



Université Aix-Marseille
Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation d'Ergothérapie

Linda FALCONE

UE 6.5S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche
Le 22 mai 2023

**Ergothérapie en EHPAD : l'influence de la pratique
professionnelle sur l'utilisation de l'approche centrée sur la
personne auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer**

Sous la direction de BLANC Catheline et HENOCQUE Laurie
Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Catheline Blanc, pour sa bienveillance, son soutien et ses précieux conseils tout le long de ce travail de recherche.

Un grand merci également à ma référente professionnelle, Laurie Henocque pour avoir accepté de m'accompagner dans cette expérience, pour son partage de savoirs professionnels et pour sa disponibilité.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes ayant accepté de participer à cette recherche.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur accompagnement et les enseignements transmis durant ces trois années.

Merci à mes camarades de promotion pour leur bonne humeur et solidarité tout au long de la formation.

Je remercie tout particulièrement Marine, Morgane, Emma, Saskia, Stella et Marie pour leur soutien à toute épreuve durant ces trois ans, et pour tous ces fous-rires inoubliables. Ces années n'auraient jamais été si belles sans elles.

Enfin, je tiens à remercier ma famille pour m'avoir soutenue et encouragée à me surpasser.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Le contexte.....	1
1.2	Le thème	2
1.3	Les champs disciplinaires	2
1.4	Population et lieux.....	3
1.5	Terminologie.....	4
1.6	Enjeux et intérêts.....	6
1.7	La revue de littérature.....	7
1.7.1	Les banques de données	7
1.7.2	Equation de recherche	8
1.7.3	Sélection des articles.....	8
1.7.4	Présentation, critique de la RL et problématisation.....	9
1.8	L'enquête exploratoire.....	13
1.8.1	Objectifs généraux	14
1.8.2	Objectifs spécifiques.....	14
1.9	Population ciblée et sites d'exploration.....	15
1.10	Sélection et présentation de l'outil de recueil de données.....	15
1.11	Les biais et stratégies d'atténuation	16
1.12	Elaboration de l'outil de recueil de données.....	17
1.13	Test de faisabilité du dispositif d'enquête	18
1.14	Analyse des résultats de l'enquête exploratoire.....	19
1.14.1	Analyse descriptive.....	19
1.14.2	Analyse phénoménologique	20
1.14.3	Analyse critique de l'enquête	25
1.15	Cadre conceptuel.....	26
1.15.1	La pratique professionnelle	27

1.15.2	L'Approche centrée sur la personne	31
2	Matériel et méthode	37
2.1	Choix de la méthode de recherche	37
2.2	Identification des variables	38
2.3	Hypothèses de recherche	40
2.4	Population cible.....	40
2.5	Sites d'exploration.....	41
2.6	Choix de l'outil théorisé de recueil de données (OTRD).....	41
2.6.1	Anticipation des biais et stratégies d'atténuation	42
2.6.2	Construction de l'outil théorisé de recueil de données	43
2.7	Choix des outils de traitement de données	44
2.8	Test de validité et faisabilité du dispositif de recherche.....	44
2.9	Déroulement de la recherche	45
3	Résultats	46
3.1	Statistiques descriptives.....	46
3.2	Statistiques inférentielles	48
3.2.1	Test de l'hypothèse générale	49
3.2.2	Test de l'hypothèse secondaire HS1	50
3.3	Traitement qualitatif des questions ouvertes du questionnaire.....	51
4	Discussion	55
4.1	Discussion des résultats et du dispositif de recherche.....	55
4.2	Interprétation des résultats selon les problématisations pratique et théorique	56
4.3	Conclusion	58
4.3.1	Apports, intérêts et limites de la recherche pour la pratique professionnelle	58
4.3.2	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle	59
4.3.3	Perspectives de recherche.....	60
	Références bibliographiques	61

Annexes	65
Annexe 1 : Résultats obtenus avec l'équation de recherche	65
Annexe 2 : Tableau de synthèse de la Revue de littérature.....	66
Annexe 3 : Matrice d'entretien de l'enquête exploratoire	72
Annexe 4 : Fiche de consentement vierge de l'enquête exploratoire	73
Annexe 5 : Matrice conceptuelle	74
Annexe 6 : Matrice de questionnement de la recherche	77
Annexe 7 : Questionnaire en ligne de la recherche	87
Annexe 8 : Catégorisation des données descriptives	96
Annexe 9 : Test statistique de l'hypothèse générale.....	97
Annexe 10 : Test statistique de l'hypothèse secondaire	98
Annexe 11 : Tableau de distribution des valeurs critiques du test T(49).....	99

1 Introduction

1.1 Le contexte

Selon l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapie « vise une meilleure participation de chacun et une inclusion sociale basée sur le développement du pouvoir d'agir »(1). Ainsi, la pratique ergothérapique est fondée sur l'implication de la personne dans sa prise en soin afin de la rendre actrice. Selon le lieu et domaine d'intervention, la demande peut varier. Elle peut provenir de la personne elle-même, ou être formulée par un médecin notamment dans les centres de rééducation, de santé mentale ou les lieux de vie. L'engagement de la personne va donc être différent selon si la demande a été initiée par elle-même ou par un tiers. En fonction des capacités cognitives de la personne, la demande peut être compliquée à formuler voire même à comprendre si elle est initiée par un tiers. En effet, une personne atteinte de troubles cognitifs peut rencontrer des difficultés à s'investir et s'engager pleinement dans les séances d'ergothérapie du fait de leur déficit de prises d'initiatives ou perception de leurs troubles.

La place de l'occupation centrée sur la personne, fondement de la pratique en ergothérapie, pose alors question dans l'intervention auprès du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. Lors de stages en institutions, des étudiants en ergothérapie ont pu constater que les activités de stimulation cognitive, physiques ou même préconisation d'aides techniques étaient souvent initiées par le thérapeute puis expliquées à la personne. L'intervention était alors réfléchiée en équipe pluridisciplinaire puis proposée, et non formulée par la personne. Selon l'ANFE (2), la maladie va impacter les capacités de la personne à pouvoir s'engager dans des activités, avoir un retentissement sur leur motivation et ainsi diminuer leur pouvoir d'agir. Les troubles cognitifs induits par la maladie d'Alzheimer altèrent les capacités des sujets à initier des demandes et actions, l'équipe soignante palie alors ce déficit. Toutefois, ce décalage entre la théorie qui vise à co-construire et inclure la personne au cœur du processus d'accompagnement, et l'intervention réelle sur le terrain, pose question. En effet, en pratique les soignants décident parfois à la place de la personne. Je me demande ainsi les raisons de ce décalage, les différentes méthodes de pratiques, ou encore les études réalisées dans le but d'améliorer la prise en soin afin de la rendre en adéquation avec les valeurs de la profession.

De cette situation et observations faites sur le terrain, découlent des questionnements. En effet, nous pouvons nous demander comment favoriser l'engagement de la personne dans

l'intervention, puisqu'elle n'en est pas à l'initiative ? Et selon les cas, comment savoir si l'activité proposée a du sens pour la personne et si celle-ci a envie d'y prendre part ? Lorsque la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, parfois accompagnée d'apathie, ne verbalise aucun ressenti, comment évaluer la pertinence de l'intervention ? Les activités sont proposées par l'ergothérapeute, toutefois, comment redonner du pouvoir d'agir à la personne afin de favoriser son engagement et la rendre actrice de la prise en soin ?

Suite à tous ces questionnements, une problématique professionnelle a été formulée :

« Comment allier l'intervention ergothérapique fondée sur l'approche centrée sur la personne, avec les troubles cognitifs présents chez le sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer en institution ? ».

1.2 Le thème

Le thème émergent du contexte et de la problématique professionnelle est :

L'utilisation de l'approche centrée sur la personne, lors d'une intervention ergothérapique auprès du sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer, en institution.

1.3 Les champs disciplinaires

Suite à l'exposition du thème, les champs disciplinaires pouvant l'étudier sont :

La science de l'occupation : Selon Molineux et Whiteford, la science de l'occupation est « une discipline scientifique dont l'objet d'étude est l'occupation humaine et dont le but est de faire progresser les savoirs sur celle-ci en rapport avec la santé, la qualité de vie et le bien-être »(3). C'est un domaine interdisciplinaire dont l'objectif est de comprendre les spécificités de l'occupation humaine, en utilisant des méthodes d'enquête à la fois quantitatives et qualitatives (4). Cette discipline concerne directement le thème puisqu'elle relève du champ d'action de l'ergothérapeute qui s'appuie dessus pour comprendre la personne, la singularité de chaque situation et considérer chaque individu en tant qu'être occupationnel.

Les sciences sociales : Cette discipline a pour objectif d'étudier les relations entre l'être humain et la société (5). L'encyclopédie canadienne les définit comme « l'étude de l'être humain, de sa culture et de ses relations économiques, politiques et sociales avec son milieu »(6). Ces sciences

ont différents domaines d'étude, dont deux branches nous intéressent plus spécifiquement : la psychologie et la sociologie.

- La psychologie est une discipline qui a pour objet d'étude « la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement »(7). L'Université de Lausanne explique que cette science s'appelle aujourd'hui « la science du comportement et des processus mentaux » et qu'elle s'intéresse à l'étude du comportement observable, des pensées et des émotions(8). Pour cela, elle s'appuie sur des méthodes scientifiques telles que des observations, études de cas ou expérimentations(8).

La psychologie est liée au thème puisqu'elle permettra de mieux comprendre les comportements des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apporter des informations sur leurs processus psychiques.

- La sociologie se définit par l'étude des relations et représentations sociales constituant les sociétés. Elle a ainsi pour objectif de comprendre leurs fonctionnement, transformations et évolution(9).

La sociologie permettra ici d'analyser les enjeux de la maladie, et les phénomènes sociaux liés.

Les sciences médicales : Cette discipline a pour but le maintien de la santé, de la prévention et du traitement des maladies(10). Elles reposent sur la médecine, qui s'intéresse à la fois à l'étude du corps humain et de son fonctionnement, mais aussi à la conservation et au rétablissement de la santé(11).

Les sciences médicales sont en lien avec le thème, puisque celui-ci aborde l'intervention auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, et pourront ainsi l'enrichir.

1.4 Population et lieux

L'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'une personne devient âgée à partir de soixante ans (12). Ce thème s'intéresse donc aux personnes âgées de plus de soixante ans, atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

1.5 Terminologie

Les termes principaux utilisés dans la formulation du thème sont :

- Approche centrée sur la personne (ACP)

L'institut de Formation à l'Approche Centrée sur la Personne définit l'ACP comme « une méthode de psychothérapie et de la relation d'aide créée par le psychologue nord-américain Carl Rogers à partir des années 40 »(13). Cette approche part du postulat que la personne détient à la fois la solution et les ressources pour résoudre le problème rencontré. Ainsi le thérapeute accompagne simplement la personne, dans la non-directivité et le non-jugement, à s'accomplir par lui-même(14). Selon Carl Rogers, « l'Approche centrée sur la personne est dans son essence une manière d'être qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements créateurs d'un climat propice à l'épanouissement.[...]il s'agit davantage d'une philosophie que d'une simple technique ou d'une simple méthode »(13). Ainsi, le thérapeute va veiller à instaurer une relation de confiance, empathique et sécurisante, dans le but de faciliter l'expression de la personne. Le fondement de cette approche repose sur le fait d'être centrée sur le vécu, le ressenti et les choix de la personne, et non sur une déficience ou maladie(14).

Les ergothérapeutes respectent et s'associent aux clients, en valorisant leurs expériences subjectives de participation et leurs connaissances, espoirs, rêves et autonomie.

- Ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé »(15). L'ergothérapie a pour objectif de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace »(15). Dans le cas des maladies neurodégénératives, l'ergothérapie peut aider les clients et les familles à comprendre les conséquences de la maladie d'Alzheimer sur le fonctionnement quotidien de la personne. L'ergothérapeute va ainsi travailler avec la personne pour l'aider à trouver des moyens de compensation qui lui permettront de conserver au maximum son autonomie (16).

- Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative qui entraîne un dysfonctionnement des connections neuronales, conduisant à une altération des fonctions cognitives telles que la mémoire, le langage, l'attention ou le raisonnement(17). Selon le Ministère de la Santé, cette maladie a des répercussions sur les activités de la vie quotidienne, et ses symptômes sont d'évolution variable(18). Le symptôme le plus fréquent de la maladie est l'amnésie, mais celle-

ci doit s'accompagner d'un second trouble cognitif afin que le diagnostic puisse être posé. Ainsi, une apraxie, agnosie, aphasie ou perte des fonctions exécutives, peuvent être associées à la perte de mémoire(18). Ceci va impacter l'autonomie de la personne, mais également son indépendance au quotidien puisque la maladie peut avoir des répercussions sur la production du geste, notamment si une apraxie ou agnosie est présente.

La Fondation pour la Recherche Médicale décrit les quatre principaux stades de la maladie (19):

- Le stade prodromal ou pré démentiel : stade débutant de la maladie, où les premiers symptômes apparaissent. La personne présente un déficit de la mémoire épisodique mais est consciente de ses difficultés, utilise des moyens de compensation pour les activités de la vie quotidienne, et reste autonome et indépendante.
- Le stade léger : stade d'installation de la démence et des troubles associés (des fonctions instrumentales et exécutives). Une perte d'autonomie est constatée et peut être associée à une apathie, un état dépressif et des changements d'humeur, ou une perte d'indépendance.
- Le stade modéré : les pertes de mémoire deviennent plus importantes, et l'autonomie et indépendance dans les activités et gestes de la vie quotidienne diminuent fortement.
- Le stade sévère : dernier stade de la maladie, il se traduit par une perte totale d'autonomie. La personne ne reconnaît plus son environnement physique et social, perd en mobilité et interagit de moins en moins.

Selon l'Association France Alzheimer(20), il existe deux types de mémoire : à court terme et à long terme. La mémoire à court terme concerne notamment la mémoire de travail qui consiste à stocker des informations pour une durée brève mais peut également être la première étape du processus de mémorisation à long terme via un processus d'apprentissage. Ensuite, nous trouvons la mémoire à long terme. Celle-ci est décomposée en deux types : la mémoire déclarative (explicite) lorsque les informations sont stockées consciemment, et la mémoire non-déclarative (implicite) dans laquelle les informations sont stockées dans l'inconscient.

La mémoire déclarative comprend la mémoire sémantique, relative aux savoirs théoriques, et la mémoire épisodique qui concerne les souvenirs.

Puis, la mémoire non-déclarative comprend la mémoire procédurale, relative à tous les savoir-faire et sert à acquérir des automatismes et compétences motrices.

Dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire procédurale peut être conservée longtemps, même lorsque la maladie progresse. Toutefois la mémoire à court terme est impactée, de même que la mémoire déclarative, et particulièrement la mémoire épisodique(20).

C'est une maladie dont l'évolution et la temporalité sont spécifiques à chaque personne, et qui reste à ce jour incurable.

Nous percevons ainsi les répercussions que peuvent avoir la maladie dans la vie de la personne, et les difficultés que l'ergothérapeute est susceptible de rencontrer dans son accompagnement. Cette problématique peut être rencontrée par n'importe quel professionnel et nous nous baserons sur celle-ci pour la suite de la recherche.

Après avoir défini les termes de cette étude, nous aborderons les enjeux et intérêts de cette dernière afin de s'assurer que cette problématique soit socialement vive et puisse apporter à la pratique.

1.6 Enjeux et intérêts

Il est constaté que la population de notre société occidentale est vieillissante et que l'espérance de vie augmente considérablement. L'INSEE indique que l'espérance de vie d'un homme est de 78,4 ans, et de 84,8 pour une femme. Il est projeté que d'ici 2060, ces chiffres augmentent considérablement, passant à 86 ans pour un homme, et 91,1 ans pour une femme. Ainsi, le nombre de personnes âgées va augmenter, passant de 1,4 millions de personnes de plus de 85 ans aujourd'hui, à plus de 5 millions en 2060(21). Proportionnellement avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, les maladies neuro-dégénératives comme Alzheimer sont susceptibles d'augmenter. Les dépenses liées au maintien de l'autonomie des seniors atteints de la maladie vont donc augmenter de manière exponentielle. Le Ministère de la Santé a estimé à 24 milliards d'euro la dépense publique consacrée à l'autonomie en 2010(21). Ces dépenses ont très probablement augmenté jusqu'en 2022, ce qui fait que ce thème a un enjeu de santé publique. De plus ce sujet est d'actualité puisqu'aujourd'hui Alzheimer est la plus fréquente des maladies neuro-dégénératives, avec plus de 900 000 malades en France et 225 000 nouveaux cas recensés chaque année (17). L'âge moyen auquel la maladie est diagnostiquée est d'environ 70 ans (22).

Cette étude a donc un intérêt car elle s'intéresse à une population qui est au cœur de l'actualité car de plus en plus importante dans la société. Elle pourra s'inscrire dans une démarche de sensibilisation dont l'objectif serait d'identifier de manière précoce la maladie, et ainsi conserver l'autonomie le plus longtemps possible. Les coûts liés aux dépenses pour prendre en soin ce public pourraient être réduits si la personne est accompagnée dès le début de la maladie et tout au long de son évolution. Cette étude pourrait donc questionner les techniques d'accompagnement actuelles et proposer des pistes d'évolution des pratiques.

Plusieurs associations comme la Fondation France Alzheimer sont actives pour promouvoir les avancées autour de la maladie, et de nombreuses études sont réalisées mais aucun traitement n'a encore été découvert à ce jour. Il y a donc un réel intérêt porté sur les thérapies non-médicamenteuses et sur les soins que peuvent prodiguer les professions paramédicales. L'ergothérapeute occupe une place centrale dans le maintien des capacités cognitives de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer afin de préserver le plus longtemps possible son autonomie et indépendance, ainsi que sa participation dans les activités de la vie quotidienne en stimulant les capacités cognitives restantes(23).

L'ergothérapie a également un rôle important à jouer parallèlement aux interventions médicales et médicamenteuses. Il est donc intéressant d'approfondir cette question en s'appuyant sur des données probantes et effectuant des recherches complémentaires sur le sujet. Cela permettra de recueillir des informations sur les études réalisées et se rendre compte des protocoles déjà mis en place et les domaines encore à explorer.

1.7 La revue de littérature

Après avoir établi le contexte, nous allons effectuer un état des lieux de la littérature scientifique pour trouver des données probantes et études réalisées sur le sujet. Cela permettra ensuite de confronter les écrits avec notre thème : l'utilisation de l'approche centrée sur la personne, lors d'une intervention ergothérapique auprès d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, en institution.

1.7.1 Les banques de données

Tout d'abord, des bases de données ont été sélectionnées selon les champs disciplinaires évoqués dans le thème afin de recueillir des informations pertinentes.

- Sciences médicales : les bases de données Cochrane, Lissa et PubMed ont été utilisées.
- Sciences de l'Occupation : la base de données OJOT (Open Journal of Occupational Therapy) a été mobilisée.
- Sciences sociales : la base de données Cairn a été utile.

Pour les trois disciplines, la banque de données SUMMON a également servi, ainsi que le moteur de recherche Google Scholar.

1.7.2 Equation de recherche

Afin de procéder à la recherche d'articles, une équation a été élaborée avec les mots clés de la thématique. Des opérateurs booléens sont ajoutés afin d'affiner la recherche avec l'opérateur « ET », traduit « AND » en anglais. L'opérateur « OU », traduit « OR » en anglais a permis d'élargir les propositions d'articles. Cette équation est présentée en français puis traduite en anglais :

- En français : « ergothérap* » OU « approche centrée sur la personne » ET « Alzheimer ».
- En anglais : « Occupational therap* » OR « person-centred care approach » AND « Alzheimer ».

Les termes « ergothérapie » et « occupational therapy » ont été tronqués à ce niveau suivis d'une astérisque afin d'élargir les résultats de recherche, et que l'équation englobe également les termes « ergothérapeute/s », « ergothérapique », « therapy » et « therapist ».

Des filtres ont été appliqués aux recherches, notamment le tri par date de parution afin de recenser uniquement les articles publiés entre 2005 et 2022. Sur certaines bases de données comme SUMMON, des filtres de disciplines ont également été appliqué afin de cibler les articles appartenant aux champs disciplinaires du thème. Sur SUMMON les disciplines « ergothérapie et rééducation », « médecine », « psychologie », « sciences sociales » et « sociologie et histoire sociale » ont été sélectionnées.

1.7.3 Sélection des articles

Grâce à l'équation de recherche et les filtres appliqués pour affiner les résultats, une sélection d'articles a été réalisée.

Critères d'exclusion : Les articles ayant été publiés avant 2005 n'ont pas été retenus, afin de privilégier les études relativement récentes. De la même manière, ceux abordant l'intervention en ergothérapie auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à domicile ne seront pas retenus, puisque le thème s'intéresse à la prise en soin en institution.

Critères d'inclusion : Seuls les articles répondant au critère de date de parution après 2005 ont été retenus. Un choix de langue a également été effectué afin de ne retenir que les articles français ou anglophones. Les articles retenus traitent tous de la maladie d'Alzheimer ou de

démences apparentées. Ceux-ci ont été sélectionnés car certaines problématiques peuvent être similaires à celles retrouvées dans la maladie d'Alzheimer. Ils peuvent ainsi élargir les connaissances en terme de techniques d'intervention, et avoir des éléments de comparaison. Le titre des articles a permis de faire la sélection car il permet d'évaluer la pertinence de l'utilisation de cet article au regard du thème étudié. Ainsi, tout article comportant le terme « Alzheimer » ou « démence » et « approche centrée sur la personne » et/ou « ergothérapie » a été jugé comme pertinent à retenir car pouvant apporter des informations sur le thème étudié.

Les résultats d'articles issus de l'équation de recherche sont présentés dans le tableau de synthèse des résultats des banques de données en annexe (Cf Annexe 1 p.65).

1.7.4 Présentation, critique de la RL et problématisation

La revue de littérature permet de mettre en avant différentes sous-thématiques desquelles découlent de nouveaux questionnements. Le tableau de synthèse des articles sélectionnés et traités est présenté en annexe (Cf Annexe 2 p.66).

- Les programmes et techniques d'intervention alternatifs à la médication

Les études ont montré l'importance de la stimulation cognitive et motrice de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Dans leurs études, les auteurs D.Kim et G.Lancioni et al (24), corroborent ce postulat en apportant des perspectives d'intervention futures. La technologie peut être vectrice de stimulation, et à terme de participation et d'engagement. Les études effectuées par ces deux auteurs sont complémentaires puisqu'elles s'intéressent à des populations différentes : l'une étudie le stade léger de la maladie, et l'autre le stade modéré à sévère. Cela apporte des connaissances sur ce qu'il est possible de mettre en place, et écarte les pistes n'entrant pas dans notre thématique, comme ici le stade léger de la maladie. Nous pouvons nous demander si ces programmes sont applicables dans les institutions comme les EHPAD, et si les effets seraient maintenus dans la durée ? Concernant le stade modéré à avancé de la maladie, la question de l'engagement et du pouvoir d'agir de la personne n'est pas clairement exposée. Les effets thérapeutiques sont vérifiés mais la méthode utilisée n'est pas pleinement centrée sur la personne car elle a recours à la technologie. Or, comme le citait Carl Rogers, l'approche centrée sur la personne repose sur la relation humaine, empathique et non-directive. Comment proposer des programmes technologiques tout en restant centré sur la personne ? De plus, une étude quantitative conduite pour démontrer l'intérêt des programmes d'ergothérapie(25), vient compléter l'intérêt de proposer des programmes dont les effets

thérapeutiques pourraient diminuer fortement l'utilisation de médicaments. En effet, cette étude a démontré non seulement un maintien des capacités fonctionnelles supérieur à ce qui était attendu compte tenu de la progression de la maladie, mais également une baisse des troubles du comportement. Les résultats de cette étude ont donc mis en avant que l'ergothérapie pouvait aider à maintenir un certain niveau d'autonomie et indépendance en répétant des activités et gestes de la vie quotidienne, et avait un impact positif sur les troubles du comportement fréquemment retrouvés chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces programmes en ergothérapies basés sur la répétition d'activités de la vie quotidienne ont donc un réel intérêt notamment dans la gestion des comportements. En effet, l'étude a montré que les participants avaient un comportement plus adéquat dans la réalisation des activités, et lors des soins, ce qui a permis de réduire la prise de médicaments, et limiter la contention. Finalement, ces programmes peuvent améliorer la qualité de vie de la personne. Nous pouvons nous demander si les activités proposées par l'ergothérapeute lors de ces programmes sont basées sur les centres d'intérêts de la personne ? De plus, l'intérêt de l'ergothérapie auprès des personnes atteintes de démences a clairement été démontrée grâce aux résultats statistiquement significatifs exposés. Mais ce type de programme est-il systématiquement mis en place dans les EHPAD ?

