



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation - Formation en Ergothérapie

Emma, GRILLOT

UE 6.5 : Mémoire d'initiation à la
recherche

22 mai 2023

**Comment l'ergothérapeute agit sur l'environnement social pour favoriser
la sécurité des résidents souffrants de troubles cognitifs, lors de leurs
déplacements ?**

Sous la direction de Géraldine DESPRES / Vincent LOUIT

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier ma directrice de mémoire, Géraldine DESPRES, pour son intérêt et implication au sein de mon sujet et son accompagnement au sein de notre formation.

Je remercie mon référent professionnel, Vincent LOUIT, pour sa bienveillance, son conseil et son aide sur mon mémoire.

Merci également à Catheline BLANC, Julien PAVÉ, Anaïs GIRAUDIER et Sophie ALBUQUERQUE pour leur implication à toute épreuve pour notre formation. Merci également l'équipe administrative de la formation.

Je tiens à remercier les participants ergothérapeutes de ce mémoire, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie mes amies Marine, Linda, Morgane, Saskia, Stella et Marie d'avoir partagé quasi quotidiennement, ces belles années avec moi et qui ont rendu mes jours plus joyeux.

Ainsi que mes amis Fanny, Tristan et Marine dont le soutien a été sans failles, malgré la distance.

Je tiens à remercier Mathis pour son soutien, son réconfort et sa présence durant toutes ces années.

Et enfin, merci de tout cœur à ma famille, pour leur amour sans failles depuis toujours, leurs encouragements et leur accompagnement durant toutes ces années éloignées d'eux.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Contexte.....	1
1.1.1	Point de rupture et émergence du thème.....	1
1.2	Thématique.....	2
1.2.1	Champs disciplinaires	3
1.3	Résonance du thème.....	3
1.3.1	Utilité	3
1.3.2	Enjeux	3
1.3.3	Question socialement vive	4
1.4	Méthodologie de la revue de littérature.....	5
1.4.1	Mots clefs.....	5
1.4.2	Equations de recherche	5
1.4.3	Critères d'inclusion/ d'exclusion	6
1.4.4	Bases de données	7
1.4.5	Articles retenus	7
1.5	La revue de littérature.....	7
1.5.1	L'autodétermination des personnes âgées	8
1.5.2	Les causes du manque d'autodétermination des personnes âgées en EHPAD.....	10
1.5.3	Les bienfaits de l'autodétermination de la personne âgée	13
1.5.4	Synthèse de la revue de littérature	14
1.5.5	Limites de la revue de littérature	14
1.6	L'enquête exploratoire	15
1.6.1	Les objectifs généraux et spécifiques	15
1.6.2	La population ciblée.....	16
1.6.3	Les sites d'exploration	16
1.6.4	Le choix de l'outil de recueil de données	16
1.6.5	Anticipation des biais.....	17
1.6.6	Construction de l'outil de recueil de données.....	18
1.6.7	Le choix des outils d'analyse des données	18
1.6.8	Le test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête.....	19
1.6.9	Le déroulement de l'enquête.....	19
1.6.10	Les résultats	20
1.6.11	L'analyse critique de l'enquête.....	25
1.7	La question initiale de recherche.....	26

1.8	Le cadre de référence	26
1.8.1	L'autonomie.....	26
1.8.2	La qualité de vie.....	29
1.8.3	L'environnement.....	32
1.8.4	Recontextualisation théorique.....	35
1.9	La question et l'objet de recherche.....	35
1.9.1	La question de recherche	35
1.9.2	L'objet de recherche	36
2	Matériel et Méthode	36
2.1	Le Choix de la méthode de recherche	36
2.1.1	Type de l'étude	36
2.1.2	Nature de l'étude :.....	36
2.1.3	Questionnements éthiques	37
2.1.4	Attendus des critères issus de la matrice théorique	37
2.1.5	Les objectifs généraux et spécifiques	38
2.2	La Population ou matériel	38
2.2.1	Choix argumenté du matériel.....	38
2.2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	39
2.3	Le Cadre d'écoute	39
2.4	Construction du dispositif de recherche	39
2.4.1	Les sites d'exploration	40
2.4.2	Les modalités d'accès au terrain	40
2.4.3	Le Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données	40
2.4.4	L'anticipation de ses biais et les stratégies pour les contrôler/atténuer	41
2.4.5	La construction de l'outil théorisé de recueil des données	43
2.4.6	Le Choix des outils de traitement et d'analyse des données.....	43
3	Résultats	44
3.1	Analyse descriptive	44
3.1.1	Comparaison des répondantes.....	45
3.2	Analyse thématique	46
3.2.1	Analyse verticale.....	46
3.2.2	Analyse horizontale	55
4	Discussion des données	58
4.1	Interprétation des résultats.....	58
4.1.1	Revue de littérature	58

4.1.2	Recherche.....	59
4.2	Éléments de réponse à l’objet de recherche	59
4.3	Critique et limites du dispositif	60
4.4	Apports, et intérêts pour la pratique professionnelle.....	61
4.5	Prospectives de recherches	62
4.6	Projection professionnelle	63
5	Bibliographie	64
	Annexes :	71
	Annexe n°1 : Tableau de résultat des bases de données.....	71
	Annexe n°2 : Tableau de revue de littérature	72
	Annexe n°3 : Matrice d’entretien semi-directif de l’enquête exploratoire.....	78
	Annexe n°4 : Autorisations de participation à l’enquête exploratoire exemple	80
	Annexe n°5 : Autorisations d’enregistrement exemple	81
	Annexe n°6 : Tableau de synthèse des résultats de l’enquête exploratoire.....	82
	Annexe n°7 : Tableau d’analyse thématique de l’enquête exploratoire	84
	Annexe n°8 : Pyramide de Maslow (56)	92
	Annexe n°9 : Modèle de Bronfenbrenner.....	93
	Annexe n°10 : Modèle de l’Occupation Humaine	94
	Annexe n°11 : Modèle Transactionnel de l’Occupation	95
	Annexe n°12 : Matrice théorique	96
	Annexe n°13 : Guide d’entretien semi-directif de recherche	100
	Annexe n°14 : Proposition d’adaptation du cadre en entretien	105
	Annexe n°15 : Notice d’information	106
	Annexe n°16 : Autorisation de participation à l’étude et d’enregistrement audio	107
	Annexe n°17 : Tableau d’analyse thématique	108

Liste des abréviations :

A –

- ADL : De l'anglais « Activities of Daily Living » ou « Activités de la Vie Quotidienne » en français (AVQ)
- AFEG : Association Française de Ergothérapeutes en Gériatrie
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- AS : Aide-soignant/e
- ASG : Assistant/e de Soins en Gériatrie
- AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

E –

- EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

G –

- GIR : Groupe Iso-Ressources, degré de dépendance

H –

- HAS : Haute Autorité de Santé

I –

- IADL : De l'anglais « Instrumental Activities of Daily Living » ou « Activités instrumentales de la vie quotidienne » en français (IAVQ)
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

M –

- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

N –

- NA : Non applicable

O –

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OTRD : Outil Théorisé de Recueil de Données

P –

- PA : Personne âgée / Personnes âgées
- PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

R –

- RL : Revue de Littérature

U –

- UP : Unité Protégée
- UVP : Unité de Vie Protégée

W –

- WFOT: World Federation of Occupational Therapists

1 Introduction

1.1 Contexte

Nous allons tout d'abord vous introduire le contexte dans lequel a émergé ce sujet de mémoire.

