnement. Mais c'est faisable si l'équipe décide d'aller dans cette démarche là et veut être dans cette démarche.

**Francis Guérette :**

Ça prend des fois juste une personne dans l'équipe.

**Interviewer :**

C'est vrai.

**Francis Guérette :**

Il faut tendre l'oreille. Ils vont s'asseoir avec toi. Il faut prendre 15 minutes, que tu montres le VQ. Veux-tu qu'on essaye ça ? Parce que les plus grands promoteurs, ce sont les clients eux-mêmes. Moi, j'ai travaillé longtemps en promotion d'ergothérapie face aux docteurs qui était dans psychothérapie, médicament, that's it. C'est qui le plus grand vendeur de l'ergothérapie ? C'était la personne qui était suivi en ergothérapie qui ramenait ça à son médecin.

**Interviewer :**

Mais oui. Mais je pense que je pense que c'est possible. Parce que la HAS, chez nous, là, la Haute Autorité de santé, ils commencent à... Justement à dire qu'il faut favoriser tout ce qui est non médicamenteux. Parce que ça ne marche pas et en plus... Enfin, ça marche moins bien, on va dire, et en plus ça fait beaucoup d'effets secondaires. Du coup, ce n'est pas ce qui est à favoriser.

**Francis Guérette :**

C'est un paradigme qui s'installe. Déjà ton souci, tu es peut-être un peu en avance, je crois.

**Interviewer :**

(Rire) Après, il y a quand même des auteurs qui réfléchissent à cette histoire d'environnement et de réaménager. Par exemple, moi, dans la maison de retraite où j'étais, ils étaient dans cette démarche avec les personnes qui ont des troubles cognitifs, de faire un peu un environnement, un peu comme à la maison, où les personnes, s'ils ont envie de faire une machine, ils peuvent faire leur machine. S'ils ont envie de mettre la table, c'est ouvert, ils prennent les assiettes, ils mettent la table. Bon, voilà, c'est un peu redonner des rôles.

**Francis Guérette :**

Magnifique.

**Interviewer :**

Ce n'est pas mal.

**Francis Guérette :**

Parce qu'il n'y a pas de petits rôles, il n'y a que des rôles significatifs.

**Interviewer :**

Voilà. Il faudrait que tout aille dans cette démarche-là.

**Francis Guérette :**

Dans quel type de l'environnement de travail tu souhaites te retrouver ? Est-ce que tu sens qu'il y a déjà quelqu'un dans cette équipe-là qui est prête à remettre en question les pratiques. Quand on part à deux, c'est toujours plus facile. Je parle de mon expérience, c'est ce que j'ai appris à la dure, par exemple, parce que souvent on montait des affaires, après ça on mettait le gestionnaire devant le fait accompli. Ils n'aimaient pas ça beaucoup les gestionnaires. Donc, quand on montait un projet maintenant, souvent ça prenait l'appui d'un médecin. Et le gestionnaire quand on avait ça on avait beaucoup plus de chance que ça se matérialise vraiment.

**Interviewer :**

Oui. En plus, déjà que les personnes âgées n'ont pas, il faut dire ce qui est, elles n'ont pas une bonne image de la maison de retraite. Et en plus, quand tu vois des trucs comme ça, tu as encore moins envie d'y aller. Donc, déjà ils arrivent, déjà il y a un obstacle. Déjà, ils ne veulent pas être là. Déjà, niveau motivation... Voilà.

**Francis Guérette :**

Alors, c'est la même chose au Québec.

**Interviewer :**

Mais, je pense que si on fait un travail sur l'environnement, ça peut peut-être changer. J'espère.

**Francis Guérette :**

Chez nous, les plus grandes innovations se font plutôt dans le privé.

**Interviewer :**

Oui.

**Francis Guérette :**

À Québec même, là, il y a une maison pour personnes souffrant d'Alzheimer, Atteint d'Alzheimer, mais ça coûte une fortune.

**Interviewer :**

Voilà. Oui. Nous aussi on a des villages Alzheimer, mais il y en a très peu. Il y en a, c'est bien ça. Mais, il y en a peu. Après c'est du budget, ça coûte de l'argent. Après, voilà, il faut que l'ergothérapeute soit là à plein temps. Ce n'est pas souvent le cas. C'est des obstacles quoi.