- La communication

La communication peut être altérée dans la maladie d'Alzheimer, que ce soit par de l'aphasie, des troubles d'élocution ou un manque du mot. L'aspect communication non-verbale est un aspect fondamental à prendre en compte, ce postulat est corroboré par P.Montagard dans une lettre de psychogériatrie de 2017(26). Celle-ci se complémente avec l'étude de M.Kersale(27) qui démontre l'impact positif de la méthode du manger-mains et suscite de la communication non-verbale, au-delà de son effet thérapeutique et des apports sur le plan sensoriel. Les sourires, mimiques, bruits, postures attestent que des ateliers thérapeutiques adaptés à la personne et à ses capacités peuvent obtenir des résultats positifs. Il complémente à nouveau l'auteur P.Montagard dans l'idée que l'approche centrée sur la personne est fondamentale en psychogériatrie, et que les résultats sont d'autant plus significatifs lorsque la personne est en autonomie, libre de ses mouvements. L'étude de A-L.Gontard(28) vient complémente ces propos en mettant en avant les possibilités thérapeutiques dans un groupe fermé. Le phénomène d'habituation et d'alliance, favorise la communication et le plaisir. Le cadre thérapeutique et la posture empathique du thérapeute sont mis en avant dans la réussite de l'activité.

La communication est également abordée d'un point de vue professionnel, avec les échanges interdisciplinaires. Les auteurs A. Corvol, G. Moutel et D. Somme dans « Gériatrie et société » mettent cela en avant en exposant l'intérêt d'une collaboration entre le gestionnaire de cas et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement dans lequel la personne sera institutionnalisée. Le partage des données relatives à la personne va aider à élaborer le projet de vie de la personne, comme le corrobore P. Montagard lorsqu'il aborde la question du système de gestion et de l'élaboration des projets individualisés .

Le manger-mains est une méthode d'alimentation induisant de la communication non-verbale lorsque les personnes réagissent par des gestes, mimiques ou attitudes face aux aliments. Or, elle n'est pas forcément proposée aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer n'étant plus en capacité de s'alimenter seules avec des couverts, cela provient-il d'un frein institutionnel ? ou d'une méconnaissance de ses effets thérapeutiques ? il serait intéressant de réaliser la même étude sur un échantillon important de population, dans différents types d'institutions afin de corroborer ou opposer les résultats.

- L'application pluridisciplinaire de l'ACP

Une étude internationale qualitative réalisée en Corée (29) en 2021 s'intéresse à la perception qu'ont les soignants des maisons de retraites sur les obstacles à la mise en place de soins centrés sur la personne atteinte de démence. Les résultats montrent que l'un des principaux freins est le manque de formation des professionnels, ainsi que les moyens insuffisants notamment en terme de personnel. En effet, le nombre recommandé de soignant par résident n'étant pas respecté, il est très difficile pour les professionnels d'être centrés sur la personne par manque de temps. L'analyse de contenu a mis en avant les propos de certains participants, expliquant que pour proposer des soins centrés sur la personne, il leur fallait être formés à l'approche centrée sur la personne atteinte de démence. Ceci est complété par une seconde étude internationale réalisée en Jordanie en 2014(30), lors de laquelle des soignants exerçant en institution auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont bénéficié d'une formation aux soins centrés sur la personne durant quatre semaines. Suite à cette formation, et après l'avoir pratiquée, les professionnels ont confié avoir une meilleure compréhension globale de la personne. Ils ajoutent avoir désormais plus d'empathie et de compréhension thérapeutique, une meilleure acceptation, notamment des comportements jugés comme difficiles auparavant, et faire preuve de résilience. Ceci a été rendu possible grâce aux techniques apprises, notamment la validation. Finalement, la formation permet aux soignants d'avoir une meilleure compréhension de l'approche et de ses principes une fois mise en

pratique. Elle apporte une nouvelle conception du soin, et les soignants perçoivent mieux les intérêts d'être centré sur la personne, à la fois pour le résident mais également pour eux-mêmes puisqu'ils constatent une diminution de leurs fardeaux au travail, à la fois physiques et psychologiques. Ainsi, les deux études précédemment citées se complètent concernant l'intérêt que l'équipe entière soit formée aux soins centrés sur la personne pour que l'approche ait un réel impact.

De plus, l'étude coréenne réalisée par Kong et al, met en évidence que de mauvaises relations au sein d'une équipe et une mentalité négative de la part des professionnels peut être un obstacle majeur à l'utilisation de l'approche centrée sur la personne. En effet, des attitudes négatives chez certains professionnels conduiraient à effectuer les soins en étant centré sur la tâche et non sur la personne. Nous pouvons ainsi comprendre que l'unicité des professionnels est importante pour que le soin soit cohérent. De plus, nous pouvons nous demander ce qu'il en est en France, et si de telles études apporteraient les mêmes résultats.

L'approche centrée sur la personne appliquée en pluridisciplinarité semble donc être influencée par différents freins. Ces obstacles sont-ils les mêmes en France ? Les précédentes études s'intéressent aux soignants mais ne citent pas l'ergothérapeute. Toutefois, nous comprenons l'importance que l'ensemble des professionnels adhère à cette approche pour qu'elle ait un sens, et ces études nous permettent d'identifier les bénéfices qu'une formation peut apporter, à la fois aux soignants, puis directement à la personne. Il serait intéressant de compléter ces études avec des écrits recensant la perception de l'ergothérapeute sur ce sujet.

L'état des lieux sur le thème permet d'explorer une nouvelle dimension avec le rôle des technologies dans la prise en soin ergothérapique. Le XXIème siècle est rythmé de nouvelles prouesses et avancées technologiques. Ces programmes technologiques pourraient-ils donc avoir également un rôle à jouer dans le champs de la santé ? Peuvent-ils être utilisés parallèlement aux interactions humaines, afin d'associer les deux modes d'intervention : humaine et technologique ? Ces enjeux tendent à être étudiés afin de ne pas perdre de vue l'objectif premier : le bien-être de la personne et sa considération en tant qu'être occupationnel. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution est accompagnée dans son lieu de vie. Cela complexifie la situation car la personne est à la fois dans un espace commun, mais également dans son espace intime. Il faut trouver le juste milieu pour l'accompagner sans se montrer intrusif, lui proposer des activités de groupe mais aussi des moments en individuel. L'intérêt des groupes thérapeutiques est qu'ils sont vecteurs d'échanges, permettant de connaître chaque fois davantage la personne et mieux la comprendre. Ces ateliers jouent-ils

alors un rôle de construction de l'approche centrée sur la personne ? Comment perfectionner l'approche centrée sur la personne, spécifique à chaque individu et prise en soin ?

Il a été exposé que la collaboration en équipe pluridisciplinaire permet une prise en soin globale de la personne et une élaboration de son projet de soin plus riche et pertinente.

Au regard des connaissances apportées par la revue de littérature nous pouvons alors nous demander en quoi la collaboration pluridisciplinaire permet l'amélioration de l'approche centrée sur la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, en institution ?

La revue de littérature a permis de mettre en évidence certaines thématiques relevées en pratique. Ainsi, nous avons pu constater que les programmes technologiques ou alternatifs à la médication comme les sessions d'ergothérapie avaient un réel intérêt dans l'engagement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et dans la diminution des troubles comportementaux, induisant ainsi une baisse de la prise de médicaments. Puis, la communication, entre résidents ou entre professionnels constitue un élément important pour favoriser l'ACP. Les relations interindividuelles en petits groupes semblent être vectrices d'échanges et bénéfiques pour les résidents. Enfin, l'intérêt d'une application pluridisciplinaire de l'ACP est exposée. Certains questionnements apparaissent alors notamment sur la place de l'approche centrée sur la personne pluridisciplinaire en EHPAD. Ou encore, comment proposer un accompagnement en ergothérapie centré sur la personne au résident atteint de la maladie d'Alzheimer, dont l'intérêt a été démontré dans la revue de littérature ? Tous ces éléments seront la base de notre étude lors de l'enquête exploratoire afin de mieux comprendre ces enjeux et ce qui est réalisé en pratique. Les problématiques autour de la maladie d'Alzheimer sont donc nombreuses, que ce soit en France ou à l'international. Cette recherche pourra alors compléter les savoirs déjà établis et les recherches réalisées.

1.8 L'enquête exploratoire

La revue de littérature a permis de réaliser un état des lieux théorique de la thématique de départ : « L'utilisation de l'approche centrée sur la personne lors d'une prise en soin ergothérapique auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution ».

Des articles s'intéressant à d'autres professions ou des personnes atteintes de démences apparentées ont été retenus afin d'élargir les connaissances sur le sujet et pouvoir comparer les pratiques. Suite à cette revue de littérature, une enquête exploratoire va être réalisée afin de constater la pratique de terrain.

Trois sous-thématiques ont émergé de la revue de littérature : les programmes et techniques d'intervention alternatifs à la médication, la communication, et la collaboration pluridisciplinaire.

L'enquête exploratoire se déroulera selon des objectifs généraux et spécifiques qui seront établis en fonction des sous-thèmes de la revue de littérature.

1.8.1 Objectifs généraux

L'enquête sera fondée sur trois objectifs généraux principaux :

- Etayer la matrice théorique : Afin de d' étoffer les connaissances d' ouvrages ou concepts supplémentaires sur lesquels les ergothérapeutes fondent leur pratique.
- Confronter l' état des lieux de la littérature à l' état des lieux des pratiques : Dans le but d' avoir une vision comparative. Cela consiste à comparer les écrits et les avancées en terme de recherche, aux pratiques réelles sur le terrain qui peuvent se différencier par rapport aux préconisations et idéaux théoriques.
- Se heurter à la faisabilité de la recherche et jauger la pertinence de la question de recherche : L' approche centrée sur la personne est un fondement de la pratique ergothérapique mais peut rencontrer des limites auprès de certaines personnes ayant des déficits spécifiques qui impactent la communication et la compréhension. Cela peut être le cas chez les personnes atteintes de la maladie d' Alzheimer et cet objectif permettra d' évaluer la faisabilité de la recherche ainsi que sa pertinence.

De ces objectifs généraux découlent de nouveaux objectifs spécifiques.

1.8.2 Objectifs spécifiques

Les sous-thématiques présentées dans la revue de littérature permettent d' élaborer différents objectifs spécifiques relatifs aux questionnements de la problématisation.

Ces objectifs spécifiques permettront d' affiner la recherche et apporter des précision sur la thématique. Ceux-ci sont les suivants :

- Comprendre l' importance de l' ACP dans la pratique des ergothérapeutes
- Comprendre comment l' ergothérapeute met en place l' ACP
- Comprendre de quelle manière l' ergothérapeute adapte le mode de communication en fonction des troubles cognitifs de la personne
- Percevoir la place de la pluridisciplinarité dans la mise en pratique de l' ACP

Les objectifs étant établis, une population ainsi qu'un site d'exploration doivent être définis afin de mettre en œuvre l'enquête exploratoire.

1.9 Population ciblée et sites d'exploration

Afin de répondre aux objectifs généraux et spécifiques évoqués précédemment, une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes est menée. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués afin d'affiner l'échantillon de population à interroger.

Les critères d'inclusion :

Tous les ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en EHPAD en France, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. Il est également demandé que les professionnels aient six mois d'expérience dans le domaine de la gériatrie, afin d'avoir le temps d'acquérir des compétences auprès de ce public et de se familiariser avec les pathologies rencontrées dans le champs de la psychogériatrie.

Les critères d'exclusion :

Les ergothérapeutes exerçant à l'étranger, n'ayant jamais travaillé en EHPAD ou accompagné des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne seront pas interrogées. Enfin, les professionnels ayant moins de six mois d'expérience dans le domaine de la gériatrie ne seront pas retenus dans l'enquête.

Pour réaliser cette enquête, les sites d'exploration seront tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, publics ou privés de France, qui accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré.

1.10 Sélection et présentation de l'outil de recueil de données

Afin de procéder à l'enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes, un outil permettant de recueillir des données a été sélectionné en fonction des objectifs de l'enquête. Au regard des objectifs établis, l'entretien semi-directif semble le plus pertinent et adapté. L'entretien permettra de recueillir des données qualitatives fondées sur le vécu professionnel et les témoignages des ergothérapeutes. Certains objectifs de la recherche demandent de s'intéresser aux récits subjectifs des professionnels qui ont leurs propres modes de fonctionnement selon les résidents. Il paraît donc plus pertinent de privilégier la méthode qualitative plutôt que quantitative car elle ne permettrait pas d'exploiter suffisamment la singularité de chaque témoignage.

L'entretien semi-directif est choisi comme outil de recueil de données dans cette enquête car il permet d'orienter l'entretien en posant certaines questions, tout en laissant la personne développer ses idées comme elle le souhaite. Une question inaugurale est prévue pour lancer l'entretien, puis des questions de relances sont préparées afin de le dynamiser et évoquer certains points non-abordés permettant de recueillir des informations relatives aux objectifs de recherche définis(31).

Cet outil possède certains avantages, notamment en ce qui concerne la spontanéité des réponses puisqu'à l'inverse d'un questionnaire, les réponses ne peuvent pas être réfléchies à l'avance ou modifiées. Cela permet de réduire d'éventuels biais liés à la modification des réponses. L'entretien est également un moyen plus interactif de recueil des données puisqu'il est basé sur l'échange avec l'interlocuteur, et l'interviewer peut dynamiser l'échange grâce à des techniques de relances. De plus, le nombre souhaité de personnes à interroger peut être plus facilement atteint car l'échantillon de population est moins important comparativement à celui d'un questionnaire.

Certains inconvénients peuvent être relevés dans l'utilisation d'un entretien, notamment concernant la posture de l'interviewer. En effet, mener un entretien demande de la pratique et nécessite de maîtriser certaines techniques afin de les manipuler aisément. L'attitude, le ton ou la formulation des questions de l'interviewer peuvent influencer les réponses du participant et donc impacter leurs validités. L'interviewer devra constamment être vigilant à sa posture afin de maintenir une position neutre. Cela demande également une implication particulière car l'interviewer doit être à l'écoute pour pouvoir relancer et dynamiser l'entretien lorsque cela est nécessaire. De plus, utiliser l'entretien comme outil de recueil de données demande beaucoup de temps. En effet, la passation de l'entretien est relativement longue, puis il faut par la suite procéder à la retranscription de l'échange puis à l'analyse du contenu.

1.11 Les biais et stratégies d'atténuation

Selon le Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogiques, il existe différents biais susceptibles d'être rencontrés lors d'un recueil d'informations(32). Ainsi, l'entretien peut engendrer différents biais, tels que :

- Des biais de désirabilité sociale : La personne interrogée souhaitera transmettre une image positive d'elle. Il conviendra alors de procéder à plusieurs entretiens afin de recueillir des points de vue différents.

- Des biais méthodologiques : Ceux-ci peuvent se retrouver si le recueil de données a été difficile ou n'a pas permis de collecter suffisamment d'informations, en cas de mauvaise formulation des questions ou une population sondée non représentative de la population étudiée dû à un biais de sélectivité. Il sera donc nécessaire d'être rigoureux dans la construction de la matrice d'entretien, d'être attentif à sa posture lors de l'échange afin de ne pas orienter ni influencer les réponses, et s'assurer que la personne interrogée répond aux critères d'inclusion définis préalablement.
- Les biais affectifs : Le jugement du chercheur va être déformé sous l'influence de ses états affectifs et cela aura un retentissement sur sa qualité de présence et d'écoute. Il sera nécessaire de prendre du recul sur ses états émotionnels afin qu'ils n'influent pas sur la qualité de recueil des informations.
- Le biais de confirmation : se retrouve lorsque le chercheur accorde davantage de crédit aux informations qui confirment ses propres hypothèses, et moins à celles qui vont à l'encontre de sa pensée. Pour atténuer ce biais, l'interviewer devra adopter une posture d'écoute neutre face aux propos de la personne et considérer identiquement toutes les informations.
- Les stéréotypes et préjugés : Se retrouvent si le chercheur a des idées préconçues sur le public interrogé. Il sera donc important de ne pas se prononcer sur ses propres croyances.

1.12 Elaboration de l'outil de recueil de données

L'entretien semi-directif a été choisi pour procéder au recueil de données de l'enquête exploratoire. La visée de ce type d'entretien est de pouvoir poser des questions en lien avec les objectifs et thématiques à aborder, tout en laissant la personne interrogée développer ses idées et apporter des informations complémentaires. Une matrice d'entretien a donc été élaborée, de manière à explorer les thématiques émergentes de la revue de littérature. Pour cela, une question inaugurale a été formulée ainsi que cinq questions de relance qui auront pour objectif de compléter et préciser les informations recueillies suite à la question inaugurale. Toutes les questions de relance ont été rédigées de manière à aborder les objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire, et classées en différentes thématiques. La matrice de cet entretien est présentée en annexes (Cf Annexe 3 p.72).

Afin de rechercher des participants à l'enquête, un échantillon d'une quinzaine d'ergothérapeutes a été contacté par email, dans lequel le thème de l'enquête était explicité, de

même que les critères d'inclusion souhaités afin que les professionnels puissent prendre connaissance du sujet d'étude, identifier la population cible, et répondre en conséquence. Parmi les ergothérapeutes de cet échantillon, quatre ont répondu favorablement et accepté de participer à l'enquête.

Avant de procéder aux entretiens, des échanges avec chacun des professionnels ont permis de déterminer que tous répondaient aux critères d'inclusion. La modalité d'interview convenue avec chaque professionnel a été l'appel téléphonique.

Le concept d'approche centrée sur la personne pouvant être interprété de diverses manières selon les représentations des professionnels, une brève définition de celle-ci est exposée avant de débiter les entretiens afin de clarifier les termes et s'assurer que les professionnels appliquent cette approche dans leur pratique.

Enfin, avant de débiter l'entretien, nous envoyons aux ergothérapeutes une fiche de consentement afin de les informer de l'objet d'étude, et qu'ils connaissent leur droit de retrait si les conditions ne leur conviennent pas, conformément à la loi Jardé(33). Nous demandons également leur consentement éclairé pour enregistrer les entretiens. La feuille vierge de consentement envoyée aux ergothérapeutes est présentée en annexe (Cf annexe 4 p.73).

Suite au recueil des données, nous procéderons à une analyse descriptive de la population, puis à une analyse de contenu phénoménologique par thématiques. Ceci permettra de regrouper et classer les dires des ergothérapeutes par thèmes et s'en faire une idée globale.

1.13 Test de faisabilité du dispositif d'enquête

Afin de vérifier la validité du dispositif d'enquête, un entretien test a été réalisé auprès d'une ergothérapeute, dont les réponses n'ont pas été comptabilisées. Ce test avait pour objectif de s'assurer de la pertinence de la matrice d'entretien et de pouvoir réajuster, si nécessaire certaines questions. En effet, cela a permis de vérifier que la formulation des questions permettait leur bonne compréhension par l'ergothérapeute. A l'issue du test, les questions de la matrice ont été validées, et certains points de vigilance ont pu être mis en évidence au niveau de la posture de l'interviewer notamment concernant les défauts de langage. De plus, il a également été constaté que certains biais survenaient fréquemment de manière inconsciente, et qu'il convient alors de les anticiper pour les prochains entretiens. Le biais de confirmation d'hypothèse est ressorti de ce test comme étant celui auquel porter une vigilance particulière dans le but de ne pas fausser le cours des prochains entretiens de l'enquête.

1.14 Analyse des résultats de l'enquête exploratoire

A l'issue des entretiens, une analyse des données recueillies est réalisée.

1.14.1 Analyse descriptive

Chaque ergothérapeute interrogé a une identité professionnelle singulière avec un parcours différent qu'il est intéressant de prendre en considération car cela peut mettre en lumière certains facteurs déterminants de la posture du professionnel et sa pratique.

L'ergothérapeute E1 est une femme de 36 ans. Elle est diplômée d'un Institut de formation de Belgique depuis 2011 et exerce à ce jour en France à mi-temps dans un EHPAD et en centre de rééducation. Celle-ci travaille depuis 11 ans dans cet EHPAD qui a embauché pour la première fois une ergothérapeute à son arrivée. E1 a donc commencé à exercer dans cet EHPAD dans le contexte d'une création de poste.

L'ergothérapeute E2 est un homme de 34 ans. Il a été diplômé en 2018 à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille. Ce-dernier a exercé 14 mois dans un EHPAD qui incluait une Unité de Vie Alzheimer (UVA) accueillant des résidents atteints de la maladie au stade modéré et sévère, ainsi qu'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pour ses mêmes résidents ainsi que d'autres, hors UVA, atteints de la maladie au stade précoce et modéré. Actuellement, il exerce en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) accueillant exclusivement des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

L'ergothérapeute E3 est une femme de 32 ans. Elle est diplômée depuis 2014 de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier. Depuis 2021, E3 exerce à plein-temps dans un EHPAD accueillant des personnes autonomes, atteintes de maladies neurodégénératives telles que Parkinson, démence à corps de Lewy ou encore maladie d'Alzheimer à tous les stades de la maladie. L'EHPAD possède un PASA, devenu PASA itinérant depuis l'épidémie de Covid, ainsi que deux unités protégées.

Cette analyse descriptive permet de constater que les ergothérapeutes interrogés ont un parcours professionnel ainsi que des lieux de diplômes différents. Ces caractéristiques singulières permettent d'avoir des éléments supplémentaires sur leurs expériences et leurs catégories socio-professionnelles respectives.

1.14.2 Analyse phénoménologique

La retranscription de chaque entretien a permis les multiples relectures nécessaires pour percevoir les codes, schèmes de signification et sous-thèmes émergents. Des mots et bribes de phrases ont été relevés puis rassemblés afin de mettre en évidence les idées principales, puis définir les thèmes finaux communs aux discours des trois ergothérapeutes interrogés. Trois thèmes ont été établis lorsque tous les propos ont été assemblés et qu'il n'était pas possible ni utile de créer de nouveaux thèmes. Ces trois thèmes sont : « les principes et méthodes d'accompagnement de la personne par les professionnels de santé de la structure », « l'application de l'ACP par l'ergothérapeute » et « les facteurs influençant la mise en pratique de l'ACP en pluridisciplinarité ».

L'accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer par les professionnels de l'EHPAD

Les codes émergents des entretiens ont mis en évidence des différences traduisant la spécificité de chaque équipe au sein d'une institution. Cependant, bien que ces codes soient différents, ceux-ci ont été classés et assemblés afin de créer ce thème car il n'y a pas de pratique unique et standardisée. Ainsi, ce thème est composé de dires divergents qui apportent un éclairage sur la prise en soin de la personne de manière globale dans un EHPAD. L'une des premières étapes dans l'accompagnement de la personne est son accueil dans l'établissement. A ce moment-là, il est important de recueillir l'histoire de vie de la personne, son vécu, ses envies pour pouvoir par la suite lui proposer des activités significatives. Les dires des ergothérapeutes varient quant aux objectifs du recueil d'informations lors de l'entretien d'entrée. Cela permet de distinguer certaines nuances dans l'approche qu'ont les professionnels de la structure auprès de la personne. Au-delà d'apprendre à connaître le résident et son histoire de vie, cette entrevue permet également de connaître les déficiences de la personne, ce qui va ensuite orienter la prise en soin (E1 L27-30). Parallèlement, certaines structures utilisent les données relatives à la personne pour créer un environnement agréable et sécurisant pour la personne afin de limiter les angoisses liées à la désorientation temporo-spatiale induite par la maladie (E2 L24-28). De plus, l'accompagnement de la personne au sein de l'EHPAD peut être influencé par l'utilisation, ou non, d'une méthode ou technique d'approche centrée sur la personne. Ici, la méthode Montessori¹ est évoquée et permettrait à la personne de reprendre ses activités significatives. Au-delà des activités, cela aiderait à resituer la personne dans le temps et l'espace, tout en sollicitant

¹ Méthode Montessori propose un accompagnement des personnes âgées atteints de troubles cognitifs, fondé sur des valeurs humanistes tels que le respect de la personne et de sa dignité, et sur un principe d'égalité(34).

ses capacités fonctionnelles (E3 L162-166). De la même manière, le concept d'Humanitude² est mentionné. Ce-dernier repose, selon E2, sur le fait de replacer la personne au centre de son processus de soins et de ses envies. La contention est ainsi écartée autant que possible afin de laisser la personne vivre librement (E2 L67-73). Ces deux approches citées précédemment peuvent être appliquées par l'ensemble du personnel car celui-ci a bénéficié d'une formation. Nous constatons que tous les établissements n'utilisent pas de méthodes centrées sur la personne. Cela peut-il créer des différences notables dans l'utilisation d'une approche centrée sur la personne en pluridisciplinarité ?