1.1.1 Point de rupture et émergence du thème

Durant le stage professionnel de début de deuxième année, nous avons observé, malgré l'engagement de l'ergothérapeute au profit de l'indépendance des personnes âgées (PA) dans leurs occupations, les résidents se retrouvaient régulièrement contraints à réaliser des occupations à des horaires qui ne leur convenait pas, ou même des occupations qu'ils n'avaient pas envie de réaliser. En effet, les résidents étaient motivés et encouragés à réaliser le maximum de soins personnels par eux-mêmes.

Cependant, si certains des résidents âgés de l'établissement étaient coopératifs, d'autres exigeaient des soins et une aide totale pour des actions qu'ils étaient encore capables de réaliser en donnant pour raison que leur famille « payait pour qu'on s'occupe d'eux » (répondant à une certaine logique de service). Nous pouvons prendre pour exemple l'occupation « se doucher dans la salle de bain avec l'aide-soignante (AS) à 10h », que certaines personnes âgées ne veulent pas réaliser, ou préféreraient que les soignants réalisent cette activité pour elles (être passive en se douchant). Le résident veut alors réaliser ses propres choix, les affirmer, sans influences extérieures, et ceci est parfois difficile à accepter pour les soignants. Cette notion de choix du résident se nomme alors l'autodétermination selon l'Unapei (1).

Cette problématique m'a interrogé, car la profession d'ergothérapeute a également pour valeur et objectif de favoriser l'autonomie. En effet selon le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986, l'ergothérapeute est habilité à réaliser des actes professionnels ayant pour but de favoriser le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social d'un patient (2). L'ergothérapeute au sein de son champ de compétences, essaye de maintenir le niveau d'autonomie et de dépendance des résidents par le biais d'occupations qui touchaient aux soins personnels, afin que l'état de santé des personnes âgées ne se détériore pas.

Selon Tronto, le « cure », en tant que soin technique et le « care », défini par le « prendre soin », qui sont dans la théorie complémentaires, se retrouvent là en opposition de par les enjeux de sécurité, l'obligation de soin et la notion de liberté de choix de la personne.

Nous trouvons donc là notre point de rupture entre la théorie et la réalité.

Notre problématique professionnelle est donc la suivante :

Problématique professionnelle :

Comment mettre en place une collaboration entre l'ergothérapeute et le résident âgé en EHPAD au sujet de son autodétermination ?

1.2 Thématique

Ce point de rupture soulève donc la thématique suivante :

La difficulté des résidents âgés d'établissement en hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à disposer de leur capacité d'autodétermination au sein de leurs occupations.

Les termes de cette thématique vont désormais être définis et éclaircis.

Dans un premier temps, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), nous définissons une « personnes âgées » comme personne de plus de 60 ans (3).

Dans un second temps, nous utiliserons l'acronyme « d'EHPAD » afin de qualifier « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Les personnes âgées qui y vivent seront appelées les « résidents » et sont pour la plupart en perte d'autonomie et d'indépendance.

Ensuite, par autonomie, nous considérons que l'autonomie s'évalue par le degré de dépendance de la grille AGGIR (4) selon la cotation GIR ¹(du GIR 1 au GIR 6).

Selon Unapei, la capacité « d'autodétermination » est la possibilité d'une personne de faire ses propres choix, de les affirmer, sans influence extérieure sur ceux-ci. Cette philosophie peut impliquer que la personne puisse prendre des risques pour apprendre de ses erreurs (1). C'est une notion qui peut être rapprochée de l'autonomie décisionnelle.

Enfin, pour définir « l'occupation », nous allons emprunter la définition de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) : « L'occupation représente toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours » (5).

¹ GIR : Groupe iso-ressources, relatif au degré de dépendance

1.2.1 Champs disciplinaires

Ce point de rupture et ce thème évoquent différents champs disciplinaires qui sont les suivants :

- Ce thème appartient à la discipline de l'**ergothérapie**, car intègre en lui-même la pratique ergothérapeutique, il intègre donc les sciences de l'occupation humaine.
- Ce thème appartient au domaine de la **sociologie** car évoque la relation entre soignants / thérapeutes et résident. Il fait appel à la notion de « *care* » selon Tronto (6).
- Ce thème appartient également au domaine de la **psychologie** car interroge le bien-être et la santé mentale des personnes âgées.
- Ce thème évoque le champ disciplinaire de la **médecine** car concerne les soins en santé. Il concerne en effet le concept du « *cure* » selon Tronto (6).
- Ce thème questionne également le champ disciplinaire du **management**, car l'autodétermination des personnes âgées d'un établissement est dépendante de l'organisation du lieu d'hébergement.

1.3 Résonance du thème

Nous allons désormais débattre de l'intérêt de ce sujet et de mon objectivité quant à celui-ci.

1.3.1 Utilité

Ce mémoire de recherche aidera à préciser le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD. Cela aidera notamment à légitimer les actes des ergothérapeutes en EHPAD et à argumenter la pratique. Dans ce but, une recherche ainsi qu'une revue de littérature pourra aider des ergothérapeutes à adopter une pratique appuyée sur des données probantes. Ce mémoire de recherche aura donc pour but de former et informer d'autres professionnels.

Elle présente également une utilité sociale, afin de mieux accompagner les résidents en EHPAD et favoriser une meilleure justice occupationnelle.

1.3.2 Enjeux

Nous allons désormais étudier les enjeux de ce sujet. Dans un premier temps, ce thème possède un intérêt **social**. En effet, selon l'INSEE, la population française est vieillissante (7). En 2040, la proportion des personnes de 65 ans ou plus serait en très forte hausse : à cette date, environ un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus.

Dans un second temps cette revue intègre la notion d'enjeux **professionnels**, au sujet de la pratique en ergothérapie, et la prise en soin de la population âgée. En effet, Selon Lisbeth Charret et Sarah Thiébaud Samson, l'ergothérapie serait une profession qui a émergé il y a moins de cent ans (8). L'ergothérapie est donc une profession récente, encore sujette à des évolutions de pratique. Cette revue de littérature servira donc également d'analyse de la pratique de l'ergothérapeute travaillant en gériatrie.

Ensuite, cette revue possède un intérêt en termes d'enjeux **sanitaires**. En effet, ce sujet interroge la prise en charge des personnes âgées de ce contexte de vieillissement de la population.

Cette thématique possède un enjeu **éthique et de bien-être**, à travers la prise en soin des sujets âgés. En effet, selon le Commissaire aux droits de l'homme, la personne en situation de handicap a le droit liberté de choix (9). La question de la maltraitance des sujets âgés en EHPAD est une question éthique à la fois vieille, mais aussi actuelle et d'avenir, comme il le sera abordé au sein de cette revue de littérature.

La revue soulève également des enjeux **socio-professionnels** car questionne la pratique de l'ergothérapie et son impact sur le bien-être du résident comme l'évoque Margaux Gimenez (10). De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) stipule que l'ergothérapeute et les autres professionnels d'établissement sanitaires et médico-sociaux sont concernés par la recommandation suivante : maintenir la liberté d'aller et venir du patient (11). La HAS entend cette définition comme « le droit du patient de prendre ses décisions lui-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement d'hébergement ».