**Francis Guérette :**

Oui, mais ça prend des gens comme toi pour revisiter les façons de faire. C'est une personne à la fois.

**Interviewer :**

Oui, il faut garder espoir.

**Francis Guérette :**

On n'est pas toujours conscient de l'impact que les gens... Les gens nous regardent aller. Les gens nous regardent aller. Tu sais, quand on leur parle de ce qu'on est en train de faire. Qu'on les garde informés de « vous allez voir, les prochaines semaines on va tenter ça, avec Madame, avec Monsieur. Parce que pour l'instant il est encore à une phase... là on va aller de ce côté-là, en espérant que la personne puisse accepter de passer de sa chambre au salon. C'est notre job de d'enseigner aussi aux collègues de travail qu'est-ce que je suis en train de faire. D'enseigner aux gestionnaires.

**Interviewer :**

Oui. Tout à fait. Voilà, je n'ai plus de questions.

**Francis Guérette :**

Ça m'a fait plaisir.

**Interviewer :**

Oui, moi aussi. Ça m'a bien éclairé. Ça amène à des bonnes pistes.

**Francis Guérette :**

Je trouve que la vie est bonne. Il y a un ergothérapeute qui se retraite, qui retraite, là hop il y a une jeune ergothérapeute qui s'intéresse aux mêmes choses. Hein c'est tout...La vie continue.

## Résumé

La dépression est l'une des pathologies les plus répandues chez le sujet âgé. Elle est encore plus présente en institution où elle touche presque un résident sur deux. De plus, cette maladie reste mal diagnostiquée et sous traitée. Ceci s'explique par une sémiologie atypique et une banalisation des symptômes de la part de la personne et/ou de son environnement. D'autre part, l'évolution démographique du nombre de personnes âgées ne cesse de croître depuis plusieurs années. De ce fait, cette question de l'institutionnalisation reste un défi majeur et un réel sujet de santé publique dans lequel l'ergothérapeute a son rôle à jouer. En effet, les troubles dépressifs ont un réel impact sur toutes les sphères de la personne, entravant sa participation occupationnelle au sein de l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Une enquête a été réalisée auprès de six ergothérapeutes, travaillant ou ayant travaillé en EHPAD, sous forme d'entretiens semi-directifs. Une analyse thématique a été utilisée pour rechercher des corrélations dans leur pratique avec le processus de remotivation. Les échanges auprès des ergothérapeutes ont pu mettre en évidence des concordances avec le guide d'intervention, prouvant son intérêt dans la pratique des professionnels. Cependant, cette méthode comporte des limites relatives à l'organisation actuelle des EHPAD. Peu utilisé en France, le processus de remotivation est un véritable outil pour favoriser le rétablissement de la participation occupationnelle en développant le niveau de volition de la personne âgée. Cependant, cette étude pose la question d'une refondation de l'identité et de l'organisation des EHPAD.

**Mots clefs :** Dépression, personnes âgées, participation occupationnelle, EHPAD, processus de remotivation, ergothérapie.

## Abstract

Depression is one of the most common pathologies in the elderly. It is even more present in an institution where it affects almost one out of two residents. Moreover, this disease remains misdiagnosed and undertreated. This can be explained by a semiology atypical and a trivialization of the symptoms by the person and/or his environment. On the other hand, the demographic evolution of the number of elderly people has been growing steadily for several years. As a result, this question of institutionalization remains a major challenge and a real public health topic in which the occupational therapist has a role to play. Indeed, depressive disorders have a real impact on all spheres of the person, hindering their occupational participation in an accommodation establishment for dependent elderly people (EHPAD). A survey made of semi structured interviews was carried out with six occupational therapists working or having worked in nursing homes. Thematic analysis was used to search for correlations in their practice with the remotivation process. The exchanges with occupational therapists were able to highlight concordances with the intervention guide, proving its interest in the practice of professionals. However, this method has limitations relating to the current organization of nursing homes. Not much used in France, the remotivation process is a real tool to promote the re-establishment of occupational participation by developing the level of volition of the elderly person. However, this study raises the question of an overhaul of the identity and organization of nursing homes. Nevertheless, this study asks questions about the refoundation of the identity and the organization of the nursing homes.

**Keywords:** Depression, elderly, occupational participation, nursing home, remotivation process, occupational therapy.