L'accompagnement de la personne passe également par la communication entre les professionnels de l'équipe soignante, via des transmissions écrites ou orales. Des réunions pluridisciplinaires ont lieu afin de définir les objectifs de prise en soin, et discuter des difficultés rencontrées ou à l'inverse d'activités qui fonctionnent avec le résident (E1 L179-181).

L'un des ergothérapeutes met également l'accent sur l'importance de l'authenticité du soignant lorsqu'il intervient auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. En effet, chaque professionnel agit au cas par cas avec les résidents, et se doit d'être naturel avec eux car ils ressentiraient si un rôle était joué, et cela pourrait susciter ou renforcer des phénomènes de délires de persécution (E2 L147-151).

Le phénomène étudié, l'accompagnement pluridisciplinaire des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, varie donc en fonction des EHPAD. Il peut être déterminé par différents facteurs tels que la connaissance de la personne et les aménagements mis en place relatifs à son histoire de vie, la communication et collaboration d'équipe, ou la formation ou non du personnel à une approche ou méthode centrée sur la personne.

L'utilisation de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute

Il est constaté que les ergothérapeutes n'ont pas nécessairement la même interprétation d'avoir une approche centrée sur la personne. De manière générale, des activités thérapeutiques en lien avec les centres d'intérêt de la personne sont proposées avec pour objectif de procurer du plaisir au résident et qu'il puisse poursuivre sa vie en réalisant des activités du quotidien. Pour certains, être centré sur la personne se traduit par le fait de préserver son autonomie en préconisant du matériel et en promouvant la stimulation motrice et verbale (E1 L103-105). L'un des principes de l'approche repose sur le respect du souhait et des envies de la personne. L'engagement, ou non, de la personne dans les activités est respecté. L'ergothérapeute va au fil du temps observer

² Humanitude : approche reposant sur des techniques de communication qui permettent de prévenir les troubles du comportement en utilisant des canaux sensoriels tels que le regard, la parole et le toucher(35).

ce vers quoi la personne se dirige et ce qui l'attire afin de proposer des activités toujours plus adaptées à la personne et vectrices d'engagement. La communication verbale avec la personne peut aussi être utilisée, lorsqu'elle est possible, afin d'identifier ce dont elle se souvient, arrive à évoquer, ou les mots qui provoquent une réaction (E2 L88-91 ; L96 ; L99-100 ; E3 L5-8). Nous pouvons comprendre que les ergothérapeutes peuvent avoir différentes postures, toutes considérées comme centrées sur la personne, mais ne se manifestant pas de la même manière. Quelles pourraient alors être les causes de ces différences en terme d'application de l'ACP entre les ergothérapeutes ?

Les ergothérapeutes adaptent leur approche au cas par cas en fonction de la personne. Il n'y a pas de protocole prédéfini. L'accompagnement est à construire et adapter au long cours à mesure que l'ergothérapeute apprend à comprendre la personne, et selon les réactions de cette dernière. En effet, la maladie induit une variabilité dans l'humeur, les angoisses et les réactions. L'approche centrée sur la personne passe alors par le fait de respecter l'état du jour du résident, et adapter l'accompagnement en proposant un autre type d'activité plus apaisante, ou en acceptant simplement que la personne ne soit pas en capacité de participer ce jour-là (E2 L109-113). Les ergothérapeutes accordent une importance particulière au langage non-verbal puisqu'il permet d'entrer en relation avec la personne et de la comprendre par des expressions faciales par exemple (E3 L71-77 ; E2 L120-122). Il est tout de même précisé qu'il est impossible de ne pas faire d'erreurs d'interprétation, la communication non-verbale étant difficile à comprendre à certains moments, et que l'ergothérapeute peut parfois se tromper. Il est mis en évidence que des techniques sont à mettre en place individuellement avec la personne pour l'aider à s'engager dans une activité. Ainsi, les ergothérapeutes utilisent l'amorçage, l'imitation et la répétition. L'ergothérapeute répète donc autant de fois que nécessaire les mêmes discours afin de favoriser leur imprégnation. Tout cela va également permettre d'établir lentement une relation thérapeutique avec la personne (E2 L100-105).

Enfin, l'accompagnement des autres professionnels au moment des actes et concernant la manutention, a été cité comme faisant partie intégrante de l'approche centrée sur la personne par l'ergothérapeute. En effet, le travail d'équipe aurait un impact sur le fait d'être centré sur la personne (E1 L167-169).

L'approche centrée sur la personne, appliquée par l'ergothérapeute apparaît alors comme un phénomène complexe, ayant de multiples manifestations. Elle passe par différentes actions et attitudes du thérapeute. Elle semble également être influencée par la propre pratique de l'ergothérapeute.

Les facteurs influençant la mise en pratique de l'approche centrée sur la personne en pluridisciplinarité

Les facteurs influençant l'ACP peuvent être obstacles ou facilitateurs selon le contexte. De manière générale, les ergothérapeutes interrogés ont mis en avant que les principales contraintes étaient institutionnelles. En effet, le manque de personnel et de temps pour prendre en soin le résident, induit une difficulté à être centré sur la personne. Si l'on s'intéresse plus profondément au facteur « manque de personnel », il apparaît que celui-ci a été cité par tous les ergothérapeutes, à différents niveaux. Lorsque l'établissement est en déficit de personnel, la charge de travail augmente pour les professionnels présents qui ont alors moins de temps pour faire leurs actes et sont parfois obligés de réaliser les soins alors que ce n'est pas le souhait de la personne (E1 L162-163 ; L198-199 ; 207-208). Toutefois, même si l'EHPAD n'est pas en carence de personnel, les effectifs restent toujours insuffisants car il faudrait encore davantage de soignants pour que la qualité des soins soit optimale. Ceci impacte l'utilisation d'une approche centrée sur la personne qui n'est alors pas forcément possible, et donc ensuite la qualité de vie du résident (E2 L184-187). La crise sanitaire liée au Covid aurait accentué cette carence en personnel. En effet, la charge de travail ayant de ce fait été augmentée, les soignants ont alors moins de temps à accorder aux résidents pour les soins hors nursing (E3 L191-195). Malgré ces difficultés, comment les soignants pourraient préserver un soin centré sur la personne ? Le facteur « manque de moyens humains » influence donc le facteur « manque de temps », ici de manière négative mais nous pouvons imaginer que la réciproque est également valable. Tous les professionnels n'ont pas le même temps accordé à leur prise en soin. Du fait de leurs actes différents, les aides-soignants ont moins de temps que les professionnels tels que les ergothérapeutes, les aides médico-psychologiques, ou les psychologues. Ceci est un frein important à l'approche centrée sur la personne (E1 L193-198).

La problématique du turn-over des soignants est également soulevée. En effet, il arrive que des remplaçants vacataires ne soient pas formés à l'ACP, et seront alors plus centrés sur le soin que sur le résident (E1 L193-194). Ceci impacte l'application de l'approche centrée sur la personne pluridisciplinaire. Une formation du personnel permettant de donner des conseils de prise en soin pourrait-elle jouer un rôle dans l'application de l'ACP en pluridisciplinarité ? Ou bien le manque de personnel est tel, qu'il serait difficile de modifier les pratiques ?

Puis, les moyens financiers ont été cités comme facteur pouvant influencer l'ACP. En effet, le budget de l'EHPAD peut permettre, ou non, d'acheter du matériel pour les résidents. Cela va ainsi impacter la qualité des soins et donc de vie de la personne (E2 L188-190).

L'un des facteurs importants est la cohésion d'équipe car elle va déterminer, ou non, l'unicité et la coordination des prises en soin. Ce facteur est retrouvé chez l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. Ainsi, le partage d'informations permet aux professionnels d'apprendre les uns des autres et mettre en place des techniques ayant fonctionné avec un autre soignant. Chacun va ainsi mieux connaître la personne, grâce à sa propre expérience, mais également aux dires de l'équipe. Finalement, une bonne connaissance de la personne et de ses réactions permet d'avoir une meilleure qualité d'approche, plus centrée sur ses besoins (E2 L216-218 ; L245-247). En ce sens, selon E3, la présence d'une équipe de thérapeutes peut améliorer l'approche centrée sur la personne en pluridisciplinarité car ils disposent de plus de temps et peuvent motiver les équipes soignantes, leur proposer des activités ou projets (E3 L198-200). L'ergothérapeute E3 suppose que si les soignants étaient davantage inclus dans les activités proposées par les thérapeutes, cela pourrait être vecteur de motivation et donner des idées de petites adaptations à mettre en place. Par exemple, toujours selon E3, cela pourrait donner l'idée aux soignants de mettre de la musique aux résidents ou les mobiliser (E3 L212-217).

Par la suite, un facteur lié aux « caractères et comportements des professionnels » est abordé. L'investissement du soignant dans son travail, sa manière d'aborder la prise en soin auprès du résident, et son attitude envers les autres membres de l'équipe peut influencer l'ACP. Une personne très investie et preneuse de conseils de la part des autres professionnels n'aura pas la même approche qu'une personne qui ne collabore pas et souhaite faire différemment de tous. Cela peut même être vecteur de tensions au sein de l'équipe, ce qui influencera l'application de l'ACP de manière pluridisciplinaire. Ceci rejoint le facteur abordant la cohésion d'équipe, et souligne encore davantage son importance pour pouvoir avoir une cohérence de soins (E2 L190-199). En lien avec le caractère de chaque professionnel, la mise en pratique d'une approche centrée sur la personne peut aussi dépendre de l'intérêt que ce soignant lui accorde. En effet, une formation comme Montessori peut être proposée à l'ensemble du personnel d'un établissement, mais les préconisations ne pas être appliquées par tous (E3 172-173). Cela va donc dépendre, selon E3, de la motivation, du rôle que chacun considère avoir et des valeurs, (E3 L120-125 ; L132-133 ; L186). Nous pouvons nous interroger sur l'origine de ces différences entre les professionnels concernant leur conception de leur métier et rôle. Et ainsi à quelle fréquence cela influe sur l'ACP, et de quelle manière ?

Par la suite, la famille de la personne est perçue comme étant un facteur pouvant influencer l'ACP, tantôt obstacle, tantôt facilitateur (E2 L244).

Enfin, avoir une bonne gestion au niveau du cadre est citée. En effet, il est important que la direction s'organise et répartisse le personnel en cas d'absence d'autres professionnels, faute d'avoir un retentissement sur la qualité de prise en soin des résidents (E1 L246 ; 248-249).

1.14.3 Analyse critique de l'enquête

Tout d'abord, l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés est faible compte tenu de la population. Les témoignages des trois ergothérapeutes ont permis d'aborder différentes thématiques relatives à l'utilisation de l'approche centrée sur la personne en EHPAD auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, il n'est pas certain que la saturation des données ait été atteinte, et d'autres éléments auraient probablement pu être relevés si des entretiens supplémentaires avaient été menés. Les résultats de cette enquête ne sont donc pas généralisables mais permettent néanmoins de recueillir des données pratiques et ainsi soulever des problématiques et questions de terrain.

Nous pouvons à présent faire du lien entre la revue de littérature et l'enquête exploratoire réalisée. Toutes deux corroborent l'importance du travail d'équipe et de la cohésion pour appliquer l'ACP. L'état des lieux de terrain complète cela en mettant en avant les impacts positifs d'une bonne cohésion d'équipe qui va améliorer la qualité des soins et donc la qualité de vie des résidents grâce au partage d'informations et une unité et continuité d'accompagnement. Mais à l'inverse l'ACP peut être impactée négativement lorsque la cohésion d'équipe fait défaut.

La communication verbale et surtout l'observation et le langage non-verbal sont primordiaux dans l'ACP et le recueil d'engagement de la personne, comme l'évoquait la revue de littérature. L'enquête exploratoire complète l'intérêt des programmes d'ergothérapie auprès du public atteint de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et souligne leur importance afin de proposer des activités signifiantes pour la personne, et préserver ses capacités fonctionnelles le plus longtemps possible. Aucun ergothérapeute n'a évoqué l'utilisation de programmes technologiques dans le plan d'accompagnement de ces personnes, contrairement à certaines études présentées dans la revue de littérature.

L'enquête exploratoire a relevé différents facteurs institutionnels pouvant influencer la mise en pratique de l'ACP individuellement et en pluridisciplinarité, et complète certaines études réalisées sur les fardeaux des soignants issues de la revue de littérature.

Problématisation pratique :

En lien avec l'enquête exploratoire réalisée précédemment, certains questionnements apparaissent. Nous avons identifié dans la revue de littérature l'importance de la formation des soignants à l'approche centrée sur la personne pour accompagner les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Ceci a également été mis en évidence au cours de l'enquête exploratoire. Nous pouvons ainsi nous demander pour quelles raisons tous les professionnels exerçant en gériatrie ne sont pas formés à l'ACP ou des techniques de prise en soin apparentées ? Puis, lorsque l'établissement propose des formations à l'approche centrée sur la personne, pourquoi certains professionnels ne mettent pas en pratique les informations reçues ? En quoi les formations spécifiques au soin centré sur la personne peuvent-elles influencer la pratique des ergothérapeutes ? De plus, nous pouvons également nous demander à quoi peuvent être dues les différences de pratique entre les professionnels de santé ?

L'application, ou non application, de l'approche centrée sur la personne par le soignant est-elle liée à sa vision de sa pratique et ses compétences ? Concernant le contexte organisationnel, quels éléments pourraient expliquer les différences d'accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en fonction des établissements ?

L'analyse critique de l'enquête exploratoire et les questionnements qui en émergent ont abouti à une question initiale de recherche :

En quoi la pratique professionnelle singulière du soignant en EHPAD peut-elle influencer l'application de l'ACP auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

1.15 Cadre conceptuel

Afin d'étayer la question initiale de recherche, les concepts de pratique professionnelle et approche centrée sur la personne seront développés. Cet étayage conceptuel aura pour objectif d'acquérir des connaissances théoriques sur les différentes composantes de la pratique professionnelle et pouvoir par la suite les confronter à la pratique réelle sur le terrain lors de la recherche. De la même manière, l'approche centrée sur la personne est un large concept pouvant s'exprimer de différentes manières selon son lieu d'application, et ceci a été mis en évidence par certains ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratoire. Nous développerons donc ici ce concept pour d'une part connaître son origine, ses fondements et principes, et d'autre part s'informer sur son utilisation dans le domaine de la gériatrie.

Pour développer ces concepts, plusieurs champs disciplinaires seront sollicités. Les sciences humaines et sociales, et plus particulièrement la psychologie seront utilisées pour le concept de l'Approche centrée sur la personne. Les sciences de l'éducation et le travail social permettront d'éclairer davantage le concept de la pratique professionnelle.

1.15.1 La pratique professionnelle

Cristina De Robertis(36) propose une ébauche de définition du concept, en commençant par expliquer que la pratique professionnelle désigne « le savoir-faire d'une profession donnée »(36). Pour elle, le terme de pratique correspond à « toute activité mettant en œuvre les principes d'un art ou d'une science : c'est la mise en application de principes, d'idées ou d'une technique en vue d'un résultat concret »(36). Le fait de mettre en pratique correspond alors à une manière d'agir, et celui qui maîtrise la pratique d'une technique est appelé un praticien.

C. De Robertis oppose le terme de « pratique » à celui de « théorie » et expose que, d'un point de vue philosophique, la pratique est associée à l'action, tandis qu'à l'opposé, la théorie renvoie à la contemplation. Selon Jean-Marie Barbier (37), ces deux termes se complètent et s'enrichissent mutuellement. Il les décrit de la manière suivante : « La théorie, c'est ce qui appartient à l'ordre de l'universel, [...], de l'applicable, du transposable dans la pratique. A l'inverse, la pratique, c'est ce qui appartient à l'ordre du contingent, du local, de l'éphémère, du complexe, de l'incertain, [...], de ce qui nourrit la théorie »(37).

➤ Les niveaux de pratique

Gaston Mialaret (38) étudie dans le champs des sciences de l'éducation, et met en évidence différents niveaux de pratique. Le premier niveau, appelé niveau « impulsif », fait référence aux situations lors desquelles le sujet produit une réponse immédiate aux stimulations intérieures ou extérieures du milieu afin d'y faire face. Cependant, dans ces cas de figure extrêmes, la réponse proposée n'est généralement pas adaptée et ne provoque aucun apprentissage chez le sujet.

Le second niveau est représenté par une pratique plus ou moins adaptée à la réalité extérieure, relativement structurée selon les apprentissages antérieurs mais néanmoins efficace pour répondre aux attentes de la situation. Toutefois, dans ce second niveau de pratique, le sujet ne fait preuve d'aucune créativité pour répondre à la situation. Soucieux d'y répondre, il adopte un comportement répétitif avec actions stéréotypées qu'il n'adapte ni ne modifie pas en fonction de la singularité de la situation.

Le troisième et dernier niveau de pratique se traduit d'une part par une réponse adaptée aux exigences de la situation, et d'autre part par une réflexion du sujet sur les possibilités de solutions à proposer. Ici, la réponse du sujet est réfléchie, créative, et traduit une recherche et analyse approfondie des problématiques rencontrées, afin d'étudier tous les éléments de la situation et proposer une solution spécifique à cette-dernière et ne pas simplement appliquer et reproduire une méthode et un comportement stéréotypé.

Ainsi, selon C. De Robertis, la pratique professionnelle ne se résume pas à une réponse impulsive ou une application de connaissances, mais est une « action consciente, intentionnelle, orientée, organisée et potentiellement efficace »(36). En effet, elle « vise la transformation d'une situation dans un contexte particulier caractérisé par sa complexité et sa mouvance »(36), et ce processus nécessite pour le praticien d'avoir des capacités d'adaptation et de la créativité, puisqu'il n'est pas possible de reproduire à l'identique le même accompagnement-type pour chaque situation. Ne pouvant pas prévoir totalement le déroulement de la situation à l'avance, le praticien devra composer avec les éléments singuliers de celle-ci et créer de nouvelles alternatives pour être pleinement efficace dans son intervention (36).

➤ Les déterminants de la pratique

C. De Robertis s'intéresse particulièrement à la pratique du travailleur social, et définit ainsi sa pratique professionnelle comme « la mise en œuvre d'un savoir-faire méthodologique et technique »(36). Selon elle, la pratique est définie par plusieurs déterminants.

Le premier est relatif à la singularité de chaque situation. En effet, chacune sera différente des précédentes et des prochaines, et aura alors un caractère unique avec des enjeux particuliers que le professionnel devra aborder de manières différentes.

Ensuite, le deuxième repose sur l'instabilité et traduit le caractère changeant et en perpétuelle évolution de la pratique. Celle-ci n'est pas figée et identique pour toutes les situations mais doit se renouveler régulièrement pour être adaptée.

L'autrice explique que le troisième déterminant repose sur « le degré inévitable d'incertitude »(36), car toute pratique peut rencontrer des imprévus, et qu'il est impossible de détenir tous les savoirs, et avoir la faculté de tout anticiper. Ceci implique pour le professionnel d'être capable de prendre du recul et faire preuve de résilience vis-à-vis des éléments qu'il ne maîtrise pas.

Enfin, le quatrième et dernier élément mis en évidence par C. De Robertis est lié aux conflits éthique et de valeurs. Dans le domaine du travail social, la relation avec l'individu est au centre de la pratique, et ces conflits sont alors parfois inévitables.

Ainsi, tous ces éléments définissent la pratique, et mettent en évidence le fait que la pratique professionnelle ne repose pas uniquement sur l'application des connaissances, mais également sur des variables plus aléatoires en lien avec une situation donnée. Pour C. De Robertis, la pratique est donc « fonction de et influencée par le contexte où elle s'exerce tant au niveau microsocial que macrosocial, et par la compétence acquise, le savoir-faire et les valeurs du professionnel »(36). Ainsi, la pratique professionnelle est construite sur un ensemble de caractéristiques, propres au praticien et à son environnement.

Nous approfondirons la notion de valeurs, puisque celles-ci impactent la pratique de tout professionnel.

➤ Les valeurs

N.Péoc'h et C.Ceaux (39) s'intéressent au concept de valeurs et exposent que, dans le champs de la sociologie et de la psychologie, celles-ci constituent « un ensemble cohérent, hiérarchisé, s'inscrivant dans un système de valeurs »(39). Elles ajoutent que ces valeurs représentent « les croyances et les convictions d'un individu ou d'un groupe dans une société »(39), et peuvent être divisées en plusieurs catégories telles que les valeurs morales et éthiques, idéologiques, ou encore spirituelles. Ainsi, les valeurs représentent « des façons d'être et d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées »(39). Ces valeurs participent donc à la construction identitaire de l'individu puisque ce-dernier va s'identifier à certaines conduites jugées comme « idéales » qui vont aiguiller ses actions, tant sur le plan personnel que professionnel. Par la suite, les valeurs aideront l'individu à construire sa propre éthique.

N.Péoc'h et C.Ceaux reprennent les travaux de Schwartz qui a mis en évidence dix valeurs de référence. Ces valeurs sont les suivantes : stimulation, hédonisme, réussite, pouvoir, sécurité, tradition, conformité, bienveillance, universalisme et autonomie. Chaque valeur se décline ensuite en différents items qui la caractérisent.

Enfin, dans le domaine du travail, les valeurs du sujet sont associées à l'implication organisationnelle et professionnelle. Ainsi, les deux autrices reprennent les travaux de Kelman qui a établi trois dimensions de l'implication organisationnelle :

- « La soumission ou l'échange » : l'implication du sujet va être influencée par les récompenses perçues en échange des prestations de travail fournies.
- « L'identification ou l'affiliation » : le sujet sera impliqué dans son travail par volonté de s'intégrer au groupe et en devenir membre.
- « L'internalisation » : l'implication du sujet est liée à la congruence de ses propres valeurs personnelles et celles organisationnelles.

Les valeurs du professionnel sont donc un déterminant d'implication et engagement, ou non, au sein de la structure dans laquelle il exerce. Ainsi, plus les valeurs de l'organisation et celles du professionnel seront en symbiose, et plus ce dernier sera impliqué dans son travail.

Pour J-P. Boutinet (40), la pratique professionnelle génère une identité professionnelle chez le praticien, elle-même favorisant un sentiment de reconnaissance sociale. Nous étayerons ce postulat afin de mieux comprendre la place de l'identité dans la pratique professionnelle.

➤ L'identité professionnelle

A-M. Fray et S. Picouveau (41) s'appuient sur les travaux réalisés par Gohier, définissant l'identité professionnelle comme une composante de l'identité globale de la personne. Ainsi, selon eux, l'identité professionnelle fait référence à trois éléments principaux :

- « Le monde vécu du travail » faisant référence à la situation de travail objective ainsi qu'à la signification que l'individu va lui accorder.
- « Les relations de travail » traduisant la perception subjective de l'individu vis-à-vis des relations interpersonnelles au travail, ainsi qu'au sentiment d'appartenance aux groupes informels.
- « Les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir » décrivant les différents changements auxquels l'individu sera confronté au cours de son activité professionnelle, ainsi que les différentes étapes et évolutions de son parcours.