Des enjeux **économiques** sont aussi soulevés, en effet, la question du coût de la santé en institution est lui également évoqué.

Enfin, cette revue aborde des enjeux de **management**. En effet, la question de la gestion et de l'organisation du personnel, et une certaine question économique, sera formulée au sein de cette revue par l'étude de Geraldine Boyle (12). Nous verrons que la politique d'établissement peut-être également un élément frein à l'autodétermination des résidents.

1.3.3 Question socialement vive

Ce thème fait référence à une question socialement vive d'une part par l'évolution démographique tendant vers un vieillissement de la population française (selon l'INSEE) (13). D'autre part par la question récurrente de la maltraitance en EHPAD. En effet, en 2030, d'après

la HAS, une personne sur trois aura plus de soixante ans, assortie d'une augmentation de la perte d'autonomie chez le sujet âgé (14). Dans ce cadre, la prise en soin est toujours d'actualité et à l'origine de guides de bonnes pratiques, comme celui de l'Inserm ou de la HAS sur la prise en soin de la personne âgée en établissement de santé (15,16). Ces enjeux mènent à la naissance de nombreux dispositifs, tel de « EHPAD Hors les Murs » porté par l'Agence Régionale de la Santé, permettant une externalisation de certaines prestations (17).

Cette interrogation soulève également la notion de bien-être, de choix et de la prise en charge de nos aînés quant aux soins qui leur sont fournis. La maltraitance des personnes âgées en EHPAD est notamment un sujet qui est souvent abordé dans les médias. Nous pensons à la récente enquête de V. Castanet traitant de la maltraitance au sein des EHPAD appartenant à un groupe privé, et notamment relayé par France Info (18,19). Cette polémique questionne la notion de choix des sujets âgés, et de libre-arbitre au sujet de la santé.

1.4 Méthodologie de la revue de littérature

Les étapes de la formation de la revue de littérature vont désormais être décrites.

1.4.1 Mots clefs

Les mots-clefs qui constitueront les équations de recherches seront tirés de notre thématique et du vocabulaire spécifique pour qualifier la population à laquelle nous voulons nous adresser, son lieu d'habitation spécifique et le sujet qui m'intéresse avec cette population. La traduction de ces mots-clefs en anglais est assurée par le traducteur MeSH bilingue (20).

En français, les termes « **Activité** », « **occupation** » et « **ergothérapie** » ont été choisis, pour faire appel aux sciences de l'occupation et à la pratique ergothérapique. Les termes « **EHPAD** » et « **personne âgée** » se rapportent à la population d'étude qui m'intéresse et son lieu d'habitation. Enfin, les termes « **liberté** », « **choix** », « **engagement** » et « **autodétermination** » sont des mots qui font référence au sujet qui sera abordé.

En anglais, les mots-clefs sont les suivants : « **Activity** », « **occupation** », « **engagement** », « **self-determination** », « **care home** », « **nursing home** », « **old person** », « **elderly person** », « **Free** » et « **choice** ».

1.4.2 Equations de recherche

Afin de cibler nos recherches, ces trois équations de recherches seront utilisées :

- 1ere équation en français : ((« Activité » OR « occupation* » OR « Ergothérap* ») AND (« Engagement » OR « Autodétermination ») AND (« EHPAD » OR « personne âgée »)) AND (« liberté » OR « choix »)
- 2nde équation en anglais: ((« Activity » OR « occupation » AND (« engagement » OR « self-determination ») AND (« care home » OR « nursing home » OR « old person » OR « elderly person »)) AND (« Free » OR « choice »).
- 3eme équation davantage exhaustive: (« Activity » OR « occupation » OR « engagement » OR « self-determination » OR « care home » OR « nursing home » OR « old person » OR « elderly person » OR « free » OR « choice » AND « occupation ») NOT « pediatric ».

Le choix de l'équation de recherche dépend du nombre de ressources auquel a accès la base de données, de sa disponibilité ou non en français. Il est à noter qu'au moins une équation de recherche en anglais a été utilisée sur chaque base de données.

Pour le choix de nos opérateurs booléens, l'opérateur « OR » aura été choisi lorsque nous souhaitons élargir nos recherches et inclure davantage de résultats sur la même thématique. L'opérateur booléen « AND » aura lui été choisi pour affiner nos recherches dans des thématiques plus précises. L'opérateur « NOT » aura, quant à lui, été utilisé pour exclure certaines populations de nos recherches.

1.4.3 Critères d'inclusion/ d'exclusion

Pour les critères d'inclusion, seront sélectionnées les études portant sur les occupations des personnes âgées vivant en EHPAD, mais les articles scientifiques portant sur les occupations des personnes âgées n'y résidant pas seront inclus. En effet, durant notre revue nous voudront comparer l'autodétermination des personnes en EHPAD à celles de personnes âgées ne s'y étant pas installés. Des recherches en français et en anglais seront également incluses.

Pour les critères d'exclusions, seront exclus les articles centrés sur une population âgée atteinte d'un trouble spécifique, car ces études ne pourront pas représenter l'ensemble la population âgée en EHPAD.

Comme le manque d'autodétermination des personnes âgées en EHPAD est une problématique de longue date, nous garderons tous les articles datant d'après les années 1950.

1.4.4 Bases de données

Dans un premier temps, j'ai utilisé la base de données « PubMed », afin de trouver des articles sur des revues répondant au domaine médical (21). Le thème répond également d'un enjeu de santé publique, c'est pourquoi « EM-Premium » a été également sélectionné pour réaliser les recherches (22). Comme il répond également à des questions de science humaines et sociales, les bases de données « Cairn » et « Wiley Online Library » ont elles aussi été utilisées (23,24). Comme il l'a été soulevé, le domaine de la psychologie est aussi concerné par ce sujet, la base de données « Psychinfo » sera usité (25). Et enfin, cette revue relève du champs des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie, la base de données « OT Seeker » sera elle aussi sollicitée (26). Enfin, Enfin nous pouvons rapporter l'usage de « Google scholar » afin d'obtenir une liste exhaustive d'écrits, et d'articles scientifiques (27). Un tableau de bases de données sera disposé en annexe (Voir Annexe 1 p. 71).

Même si les équations de recherches n'ont pas été fructueuses avec certaines bases de données, car parfois non compatibles, des mots-clefs simples nous aurons permis de retenir tout de même douze articles. Ce nombre s'explique par le fait que certains articles apparaissent dans plusieurs bases de données. Après retrait des doublons nous retenons donc un total de douze articles.

1.4.5 Articles retenus

De ces douze articles sélectionnés, onze sont issus de recherches, un d'écrit professionnel (aucun de littérature grise) et constitueront notre revue de littérature. Les articles sélectionnés seront synthétisés et résumés au sein du tableau de revue de littérature (Voir Annexe 2 p. 72). Afin d'analyser leur niveau de scientificité, nous nous baserons sur la classification SJR : Scimago Journal & Country Rank (28). Si une classification du journal n'est pas disponible, nous nous intéresserons au respect des normes écrites dites « IMRAD » (respect du format : introduction, méthode, résultats, et discussion) de chaque article. Selon ces critères, nous avons donc retenus onze articles présentant un haut niveau de preuves.