En outre, l'activité professionnelle fait également référence à la manière dont « les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe »(41). A-M. Fray et S. Picouveau expliquent que le concept d'identité est caractérisé par une double définition, celle de « soi par soi », et celle de « soi par les autres ». Ainsi, l'identité du Soi serait « l'ensemble des représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre expériences présentes et passées »(41) tandis que l'identité par les autres serait

« un système de repères conduisant à la découverte de ce qui est proche et différent »(41). Ils complètent en reprenant les travaux de Dubar, qui avait mis en évidence le fait que « la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image »(41). Ainsi, « l'autre » joue un rôle fondamental dans le processus de construction identitaire professionnelle puis de reconnaissance sociale en accordant de l'intérêt aux connaissances de l'individu.

Ce postulat est complété par Osty, qui parle également d'identité de métier, et où dans ce cas, l'identité professionnelle serait « le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives »(41). Enfin, cette identité de métier serait caractérisée par un usage de pratiques, de vocabulaire ou de gestes communs à tous les professionnels exerçant un même métier.

L'identité professionnelle est donc déterminée par différents facteurs que sont « l'identité par le métier », « l'identité par l'appartenance à un groupe », et « l'identité par l'appartenance à une entreprise » (41).

➤ Analyse de pratique professionnelle

Selon J-P Boutinet « toute pratique cultive une forme d'intelligence qui, à certains moments, éprouve la nécessité de se réfléchir pour mieux comprendre ce qu'elle fait et donc, à travers cette compréhension apprendre à le faire autrement ou de façon plus appropriée »(40). Ceci signifie que tout professionnel se doit de réfléchir sa pratique afin de la faire évoluer. Ainsi, l'auteur explique que la pratique est indissociable de la théorie. Il cite Schön qui mettait en évidence ce postulat en expliquant « à de telles occasions le praticien est invité à se faire le théoricien de sa pratique pour pouvoir avancer »(40). Plusieurs modalités existent pour aider le professionnel à analyser sa pratique et la confronter à celles de ses pairs, le mettant ainsi dans le rôle de praticien réflexif.

1.15.2 L'Approche centrée sur la personne

Le concept d'approche centrée sur la personne (ACP) a pour fondateur Carl Rogers, qui a été le premier à s'interroger et étudier les paramètres influençant les relations interpersonnelles (42).

Pour Rogers, cette approche repose sur le postulat selon lequel « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques

facilitatrices » (43) p.166. Ainsi, chaque individu détient la capacité à s'accomplir et s'épanouir par lui-même, et le thérapeute aura alors pour rôle de favoriser ce développement personnel en créant un environnement sécurisant et facilitateur. Rogers expose ensuite les trois conditions nécessaires pour instaurer ce climat propice à l'épanouissement de la personne.

Tout d'abord, la première condition repose sur l'authenticité et la congruence du thérapeute. En effet, selon lui, plus le thérapeute sera authentique dans la relation, moins il créera de distance professionnelle ou personnelle, et plus les chances de changement et d'engagement pour la personne augmenteront. L'authenticité du thérapeute passe par le fait de ne pas réprimer ni camoufler ses sentiments, mais au contraire les laisser se manifester par le biais de ses attitudes. Il doit ainsi y avoir une congruence entre le ressenti du thérapeute et ce qu'il exprime et laisse paraître à la personne (43). Une attitude authentique de la part du thérapeute favorisera ainsi la relation de confiance puisque la personne aura davantage le sentiment de s'investir dans un échange réciproque, dans lequel les deux partis sont honnêtes sur leurs sentiments.

Puis, la deuxième condition suppose chez le thérapeute une certaine disponibilité, affection et valorisation afin de porter un regard inconditionnellement positif sur la personne.

Cela signifie d'être dans l'acceptation et ouvert à tout ce que peut ressentir la personne sur le moment, que ce soit des ressentiments positifs ou négatifs comme notamment la peur, la colère, la confusion, l'amour ou encore la fierté (43).

Enfin, la troisième condition repose sur la compréhension empathique. C.Rogers explique que celle-ci passe par le fait que le thérapeute perçoive avec exactitude les sentiments qu'éprouve la personne et les significations intimes qu'elle construit. Puis, avec une posture ouverte et disponible, le thérapeute va partager avec la personne ce qu'il perçoit et interprète de la situation. Ainsi, lorsque le thérapeute est pleinement dans la compréhension empathique, il peut percevoir la personne en profondeur et parfois éclairer les significations d'une situation, dont l'individu a déjà conscience ou non. Ce type d'écoute, à la fois singulière et dynamique, est l'un des facteurs les plus puissants de changement (43). Par cette condition, le thérapeute prouve à la personne qu'il est investi dans la relation, qu'il l'écoute et la comprend parfaitement ainsi que ses ressentis, et apporte en plus son éclairage dans les situations qui l'exigent.

Rogers a également souligné l'importance de la confiance dans la relation entre la personne et son thérapeute. En effet selon lui, la pratique, la théorie et la recherche ont ensemble confirmé

que l'approche centrée sur la personne était fondée sur la confiance (43)p.167. Il poursuit en qualifiant finalement cette approche comme « une manière d'être qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements créateurs d'un climat propice à l'épanouissement »(43), et ajoute finalement qu'il « s'agit davantage d'une philosophie que d'une simple technique, ou d'une simple méthode »(43) p.169.

Dans le domaine de la psychothérapie, il est expliqué que cette approche « conduit à un processus d'exploration et de découverte de soi avant de déboucher sur des changements constructifs dans la personnalité et le comportement » (43)p.169-170.

Hélène Bonsergent (42) s'appuie sur les travaux de Carl Rogers et expose que le courant thérapeutique centré sur la personne vise à permettre à l'utilisateur de parvenir à l'auto-détermination. Ainsi, selon elle, « choisir la thérapie centrée sur la personne, pour le thérapeute comme pour celui qui entre dans le processus thérapeutique, c'est avoir du respect pour la singularité de chacun, pour la liberté à s'auto-déterminer et vouloir expérimenter la confiance fondamentale dans le développement de l'être humain »(42).

Le concept d'Approche centrée sur la personne tel que l'entend Carl Rogers se veut être quelque peu réajusté pour s'appliquer au domaine de la psychogériatrie. En effet, Rogers expose ses propos dans le cas où la personne, qu'il nomme client, dispose pleinement de ses capacités cognitives et motrices. Il peut ainsi, avec l'aide du thérapeute, s'analyser et s'accomplir par lui-même. Or, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'auto-détermination, dans le sens où Rogers l'entend, est rarement atteignable du fait de l'altération des fonctions cognitives. Nous allons de ce fait développer le concept d'approche centrée sur la personne sous le prisme du « soin centré sur la personne » atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en institution.

La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer publie les travaux du Dr Epp (44) qui s'intéresse au concept de « personne » qui s'est développé dans le champs de la santé, apportant de nouvelles recommandations de soin auprès de la personne atteinte de démence, en opposition à la « vieille culture des soins ». En effet, selon le Dr Epp, cette culture des soins ancienne gravitait autour de la pathologie et ses manifestations, réduisant la démence à un strict phénomène biologique, et délaissant l'identité de la personne. Les actes médicaux sont placés au premier plan et des méthodes de contrôle telles que la contention physique ou la contrainte chimique sont utilisées. Enfin, ce modèle biomédical ancien « dévalorise l'influence et l'identité individuelle de la personne atteinte de démence »(44) en ne portant pas d'attention particulière aux valeurs et à l'identité personnelle du sujet atteint de démence. En opposition à

ce paradigme biomédical, les soins centrés sur la personne atteinte de démence tendent vers le modèle bio psycho-social, et portent une attention particulière à l'indépendance, le bien-être et l'autonomie du résident et de son entourage. Le fondement de cette approche de soins centrés sur la personne repose également sur le fait de « permettre à la personne de se sentir soutenue, valorisée et acceptée socialement »(44). Ainsi selon Kitwood, il est primordial de préserver l'identité individuelle du patient, et ce bien que ces capacités cognitives soient altérées. Cela passe par la reconnaissance, le respect et la confiance transmis par les relations sociales entretenues avec la personne. Le Dr Epp met en avant le postulat selon lequel « les soins centrés sur la personne sont fondés sur le principe éthique suivant lequel tous les êtres humains ont une valeur en soi et sont dignes de respect, peu importe leur incapacité, et sur la conviction que les personnes atteintes de démence peuvent avoir des vies pleinement satisfaisantes »(44). L'un des objectifs principaux du soin centré sur la personne sera de maintenir l'estime de soi de la personne, tout en proposant un environnement physique et social agréable, en préservant ses relations avec son entourage familial et amical.

Ainsi, nous pouvons relever les principes de soins centrés sur la personne Alzheimer établis par la Société Alzheimer du Canada (45) :

- Collaboration avec l'entourage de la personne : afin d'inclure dans le processus de soin et les activités proposées les personnes proche du patient, les informer sur la maladie et les soins proposés, les accompagner dans les différents états émotionnels par lesquels ils peuvent passer face à la maladie.
- Proposition d'activités stimulantes et intéressantes en lien avec les intérêts de la personne : afin de favoriser la participation et l'engagement des résidents à une pluralité d'activités adaptées à leurs habiletés et leurs préférences. Cela a pour but de renforcer le sentiment de satisfaction, de plaisir, de conscience de soi et l'autonomie.
- Veiller à ce que tout le personnel de la structure adopte cette philosophie de soin centré sur la personne : en proposant des formations régulières aux professionnels, et en les encourageant à échanger avec l'entourage et la personne, afin qu'une relation de confiance s'installe durablement. Une importance particulière est portée sur le fait d'être en nombre suffisant dans l'équipe pour pouvoir mettre en pratique cette approche et ainsi améliorer la qualité de vie du résident. Valoriser les dires du personnel et favoriser leur implication dans la prise de décision vis-à-vis d'un résident est également un levier d'amélioration du soin centré sur la personne par les équipes.

- Création d'un environnement physique et social agréable et adapté aux capacités des résidents : l'objectif est de proposer un espace de vie ressemblant davantage à un foyer classique qu'à un hôpital afin que la personne puisse y réaliser des activités quotidiennes de manière spontanée en sécurité. En partant du postulat que tout geste ou comportement est une manière de communiquer, qu'il faut apprendre à interpréter, la contention est à retirer de l'environnement et à ne mettre en place qu'en dernier recours.
- Adoption de cette philosophie d'approche centrée sur la personne par les dirigeants hiérarchiques : cela permet une unicité organisationnelle avec une collaboration d'équipe. De plus, cette approche sera alors ajoutée dans les politiques et missions de l'établissement, permettant ainsi le financement de certains dispositifs novateurs s'inscrivant dans la dynamique du soin centré sur la personne.
- Conception d'un processus d'accueil permettant de connaître globalement et le plus précisément possible le résident et son entourage : afin de proposer rapidement un accompagnement personnalisé selon les besoins du résident et gérer au mieux la transition entre le domicile et l'institution.

En comparant les principes de soins centrés sur la personne Alzheimer établis par la Société Alzheimer du Canada et ceux de l'ACP exposés par Rogers, nous constatons que les fondements restent similaires. La mise en pratique va changer puisque le public cible n'a pas les mêmes capacités cognitives, mais les principes d'accompagnement pour le thérapeute reposent sur l'authenticité, la valorisation, la qualité d'écoute et d'observation, ainsi que l'instauration d'une relation de confiance.

En mettant en confrontation le concept de pratique professionnelle et celui d'approche centrée sur la personne, nous comprenons que tous deux sont liés. Les facteurs composant la pratique du professionnel vont définir sa conception du métier et de ses prises en soin. L'approche centrée sur la personne repose en grande partie sur les attitudes du thérapeute et l'importance qu'il accorde à l'histoire de vie de la personne. La mise en place de cette approche sera alors dépendante de la pratique de l'ergothérapeute.

Problématisation théorique :

Les apports théoriques obtenus grâce à l'étayage conceptuel permettent de développer certains questionnements. Le concept d'approche centrée sur la personne, tel que le définit Carl Rogers, a pour objectif l'accomplissement et l'épanouissement par soi-même. Mais est-il totalement envisageable auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Comment

l'autodétermination, objectif final de l'approche centrée sur la personne, peut-elle se retrouver chez ce public ? L'ergothérapeute peut-il mettre en pratique tous les critères de l'approche centrée sur la personne, mis en évidence par Carl Rogers, lors de ses accompagnements avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Dans le domaine de la santé, cette approche se retrouve plutôt dans le fait de prodiguer des soins centrés sur la personne. Cela signifie tenir compte des intérêts, habitudes de vie, besoins et capacités de la personne, et plus globalement de son histoire de vie. L'accompagnement est alors adapté à la personne et construit en fonction de son vécu et ses attentes. Ceci est également fondé sur le respect et la conservation de l'identité de la personne. En se basant sur les fondements de l'ACP, comment adapter le soin pour le rendre centré sur la personne ? L'ergothérapeute dispose-t-il des moyens nécessaires pour mettre en place cette approche auprès des résidents ? Tous les ergothérapeutes connaissent-ils cette approche ? S'identifient-ils à ses principes pour pouvoir la mettre en pratique ? Comment l'ergothérapeute exerce-t-il si l'identité et les valeurs de la structure dans laquelle il travaille sont différentes voire opposée aux siennes ? Quel retentissement cette différence peut-elle avoir dans l'accompagnement des résidents ? Ou à l'inverse, quels effets peuvent-être constatés si une unité identitaire est présente entre le professionnel et la structure dans laquelle il exerce ?

Dans quel niveau de pratique se situent les différentes interventions des ergothérapeutes en EHPAD ? Les ergothérapeutes analysent-ils régulièrement leur pratique ? De quelle manière et dans quel but ? Tous les ergothérapeutes ont-ils reçu des enseignements sur l'ACP au cours de leur formation ou parcours professionnel ? Seraient-ils prêts à se former à l'ACP ou une des techniques similaires d'accompagnement centré sur la personne pour enrichir leur pratique ? La congruence, ou à l'inverse non-congruence, entre les valeurs personnelles du professionnel et celles de la structure peut-elle être un facilitateur/obstacle à l'approche centrée sur la personne ?

Les questionnements débouchent sur la question de recherche suivante :

En quoi la pratique professionnelle de l'ergothérapeute peut-elle influencer l'application de l'ACP auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ?

Et donc l'objet de recherche :

Etude de l'influence de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute sur l'application de l'ACP auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

2 Matériel et méthode

L'objet de recherche ayant été défini, une méthode de recherche adaptée à ce dernier a été sélectionnée.

2.1 Choix de la méthode de recherche

Comme évoqué précédemment, le point de départ de la recherche repose sur la question de recherche suivante : « En quoi la pratique professionnelle de l'ergothérapeute peut-elle influencer l'application de l'approche centrée sur la personne auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ? ». L'objet de recherche s'intéresse alors au rapport entre une caractéristique individuelle, la pratique ergothérapique, et un phénomène, l'approche centrée sur la personne. Nous cherchons ainsi à identifier l'influence que peut avoir, ou non, une variable sur l'autre. L'objectif ici ne sera pas de rechercher des causes mais plutôt d'étudier la variabilité des sujets et leurs caractéristiques individuelles, et faire des liens de corrélation avec le phénomène étudié. La méthode différentielle est une méthode descriptive permettant d'étudier cette variabilité et semble donc être la méthode la plus pertinente pour cette recherche. En effet, celle-ci s'intéresse aux facteurs différenciant les sujets, et étudie les variations de réponses de ces-derniers par rapport à un phénomène extérieur (46). Afin de choisir la méthode de la plus adaptée à l'objet de recherche, celui-ci sera confronté aux différentes méthodes existantes.

La méthode expérimentale se veut être descriptive, explicative et prédictive, et a pour objectif d'identifier les causes d'un phénomène pour ensuite standardiser les pratiques(46). Cette méthode repose sur l'observation rigoureuse du chercheur sur le terrain et sur la sélection des participants classés de manière aléatoire dans le groupe témoin ou le groupe test. Ce protocole demande donc d'obtenir l'autorisation de la direction de l'établissement de pouvoir se rendre sur le terrain pour observer en temps réel. En tenant compte de la contrainte temporelle et des démarches que cela implique pour le chercheur, il semble difficile de pouvoir avoir recours à ce type de méthode. De plus, pour avoir un bon niveau de scientificité, l'échantillon se devrait

d'être conséquent afin de proposer des résultats fiables. Ainsi, dans le cadre d'une initiation à la recherche, ceci semble difficilement réalisable. En outre, notre objet de recherche porte sur l'étude de l'influence d'une variable sur l'autre et non sur une recherche de causes. C'est pourquoi, la recherche expérimentale sera écartée pour notre recherche.

La méthode clinique est fondée sur l'exploration et vise à recueillir les témoignages singuliers des individus de la population étudiée. L'objectif de cette méthode est de découvrir des savoirs grâce à l'analyse de contenu effectuée à l'issue des entretiens réalisés ou des observations faites sur le terrain (46). Dans le cas de notre recherche, la méthode clinique aurait pu être intéressante pour étudier en profondeur le vécu des participants. Toutefois, l'objectif étant de connaître l'influence de la pratique sur l'utilisation de l'ACP, cette méthode ne nous permettrait pas d'interroger suffisamment d'ergothérapeutes pour pouvoir analyser cette influence.

La méthode différentielle est donc retenue pour cette recherche car semble être la plus appropriée au vu de l'objet d'étude. Celle-ci permettra d'observer les tendances de fonctionnement des ergothérapeutes quant à l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. Cette méthode nécessitera plusieurs étapes. Tout d'abord, une hypothèse générale, aussi appelée hypothèse théorique, sera formulée, puis des variables différentielles seront identifiées. Le dispositif de recherche sera ensuite élaboré et se présentera sous la forme d'un questionnaire, issu de la matrice de questionnements construite. Une fois les données recueillies, il faudra les analyser dans un premier temps grâce à l'analyse descriptive, et dans un second temps par le traitement statistique. Suite à cela, des liens de corrélation entre les variables seront recherchés et analysés. En dernier lieu, nous interpréterons les résultats obtenus, ce qui permettra par la suite de reproblématiser la question de départ.

2.2 Identification des variables

La méthode différentielle permet d'établir des liens de corrélation ou d'opposition entre des variables. Ainsi, il est nécessaire de déterminer les variables de cette recherche. L'élaboration des variables découle de la matrice conceptuelle (Cf annexe 5p.74). En effet, à partir de la question de recherche « En quoi la pratique professionnelle de l'ergothérapeute peut-elle influencer l'approche centrée sur la personne auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ? », nous pouvons identifier la variable dépendante et celle indépendante.

La variable dépendante (Vd) est le phénomène que le chercheur tente d'expliquer, tandis que la variable indépendante (Vii) est celle qui aura un impact sur la variable dépendante.

Ainsi, dans le cas de cette recherche, nous aurons :

- La variable indépendante « *la pratique professionnelle de l'ergothérapeute* ». La variable indépendante est dite invoquée car elle se produit naturellement et n'est pas introduite par le chercheur.
- La variable dépendante « *l'application de l'approche centrée sur la personne* »

Des critères sont attribués à chaque variable. Ainsi, les critères de la variable « pratique professionnelle de l'ergothérapeute » utilisés pour la recherche seront : « le niveau de pratique appliqué », « les valeurs personnelles », « identité professionnelle », « analyse de pratique », ainsi que l'indicateur Cp4 du critère « caractéristiques de la pratique ».

Les critères sélectionnés de la variable « application de l'approche centrée sur la personne » seront : « valorisation et disponibilité du thérapeute », « authenticité du thérapeute », « relation de confiance », « identité individuelle du patient », et « soins centrés sur la personne atteinte de démence ».

Selon Chantal Eymard et Odile Thuilier (46), différents types de variables existent. En effet, les variables différentielles peuvent être de trois types.

- Les variables inter-groupes qui s'observent à un niveau général et différencient des groupes d'individus sur des variables contextuelles ou situationnelles.
- Les variables inter-individuelles qui s'observent sur « un ensemble d'individus de telle manière que chaque individu puisse être affecté d'une des valeurs possibles de la variable »(46). Les sujets sont ainsi comparés les uns aux autres, selon les variables évoquées.
- Les variables intra-individuelles qui représentent les variations chez un même individu à différents moments ou face à des situation différentes.

Selon l'objet d'étude, seule la variable inter-individuelle sera ici utilisée pour répondre aux objectifs de la recherche car nous étudierons les différences entre les sujets face à un phénomène.

2.3 Hypothèses de recherche

Toutes les données recueillies dans la revue de littérature, puis par la suite dans la pratique grâce à l'enquête exploratoire, ont permis de déterminer l'objet de notre recherche et formuler une question de recherche. En s'appuyant sur cette question de recherche, nous pouvons à présent élaborer une hypothèse générale. Celle-ci sera réfutable et confrontée à une hypothèse contradictoire appelée « hypothèse nulle ».

Les hypothèses considérées seront donc les suivantes :

- Hypothèse générale (Hg) : La pratique de l'ergothérapeute en EHPAD influence l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer.
- Hypothèse nulle (H0) : La pratique de l'ergothérapeute en EHPAD n'influence pas l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer.

Des hypothèses secondaires pourront émerger au fil de la recherche, enrichissant ainsi les résultats de l'étude. Voici une hypothèse secondaire intéressante à considérer à ce niveau de la recherche :

- HS 1 : Le genre de l'ergothérapeute influence l'utilisation de l'approche centrée sur la personne.

2.4 Population cible

Critères d'inclusion : Afin d'explorer l'objet de recherche, nous interrogerons des ergothérapeutes diplômés d'état, exerçant ou ayant exercé au minimum six mois en EHPAD. Nous demanderons six mois d'expérience en EHPAD afin d'obtenir l'avis d'ergothérapeutes ayant pu se familiariser avec le fonctionnement de la structure, et acquérir des connaissances dans le domaine de la gériatrie et psychogériatrie. Enfin, les ergothérapeutes interrogés exerceront auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'avis d'ergothérapeutes n'exerçant plus en EHPAD mais y ayant travaillé pendant plus de six mois sera également recueilli car leur expérience et recul sur leur pratique leur permettra de répondre aux questions posées.

Critères d'exclusion : A l'inverse, ne seront pas retenus les professionnels autres qu'ergothérapeutes. Puis, les ergothérapeutes n'exerçant pas en EHPAD, ayant moins de six

mois d'expérience dans la structure ou n'ayant jamais pris en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer seront également exclus de cette recherche.

2.5 Sites d'exploration

Afin d'interroger des ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion, les sites d'explorations retenus seront tous les EHPAD, publics ou privés, accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le questionnaire sera envoyé par mail à une liste d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Puis, des EHPAD de différentes régions de France seront contactés afin que, si un ergothérapeute travaille dans la structure, le questionnaire puisse lui être transmis. Enfin, le questionnaire sera diffusé via les réseaux sociaux afin d'entrer en contact avec un plus grand nombre d'ergothérapeutes à l'échelle nationale.

2.6 Choix de l'outil théorisé de recueil de données (OTRD)

Différents outils auraient pu convenir pour étudier l'objet de notre recherche. L'entretien permettrait de recueillir le témoignage et le vécu des ergothérapeutes en entrant dans les détails de leur pratique. L'observation quant à elle apporterait de précieuses informations relevées par le chercheur directement sur le site d'exploration. Cependant l'outil semblant le plus approprié à notre étude est le questionnaire. En effet, ce-dernier permettra d'analyser de manière quantitative les tendances majoritaires de pratique des ergothérapeutes(46). De plus, il permettra de recueillir l'expérience d'un plus grand nombre de professionnels que si nous choissions l'entretien. Il aurait été intéressant de compléter le questionnaire par de l'observation afin de recueillir davantage de données, plus précises et s'appuyant sur des actes concrets. Toutefois, il semble difficile de pouvoir mettre en place ce type de dispositif associant questionnaires et observations dans le contexte d'une initiation à la recherche. C'est pourquoi, nous privilégierons ici le questionnaire comme outil théorisé de recueil de données pour notre étude.

Le questionnaire possède des avantages, notamment en termes de temps. En effet, la personne peut choisir à quel moment y répondre, et le temps à y consacrer est relativement court.

Toutefois, l'élaboration du questionnaire demande un travail conséquent afin de réfléchir la formulation de chaque question, de manière à la rendre compréhensible de tous. En effet, à l'inverse d'un entretien, la personne n'aura pas la possibilité de demander au chercheur de

reformuler l'idée de la question s'il ne la comprend pas. Il est de ce fait nécessaire de s'assurer de la clarté de chaque question. Le questionnaire a pour avantage de disposer de plusieurs modalités de réponses, comme l'échelle numérique ou la réponse libre par exemple. Cela permettra de varier et évitera de rester dans un schéma unique et répétitif de réponses qui pourrait lasser le participant.

L'une des limites du questionnaire est que l'on ne peut s'assurer que la personne qui y répond entre bien dans les critères d'inclusion de la recherche, ni si elle répond seule aux questions et de manière transparente. Certains biais sont donc possibles, et il est nécessaire d'y être attentif afin de pouvoir les anticiper et tenter de les atténuer.

2.6.1 Anticipation des biais et stratégies d'atténuation

Comme évoqué précédemment, des biais vont inévitablement entrer en jeu, et il est indispensable pour le chercheur d'y être vigilant afin de les atténuer autant que possible. Comme pour l'entretien lors de l'enquête exploratoire, certains biais pourront être retrouvés dans le cas du questionnaire. Nous serons ainsi attentifs aux :

- **Biais méthodologiques** : Il est important d'être vigilant à la formulation des questions car si elles sont mal comprises par le professionnel, ses réponses pourront être biaisées. Afin de ne pas lasser le participant, il faudra également varier les modalités de réponses en veillant à ne pas inclure un nombre de questions ouvertes trop important qui seront en outre plus difficiles à exploiter(32).
- **Biais de désirabilité sociale** : Il faudra réfléchir la tournure des questions afin que la formulation n'engendre pas chez la personne interrogée une peur d'être jugée, ce qui pourrait la conduire à répondre de manière erronée. Il sera également précisé au début du questionnaire que le participant ne s'expose à aucun jugement de valeur et que sa réponse restera anonyme.
- **Biais de sélection** : Afin de s'assurer que le participant entre bien dans les critères d'inclusion de la recherche, les premières questions seront dédiées à cette vérification pour éventuellement écarter les personnes figurant parmi les critères d'exclusion.
- **Biais affectifs** : Les réponses de la personne peuvent être influencées par son état émotionnel actuel. La plus grande part des questions seront fermées, ainsi l'état du répondant n'impactera pas les réponses(32).

2.6.2 Construction de l'outil théorisé de recueil de données

Les questions sont rédigées selon la matrice conceptuelle (Cf annexe 5 p.74) afin d'explorer les critères relatifs aux variables. Une matrice de questionnements est ainsi élaborée afin de déterminer la formulation des questions, ainsi que les objectifs pour le chercheur associés à ces questions, et les modalités de réponses. Cette matrice est disponible en annexes (Cf annexe 6p.77).

Le questionnaire est ensuite élaboré à partir d'un GoogleForm® (Cf annexe 7 p.87). Celui-ci comporte plusieurs types de questions :

- Fermées dichotomiques avec un choix unique de réponse : ce type de question sera posé pour explorer la dimension socio-professionnelle, et permettra de s'assurer que le participant s'inscrive dans les critères d'inclusion de la recherche.
- Des échelles numériques allant de 0 à 10, qui permettront d'estimer la pratique et l'approche centrée sur la personne
- Qualitatives à réponses uniques ou multiples : une catégorie « Autre » est ajoutée à la liste de réponses proposées afin que le participant puisse proposer un autre élément plus représentatif de sa pratique
- Ouvertes courtes : notamment pour que le participant puisse communiquer la date puis le lieu d'obtention de son diplôme
- Ouvertes longues : les trois dernières questions seront libres afin de recueillir l'avis personnel des ergothérapeutes sur les obstacles et facilitateurs à l'ACP qu'ils rencontrent. La dernière question laisse le choix au participant de laisser un commentaire ou ajouter un élément non abordé dans le questionnaire

Le questionnaire ainsi élaboré aura plusieurs objectifs. Ceux-ci sont en lien avec les questions formulées pour étudier les deux variables de l'objet d'étude que sont la pratique professionnelle et l'approche centrée sur la personne.

Ces objectifs seront les suivants :

- Recenser les critères socio-professionnels des ergothérapeutes interrogés
- Estimer la tendance majoritaire de la pratique professionnelle des ergothérapeutes
- Estimer la tendance majoritaire de l'ACP appliquée auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer
- Etudier les effets de la pratique de l'ergothérapeute sur l'utilisation de l'ACP auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer

2.7 Choix des outils de traitement de données

Afin de présenter les statistiques descriptives, des diagrammes et histogrammes seront réalisés, de sorte à pouvoir constater visuellement la répartition des ergothérapeutes. Puis, le logiciel Excel® sera utilisé pour classer et traiter les données numériques. Enfin, le logiciel Jamovi® permettra de croiser les données obtenues et analyser la corrélation entre les variables avec le coefficient de corrélation de Pearson. Le Test T sera utilisé afin d'étudier l'hypothèse secondaire H1 et ainsi déterminer si le genre peut avoir une influence sur l'approche centrée sur la personne.

2.8 Test de validité et faisabilité du dispositif de recherche

Afin d'évaluer la validité du questionnaire, un test est effectué auprès d'une cohorte d'entraînement de cinq ergothérapeutes exerçant en EHPAD contactés par mail. Ce test a permis d'identifier certaines modifications à apporter dans la formulation des questions. En effet, la question ouverte abordant les éléments obstacles et facilitateurs à l'utilisation de l'approche centrée sur la personne dans la pratique de l'ergothérapeute a été scindée en deux questions distinctes afin de pouvoir déterminer aisément dans quelle catégorie ceux-ci se situent. Il est apparu qu'il était difficile d'identifier si les réponses étaient attribuées aux facilitateurs ou obstacles, induisant ainsi un biais dans l'interprétation de ces réponses lors de l'analyse des données. Cette décomposition en deux questions permettra d'éviter cela.

De plus, des modifications ont été ajoutées en terme de modalités de réponses : le choix unique de réponse aux questions 14, 16 et 26 a été remplacé par un choix multiple afin de laisser la possibilité aux ergothérapeutes d'exprimer leurs préférences tout en pouvant ajouter des précisions ou autres éléments grâce à la rubrique « Autre ».

La dernière question a été laissée libre afin que les ergothérapeutes puissent laisser des commentaires ou ajouter des éléments. Il a ainsi été mis en avant que certains termes choisis dans la formulation des premières questions de la deuxième partie du questionnaire, n'étaient peut-être pas adaptés, pouvant être perçus comme stigmatisants. Or, ces termes étant issus du cadre conceptuel, il a été choisi de les placer entre guillemets afin que le participant puisse comprendre que ceux-ci ont été repris tels quels de la littérature.

Enfin, les commentaires laissés par les ergothérapeutes ont confirmé la pertinence de cette recherche, et tout ceci a ainsi permis de valider l'ensemble du dispositif de recherche.

2.9 Déroulement de la recherche

Le dispositif de recherche ayant été testé préalablement auprès d'une cohorte d'entraînement puis validé, il peut à présent être diffusé à des ergothérapeutes qui participeront à la recherche. Cette étude s'inscrit dans la catégorie de recherche numéro 3 « recherche non interventionnelle prospective ne comportant aucun risque ni contrainte », de la loi Jardé(33). Elle n'implique pas les patients, ni n'induit pas de changements dans leur prise en soin. L'étude interroge les professionnels sur leur pratique. Ceux-ci seront informés sur l'objet d'étude, et nous préciserons que l'anonymat de leur réponses sera garanti. Les participants peuvent à tout moment se retirer de la recherche s'ils le souhaitent. Leur consentement éclairé sera recueilli dès le début du questionnaire.

Le questionnaire est donc envoyé par mail à une liste d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD en région Provence Alpes Côte d'Azur.

Puis, afin d'explorer un plus grand nombre de lieux, une recherche internet est réalisée afin de recenser des Ehpads dont l'adresse mail du secrétariat est mentionnée en ligne. Ces EHPAD sont ainsi contactés par mail. Dans le mail à destination des établissements, l'objectif de la recherche ainsi que les critères d'inclusion sont précisés, puis le lien du questionnaire en ligne est inséré afin que, si un ergothérapeute exerce au sein de cet établissement, le lien puisse lui être transmis. Ceci permettra de potentiellement recueillir l'avis d'ergothérapeutes dont nous n'avons pas les coordonnées, en entrant en relation avec l'institution dans laquelle il exerce. De plus, cela étendra davantage l'exploration du phénomène étudié à l'échelle nationale puisque les EHPAD contactés se situent dans différentes régions de France.

Enfin, le questionnaire est publié sur les réseaux sociaux afin de compléter sa diffusion à l'échelle nationale.

Comme évoqué précédemment, la sélection des participants a été réfléchi de manière à recueillir l'avis d'un maximum d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Toutefois, l'ensemble de ces derniers n'a pas pu être recensé, empêchant ainsi leur contact et rendant l'échantillon final non représentatif de la population-mère. La méthode d'échantillonnage est donc non-probabiliste puisque les ergothérapeutes participants seront sélectionnés en raison de leur accessibilité.

Une fois le questionnaire clôturé, les résultats seront traités, d'abord grâce à l'analyse descriptive, puis avec des tests statistiques afin d'identifier les tendances majoritaires des ergothérapeutes, et de mettre en évidence, ou non, des liens de corrélation entre les variables de l'hypothèse générale.

3 Résultats

Le dispositif de recherche a permis de recueillir l'avis de 33 ergothérapeutes. Afin de traiter les données, des statistiques descriptives seront réalisées afin de décrire les informations recueillies. Puis, les statistiques inférentielles permettront de faire des liens de corrélation et proposer des conclusions à la recherche.

3.1 Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives vont permettre de décrire la population interrogée et d'analyser les données socio-professionnelles. La première partie du questionnaire, a pour but de recueillir le consentement de la personne quant à sa participation à la recherche, s'assurer qu'elle entre dans les critères d'inclusion, et connaître son parcours professionnel.

Ainsi, tous les participants sont des ergothérapeutes, exerçant ou ayant exercé en EHPAD pendant au minimum six mois, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Tous les ergothérapeutes ont donné leur consentement de participation à la recherche.

Genre de la population

Sur l'échantillon de 33 participants, 28 sont des femmes et 5 sont des hommes.

Le diagramme ci-dessous présente la répartition des ergothérapeutes interrogés en fonction de leur genre.

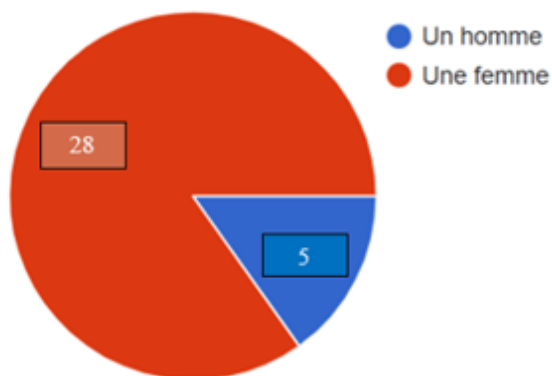


Figure 1 : diagramme de répartition des ergothérapeutes selon le genre

Temps de présence sur la structure

Lors de l'analyse des réponses, il est constaté qu'aucun ergothérapeute n'a un temps de travail inférieur à 50%. Nous classons les valeurs obtenues selon trois catégories qui sont :

- Temps de travail égal à 50%
- Temps de travail supérieur à 50% et inférieur à 80%

- Temps de travail compris entre 80% et 100%

Les résultats sont présentés sous forme d'histogramme ci-après. Les crochets encadrant les bornes sur l'axe des abscisses indiquent si celles-ci sont incluses ou exclues de l'intervalle. Lorsque le crochet est tourné vers l'extérieur, alors la borne n'est pas comptabilisée. A l'inverse, si le crochet est tourné vers l'intérieur, cela signifie que la borne est comprise dans l'intervalle.

Voici les résultats obtenus :

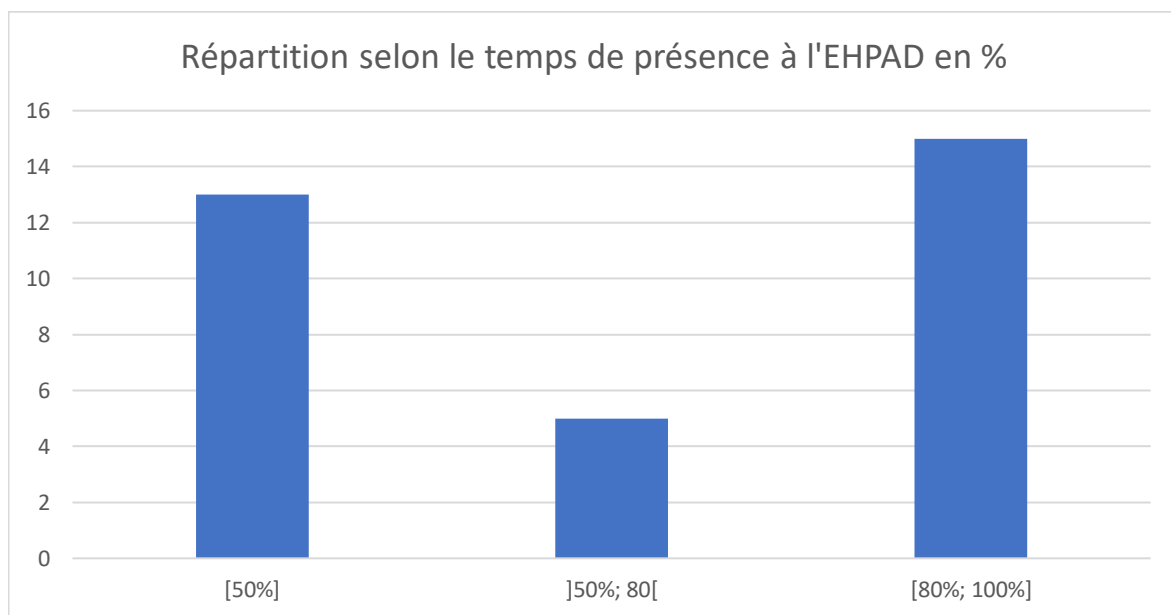


Figure 3 : Tableau de répartition du temps de présence de l'ergothérapeute à l'EHPAD

Nous constatons que quinze ergothérapeutes ont un temps de travail compris entre 80 et 100%. Toutefois, le travail à mi-temps représente également une part importante de l'échantillon puisqu'il représente treize des ergothérapeutes. Enfin, cinq ont répondu avoir un temps de travail supérieur à 50% et inférieur à 80%. La moyenne du temps de présence à l'EHPAD de l'échantillon est de 74,09%.

Année d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie

Le tableau de répartition en fonction des années est présenté en annexe (Cf annexe 8 p.96). Nous allons ici les classer en deux catégories : obtention du diplôme avant la réforme du cinq juillet 2010, et obtention après la réforme. Voici les résultats obtenus :

Nombre d'ergothérapeutes ayant obtenu le diplôme avant la réforme de 2010	Nombre d'ergothérapeutes ayant obtenus leur diplôme après la réforme de 2010
7	26

Figure 2 : Répartition des ergothérapeutes en fonction de l'année d'obtention du diplôme par rapport à la réforme

Sur les trente-trois ergothérapeutes, seulement sept ont obtenu leur diplôme entre 1984 et 2009. Les vingt-six autres ont été diplômés entre 2011 et 2022. Nous constatons ainsi que la majorité des ergothérapeutes interrogés dit avoir obtenu le diplôme après la réforme de 2010. Les dates sont ensuite classées par ordre croissant afin de déterminer l'année autour de laquelle les valeurs seront également réparties. La valeur médiane de notre échantillon est 2017, ce qui signifie que la répartition des réponses est symétrique autour de cette date.

Lieu de formation en ergothérapie

L'objectif ici était de connaître le lieu de formation des ergothérapeutes afin de visualiser si l'échantillon était homogène ou à l'inverse hétérogène concernant le lieu d'obtention du diplôme. Afin que les résultats soient plus représentatifs, nous nous sommes basés sur la liste recensant tous les Instituts de formation en ergothérapie (IFE) de France, métropolitaine et d'outre-mer établie par l'ANFE(47). Tous les IFE ont ensuite été classés selon leur région d'appartenance. Un histogramme présentant cette répartition est disponible en annexe (Cf annexe 8 p.96). Nous pouvons ainsi constater que deux régions sur douze ainsi que l'île de la Réunion ne sont pas représentées dans cet échantillon. Enfin, ceci permet d'identifier que trois ergothérapeutes ont réalisé leurs études en Belgique.

3.2 Statistiques inférentielles

Nous allons ici chercher à déterminer s'il existe un lien de corrélation entre nos variables dépendante et indépendante. Ceci permettra ensuite d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse générale. Pour rappel, l'hypothèse générale (Hg) était « la pratique de l'ergothérapeute influence l'utilisation de l'approche centrée sur la personne ». Selon le résultat, nous pourrions par la suite rejeter, ou non, l'hypothèse nulle (H0) « la pratique de l'ergothérapeute n'influence pas l'utilisation de l'approche centrée sur la personne ».

Pour calculer le lien de corrélation entre les deux variables, nous avons tout d'abord entré toutes les données dans un tableau Excel®. Puis nous avons sélectionné pour chacune des deux variables, les questions pour lesquelles au plus la note tendait vers 10, au plus le phénomène était présent. Nous avons ainsi sélectionné quatre questions de la variable « pratique professionnelle » qui sont les numéros 12, 15, 16 et 18, ce qui nous permet d'obtenir un score sur 40 pour chacun des participants. Puis, nous sélectionnons douze questions pour la variable « approche centrée sur la personne » qui sont les numéros 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 33 et 34. De la même manière, cela nous permet d'obtenir un score total pour chacun des ergothérapeutes, qui est ici calculé sur 120.

L'hypothèse secondaire cherche à identifier si le genre influence l'approche centrée sur la personne. Pour rappel, l'hypothèse secondaire HS1 était « le genre de l'ergothérapeute influence l'utilisation de l'approche centrée sur la personne ».

Nous pouvons à présent effectuer les tests pour croiser les données et observer les liens de corrélation obtenus.

3.2.1 Test de l'hypothèse générale

Le test de corrélation pour tester cette hypothèse a été sélectionné selon le tableau de décisions statistiques(48). Ainsi, le test correspondant au croisement de deux variables quantitatives à échelles d'intervalles, est le test de Pearson. Les valeurs vont varier entre +1 et -1 et la corrélation sera considérée comme parfaite si elle atteint l'une des valeurs extrêmes, soit +1 ou -1. A l'inverse, si le coefficient est égal à 0 alors la corrélation sera nulle (49). La corrélation de Pearson est symbolisée par r_{xy} et se calcule entre deux variables symbolisées X et Y(49). Cette-dernière sert à donner des informations sur la relation entre les deux variables. En effet, elle permet d'identifier la magnitude de la relation, ce qui signifie que plus la corrélation est proche de +1 ou -1, plus elle est forte. Puis, cela nous permet également de connaître la direction de la relation. En effet, si nous constatons que plus les valeurs d'une variable sont grandes, plus celles de la deuxième variables seront grandes, alors la corrélation est positive. A l'inverse si nous observons qu'au plus les valeurs d'une variable augmentent, au plus celles de la deuxième diminuent, alors la corrélation est négative(49).

Nous tenons compte de la marge d'erreur établie à 5% en sciences humaines et sociales. Ceci signifie que la probabilité pour que la corrélation obtenue soit due au hasard est inférieure à 5% ($p < 0,05$).

Résultats

Après lancement du test sur Jamovi®, nous obtenons : $r = 0,631$ avec $p < 0,001$ et pouvons ainsi visualiser le schéma en nuages de points correspondant (Cf annexe 9 p.97).

La probabilité que le lien de corrélation obtenu soit dû au hasard est inférieur à 0,001 ce qui signifie que le coefficient de corrélation semble être statistiquement significatif. Nous pouvons ainsi rejeter l'hypothèse nulle H_0 . Le tableau de corrélation est présenté en annexe (Cf annexe 9 p.97). Ainsi, il semblerait qu'il existe une corrélation positive statistiquement significative entre la pratique de l'ergothérapeute et l'utilisation de l'approche centrée sur la personne. Cela nous permet de confirmer l'hypothèse générale de départ.

3.2.2 Test de l'hypothèse secondaire HS1

De la même manière que pour l'hypothèse générale, nous sélectionnons le test adapté pour traiter l'hypothèse secondaire, selon le tableau de décisions statistiques(48). Ici, nous voulons étudier l'influence d'une variable nominale comprenant deux groupes indépendants (hommes et femmes), sur la variable quantitative « approche centrée sur la personne ». Le Test T nous permettra d'étudier cela et déterminer les différences entre les moyennes des deux groupes.

La valeur de « p » permettra de déterminer si la différence entre les moyennes des deux groupes est statistiquement significative ou non.

Nous formulons ainsi l'hypothèse selon laquelle la moyenne des hommes obtenue pour l'approche centrée sur la personne est différente que la moyenne obtenue par les femmes.

Cela nous donne : **HS** $\mu_{\text{hommes}} \neq \mu_{\text{femmes}}$

Nous formulons également une hypothèse nulle : **HS0** $\mu_{\text{hommes}} = \mu_{\text{femmes}}$

Notre hypothèse est dite non directionnelle (bicaudale) puisque l'on cherche ici à démontrer l'existence d'une différence entre les deux groupes, peu importe sa direction. Si nous cherchions à étudier la direction de la différence, comme par exemple l'approche centrée sur la personne moins utilisée par les hommes que par les femmes ($\mu_{\text{hommes}} < \mu_{\text{femmes}}$), alors l'hypothèse serait directionnelle (unicaudale). Nous testerons ensuite l'hypothèse et obtiendrons une valeur pour $t_{\text{observé}}$ que nous devons opposer au t_{critique} . Si le « t » observé est supérieur ou égal au « t » critique, alors la différence sera significative et nous rejetterons l'hypothèse nulle(49).

Résultats

Nous considérerons ici la marge d'erreur $p < 0,05$. Après lancement du test sur Jamovi®, nous obtenons : $t = -2,15$ avec $p = 0,039$. Le tableau du test T ainsi que le graphique l'illustrant sont

présentés en annexe (Cf annexe 10 p.98). Nous obtenons une valeur négative de t , cependant le signe va être déterminé par l'ordre dans lequel la différence entre les moyennes est calculé et peut être inverse si cet ordre est modifié. Le signe n'est donc pas pris en considération dans l'analyse des résultats(49). Le t critique n'est pas précisé dans le tableau de distribution des valeurs critiques (Cf annexe 11 p.99), toutefois nous pouvons le trouver en croisant la valeur Ddl (degré de liberté) avec le seuil alpha (ici $p < 0,05$). La valeur Ddl de notre hypothèse était de 31. Or, cette valeur ne figurant pas dans le tableau nous nous référerons à la valeur au-dessus, soit 32. Ainsi, nous obtenons $t_{\text{critique}} = 2,037$.

Nous constatons donc que $t_{\text{observé}} = -2,15 > t_{\text{critique}} = 2,037$ (le signe n'est pas pris en compte). La valeur de p étant inférieure à 0,05 (0,039), nous pouvons ainsi confirmer l'hypothèse secondaire $H_S \mu_{\text{hommes}} \neq \mu_{\text{femmes}}$, sans que ce résultat ne soit dû au hasard, et rejeter l'hypothèse nulle. Il semble donc exister une différence significative entre la moyennes obtenue par les hommes sur l'utilisation de l'ACP et celle obtenue par les femmes, qui n'est pas due au hasard.

3.3 Traitement qualitatif des questions ouvertes du questionnaire

Trois questions ouvertes (hors question de clôture du questionnaire visant à recueillir les éventuels commentaires), ont été posées afin d'appréhender l'avis des ergothérapeutes sur certains sujets de manière qualitative. Ces questions abordaient le type de formation proposée par l'établissement, puis les obstacles et facilitateurs à l'application de l'approche centrée sur la personne selon eux.

Les formations proposées par l'établissement

Onze ergothérapeutes ont répondu à cette question laissée libre, dans l'éventualité où l'établissement n'ait pas proposé de formation. La méthode Montessori est apparue être la formation la plus fréquemment proposée puisqu'elle a été citée par huit ergothérapeutes. Parmi les huit participants ayant bénéficié de cette formation, deux ont exprimé que l'établissement avait parallèlement proposé une sensibilisation à la validation. L'approche Snoezelen a également été citée parmi les formations proposées en plus de Montessori.