1.5 La revue de littérature

La revue de littérature va désormais être présentée, au regard des articles et documents sélectionnés. Son organisation s'est réalisée après avoir fait un état des lieux de toutes les données probantes recueillies.

1.5.1 L'autodétermination des personnes âgées

Nous aborderons, dans un premier temps par le biais d'études, le sujet de l'autodétermination des personnes âgées.

❖ Constat des capacités d'autodétermination dont peuvent se saisir les résidents en EHPAD

Plusieurs études apportent des données probantes au sujet de l'autodétermination des résidents en EHPAD. Tout d'abord, l'étude de J. Palmer, V. Parker, D. Berlowitz, A. Lynn et C. Hartmann montre également que la réalisation des vœux des personnes âgées n'est pas optimale (29).

De plus, une étude menée par G. Boyle montre que l'autonomie décisionnelle est moins élevée en EHPAD (12). Les personnes âgées, à travers le soin, subiraient également davantage d'atteintes à leur vie privée.

En effet, l'étude de R. Schenel, A. Ozanne, S. Strang et I. Henoch, montre que le personnel soignant a tendance à négliger les préférences des personnes âgées en faveur de leurs pratiques (30).

Les clefs de l'autodétermination en EHPAD seraient alors selon eux :

- La considération des personnes âgées comme compétentes
- La mise en place de la relation de confiance entre le patient et le personnel
- Une écoute active des employés
- De donner l'opportunité aux personnes âgées de mener des actions significatives
- De leur rendre le pouvoir de leur vie et enfin de planifier avec eux leur fin de vie (30).

Ensuite, selon M. Ladiesse, les établissements rencontrent des difficultés au sujet du respect du libre déplacement des résidents, notamment dans les services de psychogériatrie et dans les unités d'hébergement renforcées (UHR) (31). Cet écrit se limite par son manque de données probantes, mais se distingue par une mise en relation de l'expérience professionnelle avec les écrits de recommandation.

Les écrits sélectionnés sont donc tous en accord pour déclarer que les personnes âgées en EHPAD ne bénéficient pas au mieux de leur capacité d'autodétermination. Ce constat est donc cohérent avec le point de rupture observé en stage professionnel.

Nous pouvons cependant nous demander depuis quand ce constat est se vérifie et si les évènements récents n'ont pas influé sur la possibilité des résidents d'exercer de leur autodétermination.

❖ **Le manque d'autodétermination en EHPAD, un sujet actuel**

En lien avec la résonance du thème, les études qui abordent le sujet de l'autodétermination des personnes âgées comme un sujet d'actualité vont être abordées.

Nous pouvons en effet explorer les conséquences du COVID-19 sur la liberté des personnes âgées. Selon M. Ladiesse, la pandémie aurait majoré la restriction de liberté des personnes âgées (31). De plus, le vote du parlement du 22 mars 2020 déclarant « L'État d'urgence sanitaire » eut un impact négatif sur la liberté d'aller et venir des résident (32).

Pour compléter, au regard d'une autre échelle temporelle, l'étude de A. Phelan montre que les premières études sur la maltraitance dans les foyers de soins en Irlande remontent aux années 1960-1970 (33).

Selon M. Ladiesse, la problématique de liberté d'aller et venir pour une personne âgée en EHPAD était déjà un sujet préexistant. En effet, pour des raisons médicales, de santé et des contraintes organisationnelles, les résidents ont été contraints de rester pour la plupart dans leur chambre.

Enfin, toutes les études s'accordent sur l'actualité de ce sujet mais aussi sur son existence depuis de nombreuses années. Paradoxalement, selon A. Phelan, les études sur la maltraitance en EHPAD restent rares et ont tendance à se concentrer sur la perpétration d'abus de maltraitance physique et/ou morale par le personnel (31). Il serait alors intéressant pour compléter ce thème de revue de littérature de trouver des études qui concerne la justice occupationnelle, concept assez spécifique à l'ergothérapie.

Maintenant que nous savons qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, nous pouvons nous questionner sur l'impact que possède le milieu de vie sur l'autodétermination des résidents.

❖ **L'EHPAD, facteur barrière à l'autodétermination des personnes âgées ?**

Nous allons désormais analyser l'impact que possède l'EHPAD sur l'autodétermination des résidents. Pour cela, nous comparerons l'autodétermination des personnes âgées en EHPAD et des personnes âgées dans un autre contexte. Nous ciblerons notre revue sur les études abordant le sujet de l'autodétermination des personnes âgées recevant des soins à domicile et sur celle des résidents en EHPAD, afin de pouvoir les comparer.

Selon l'étude de K. Bölenius, K. Lämås, P. Sandman, M. Lindkvist et D. Edvardsson, il y aurait une relation positive entre l'autodétermination et la qualité de vie des sujets âgés recevant des soins à domicile (34). Pour compléter, cette même étude montre tout de même que des recherches supplémentaires seraient nécessaires afin de déterminer de quelle nature est la relation qui lie ce concept et la qualité de vie des sujets âgés.

En opposition à l'idée reçue qu'une personne âgée recevant des soins à domicile posséderait davantage d'autodétermination qu'un résident en EHPAD, l'étude de G. Boyle montre qu'au contraire, celle-ci, possède moins de choix et de contrôle sur sa vie que celle en institution (Soins effectués par des personnes différentes, à horaires fixes, activités prévues à l'avance) (12). Cette privation d'autodétermination occupationnelle questionne encore une fois la notion de qualité de vie et de bien-être des personnes âgées, qu'elles soient en institution ou à domicile. En effet, quel lieu d'habitation doivent préférer les personnes âgées en perte d'autonomie si les EHPAD et le domicile ne permettent pas une autonomie décisionnelle optimale ? Quelles seraient ensuite les causes de ce manque d'autodétermination en EHPAD ?

1.5.2 Les causes du manque d'autodétermination des personnes âgées en EHPAD

Nous allons dans un second temps traiter des recherches évoquant le manque d'autodétermination des personnes âgées en EHPAD, et leur cause.

❖ **Les tensions organisationnelles de l'établissement**

Des études corroborent le fait que le manque d'autodétermination des résidents serait dû à certaines tensions organisationnelles au sein des EHPAD. C'est le cas de l'étude d'I. Evers, S. Arber, R. Luff, E. Young et T. Ellmers, qui montre que la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) des personnes âgées en institutions est très dépendante de l'organisation du personnel soignant (35). De plus, l'étude de H. Jonsson montre, pour les résidents en EHPAD, que l'attente d'aide du soignant est perçue comme une contrainte à l'autonomie décisionnelle

(36). L'étude de G. Boyle met en lumière également que le manque de personnel et l'organisation institutionnelle empêche l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dans les EHPAD.

Enfin, selon l'étude de J. Palmer, V. Parker, D. Berlowitz, A. Lynn et C. Hartmann, des tensions organisationnelles se créent entre les résidents et l'établissement concernant les routines et les politiques de l'établissement (29). Les études sont donc toutes en accord pour dire que l'autodétermination du sujet âgé en EHPAD est dépendante de l'environnement institutionnel au sein duquel il réside, des moyens financiers mis en place et du personnel présent pour accompagner.

Mais si la structure influe sur le manque d'autodétermination des résidents, existe-t-il alors d'autres facteurs ?

❖ **Les tensions relationnelles résident-employé**

Nous allons désormais analyser les données probantes concernant les tensions entre les soignants et les résidents.

Pour corroborer ce constat, l'étude de I. Hammar-Ottenvall, S. Dahlin-Ivanoff, K. Wilhelmson et K. Eklund montre que l'autodétermination possède une dimension relationnelle, ce qui signifie que la relation entre la personne qui reçoit l'aide et celle qui l'offre influence la possibilité de l'exercer (37).

À la source de ces tensions, l'étude de J. Palmer, V. Parker, D. Berlowitz, A. Lynn et C. Hartmann montre que les besoins fondamentaux d'un résident rentrent parfois en concurrence avec la réalisation du choix du résident (29). Celle-ci est non sans conséquence sur la relation de confiance résident-soignant. Pour appuyer cela l'étude de H. Jonsson montre que les résidents d'EHPAD ont peu de confiance à l'égard des employés temporaire au sujet de l'argent (36).

Pour compléter, nous pouvons mettre en lien ces articles avec l'étude de H. Byrne et D. MacLean qui montre que la présence de personnel non soignant dans les maisons de repos en Australie et en Nouvelle Zélande a un impact négatif sur la qualité de vie perçue des personnes âgées (38).

De plus, pour opter pour une évolution de la pratique professionnelle, l'étude de J. Cohen-Mansfield et A. Parpura-Gill note que l'amélioration des styles de pratique dans les EHPAD est lent et exige des connaissances, de la communication, de la souplesse, de la compréhension et une véritable préoccupation de la part du personnel et des administrateurs des maisons de soins infirmiers à tous les niveaux (39).

Cependant, une étude va à l'encontre du postulat sur la présence d'une source de tension chez les résidents lors de l'implication du personnel soignant. En effet, selon l'étude de H. Byrne et D. MacLean, la présence de personnel soignant dans les EHPAD a un impact positif sur la qualité de vie perçue des personnes âgées dans leur vie quotidienne (38).

Ce point évoqué par de nombreuses études est intéressant et n'a pas été observé lors de mon expérience professionnelle menant à mon point de rupture. J'apprends donc que les relations entre les résidents et le personnel peuvent être assez ambivalentes, ce qui va de ce fait impacter le choix de logique que vont réaliser les soignants lors de la prise en soin.

Il y aurait-il une explication à la formation de ces différentes tensions entre l'établissement, les employés et les résidents ?

❖ Deux logiques divergentes

Le manque d'autodétermination des résidents en EHPAD et les tensions observées seraient expliqués par des différences de logiques. Nous allons ici parler de la logique de choix, de la logique de soin et de logique de services. Pour définir ces termes nous allons tout d'abord nous centrer sur la définition de C. Lefève, qui stipule que la logique de choix ferait référence à l'autonomie du patient et à sa liberté à prendre des choix (40). La logique du soin est définie selon A. Mol comme étant soigner, et assurer la survie du corps humain (41). Enfin, la logique de service est une notion empruntée au marketing. Dans le soin, elle signifie que le soignant ou thérapeute doit rendre service de l'utilisateur, car il y est engagé (versement financier du résident à l'établissement qui engage le l'employé).

Dans un premier temps, l'étude de J. Palmer, V. Parker, D. Berlowitz, A. Lynn et C. Hartmann montre que les résidents se situent sur une logique de service et les soignants sur une logique de soin (29). De plus, selon M. Ladiesse, la restriction de la liberté de circuler résulte souvent de l'obligation de sécurité qui pèse sur les établissements de soins ou d'accueil (31). Cette logique résulte donc d'une logique de soin.

Pour compléter ce sujet, l'étude de I. Hammar-Ottenvall, S. Dahlin-Ivanoff, K. Wilhelmson et K. Eklund montre qu'il est nécessaire d'adopter une approche centrée sur la personne, qui met l'accent sur les préférences et les besoins des personnes âgées, afin d'améliorer leurs possibilités d'exercer leur autodétermination (37).

Enfin, aucune étude ne s'oppose au constat que les logiques du résident et du soignant soient différentes.

Ces nouvelles données probantes font appel à notre point de rupture où le patient réclamait un service car il avait payé l'établissement (différence de logique entre logique de soin et logique de service). Maintenant que nous avons synthétisé l'autodétermination en EHPAD, et ses sources possibles. Nous pouvons désormais nous demander en quoi l'autodétermination est un facteur positif sur la qualité de vie.

1.5.3 Les bienfaits de l'autodétermination de la personne âgée

Enfin, nous allons réaliser une synthèse des informations sur l'impact de l'autodétermination sur la qualité de vie.

❖ Impact positif sur la qualité de vie

Des données probantes justifient l'impact positif que peut avoir l'autodétermination sur la vie des personnes âgées.

Tout d'abord, une étude menée par I. Hammar-Ottenvall, S. Dahlin-Ivanoff, K. Wilhelmson et K. Eklund montre que des sentiments de frustration peuvent apparaître, lorsque le changement d'activité entraîne une réduction des possibilités de gouverner le corps vieillissant (37). De ce fait, une activité adaptée à la condition physique de la personne permet une amélioration de la qualité de vie.

Pour compléter, l'étude de H. Jonsson montre que les activités significatives des résidents restent inchangées à leur entrée au sein de l'EHPAD (36). Aux yeux des résidents, le maintien de ces activités leur permet également de maintenir leur identité.

Comme nous apprenons que l'autodétermination possède un impact positif sur la qualité de vie, ces nouvelles informations viennent renforcer les enjeux de bien-être de la revue. Mais nous pouvons également nous demander si une bonne autodétermination est également gage de santé.

❖ **Impact positif sur la santé**

Les études traitant de l'impact positif de l'autodétermination sur la santé vont être abordées.

La recherche de D. Maltais et M. Delisle montre que les personnes âgées recevant des soins à domicile réalisent davantage d'activités demandant un coût énergétique plus élevé lorsqu'elles ont un contrôle sur leur environnement (42). Or nous savons qu'intégrer une activité physique à son quotidien est source de santé selon le ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (43). La limite de cette étude, par rapport à mon thème de revue de littérature, est qu'elle se centre sur les personnes âgées à domicile. Une étude supplémentaire serait nécessaire afin d'élargir ces résultats et inclure les résidents d'EHPAD dans la population concernée par ces données probantes.

Comme nous apprenons que l'autodétermination possède un impact positif sur la santé, ces nouvelles informations viennent renforcer les enjeux de la revue qui relèvent de la santé.

1.5.4 Synthèse de la revue de littérature

A la suite de cette revue de littérature, nous observons différentes choses. Tout d'abord, les recherches montrent que l'autodétermination des personnes âgées en EHPAD n'est pas idéale. Ceci s'explique par la présence de plusieurs barrières comme les contraintes organisationnelles, les tensions dans les relations entre les soignants et les résidents. Celles-ci sont notamment dues à une différence de logique entre le résident qui se trouve dans « une logique de service » et le soignant se trouve lui dans « une logique de soins ». L'autodétermination possède pourtant des bienfaits sur la qualité de vie et la santé des personnes âgées.