Puis, le concept d'Humanitude a été mentionné par deux ergothérapeutes. Enfin, un participant a expliqué que l'établissement avait proposé une formation sur la maladie d'Alzheimer et l'approche du résident dans le soin.

Obstacles à l'utilisation de l'ACP dans la pratique des ergothérapeutes

Parmi les obstacles cités par les ergothérapeutes, nous retrouvons ceux relatifs à la personne, et d'autres à l'organisation de la structure.

Concernant les obstacles liés au résident sont cités :

- *Les troubles de la communication* : l'incapacité du résident à pouvoir exprimer ses centres d'intérêts va limiter l'ACP car les ergothérapeutes ne pourront pas fonder leurs interventions sur les habitudes de vie de la personne. Lorsqu'il en a, l'entourage peut donner des informations sur les occupations de la personne. Toutefois, certaines informations peuvent être erronées, biaisant de ce fait l'accompagnement. Parfois encore, la personne n'a pas de famille ou proches pouvant renseigner sur ses habitudes.
- *Les troubles du comportement* : notamment quand le personne se montre en opposition ou présente une hétéro-agressivité.
- *Les volontés des familles* : ce facteur a été évoqué, notamment lorsqu'il y a des discordances entre le résident et sa famille.

Puis, des obstacles liés au fonctionnement organisationnel sont cités :

- *Le manque de temps* : ce facteur est l'un des plus cités par les ergothérapeutes qui ont des contraintes horaires à respecter avec les résidents.
- *Le manque de personnel* : les ergothérapeutes ont mentionné que c'était un frein majeur à l'ACP que cela empêchait de pouvoir suivre le rythme de vie de la personne ainsi que leurs envies et besoins turn-over des soignants avec des intérimaires. Le turn-over des soignants et le recrutement de soignants intérimaires impacte la continuité des soins.
- *Le manque de moyens financiers* : ne permettant pas toujours l'achat de matériel adapté.
- *Le manque de communication entre les professionnels* : cela peut avoir un impact sur la cohésion d'équipe et le travail en pluridisciplinarité.
- *Le manque de formation*
- *Le fonctionnement général de l'EHPAD* : plusieurs ergothérapeutes ont cité que le cadre institutionnel pouvait être un obstacle, notamment en terme d'organisation et de direction.

Facilitateurs à l'utilisation de l'ACP dans la pratique des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes ont évoqué de nombreux facteurs pouvant être facilitateurs à l'ACP dans leur pratique qui ont été regroupés en catégories et sont les suivantes :

- Être formé sur la maladie et ses répercussions, ainsi que tout le reste du personnel
- La bonne connaissance de la personne, afin d'avoir conscience de son histoire et habitudes de vie, de ses loisirs et de ses capacités préservées.
- Un entretien avec l'entourage avant l'entrée de la personne à l'EHPAD
- Une attitude positive de l'ergothérapeute, faisant preuve de bienveillance, empathie et savoir-être. Le fait d'utiliser la validation et respecter les valeurs de la personne a également été ajouté.
- La cohésion d'équipe avec des échanges et un partage de connaissance entre les professionnels.
- L'adhésion et implication de l'entourage dans le processus de soins, afin qu'il soit également sensibilisé à l'ACP. De plus, l'adhésion du résident lui-même est également citée.
- Avoir davantage de personnel au sein de l'établissement et ainsi disposer de plus de temps pour être centré sur la personne.
- Disposer de plus de moyens financiers afin d'aménager l'environnement et proposer plus d'activités liées au vécu de la personne.
- Pour certains, une augmentation du temps de présence à l'EHPAD a été citée, afin d'avoir une meilleure connaissance des résidents. De plus, cela permettrait une meilleure connaissance du métier d'ergothérapeute par les autres professionnels.
- L'élaboration et mise en place d'un Projet d'accompagnement personnalisé, permettant d'être centré sur la personne.
- L'application des principes de cette approche par les dirigeants hiérarchiques.

Pour certaines questions, les modalités de réponses possibles étaient un choix multiples avec la possibilité d'ajouter une autre réponse en cochant la rubrique « Autre ». Nous allons catégoriser les réponses libres ajoutées.

Implication de l'ergothérapeute dans son travail

La question 14 visait à étudier l'implication de l'ergothérapeute dans son travail et proposait des réponses en lien avec l'institution. Toutefois, 16 participants ont coché la case « Autre » soit pour proposer une autre réponse, soit pour compléter celle(s) qu'ils avaient sélectionnée. Ainsi, onze ergothérapeutes ont formulé une réponse en lien avec la volonté de prendre soin des résidents et privilégier leur bien-être. En ce sens, certains ont évoqué que leur implication était

aussi liée aux retours verbaux ou non-verbaux des résidents. Puis, la reconnaissance de la hiérarchie, la motivation de bien faire son travail, l'autonomie, l'interprofessionnalité et les relations tissées avec la personne et son entourage ont été citées. Enfin, certains ont évoqués que leur implication était liée à leurs propres valeurs personnelles, sans influence de celles de la structure.

Analyse de pratique

La question 19 s'intéressait aux raisons pour lesquelles l'ergothérapeute analyse sa pratique. Les propositions possibles étaient « mieux la comprendre » et « l'améliorer et la faire évoluer ». Deux ergothérapeutes se sont saisis de l'option de réponse « Autre ». L'un a proposé « se remettre en question et faire mieux ». Le second a sélectionné une proposition déjà formulée et a complété sa réponse par « la faire valoir ».

Refus de participation de la personne

Afin d'étudier la place du choix et refus des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans l'accompagnement en ergothérapie, la question 26 a été formulée avec trois propositions de réponses. Les propositions possibles étaient « vous respectez son choix de ne pas participer », « vous tentez de la convaincre de participer (car intérêt thérapeutique...) » ou « vous acceptez ce choix et tentez de proposer une autre activité ». Ainsi, 14 personnes tentent de proposer une autre activité, 10 tentent de convaincre la personne, 3 respectent le choix de la personne de ne pas participer. Puis, six personnes ont sélectionné la rubrique « Autre ». L'un des ergothérapeutes souhaitait apporter une nuance à l'une des réponses proposées et soumettre le terme « inciter » plutôt que « convaincre ». Ce-dernier dit inciter avec bienveillance la personne à participer, mais respecter son choix en cas de refus. Un autre participant explique essayer de comprendre la raison du refus pour tenter, si possible, de trouver une solution. Si la personne refuse toujours, il en discute avec l'équipe pour analyser la situation et réfléchir à comment la solutionner. Le fait d'utiliser les trois propositions est également mis en évidence. En effet, il est possible de passer par ces trois étapes chronologiquement, en insistant une première fois et présentant les bénéfices, puis en proposant une autre activité en cas de refus, et accepter finalement la non-participation si le refus est catégorique. Puis, un autre participant n'a pas pu faire de choix dans les catégories car exprime utiliser les trois possibilités en fonction du contexte.

4 Discussion

Cette partie finale permettra d'analyser et critiquer la recherche réalisée et les résultats obtenus, puis conclure en discutant de la transférabilité de l'étude dans la pratique professionnelle et proposant une ouverture sur les potentielles recherches à suivre.

4.1 Discussion des résultats et du dispositif de recherche

Tout d'abord, pour réaliser cette recherche, nous avons envoyé le questionnaire à une liste non exhaustive d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD, et contacté par mail différents établissements dont les adresses mail étaient communiquées sur leurs sites internet respectifs. Ainsi, seuls les ergothérapeutes volontaires ont répondu au questionnaire, et les réponses n'ont donc pas été sélectionnées aléatoirement. L'échantillon d'ergothérapeutes était alors dit « de convenance » puisqu'il repose sur les réponses des premiers participants. Les ergothérapeutes n'étant pas sélectionnés de manière aléatoire, l'échantillon ne peut donc pas être considéré comme représentatif de sa population mère, et les résultats de la recherche ne seront alors pas généralisables. De plus, par contrainte de temps, le questionnaire a été clôturé moins de deux semaines après sa publication, empêchant ainsi de recueillir plus de réponses et agrandir notre échantillon de population.

Toutefois, bien que le faible nombre de participants ne permette pas de rendre notre échantillon généralisable, nous pouvons observer et comparer la manifestation du genre, dans notre échantillon et à l'échelle nationale. Dans l'analyse statistique descriptive, nous avons constaté que l'échantillon comptait 28 femmes et 5 hommes pour un total de 33 participants. Si nous transposons cela en pourcentage, nous obtenons 84,8% de femmes et 15,2% d'hommes. Notre échantillon ne comprenant pas 100 participants, les pourcentages ne seront pas représentatifs mais serviront simplement à nous donner un ordre d'idée. L'ANFE recense environ 87% d'ergothérapeutes femmes et 13% d'hommes en France(50). Si nous comparons les chiffres nationaux avec nos résultats, nous constatons que ces-derniers sont proches et que notre échantillon semble plutôt représentatif de la population concernant le genre.

Puis, des biais sont apparus au cours de la recherche, malgré la volonté du chercheur de les anticiper et atténuer. En effet, malgré avoir expliqué en début de questionnaire que l'objectif était d'étudier les pratiques sans porter de jugement, et l'importance de répondre aux questions avec le plus de transparence possible, certains participants ont pu modifier certaines réponses, biaisant alors potentiellement les résultats obtenus. Toutefois, il est impossible pour le chercheur de contrôler ce phénomène. Des biais méthodologiques ont également été repérés,

notamment dans la proposition des échelles de réponses. En effet, le sens de l'échelle numérique de certaines questions étudiant les facteurs de la pratique aurait dû être inversé pour pouvoir être comptabilisé avec les autres questions. Ceci s'est retrouvé notamment pour la question « A quelle fréquence rencontrez-vous des conflits éthiques et/ou de valeurs ? », où nous aurions plutôt dû attribuer la valeur 0 à « Toujours » et la valeur 10 à « Jamais ». Nous aurions ainsi pu ajouter ce critère dans le calcul total de la pratique.

De plus, certains items abordés ne sont pas, ou difficilement, vérifiables car basés exclusivement sur le témoignage subjectif de la personne, concernant par exemple les valeurs ou l'identité professionnelle. D'autres, comme la relation de confiance vectrice d'adhésion de la personne dans l'accompagnement, sont soumises à la perception et interprétation de l'ergothérapeute.

Pour proposer des résultats plus fiables, le questionnaire aurait pu être complété par un ou plusieurs autres outils de recueil de données, afin par exemple d'observer en pratique sur le terrain si les réponses générales concordent avec les actes.

Le questionnaire réalisé, puis l'analyse statistique des réponses, ont ainsi permis de fournir des éléments de réponse à l'objet d'étude. En effet, nous avons pu déterminer qu'au vu du coefficient de corrélation obtenu, et en considérant la marge d'erreur de 5%, il semblerait qu'il existe une corrélation positive forte entre la pratique de l'ergothérapeute et l'application de l'approche centrée sur la personne. Le tableau de corrélation a même déterminé que la probabilité que ce lien de corrélation soit dû au hasard était inférieur à 0,001. Il semble donc que nous ayons obtenu un résultat plus significatif statistiquement que ce que nous attendions initialement.

Le test de l'hypothèse secondaire a permis d'étudier s'il existait une différence statistiquement significative entre l'utilisation de l'approche centrée sur la personne par les hommes et par les femmes. Il semblerait ainsi que le genre des ergothérapeutes soit un facteur influençant l'application de l'approche centrée sur la personne auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, notre échantillon étant faible, il serait intéressant de reproduire ce test sur un plus grand échantillon représentatif de la population mère.

4.2 Interprétation des résultats selon les problématiques pratique et théorique

A l'issue de la revue de littérature, nous nous étions demandé si la pratique singulière du soignant en EHPAD pouvait influencer l'utilisation d'une approche centrée sur la personne. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons choisi d'étayer le concept de « pratique

professionnelle » au sens large afin d'identifier et développer les différents facteurs qui composent et déterminent la pratique du professionnel. Ainsi, nous avons abordé un grand nombre de critères liés à l'identité professionnelle, aux valeurs, aux déterminants de la pratique, à l'analyse de pratique ou encore aux niveaux de pratique. Cependant, il a par la suite été difficile d'analyser certains résultats que nous voulions croiser. En effet, les trois questions s'intéressant au niveau de pratique (questions 9 à 11), visaient à identifier quel niveau de pratique était le plus utilisé par les ergothérapeutes. Nous avons observé que la tendance majoritaire se situait au niveau de pratique numéro trois, correspondant à une analyse de la situation afin de réfléchir et proposer la solution la plus adaptée, pouvant être ajustée par la suite. Les niveaux un et deux, étaient beaucoup moins représentés parmi les réponses des participants. Il aurait été intéressant de rechercher si le niveau de pratique utilisé par l'ergothérapeute pouvait avoir une influence sur l'utilisation de l'approche centrée sur la personne. Toutefois, les échelles utilisées pour mesurer ces facteurs ne permettaient pas de mettre en relation chaque niveau de pratique indépendamment, avec la variable approche centrée sur la personne. Ceci pourrait être une perspective de recherche future pour compléter les résultats déjà obtenus, et identifier s'il existe des différences significatives d'utilisation de l'ACP, entre les ergothérapeutes se situant dans les différents niveaux de pratique.

Puis, l'enquête exploratoire avait mis en évidence que l'approche centrée sur la personne pouvait se manifester de diverses manières et à travers des formations spécifiques différentes. La méthode Montessori et le concept d'Humanitude avaient été cités parmi les techniques d'accompagnement centrées sur la personne. Ces deux formations ont également été mises en évidence lors de la recherche. En effet, nous avons proposé une réponse libre pour décrire la formation, s'il y en avait une, proposée par l'établissement. Ces deux techniques d'approche centrée sur la personne ont été complétées lors de la recherche par la technique de validation et l'approche Snoezelen. Nous percevons ainsi que différentes formations peuvent aider à centrer l'accompagnement sur la personne et ses habitudes de vie. Cependant, nous avons pu constater que seuls onze participants sur trente-trois ont répondu à cette question, les autres ayant répondu « Non » à la question précédente « L'EHPAD dans lequel vous exercez a-t-il proposé une formation aux soins centrés sur la personne à tout le personnel ? ». Parmi notre échantillon, seulement un tiers des ergothérapeutes exerce donc dans un établissement ayant proposé une des formations existantes à l'approche centrée sur la personne à son personnel. Ces résultats qualitatifs du questionnaire peuvent soulever certaines problématiques de terrain

comme l'inégale formations des professionnels entre les EHPAD. Les impacts positifs à former les soignants au soins centrés sur la personne avaient été relevés dans la revue de littérature, puisqu'ils avaient alors une meilleure compréhension globale de la personne et des intérêts à se centrer sur elle et non plus exclusivement sur le soin.

Il semblerait de ce fait que la question de la formation des professionnels de santé soit une problématique socialement vive puisque celle-ci a été mise en avant dans la revue de littérature, puis complétée lors de l'enquête exploratoire et de la recherche.

Les résultats qualitatifs ont mis en évidence de nombreux facteurs influençant l'ACP, notamment institutionnels, ce qui vient corroborer les résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature.

La maladie d'Alzheimer est l'une des maladies neurodégénératives la plus répandue et, comme expliqué dans la revue de littérature, les thérapies non-médicamenteuses ont un rôle à jouer dans la diminution des troubles du comportement et le maintien de certaines capacités. L'ergothérapeute a donc une place importante dans l'accompagnement de ce public en EHPAD, et l'un de ses outils sera d'être centré sur la personne. Les résultats obtenus dans cette recherche tendent à montrer que la pratique influence la mise en place de cette approche. Nous pouvons ainsi imaginer que l'exploration de cette relation est à poursuivre, et que d'autres recherches pourraient conduire à de nouvelles recommandations de pratiques visant à se centrer sur la personne et la placer au centre du processus de soins.

4.3 Conclusion

4.3.1 Apports, intérêts et limites de la recherche pour la pratique professionnelle

Ce travail de recherche présente plusieurs intérêts pour la pratique. En effet, un étayage conceptuel sur la pratique professionnelle et sur l'approche centrée sur la personne a été réalisé. Celui-ci a permis de mettre en évidence et développer plusieurs facteurs déterminant la pratique professionnelle. Parallèlement, le concept d'approche centrée sur la personne a été abordé du point de vue psychothérapeutique, puis une application plus concrète de ce concept auprès du public atteint de la maladie d'Alzheimer a été proposée en s'appuyant sur les recommandations canadiennes. Ceci permettra donc d'apporter des savoirs aux ergothérapeutes concernant l'ACP et comment elle est appliquée à l'international d'une part, et d'autre part les facteurs composant la pratique professionnelle et pouvant l'influencer. L'étayage conceptuel peut ainsi inviter l'ergothérapeute à prendre du recul sur sa pratique en la confrontant avec les savoirs

théoriques. De plus, la recherche a mis en avant les intérêts à être centré sur la personne, sur le plan médical, ce qui encourage à adopter un modèle biopsychosocial plutôt que biomédical.

L'étude s'intéressait à l'approche centrée sur la personne appliquée auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Cependant, les savoirs développés peuvent également s'appliquer à la prise en soin du résident en EHPAD ne souffrant pas de maladie neurodégénérative et donc intéresser les ergothérapeutes n'exerçant pas auprès de notre public étudié. De la même manière, cette recherche peut également apporter aux ergothérapeutes travaillant auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans une structure autre que l'EHPAD.

Certaines limites sont cependant observables dans cette recherche, notamment le faible nombre de réponses obtenues ainsi que les biais présents qui n'ont pas pu être atténués par le chercheur. Enfin, compte tenu du temps imparti pour mener la recherche, nous n'avons pas pu sélectionner une méthode de recherche plus pertinente ou complémentaire à celle que nous avons menée. Les résultats de la recherche sont donc à nuancer.

4.3.2 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

La recherche a permis au chercheur d'acquérir de nombreuses connaissances en terme d'accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais également concernant le travail de l'ergothérapeute en EHPAD et la collaboration d'équipe. Les principes d'accompagnement centrés sur la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer serviront particulièrement dans la pratique du chercheur et lui permettront de connaître les points de vigilance à avoir, et à l'inverse ce qui est vecteur de bien-être.

Puis, les échanges avec les ergothérapeutes lors des entretiens, et le recueil de leurs avis durant le questionnaire, ont permis au chercheur d'identifier certaines difficultés rencontrées quant à l'utilisation de l'approche centrée sur la personne, liées à différents freins institutionnels ou relatifs à la maladie.

Puis, ce travail de recherche a confirmé l'intérêt du chercheur pour le public âgé de manière générale, notamment celui souffrant de maladies neurodégénératives.

Les connaissances acquises liées à la nécessité d'opter pour une approche centrée sur la personne, permettront également au chercheur de justifier auprès des autres professionnels l'intérêt d'inclure la personne au cœur du processus de soin en se basant sur son histoire de vie. Il pourra également appuyer ses propos par des ressources bibliographiques établies tout au long de son travail de recherche. Cette méthode de recherche de données probantes pourra

également être appliquée dans la pratique afin d'appuyer les actes sur de la théorie et des écrits scientifiques.

4.3.3 Perspectives de recherche

Les résultats obtenus pour cette recherche ont montré qu'il semblait y avoir un lien de corrélation fort entre la pratique et l'approche centrée sur la personne. Comme évoqué précédemment, il serait intéressant de compléter cette étude par d'autres recherches avec des méthodes différentes. En effet, effectuer une recherche expérimentale permettrait de compléter les résultats obtenus avec des observations de terrain. La méthode clinique pourrait également être intéressante pour recueillir des données qualitatives et le témoignage d'ergothérapeutes lors d'entretiens qui auraient l'opportunité d'exprimer plus longuement leur approche et comment ils la mettent en place.

Si nous voulions explorer plus en profondeur les résultats de l'hypothèse secondaire, nous pourrions rechercher les causes des différences d'accompagnement entre les hommes et les femmes.

Il serait également intéressant de réaliser une recherche pour identifier les différences d'accompagnement entre un établissement formé à l'approche centrée sur la personne et un non formé. Ceci permettrait d'observer les axes de prise en soin similaires ainsi que les divergences. De plus, compte tenu des données socio-professionnelles recueillies, il pourrait être intéressant de rechercher s'il existe des différences significatives en terme d'utilisation de l'approche entrée sur la personne entre les ergothérapeutes ayant des temps de présence différents au sein de l'EHPAD. Nous pourrions également rechercher si la réforme du cinq juillet 2010 a induit des différences de pratique et d'utilisation de l'ACP entre les ergothérapeutes diplômés avant 2010 et ceux diplômés après 2010.

Enfin, ce travail de recherche aura permis au chercheur de confirmer ses choix d'orientation professionnelle. Il espère ainsi évoluer et s'épanouir dans le domaine de la gériatrie.