Nous pouvons alors nous demander le rôle que joue l'ergothérapeute de la favorisation de l'autodétermination du résident.

1.5.5 Limites de la revue de littérature

Même si le thème de la revue de littérature a été abordé avec toute l'objectivité possible. Cette revue possède certaines limites liées au manque de recherches sur ce sujet.

En effet, tout d'abord, les études sélectionnées se centrent bien sur des études portées sur des populations âgées, mais celles-ci vivent parfois dans des résidences qui ne sont pas des EHPAD. Même si ces personnes âgées reçoivent malgré tout une aide humaine dans leur occupation au

sein de laquelle elles développent une dépendance, leur autonomie et leur dépendance restent supérieures à la majorité de celles des résidents d'un EHPAD classique.

Ensuite, le second biais de cette revue est que les populations âgées au centre de ces études ne souffrent pas de difficultés cognitives, car c'est une population souvent exclue des études. Or, nous savons qu'en 2018, 57% des résidents en EHPAD étaient atteints de troubles cognitifs selon la Banque des territoires (44).

Le manque global d'études sur ce sujet malgré sa résonance actuelle montre bien que ce sujet regorge d'enjeux et mériterait davantage de données probantes.

1.6 L'enquête exploratoire

Afin de vérifier les données recueillies en sein de la revue de littérature, une enquête exploratoire va être réalisée.

1.6.1 Les objectifs généraux et spécifiques

Nous allons désormais cibler les objectifs généraux et les objectifs spécifiques de notre enquête.

Objectifs généraux :

- Confronter les données scientifiques avec la réalité de terrain.
- Etayer la matrice théorique.

Objectifs spécifiques :

- Identifier le **rôle de l'ergothérapeute**,
- Repérer les **facteurs facilitateurs et facteurs barrières** ressentis par les ergothérapeutes pour permettre l'autodétermination des résidents,
- Repérer les différents **moyens** mis en place par les ergothérapeutes afin de permettre aux résidents d'user de leur autodétermination (dont résidents atteints de troubles cognitifs et comportementaux),
- **Evaluer** l'impact de ces **moyens** sur l'autodétermination du résident (évaluation normé ou subjective de l'ergothérapeute) et identifier les **outils** utilisés pour **évaluer l'autodétermination** des résidents.

1.6.2 La population ciblée

La population étudiée va désormais être précisée avec explicitation des critères d'inclusion et d'exclusion.

Au regard de la loi Jardé, la population va être centrée sur les ergothérapeutes exerçant en EHPAD. En effet, selon nos modalités d'évaluation, il est difficile d'obtenir à temps les autorisations nécessaires à une enquête auprès des résidents directement.

Pour les critères d'inclusion :

- Être ergothérapeute en France,
- Travailler auprès de personnes âgées avec ou sans troubles cognitifs,
- Posséder une expérience en EHPAD de plus d'un an.

Pour les critères d'exclusion :

- Ne pas être ergothérapeute,
- Ne pas travailler en France,
- Posséder une expérience en EHPAD inférieure à un an

1.6.3 Les sites d'exploration

Afin de mener les recherches, les EHPAD dans lesquels travaillent au moins une ergothérapeute seront choisis comme sites d'exploration. Pour cela, nous contacterons les associations en lien avec les communautés d'ergothérapeutes en EHPAD, telle que l'AFEG (Association Française de Ergothérapeutes en Gériatrie). Dans un second temps, nous appellerons directement des EHPAD et nous demanderons si nous pouvons entrer en contact avec les ergothérapeutes travaillant en leur sein.

1.6.4 Le choix de l'outil de recueil de données

Par rapport à notre sujet, notre choix d'outil de recueil de données se porte donc sur l'entretien semi-directif. Nous allons donc en décrire les avantages et inconvénients selon L. Van Campenhoudt, J. Marquet et R. Quivy (45).

Avantages :

- L'outil permet un fort degré de profondeur et de finesse des éléments d'analyse recueillis,
- « La souplesse et la faible directivité du dispositif permet de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de référence, leur langage et leurs catégories mentales » (45),
- **Coût financier** cohérent avec notre budget en tant qu'étudiante.

Inconvénients :

- Nécessite une analyse fastidieuse et le respect d'un certain nombre de règles,
- « À l'inverse, la souplesse même des méthodes d'entretien pourrait insécuriser ceux qui ne peuvent travailler avec sérénité sans directives techniques précises, de préférence quantitatives » (45),
- Nécessite de grandes qualités humaines pour permettre la gestion de l'entretien.

1.6.5 Anticipation des biais

Afin de les atténuer, les biais anticipés vont être explicités et des solutions vont être données pour les atténuer. Les stratégies d'atténuation de ces biais viennent des écrits du CEDIP (46).

❖ **Biais de la personne interrogée :**

Nous pouvons attendre un biais de désirabilité sociale, étant donné la nature même de la relation entre l'enquêté et l'enquêteur. Il reste difficile de contrôler ce biais, car il fait référence à l'aspect intrinsèque de la reconnaissance sociale. Cependant, nous pouvons malgré tout l'atténuer en multipliant les entretiens avec des personnes différentes pour obtenir des points de vue variés (46).

Il peut également exister des biais affectifs, du fait de la valeur personnelle que peut avoir ce sujet. En effet, tout enquêté peut avoir dans son entourage une personne âgée avec qui elle pourra faire un parallèle/ une projection. Pour atténuer ce biais, il convient également de multiplier les entretiens (46).

❖ **Biais du chercheur :**

Le chercheur peut être confronté à des biais de confirmation d'hypothèse, qui est une tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues. Afin d'atténuer ce biais, il est primordial de prendre en considération les informations et les signes qui vont à l'encontre de nos hypothèses initiales (46).

Il peut également être confronté à des biais méthodologiques, par peut-être un recueil d'informations insuffisant, incomplet, difficile ou une mauvaise formulation des questions. C'est un biais qui peut être contrôlé en prenant du temps à l'organisation de la collecte des données et en ne posant pas de questions trop orientées (46).

1.6.6 Construction de l'outil de recueil de données

La matrice d'entretien semi-directif va désormais être présentée. Elle sera appuyée sur la revue de littérature et viendra compléter les études recueillies, en permettant d'acquérir de nouvelles données, notamment sur le versant ergothérapeutique. Ces entretiens auront donc pour but de recueillir des données de type expérientielles sur la pratique des ergothérapeutes.

La matrice d'entretien se découpera en 8 parties (Voir Annexe 3 p. 78) :

- 1) Une introduction au concept d'autodétermination et au contexte d'intervention de l'ergothérapeute interrogé
- 2) Intégration de l'autodétermination dans la pratique ergothérapeutique
- 3) Bienfaits de l'autodétermination sur le résident
- 4) Les différents facteurs influant sur l'autodétermination du résident
- 5) Les moyens mis en place par l'ergothérapeute
- 6) Une évaluation de ces moyens par l'ergothérapeute
- 7) Une ouverture sur les ressources que peuvent employer les ergothérapeutes
- 8) Un étayage de la matrice théorique sur le sujet

1.6.7 Le choix des outils d'analyse des données

Afin de respecter la loi RGPD, des autorisations écrites de participation à l'étude et d'enregistrement audio seront signées préalablement par les participants (Voir Annexes 4 et 5 p. 80 et 81). Afin d'analyser les données, tous les entretiens sont enregistrés puis dans un second temps, retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ® version 2211.