Références bibliographiques

1. Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive [Internet]. Santé Mentale. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/evenement/participation-occupation-et-pouvoir-d-agir-plaidoyer-pour-une-ergotherapie-inclusive/>
2. LIMA ADC. L'empowerment chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : Etude des pratiques des ergothérapeutes en EHPAD [Internet]. ANFE. 2021 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://anfe.fr/lempowerment-chez-la-personne-atteinte-de-la-maladie-dalzheimer-etude-des-pratiques-des-ergotherapeutes-en-ehpad/>
3. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. Rev Francoph Rech En Ergothérapie. 5 oct 2018;4(2):13-28.
4. Qu'est-ce que la science de l'occupation? [Internet]. SCSO. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.csoscanada.org/fr/quest-ce-que-la-science-de-loccupation/>
5. CSFO S|. Sciences sociales [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/SharerWeb/Index?id=L2R5bi9zaG93LzQzODE%3D>
6. Sciences sociales | l'Encyclopédie Canadienne [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sciences-sociales>
7. Larousse É. Définitions : psychologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychologie/64844>
8. Qu'est-ce que la psychologie? [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.unil.ch/ip/fr/home/menuinst/linstitut/quest-ce-que-la-psychologie.html>
9. Qu'est-ce que la sociologie? [Internet]. Département de sociologie - Université de Montréal. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>
10. science médicale : définition de science médicale et synonymes de science médicale (français) [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/science%20m%c3%a9dicale/fr-fr/>
11. Médecine : définition et explications [Internet]. Techno-Science.net. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.techno-science.net/definition/5955.html>
12. Bréchat PH, Vogel T, Bérard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Santé Publique. 2008;20(5):475-87.
13. Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ? [Internet]. ACP-France. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/>

14. Qu'est ce que l'Approche Centrée sur la Personne ? [Internet]. Formation Thérapeute. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.formation-therapeute.com/approche-centree-sur-la-personne/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne.html>
15. Définition de l'ergothérapie par l'ANFE [Internet]. BDP Ergothérapie. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <http://bdpergothérapie.fr/ergotherapeute/>
16. Alzheimer - FS.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://caot.ca/document/4085/Alzheimer%20-%20FS.pdf>
17. Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
18. La maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
19. Maladie d'Alzheimer : comment la pathologie évolue-t-elle au cours du temps ? [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-stades-evolution>
20. simon. La mémoire à long terme et la mémoire à court terme [Internet]. France Alzheimer. 2021 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/memoire-long-terme-court-terme/>
21. Personnes âgées : les chiffres clés - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
22. « Aujourd'hui, l'âge d'entrée dans la maladie d'Alzheimer est repoussé, la prévention est efficace ! » [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.frm.org/nos-publications/actualites/alzheimer-interview-florence-pasquier>
23. alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf
24. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Sigafos J, D'Amico F, Pinto K, et al. Supporting Simple Activity Engagement in Persons With Moderate to Severe Alzheimer's Disease Through a Technology-Aided Program. *Am J Alzheimers Dis Dementias*®. 1 mai 2017;32(3):137-44.
25. main.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494307000088?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=7c9c9154181f0d9b

26. Montagard P. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET APPARENTEE EN EHPAD. :9.
27. Kersé M, Vaz S, Cleray M. Ateliers thérapeutiques culinaires adaptés au manger-mains dans une unité d'hébergement renforcée. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2019;19(113):300-6.
28. Gontard AL, Lantheaume S, Martinho D, Fernandez L. Alzheimer et estime de soi : mise en place d'un atelier « thérapeutique » au sein d'un EHPAD. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 avr 2017;17(98):100-8.
29. Kong EH, Kim H, Kim H. Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. J Clin Nurs. 2022;31(13-14):1896-906.
30. Hayajneh FA, Shehadeh A. The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. Int J Nurs Pract. 2014;20(4):438-45.
31. Combessie JC. II. L'entretien semi-directif. In Paris: La Découverte; 2007 [cité 19 mai 2023]. p. 24-32. (Repères; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
32. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
33. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. Ergothérapies. 29 janv 2019;72:61.
34. Troubles cognitifs des personnes âgées : la méthode Montessori, à la recherche des capacités préservées [Internet]. Ehpadia, le magazine des dirigeants d'EHPAD. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ehpadia.fr/Troubles-cognitifs-des-personnes-agees-la-methode-Montessori-a-la-recherche-des-capacites-preservees_a133.html
35. Luquel L. La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. Gérontologie Société. 2008;31 / 126(3):165-77.
36. De Robertis C. Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition. In: Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013 [cité 24 mars 2023]. p. 137-44. (Politiques et interventions sociales). Disponible sur: <https://www.cairn.info/institutions-acteurs-et-pratiques-dans-l-histoire--9782810901296-p-137.htm>
37. Barbier JM. Introduction. In: Savoirs théoriques et savoirs d'action [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2011 [cité 27 mars 2023]. p. 1-17. (Education et formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/savoirs-theoriques-et-savoirs-d-action--9782130589990-p-1.htm>
38. Mialaret G. Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation. In: Savoirs théoriques et savoirs d'action [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de

- France; 2011 [cité 26 mars 2023]. p. 161-87. (Education et formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/savoirs-theoriques-et-savoirs-d-action--9782130589990-p-161.htm>
39. Péoc'h N, Ceaux C. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Rech Soins Infirm.* 2012;108(1):53-66.
 40. Boutinet JP. Pratique professionnelle. In: *L'ABC de la VAE* [Internet]. Toulouse: Érès; 2009 [cité 19 janv 2023]. p. 176-8. (Éducation - Formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-p-176.htm>
 41. Fray AM, Picouveau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle: une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Manag Avenir.* 2010;38(8):72-88.
 42. Bonsergent H. L'approche centrée sur la personne. In: *Troubles mentaux et psychothérapies* [Internet]. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 18 mars 2023]. p. 203-6. (Petite bibliothèque). Disponible sur: <https://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-p-203.htm>
 43. Richon HG, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin JM. *L'approche centrée sur la personne.* Genève: Éditions Ambre; 2013.
 44. 14.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/april03f/14.pdf
 45. *RAPPELS_Entier_Société-Alzheimer-Canada.pdf* [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/RAPPELS_Entier_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer-Canada.pdf
 46. Eymard C, Thuilier O. *La recherche en sciences paramédicales: (se) former à et par la recherche de la conceptualisation à la communication de travaux de recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'études.* Paris: Lamarre IS MEDIA; 2020.
 47. Instituts de formation [Internet]. ANFE. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: https://anfe.fr/devenir_ergotherapeute/instituts-de-formation/
 48. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests#>
 49. Haccoun RR, Cousineau D. *Statistiques : Concepts et applications* [Internet]. *Statistiques : Concepts et applications.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 17 mai 2023]. 456 p. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/22944>
 50. *La profession* [Internet]. ANFE. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>

Annexes

Annexe 1 : Résultats obtenus avec l'équation de recherche

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
4194	PubMed	528	59	10	2
	Google Scholar	2270		31	1
	Cochrane	945	47	3	0
	SUMMON	78	10	2	1
	Cairn	355	1	0	1
	OJOT	3	0	0	0
	Lissa	15	12	1	2

Annexe 2 : Tableau de synthèse de la Revue de littérature

<u>Sources</u>	<u>Thème/ Objet traité</u>	<u>Méthode utilisée</u>	<u>Population</u>	<u>Approche théorique privilégiée</u>	<u>Champs disciplinaires</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Question, dimension qui n'est pas abordée</u>
<p>1)Occupational Therapy International Publié en juillet 2020 PubMed Titre : « The Effects of a Recollection-Based Occupational Therapy Program of Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial » (30). Scientificité : ++</p>	<p>Les apports d'un programme en ergothérapie basé sur la remémoration et le souvenir</p>	<p>Essai contrôlé et randomisé Les activités proposées par le programme durant 1 an vont ensuite permettre de calculer les écarts statistiques entre les deux groupes.</p>	<p>35 patients atteints de démence au stade léger de la maladie d'Alzheimer capables de suivre des instructions, sans déficience visuelle ou auditive, et fréquentant un centre d'accueil de jour pour adultes, répartis ensuite au hasard dans le groupe témoin ou expérimental.</p>	<p>Définition de la dépression gériatrique et le rôle qu'elle peut jouer dans l'accélération de la maladie d'Alzheimer</p>	<p>Sciences de l'occupation Sciences médicales</p>	<p>Cinq catégories d'activités : physique, horticole, musicale, artistique et AVQ. Chacune utilise des thèmes permettant de se souvenir de l'enfance, l'âge adulte et l'âge avancé. Remémoration est efficace pour maintenir et améliorer les fonctions cognitives (+fait appel aux souvenirs procéduraux). Sentiment de soutien en partageant les souvenirs avec d'autres personnes. Etude réalisée sur un petit nombre de personne, donc difficilement généralisable.</p>	<p>Une version de ce programme pourrait-elle être adaptée pour les personnes avec une atteinte modérée ou sévère de la maladie ? Programme réalisable en EHPAD ?</p>
<p>2) American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias PubMed Titre : « Supporting Simple Activity Engagement in Persons With</p>	<p>L'impact et rôle à jouer des programmes assistés par la technologie sur l'engagement des personnes atteintes de DTA modérée ou sévère dans les AVQ. La première étude est basée sur l'action du levé de jambe sur consigne,</p>	<p>Essai contrôlé et randomisé Des tableaux sont utilisés pour classer, calculer les scores moyens des bases de référence puis ceux obtenus durant l'intervention. Des questionnaires sont aussi soumis aux équipes soignantes</p>	<p>2 échantillons de population chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée ou sévère, généralement passives et repliées sur elles-mêmes mais disposant de capacités motrices : 11 personnes pour</p>	<p>Définition de la maladie d'Alzheimer et de ses répercussions cognitives et motrices dans le quotidien de la personne atteinte. Explication sur l'intérêt des programmes assistés par la technologie</p>	<p>Sciences médicales Informatique</p>	<p>Les résultats obtenus à l'aide des programmes assistés par la technologie étaient très encourageants, mettant en avant leur potentiel à soutenir l'engagement positif des participants (réponses motrices, sourires, vocalisations). Limites : le programme a été testé sur un échantillon</p>	<p>Etude publiée en 2017, ce programme peut-il tendre à se développer dans les années à suivre ? Impossibilité de recueillir le ressenti des personnes, on ne peut donc se fier qu'aux gestes non-verbaux, vocalisations etc. Mais cela reflète-t-</p>

<p>Moderate to Severe Alzheimer's Disease Through a Technology-Aided Program »(31).</p> <p>Scientificité : +</p>	<p>et la deuxième sur le tri d'objets à replacer dans un récipient.</p>	<p>avec comme réponse possibles « oui-non ». Les résultats aux questions sont présentés dans un tableau avec une moyenne pour chaque question ainsi que le score de déviation standard obtenu.</p>	<p>l'étude n°1 10 personnes pour l'étude n°2</p>	<p>faite par Lancioni et al. Ex : délivrer des consignes verbales ou soutenir une activité motrice.</p>		<p>relativement petit. Il conviendrait donc de réévaluer à plus grande échelle et voir si c'est applicable dans le contexte du quotidien.</p>	<p>il réellement leur adhésion au programme ?</p>
<p>3)NPG-Neurologie-Psychologie-Gériatrie</p> <p>Lissa</p> <p>Titre : « Alzheimer et estime de soi : mise en place d'un atelier « thérapeutique » au sein d'un EHPAD » (32).</p> <p>Scientificité : ++</p>	<p>L'intérêt du jeu dans la maladie d'Alzheimer pour restaurer l'autonomie et l'estime de soi.</p>	<p>Etude de cas Des séances de manipulation de terre sont proposées afin de restaurer l'estime de soi. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est proposée avant la première séance, et à l'issue de la mise en place du groupe. Evaluation auto-administrée composée de 10 items, permet de mettre en avant la vision qu'un individu a de lui-même. Ce test est subjectif.</p>	<p>Quatre résidentes d'un EHPAD, âgées de 76 à 95 ans atteintes de démence de type Alzheimer présentant une faible estime de soi et/ou des difficultés relationnelles.</p>	<p>Etude centrée sur l'estime de soi. Utilisation d'un cadre fixe et contenant favorisant la confiance et l'expression des pensées. L'argile est mis à disposition mais aucune consigne n'est formulée, la personne est libre de décider ce qu'elle veut en faire.</p>	<p>Sciences sociales (psychologie) Sciences occupationnelles</p>	<p>Au fil des 10 séances, les personnes une cohésion et dynamique de groupe s'est instaurée, permettant les échanges et les rires. Le petit groupe fermé a permis d'instaurer un climat de confiance, et les résidentes ont pu partager leurs histoires personnelles. A l'issue des séances l'estime de soi a augmenté entre 4 et 12 points pour 3 résidentes et le score de la 4^{ème} a diminué de 2 points sur l'échelle de Rosenberg</p>	<p>Etude réalisée sur deux mois donc à court terme. Les résultats seraient-ils similaires à long terme ? Le groupe était fermé et de petite taille, qu'en serait-il si la même étude était réalisée sur un échantillon de population plus important ? Ces résultats seraient-ils retrouvés dans un autre EHPAD ? L'attitude des thérapeute présents a-t-elle joué sur les résultats positifs et l'engagement des résidentes ?</p>

<p>4) Revue NPG Neurologie-Psychologie-Gériatrie</p> <p>Lissa</p> <p>Titre : « Ateliers thérapeutiques culinaires adaptés au manger-mains dans une unité d'hébergement renforcée » (33).</p> <p>Scientificité : ++</p>	<p>L'intérêt du manger-mains chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en UHR.</p>	<p>Etude de cas</p> <p>Etude de l'impact du manger-mains sur la prise alimentaires des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en UHR.</p>	<p>4 à 6 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en UHR.</p>	<p>Participation sociale</p> <p>Nouvelle forme d'alimentation : le manger-mains.</p>	<p>Sciences médicales/santé (diététicien)</p> <p>Sciences occupationnelles (ergothérapie)</p>	<p>Le manger-mains a montré une augmentation de la participation sociale, une amélioration de la prise des repas avec moins de troubles de la déglutition.</p> <p>Les troubles psycho comportementaux n'ont pas impacté l'atelier.</p> <p>Satisfaction générale de la part des soignants et des patients.</p>	<p>Ce type d'atelier est réalisé de manière hebdomadaire, cette nouvelle forme d'alimentation pourrait-elle devenir quotidienne ? Ces ateliers de préparation et manger-mains ne sont pas encore une pratique courante dans les institutions, cela provient-il d'un frein institutionnel ?</p>
<p>5) Gérontologie et Société</p> <p>Cairn</p> <p>Titre chapitre : « La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions »(34).</p> <p>Scientificité : +</p>	<p>Difficultés d'accès aux soins, dû à une fragmentation du système de soin aux personnes âgées.</p>	<p>Plan National Alzheimer 2008-2012.</p>	<p>Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ses aidants, en manque d'accompagnement quotidien dans la maladie.</p>	<p>Modèle PRISMA (Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie) MAIA</p>	<p>Sciences sociales</p>	<p>La collaboration interdisciplinaire avec le gestionnaire de cas permettrait un meilleur accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le gestionnaire de cas accompagne la personne depuis le domicile et serait alors en mesure de transmettre des informations importantes sur ses habitudes de vie et participer à l'élaboration du projet de vie et/ou thérapeutique.</p>	<p>Des différences entre personnes ayant été accompagnées ou non avant l'institutionnalisation par un gestionnaire de cas ont-elles été remarquées ? Des cas de collaboration de ce genre ont-ils été recensés ?</p>

<p>6) AFDG- Lettre de psychogériatrie</p> <p>2017</p> <p>Google Scholar</p> <p>Titre : « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée en EHPAD » (35).</p> <p>Scientificité : +</p>	<p>L'accompagnement global de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.</p> <p>La considération de la personne en tant qu'être occupationnel et les techniques de relation.</p>	<p>Recommandation de prise en soin, point de vue administratif/ éthique et humain</p>	<p>Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer entrant en EHPAD, l'entourage et le personnel et directeur.</p>	<p>Réflexion éthique</p> <p>Utilisation de la valorisation, la reconnaissance, la prise en compte de la personne dans son individualité</p>	<p>Sciences médicales</p> <p>Sciences sociales</p> <p>Sciences occupationnelles</p>	<p>Importance du projet personnalisé, de la communication, de considérer la personne comme décisionnaire de ses actions et d'être centré sur la personne.</p> <p>Nécessité de définir clairement les champs d'intervention de chaque professionnel.</p> <p>Dimensions organisationnelles de l'EHPAD.</p> <p>Nécessité du respect de l'intimité (la chambre est le lieu de vie). Objectif principal de bien-être et rôle de la direction.</p>	<p>Les EHPAD n'ont pas les mêmes ressources financières selon si elles sont privées ou publiques, cela cause-t-il des inégalités dans l'accompagnement ?</p>
<p>7) Archives of Gerontology and Geriatrics</p> <p>2007</p> <p>PubMed</p> <p>Titre : « Occupational therapy and dementia : the experience of an alzheimer special care unit » (36).</p> <p>Scientificité : ++</p>	<p>Les effets d'un programme thérapeutique d'ergothérapie basé sur la réalisation d'activités du quotidien, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</p>	<p>Etude de cas quantitative</p>	<p>26 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré, en EHPAD.</p>	<p>Thérapies non médicamenteuses par le biais de programmes ergothérapeutiques alternatives aux thérapies médicamenteuses.</p>	<p>Sciences occupationnelles</p> <p>Sciences médicales</p>	<p>Les participants ont effectué des AVQ de type jardinage, cuisine, dessin, 5 fois par semaine durant 2 heures, pendant 1 an. Ce programme n'a pas stoppé la progression du déclin cognitif mais a contribué à ralentir le déclin psychophysique. Les troubles comportementaux induits par la maladie ont diminués (baisse significative du score NPI). Cette diminution des troubles du comportement a permis une meilleure qualité de</p>	<p>Mettre en place ce type de programme dès le stade léger de la maladie pourrait-il ralentir le déclin cognitif ?</p> <p>Une nette réduction des troubles du comportement a été constatée, pourquoi ce type de programme n'est donc pas systématique dans le projet thérapeutique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ?</p>

						soins, moins de contrainte physique et de médicaments psychoactifs prescrits.	
8) International journal of nursing practice 2014 PubMed Titre : « The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregiver's burden : An interventional study » (37). Scientificité : +++	La formation des soignants à l'approche centrée sur la personne, sa mise en place et son impact sur la charge physique et psychologique des soignants.	Etude qualitative phénoménologique	10 professionnels de santé travaillant en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'EHPAD a été choisi aléatoirement parmi les 10 accueillant des personnes atteintes de cette maladie en Jordanie.	Formation des équipes soignantes Approche centrée sur la personne Prise en considération du fardeau des soignants	Sciences médicales Sciences sociales	Plusieurs membres de l'équipe soignante d'un EHPAD ont été formés à l'ACP puis à comment la mettre en pratique. Trois mois après la formation, les soignants ont exprimé avoir une meilleure acceptation des troubles des comportement liés à la maladie, plus d'empathie et de résilience car ils ont une meilleure connaissance de la maladie, ses symptômes et comment agir. Une meilleure compréhension a permis de mettre en place des stratégies d'adaptation qui réduisent la charge de travail des soignants. Ces stratégies sont à associer à un environnement favorable et une ACP pluridisciplinaire.	La formation de tous les professionnels soignants à l'ACP pourrait-elle améliorer la qualité d'accompagnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Ce type de formation globale de l'équipe est-elle réalisable en France ? Pourquoi n'est-ce pas toujours le cas ?
9) Journal of Clinical Nursing 2021 PubMed Titre : « Nursing home staff's perceptions of	Les besoins et obstacles du personnel soignant en EHPAD dans la mise en œuvre de soins centrés sur la personne auprès de personnes âgées	Etude qualitative	24 professionnels soignants de 6 EHPAD ayant acceptés de participer en Corée	Approche qualitative descriptive Apports conceptuels sur les soins centrés sur la personne	Sciences médicales	Les professionnels interrogés ont mis en évidence les obstacles et besoins à la mise en place de soins centrés sur la personne pour le résident atteint de démence : ressources insuffisantes, manque d'éducation,	Comment améliorer les relations entre les professionnels ? et avec les familles pour que la communication ne soit plus un obstacle ? Les obstacles relevés sont-ils les mêmes en

barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study » (42). Scientificité : ++	atteintes de démence.					états d'esprit négatifs et mauvaises relations	France ou est-ce surtout applicable à la Corée ?
---	-----------------------	--	--	--	--	---	--

Niveau de scientificité des articles :

- Niveau élevé de scientificité : +++
- Niveau médium de scientificité : ++
- Faible niveau de scientificité : +

Annexe 3 : Matrice d'entretien de l'enquête exploratoire

<i>Question inaugurale</i> : Pouvez-vous me parler de l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès du sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer en institution?			
N° question	Sous-thèmes	Question de relance	Objectifs
Fondements théoriques et posture professionnelle			
1	Fondements de la pratique professionnelle, concepts théoriques	Si vous fondez votre pratique sur l'ACP, sur quels concepts et/ou valeurs vous appuyez-vous ?	Comprendre l'importance de l'ACP dans la pratique des ergothérapeutes
Modalités de mise en œuvre de l'ACP			
2	Méthodes de mise en place de l'ACP	De quelles manières appliquez-vous l'ACP auprès de vos résidents ?	Comprendre comment l'ergothérapeute met en place l'ACP
3	Adaptation de la communication et alliance avec les troubles cognitifs	Comment alliez-vous l'ACP avec les troubles cognitifs induisant un déficit de communication et d'engagement chez ce public ?	Comprendre de quelle manière l'ergothérapeute adapte le mode de communication en fonction des troubles cognitifs de la personne
Application pluridisciplinaire de l'ACP			
4	Pratique pluridisciplinaire, collaboration	Comment l'équipe soignante se coordonne-t-elle dans l'application de l'ACP lors de la prise en soin du résident ?	Percevoir la place de la pluridisciplinarité dans la mise en pratique de l'ACP
5	Obstacles et facilitateurs de l'ACP	Selon vous, dans votre établissement, quels éléments peuvent être facilitateurs ou obstacles à l'application pluridisciplinaire de l'ACP?	

Annexe 4 : Fiche de consentement vierge de l'enquête exploratoire

Version n° à compléter du à compléter

« L'utilisation de l'approche centrée sur la personne lors d'une prise en soin ergothérapique, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution »

Falcone, Linda, [REDACTED], investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « L'utilisation de l'approche centrée sur la personne lors d'une prise en soin ergothérapique, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution » en collaboration avec l'investigateur secondaire Blanc ~~Catheline~~, catheline.blanc@univ-amu.fr

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont ~~précisées~~ Articles, 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée :
« L'utilisation de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à Marseille le / /2022
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

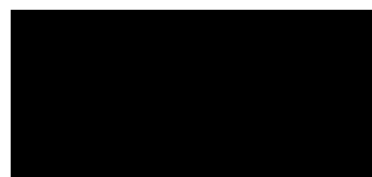
Nom Prénoms

Falcone Linda

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :



En cas d'incapacité de lecture et /ou d'écriture chez un participant en état de donner son consentement, prévoir la mention suivante : " En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M... Mme... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Si ce cas n'est pas prévu dans le formulaire de consentement, il convient d'inscrire dans les critères d'exclusion les personnes en état de donner son consentement mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture.

Annexe 5 : Matrice conceptuelle

Variables	Critères	Indicateurs
Pratique professionnelle (Vii)	Niveau de pratique appliqué (Npa)	Impulsif, pas réellement adaptée et sans apprentissage (1 ^{er} niveau) (Npa1)
		Répétitif/ stéréotypé, certaine efficacité mais aucune créativité (2 nd niveau) (Npa2)
		Prise de conscience du problème, analyse de la situation, recherche de solution / réponse adaptée et originale (3 ^{ème} niveau) (Npa3)
	Valeurs personnelles (Vp)	<p>Vectrices d'implication organisationnelle (Vp1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Implication influencée par la récompense donnée en échange du travail fournit ➔ Implication dans le travail liée au désir d'être intégré dans le groupe ➔ Symbiose, implication car il y a congruence entre les valeurs personnelles et organisationnelles
	Identité professionnelle (Ip)	Construction identitaire dépendante de la reconnaissance sociale accordée aux savoirs/ compétences de l'individu (Ip1)
		Influencée par l'identité d'appartenance à un groupe, à un métier, à une entreprise (Ip2)
		Instable : caractère changeant, mouvant et évolutif perpétuel (Cp1)

	Caractéristiques de la pratique (Cp)	Unique : chaque situation est différente et singulière (Cp2)
		Incertitudes inévitables : tout ne peut pas être perçu ou prévu (Cp3)
		Suscite des conflits éthiques et de valeurs (Cp4)
	Analyse de pratique (Adp)	Se questionner pour mieux comprendre et/ou apprendre à faire autrement (Adp1)
		Formations, confrontation des pratiques, réseaux d'échange (Adp2)
Approche centrée sur la personne (Vd)	Valorisation et disponibilité du thérapeute (Vdt)	Regard inconditionnellement positif et valorisant du thérapeute sur le client (Vdt1)
		Acceptation des ressentiments du client, positifs ou négatifs (Vdt2)
	Authenticité du thérapeute (At)	Sentiments manifestés par les attitudes (At1)
		Congruence entre ce que le thérapeute ressent et ce qu'il montre (At2)
	Compréhension empathique (Ce)	Exacte perception des sentiments éprouvés par la personne (Ce1)
		Partage et éclairage de la situation interprétée par le thérapeute avec la personne (Ce2)
		Ecoute active, singulière et dynamique (Ce3)
		Confiance mutuelle entre le thérapeute, la personne et son entourage (Rc1)

	Relation de confiance (Rc)	Vectrice d'adhésion de la personne dans l'accompagnement (Rc2)
	Identité individuelle du patient (Iip)	Respect (Iip1)
		Reconnaissance (Iip2)
		Relations sociales (Iip3)
	Soins centrés sur la personne atteinte de démence (Scpad)	Collaboration avec l'entourage (Scpad1)
		Activités stimulantes en lien avec les centres d'intérêt de la personne (Scpad2)
		Application en pluridisciplinarité de l'approche (équipes soignantes et hiérarchie) (Scpad 3)
		Environnement sécurisant vecteur d'activités spontanées (Scpad 4)
		Processus d'accueil pour connaître la personne de manière globale rapidement pour faire la transition avec le domicile (Scpad 5)

Annexe 6 : Matrice de questionnement de la recherche

Numéro des questions	Variables étudiées	Critères	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
1	Données socio-professionnelles	Profession d'ergothérapeute	Etes-vous ergothérapeute ?	Réponse dichotomique : « Oui »/ « Non »	Vérifier que le participant entre dans les critères d'inclusion
2	Consentement	Adhésion du participant	Acceptez-vous de participer à cette recherche ?	Réponse dichotomique : « Oui »/ « Non »	Consentement du public interrogé à participer à la recherche
3	Données socio-professionnelles	Sexe du participant	Etes-vous :	<ul style="list-style-type: none"> • Un homme • Une femme 	Connaitre le sexe du participant afin d'éventuellement relier cette donnée à la pratique
4		Lieu d'exercice	Etes-vous ergothérapeute exerçant ou ayant exercé en EHPAD durant au moins six mois ?	Réponse dichotomique : « Oui »/ « Non »	Vérifier que le participant entre dans les critères d'inclusion
5		Public pris en soin	Prenez-vous (ou preniez-vous) en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ?	Réponse dichotomique : « Oui »/ « Non »	

6		Taux d'occupation du poste	A quelle fréquence exercez-vous(ou exerciez-vous) dans la structure ?	Question à choix multiples : <ul style="list-style-type: none"> • Temps plein 100% • Mi-temps 50% • Autre : 	Connaitre le temps passé par l'ergothérapeute au sein de la structure par semaine
7		Année d'obtention du diplôme	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?	Question ouverte (Avec précision que l'année doit comporter quatre chiffres)	Connaitre l'année d'obtention du DEE afin d'éventuellement relier cette donnée à la pratique
8		Lieu de formation et d'obtention du diplôme	Dans quel Institut de Formation en Ergothérapie avez-vous réalisé vos études et obtenu votre diplôme ?	Question ouverte	Connaitre le lieu géographique de formation et obtention du DEE afin d'éventuellement relier cette donnée à la pratique
9	Pratique professionnelle	Niveaux de pratique rencontrés	Lors d'interventions auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'agir de manière « impulsive » afin de faire face à la situation, bien que la réponse ne soit finalement pas vraiment adaptée à la situation ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer la fréquence d'utilisation du niveau 1 de pratique, considéré comme impulsif et sans apprentissages
10			Sur votre lieu de travail, vos interventions sont-elles	Echelle numérique 0 = Jamais	Mesurer la fréquence d'actions stéréotypées,

	Pratique professionnelle	Niveaux de pratique rencontrés	« répétitives/identiques » avec tous les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (toujours les mêmes sans modifications) tout en étant pertinentes ?	10 = Toujours	pertinentes mais non créatives réalisées par les ergothérapeutes
11			Pour une situation de travail, à quelle fréquence analysez-vous la situation et le problème rencontré afin de rechercher et proposer des solutions adaptées ?	Echelle numérique 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer la fréquence d'analyse de situation lors d'un problème, et la proposition de solutions adaptées et originales
12		Valeurs de l'ergothérapeute	De manière générale, vos valeurs personnelles sont-elles en accord avec celles de l'EHPAD dans lequel vous exercez (ou exerciez) ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Identifier globalement si les valeurs institutionnelles sont en accord ou désaccord avec celles des ergothérapeutes
13			La congruence / non congruence entre vos propres valeurs et celles de l'EHPAD dans lequel vous exercez (ou exerciez) impacte-t-elle votre pratique auprès des résidents atteints d'Alzheimer ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesure de l'impact que la congruence/non congruence entre les valeurs de l'EHPAD et celles de l'ergothérapeute peut avoir sur sa pratique

14	Pratique professionnelle	Valeurs de l'ergothérapeute	Votre implication dans votre travail est (ou était)-elle plutôt liée :	Question à choix multiples : <ul style="list-style-type: none"> • Aux récompenses accordées en échange du travail fournit (salaire, primes, privilèges...) • A la volonté d'être intégré(e) au groupe/à l'équipe • A la symbiose entre vos valeurs personnelles et celles organisationnelles • Autre 	Identifier le facteur principal d'implication dans son travail de l'ergothérapeute
15		Identité professionnelle	Vos compétences et savoirs-faires sont-ils (ou étaient-ils) identifiés et reconnus par les autres professionnels de l'EHPAD ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer les connaissances de l'équipe vis-à-vis du champs de compétences et des savoir-faire de l'ergothérapeute
16			Votre appartenance à un groupe/équipe ou à l'EHPAD de	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Identifier l'identité professionnelle est

			manière générale, influence-t-elle votre identité professionnelle ?		influencée par l'identité d'appartenance à un groupe ou une structure
17	Pratique professionnelle	Caractéristiques de la pratique	A quelle fréquence rencontrez (ou rencontrez)-vous des conflits éthiques et /ou de valeurs dans votre pratique ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer la fréquence d'apparition de conflits éthiques ou de valeurs dans la pratique de l'ergothérapeute
18		Analyse de pratique	A quelle fréquence estimez-vous analyser votre pratique ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer la fréquence d'analyse de pratique réalisée par les ergothérapeutes
19			Si vous analysez votre pratique, c'est plutôt pour :	Question à choix multiples : <ul style="list-style-type: none"> • Mieux la comprendre • L'améliorer et la faire évoluer • Autre : 	Comprendre les motivations qui encouragent les ergothérapeutes à analyser leur pratique
20	Approche centrée sur la personne	Valorisation et disponibilité de l'ergothérapeute	A quelle fréquence estimez (ou estimez)-vous adopter une posture inconditionnellement positive et valorisante envers les	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer le degré de valorisation de l'ergothérapeute vis-à-vis du résident Alzheimer.

			résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?			
21	Approche centrée sur la personne	Authenticité de l'ergothérapeute	Auprès de ce public, à quelle fréquence manifestez-vous vos sentiments et volontés par des attitudes/gestes ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer le degré d'authenticité de l'ergothérapeute et identifier le type d'entrée en relation utilisé	
22			Ces attitudes auprès de ces résidents évoquées précédemment, traduisent-elles une congruence entre vos gestes et votre pensée (ce que vous montrez et ce que vous ressentez) ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours		
23		Relation de confiance	De manière générale, parvenez-vous à établir une relation de confiance avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours		Connaitre à quelle fréquence l'ergothérapeute parvient à créer une relation de confiance avec la personne et son entourage
24			A quelle fréquence estimez-vous établir une relation de confiance avec l'entourage de la personne	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours		

			atteinte de la maladie d'Alzheimer ?		
25	Approche centrée sur la personne		Dans votre pratique, constatez-vous que la relation de confiance avec la personne peut être vectrice d'adhésion et engagement dans les activités proposées ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Savoir si la confiance peut être vectrice d'adhésion et engagement dans les séances proposées
26		Identité individuelle de la personne	De manière générale lorsqu'une personne refuse de participer à une activité proposée :	Question à choix multiples : <ul style="list-style-type: none"> • Vous respectez son choix de ne pas participer • Vous tentez de la convaincre de participer (car intérêt thérapeutique...) • Vous acceptez ce choix et tentez de proposer une autre activité • Autre : 	Mesurer la tendance du respect du choix de la personne quant à sa participation

27	Approche centrée sur la personne		Globalement, à quelle fréquence proposez (ou proposiez)-vous des séances de groupes favorisant les relations sociales ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Identifier la fréquence à laquelle l'ergothérapeute favorise les relations interpersonnelles de la personne
28			Les activités proposées au cours de vos séances sont-elles en lien avec les centres d'intérêts passés de la personne ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer la fréquence à laquelle l'ergothérapeute prend en compte l'histoire de vie et les goûts de la personne dans la conception des activités qu'il propose
29		Soins centrés sur la personne atteinte de démence	A quelle fréquence estimez-vous inclure l'entourage de la personne dans des activités et son processus de soin ? (choix de matériel, participation à des repas...)	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Mesurer le degré de collaboration avec l'entourage et son inclusion dans le processus de soin de la personne
30	Approche centrée sur la personne		Considérez-vous que l'approche centrée sur la personne est appliquée en pluridisciplinarité dans l'établissement dans lequel vous exercez (ou exerciez) ? (équipes soignantes et dirigeants hiérarchiques)	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Evaluer la fréquence de l'application de la philosophie d'approche centrée sur la personne en pluridisciplinarité

31			L'EHPAD dans lequel vous exercez (ou exerciez) a-t-il proposé une formation aux soins centrés sur la personne à tout le personnel ?	Réponse dichotomique : « Oui »/ « Non »	Connaitre le tendance de formation du personnel aux soins centrés sur la personne
32		Soins centrés sur la personne atteinte de démence	Si oui, quelle formation/ technique/ méthode a été proposée ?	Question ouverte non obligatoire	Connaitre le type de formation proposée par l'établissement
33			L'EHPAD dans lequel vous exercez créé-t-il des espaces sécurisants, agréables et adaptés à la personne dans lesquels elle peut circuler et agir de manière spontanée ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Identifier si la structure inclue le contexte environnemental dans son approche centrée sur la personne
34			L'équipe pluridisciplinaire procède-t-elle précocement à un entretien d'entrée détaillé afin de connaitre au mieux la personne ainsi que son histoire de vie ?	Echelle numérique 0 = jamais 10 = toujours	Savoir si l'ergothérapeute, en collaboration avec l'équipe procède à un recueil de données sur les éléments de vie de la personne, précocement afin que la transition avec le domicile soit rapide et que l'équipe

					connaisse rapidement la personne
35	Approche centrée sur la personne et pratique professionnelle	Facilitateurs/obstacles rencontrés par l'ergothérapeute	S'il y en a, quels obstacles peuvent impacter l'utilisation d'une approche centrée sur la personne dans votre pratique ?	Question ouverte non obligatoire	Connaitre la perception de l'ergothérapeute vis-à-vis des facteurs influençant la mise en place de l'ACP dans sa pratique
36			Selon vous, quels facteurs peuvent être facilitateurs à l'utilisation d'une approche centrée sur la personne dans votre pratique ?	Question ouverte	
37	Expression libre		Avez-vous des remarques particulières ou informations complémentaires à ajouter ?	Question ouverte non obligatoire	Recueillir des retours d'ergothérapeutes ou des collecter des informations non abordées dans les rubriques du questionnaire

Annexe 7 : Questionnaire en ligne de la recherche

"Ergothérapie en EHPAD : pratique professionnelle, approche centrée sur la personne et maladie d'Alzheimer"



Bonjour ,

Actuellement étudiante en dernière année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la thématique suivante : "l'utilisation de l'approche centrée sur la personne dans la pratique de l'ergothérapeute exerçant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD".

Ce questionnaire s'adresse donc à tout ergothérapeute exerçant, ou ayant exercé, en EHPAD durant au minimum six mois auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'objectif est de recueillir des informations sur la pratique singulière de chaque ergothérapeute. Pour cela, je vous prie de répondre aux questions avec le plus de transparence possible. L'anonymat sera préservé et aucun jugement de valeur ne sera porté à vos réponses.

Le questionnaire comporte 37 questions et peut être complété en 15-20 minutes.

Consentement et données socio-professionnelles



Description (facultative)

1) Etes-vous ergothérapeute ? *

- Oui
- Non

2) Acceptez-vous de participer à cette recherche ? *

- Oui
- Non

3) Etes-vous : *

- Un homme
- Une femme

⋮

4) Etes-vous ergothérapeute exerçant ou ayant exercé en EHPAD durant au moins six mois ? *

- Oui
- Non

5) Prenez-vous (ou preniez-vous) en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ? *

- Oui
- Non

⋮

6) A quelle fréquence exercez-vous (ou exerciez-vous) dans la structure ? *

- A temps plein (100%)
- A mi-temps (50%)
- Autre...

⋮

7) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ? *

L'année doit comporter quatre chiffres

Réponse courte

8) Dans quel Institut de Formation en Ergothérapie avez-vous réalisé vos études et obtenu votre diplôme ? *

Réponse courte

35) S'il y en a, quels **obstacles** peuvent impacter l'utilisation d'une approche centrée sur la personne dans votre pratique ?

Réponse longue

36) Selon vous, quels facteurs peuvent être **facilitateurs** à l'utilisation d'une approche centrée * sur la personne dans votre pratique ?

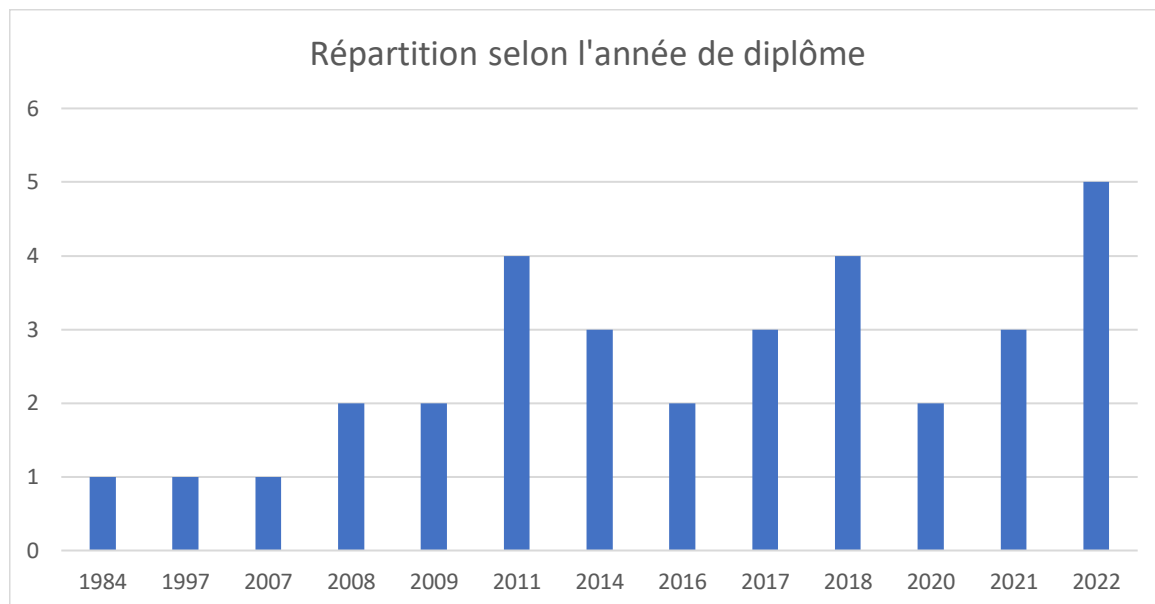
Réponse longue

37) Avez-vous des remarques particulières ou informations complémentaires à ajouter ?

Réponse longue

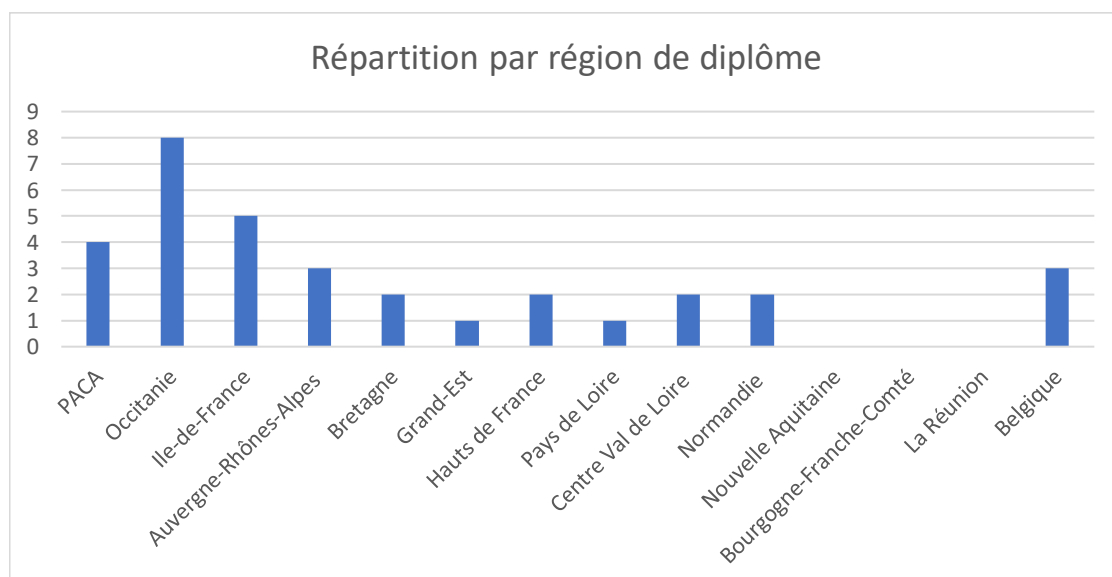
Annexe 8 : Catégorisation des données descriptives

Question 7 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?



Nous constatons qu'un seul ergothérapeute dit avoir été diplômé dans les années 1980 (en 1984), puis un seul également dans les années 1990 (en 1997). Puis, cinq ergothérapeutes ont été diplômés dans les années 2000 (de 2007 à 2009). Enfin, tous les autres ont obtenu le diplôme après 2010, entre 2011 et 2022, après la réforme de la formation.

Question 8 : Dans quel Institut de Formation en Ergothérapie avez-vous réalisé vos études et obtenu votre diplôme ?



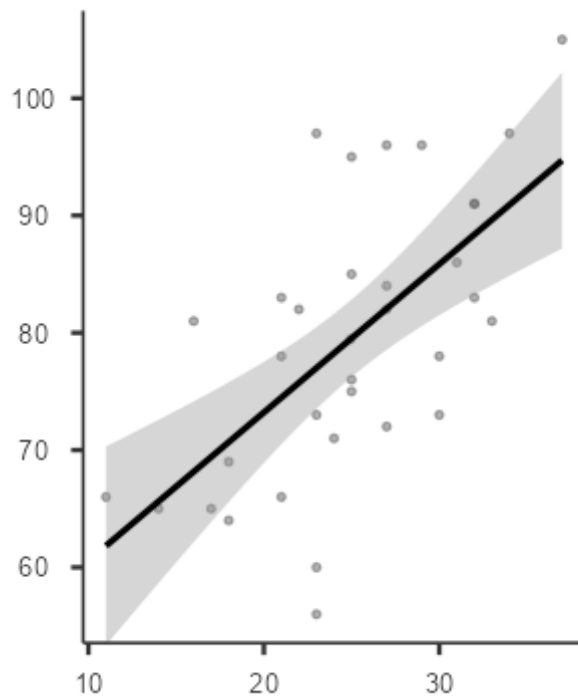
Annexe 9 : Test statistique de l'hypothèse générale

Matrice de corrélation

>

Matrice de corrélation

		total pratique/40	Total ACP/120
total pratique/40	r de Pearson	—	
	valeur p	—	
Total ACP/120	r de Pearson	0.631	—
	valeur p	< .001	—

Tableau de corrélation de PearsonNuage de points entre la variable pratique de l'ergothérapeute et approche centrée sur la personne

Annexe 10 : Test statistique de l'hypothèse secondaire

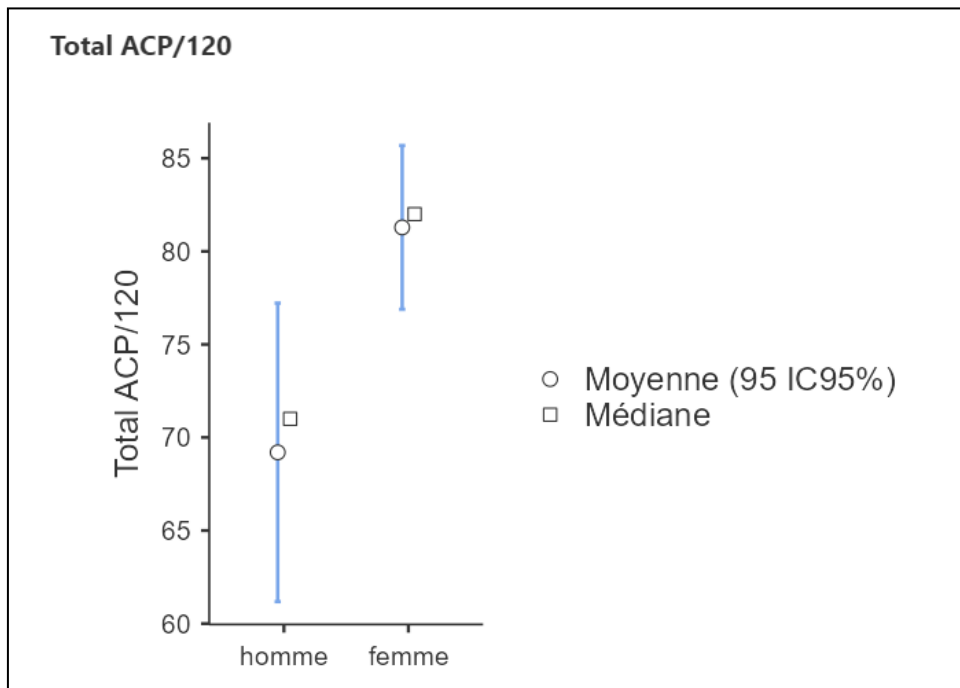
Test t pour échantillons indépendants

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Total ACP/120	t de Student	-2.15	31.0	0.039

Note. $H_a \mu_{\text{Un homme}} \neq \mu_{\text{Une femme}}$

Tableau du test T étudiant l'influence du genre sur l'approche centrée sur la personne



Graphique représentatif de l'utilisation de l'ACP selon le genre

Annexe 11 : Tableau de distribution des valeurs critiques du test T(49)

Tableau A.2							
Distribution des valeurs critiques de la statistique t (suite)							
<i>Hypothèse bi caudale (non directionnelle)</i>				<i>Hypothèse uni caudale (directionnelle)</i>			
<i>dl</i>	Seuil alpha (p <)			<i>dl</i>	Seuil alpha (p <)		
	0,05	0,01	0,001		0,05	0,01	0,001
25	2,060	2,787	3,725	25	1,708	2,485	3,450
26	2,056	2,779	3,707	26	1,706	2,479	3,435
27	2,052	2,771	3,689	27	1,703	2,473	3,421
28	2,048	2,763	3,674	28	1,701	2,467	3,408
29	2,045	2,756	3,660	29	1,699	2,462	3,396
30	2,042	2,750	3,646	30	1,697	2,457	3,385
32	2,037	2,738	3,622	32	1,694	2,449	3,365
34	2,032	2,728	3,601	34	1,691	2,441	3,348
36	2,028	2,719	3,582	36	1,688	2,434	3,333
38	2,024	2,712	3,566	38	1,686	2,429	3,319
40	2,021	2,704	3,551	40	1,684	2,423	3,307
45	2,014	2,690	3,520	45	1,679	2,412	3,281
50	2,009	2,678	3,496	50	1,676	2,403	3,261
55	2,004	2,668	3,476	55	1,673	2,396	3,245
60	2,000	2,660	3,460	60	1,671	2,390	3,232
65	1,997	2,654	3,447	65	1,669	2,385	3,220
70	1,994	2,648	3,435	70	1,667	2,381	3,211
75	1,992	2,643	3,425	75	1,665	2,377	3,202
80	1,990	2,639	3,416	80	1,664	2,374	3,195
85	1,988	2,635	3,409	85	1,663	2,371	3,189
90	1,987	2,632	3,402	90	1,662	2,368	3,183
95	1,985	2,629	3,396	95	1,661	2,366	3,178
100	1,984	2,626	3,390	100	1,660	2,364	3,174

Résumé

Actuellement, plus de 900 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer en France. Le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD est d'accompagner les résidents dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, tout en préservant leurs capacités fonctionnelles et cognitives en proposant une approche centrée sur la personne. L'objectif de cette étude est d'étudier l'influence de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute sur l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Une méthode différentielle quantitative est réalisée par le biais d'un questionnaire auprès de 33 ergothérapeutes en EHPAD. On trouve un lien de corrélation significatif entre la pratique professionnelle et l'approche centrée sur la personne ($r=0,631$, $p<0,001$). Une différence statistiquement significative semble également exister entre l'utilisation de l'approche centrée sur la personne par les hommes et par les femmes ($t=-2,15$, $p<0,05$). Les facteurs composant la pratique de l'ergothérapeute pourraient avoir une influence sur l'utilisation de l'approche centrée sur la personne auprès du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, l'échantillon étant non-probabiliste, les résultats ne pourront pas être affirmés.

Mots clefs : Ergothérapie, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Alzheimer, Approche centrée sur la personne, Pratique professionnelle

Abstract

Currently, more than 900,000 people in France are affected by Alzheimer's disease. The role of the occupational therapist in nursing homes is to support the residents in carrying out their daily activities, while preserving their functional and cognitive abilities, by proposing a person-centred approach. The aim of this study is to investigate the influence of the occupational therapist's professional practice on the use of the person-centred approach with residents with Alzheimer's disease. A quantitative differential method was used to conduct a questionnaire with 33 occupational therapists in nursing homes. A significant correlation was found between professional practice and the person-centred approach ($r=0.631$, $p<0.001$). A statistically significant difference also appears between the use of the person-centred approach by men and women ($t=-2.15$, $p<0.05$). The factors that make up practice of the occupational therapist could have an influence on the use of the person-centred approach with the resident with Alzheimer's disease. However, as the sample was non-probabilistic, the results cannot be confirmed.

Key words : Occupational therapy, Nursing home, Alzheimer, Person-centred approach, Professional practice

Directrice de mémoire & Référente Professionnelle : Catheline Blanc et Laurie Henocque

Nombre de pages du Mémoire : 99 pages