Une première lecture des retranscriptions sera faite afin de dégager les thèmes pouvant ressortir de ces entretiens à l'aide d'un tableau de synthèse des réponses des participants (Voir Annexe 6 p. 82). Cet outil nous permettra de faire ressortir les thématiques intéressantes pour notre analyse thématique des résultats qui s'ensuivra.

Les retranscriptions seront ensuite analysées, selon les six différentes thématiques qui auront émergées du tableau de synthèse des réponses des participants (Voir Annexe 7 p. 84).

1.6.8 Le test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête

Afin de vérifier la pertinence et la validité des questions du guide d'entretien, nous avons effectué la passation d'un entretien-test avec un premier ergothérapeute. Nous avons pris Un moment d'échange a été accordé à la fin de ce dernier afin de considérer son avis sur les questions et sur les thématiques abordés. Il en est ressorti que l'ergothérapeute a eu du mal à accéder à certaines questions car elles lui ont paru trop « conceptuelles » et pas assez « pratiques ». Ses réponses à celles-ci en ont donc été limitées. Afin de réduire les biais méthodologiques lors de notre enquête exploratoire, les changements du guide d'entretien se sont donc centrés sur cet aspect, sur la formulation de certaines questions, mais les thématiques abordées ont été gardées. Le changement de formulation permettra nous espérons de faciliter la compréhension des questions et d'obtenir des réponses plus pertinentes.

1.6.9 Le déroulement de l'enquête

Les professionnels ont été contactés par téléphone sur leur lieu de travail à l'aide d'une liste d'ergothérapeutes d'Isère et une recherche internet des professionnels travaillant en EHPAD à Marseille. Le plus difficile a été de pouvoir les contacter sur leur horaires de travail, la plupart travaillant à temps partiel. Cinq ergothérapeutes m'ont alors transmis leur accord pour participation à l'enquête exploratoire puis m'ont donné le moyen de les joindre (le plus souvent par courriel).

Nous avons tout d'abord interrogé le premier ergothérapeute, qui servira d'entretien-test. Les modifications du guide d'entretien ont ensuite été effectuées.

Les quatre autres professionnels seront qualifiés respectivement d'ergothérapeute A, B, C et D selon l'ordre de réalisation des entretiens.

Du fait des contraintes organisationnelles et géographiques l'ensemble des répondants a été contactés en distanciel (Les ergothérapeutes B, C et D via visioconférence et l'ergothérapeute A souhaitait être contacté via téléphone).

1.6.10 Les résultats

Afin de permettre une meilleure compréhension de nos résultats. Ceux-ci ont tout d'abord été classifiés sous forme d'un tableau de synthèse des résultats puis réparti au sein d'un tableau d'analyse thématique (Voir Annexes 6 et 7 p. 82 et 84). Nous ferons référence à des propos des ergothérapeutes A, B, C et D, extraits des retranscriptions complètes. Il est à noter que les réponses du tout premier répondant interrogé ne seront pas comptées dans cette analyse. En effet, cette conversation étant un entretien-test, nous ne pouvons pas comptabiliser ses réponses.

L'analyse thématique des résultats : (Voir Annexe 7 p. 84)

Nous allons désormais vous présenter notre analyse thématique de l'enquête exploratoire. Pour commencer, le tableau de synthèse des résultats a fait émerger six thématiques :

- 1) Les caractéristiques des participants
- 2) L'intégration de l'autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute
- 3) Les barrières rencontrées
- 4) Les ressources identifiées
- 5) L'environnement de travail et enfin
- 6) Les outils et évaluations de l'ergothérapeute.

Notre analyse thématique utilisera une méthode d'analyse verticale, avec une comparaison des données recueillies entre les ergothérapeutes.

Dans un premier temps, la question inaugurale a identifié leur connaissance sur le concept même d'autodétermination. Pour la plupart, le concept n'était pas connu en tant que tel, mais a pu être facilement rapproché du concept d'autonomie.

❖ Les caractéristiques des participants

Les profils respectent la mixité avec deux hommes et deux femmes, travaillant dans des contextes professionnels différents (libéraux ou salariés). L'ergothérapeute A travaille à mi-temps dans un EHPAD privé (Ergothérapeute A 1.42-52). L'ergothérapeute B intervient entièrement en libéral dans des structures différentes (domicile et EHPAD) (Ergothérapeute B 1.15-16). L'ergothérapeute C comptabilise neuf ans d'ancienneté dans un EHPAD, complétées d'une activité libérale (Ergothérapeute C 1.15-23) et l'ergothérapeute D travaille à mi-temps également en EHPAD (Ergothérapeute D 1.13).

❖ L'intégration de l'autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute

Afin de contextualiser les réponses de chacun d'eux, nous leur avons demandé quelle place prenait le concept de l'autodétermination dans leur pratique (concept que nous avons reformulé si celui-ci n'était pas compris). L'ergothérapeute A déclare avoir été sensibilisé à la bientraitance et essaye de prendre en compte cet aspect dans sa pratique. L'intervenant B dit qu'il nécessite l'accord du résident pour réaliser n'importe quelle activité. Le répondant C exprime être cent pour cent en accord avec le concept d'autodétermination et de le prendre en compte de manière permanente. Le participant D relate réaliser un compromis entre le souhait des personnes et de la contrainte médicale.

D'après ces personnes, l'autodétermination permet se centrer sur une meilleure adhésion au plan de soin mais aide également à ce que le résident soit plus apaisé, qu'il ait une meilleure estime de lui. Enfin, ce concept possède un intérêt pour la relation de confiance entre le thérapeute et le résident.

❖ Éléments barrières à l'autodétermination

Dans un second temps, nous allons résumer les barrières à l'autodétermination repérées par les ergothérapeutes. Les premières énumérées font appel aux contraintes institutionnelles car elles sont d'ordre organisationnelles, temporelles, humaines et financières. Elles sont identifiées comme étant difficiles à surmonter car elles sont de l'ordre des contraintes collectives. Une ressource a toutefois été citée par l'ergothérapeute A permettant de surmonter ces difficultés : prendre du temps en réunion d'équipe à ce sujet.

D'autres barrières ont également été évoquées qui concernent l'aspect relationnel entre le résident et le personnel. En effet, du fait des troubles cognitifs, psychiatriques et communicationnel du résident, il est parfois difficile de favoriser son autodétermination. Nous pouvons illustrer ceci avec la citation suivante : « En fait voilà, à partir du moment où la personne a des troubles cognitifs, que ce soit léger, on aura tendance à écouter son avis, mais avec un petit moins d'importance » (Ergothérapeute A 1.84-86).

Pour corroborer ces résultats, si nous réalisons une analyse verticale, nous remarquons que la totalité des ergothérapeutes ont relevé les troubles cognitifs, les troubles psychiatriques ou encore le manque de cohérence ou de compréhension comme un frein à la communication avec le résident, donc un frein au recueil de son consentement éclairé (Ergothérapeute D 1.83-85).

Des barrières ont également été relevées au niveau relationnel. Tout d'abord entre l'ergothérapeute et le personnel soignant ou le personnel d'hôtellerie, A et C déclarent avoir du mal à faire comprendre l'intérêt de laisser le choix à la personne, notamment quand ce dernier ou cette autonomie rallonge le temps de soins (Ergothérapeute A 1.60-63 & 1.67-75 & 1.77-81). Selon l'ergothérapeute C, cela serait dû à une crainte des employés qu'on leur reproche leur travail (qui serait mal fait si réalisé par les résidents, par exemple le ménage) (Ergothérapeute C 1.146-151).

Il est revenu également plusieurs fois une notion d'enjeux sécuritaires pour les ergothérapeutes et pour les résidents.

L'ergothérapeute D explicite qu'il subit des contraintes liées aux risques de chutes des résidents. Il ajoute que le manque de personnel possède un impact sur la mise en place de contention chez les personnes âgées. En effet, le personnel qui n'est pas en nombre suffisant ne peut pas effectuer la surveillance nécessaire aux besoins résidents ayant des risques de chutes (Ergothérapeute D 1.57-58 et 1.107-111). L'ergothérapeute C confirme l'argument des contraintes sécuritaires et ajoute qu'elle doit également composer avec l'environnement humain du résident (famille et personnel de l'EHPAD) (Ergothérapeute C 1.56-63). L'ergothérapeute A complète que la famille préfère parfois que le résident ait une contention alors qu'elle n'est pas toujours recommandée (Ergothérapeute A 1.259-262) mais qu'éthiquement, il est difficile de contenir un résident pour sa sécurité mais contre sa volonté (Ergothérapeute A 1.146-147). L'équipe de ce dernier a d'ailleurs essayé de supprimer certaines contentions considérées comme abusives (Ergothérapeute A 1.139-142).

Pour l'ergothérapeute B, il convient de comprendre notre positionnement de professionnel dans les cas de troubles cognitifs et risques de chutes du résident ([Ergothérapeute B 1.161-168 & 1.183-195](#)).

Comme l'a évoqué le répondant A, les familles font parfois parti des facteurs barrières à l'autodétermination des résidents sur la question de changement de secteurs du résident, par enjeux sécuritaires (volonté de garder le résident dans un secteur plus sécurisé). Elle donne comme exemple une famille qui ne voulait pas faire sortir le résident de l'unité protégée ([Ergothérapeute A 1.114-120 & 1.123-125](#)). Pour la même raison, le répondant A évoque la volonté que la famille à ce que leur aîné soit mis sous contention, voir même qui parfois menace d'aller en justice, cela possède une influence sur la mise en place de la contention par le médecin ([Ergothérapeute A 1.126-130](#)).

Le mot « temps » est revenu quelques fois durant l'entretien de l'ergothérapeute A dans un contexte de facteur barrière à l'ergothérapeute et aux autres soignants. Par exemple, elle énonce que le manque de temps fait qu'il est parfois difficile de réfléchir à certaines situations ([Ergothérapeute A 1.259-262](#)). Elle dit également que certains soignants prennent le temps alors que d'autres ne le prennent pas ([Ergothérapeute A 1.84-86](#)).

Si nous réalisons une analyse horizontale de ses propos, nous remarquons qu'elle appartient pourtant à une équipe sensibilisée à la bientraitance ([Ergothérapeute A 1.15-16 & 1.262-265](#)) et qu'en théorie l'équipe essaye de respecter les choix des résidents, mais qu'en pratique, cela est plus compliqué ([Ergothérapeute A 1.22-24](#)).

❖ **Éléments ressources pour l'autodétermination**

Des facteurs favorisant à l'autodétermination ont également été cités.

De nombreux professionnels ont également évoqué que le travail en équipe était porteur de mise en place de moyens. L'ergothérapeute A par exemple prête une attention particulière aux autres professionnels de l'institution et de l'équipe administrative et leur rapport aux souhaits du résident ([Ergothérapeute A 1.237-241](#)).

L'ergothérapeute B souligne que la transparence est également une ressource ([Ergothérapeute B 1.79-85](#)). Le professionnel précise également que tout personnel soignant possède une certaine influence sur les choix de la personne (et non pas de la manipulation) sans préciser si cela est bénéfique sur son autodétermination ou non ([Ergothérapeute B 1.129-130 & 1.252-253](#)).

❖ Les moyens, outils et évaluations employés par les ergothérapeutes et leur équipe

Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont évoqué des moyens mis en place en individuel :

Deux des ergothérapeutes citent la communication orale comme moyen, comme le répondant A, qui utilise la communication pour savoir si le patient est cohérent et afin d'écouter ses demandes ([Ergothérapeute A 1.226-231](#)). Le participant C utilise également la communication, par le biais de mise en place de séances de discussions et d'explications avec les résidents afin de parler des tenants et des aboutissants d'un choix que ces derniers vont être amenés à faire ([Ergothérapeute C 1.193-212 & 1.218-219](#)). L'ergothérapeute B évoque la relation thérapeute et résident comme un moyen d'influencer le choix des résidents ([Ergothérapeute B 1.129-130](#)).

De plus, le répondant C évoque un moyen plus formel mis en place avec les résidents. L'ergothérapeute a en effet réalisé un compromis, via le biais d'un contrat. Cela rejoint donc cette idée du participant B que le thérapeute puisse être un influenceur des choix de la personne ([Ergothérapeute C 1.77-79 & 1.82-86](#)).

Dans un second temps, des moyens sont mis en place en équipe pluridisciplinaire ont été évoqués :

L'ergothérapeute A fait référence aux plans d'accompagnement fin de vie mis en place anciennement par la psychologue ([Ergothérapeute A 1.155-166](#)). Le sujet de la fin de vie et de la planification de la mort n'étant pas facile à aborder, il n'est plus fait cependant actuellement. D'autres moyens sont également mis en place par son équipe pluridisciplinaire, comme les Plans d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ([Ergothérapeute A 1.168-175 & 1.199](#)).

Des évaluations ont également été cités par les professionnels :

Selon le participant A, le MMS sert à évaluer le niveau cognitif de la personne afin de savoir si elle est capable de prendre des décisions ([Ergothérapeute A 1.212-219](#)). Le répondant B utilise, quant à lui, un bilan des capacités fonctionnelles des ADL (Activities of Daily Living ou Activités de la Vie Quotidienne en français (AVQ)) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living ou Activités instrumentales de la vie quotidienne en français (IAVQ)) ([Ergothérapeute B 1.262-268 & 1.277-284 & 1.300-301 & 1.347-349](#)).

Nous remarquons donc par cette enquête exploratoire qu'il n'existe pas d'outil ou d'évaluation spécifique de l'autodétermination de la personne en elle-même, mais son évaluation passe plutôt par des bilans des capacités des résidents selon les ergothérapeutes. Les outils se centrent alors principalement sur la communication et l'observation.

1.6.11 L'analyse critique de l'enquête

Nous allons désormais confronter les données obtenues lors de l'enquête exploratoire avec les données de notre revue de littérature. Pour rappel, aucune étude de notre revue de littérature ne se centrait sur la pratique spécifique ergothérapique et sur le sujet de l'autodétermination / liberté de choix / autonomie décisionnelle.

❖ Apports :

Dans un premier temps, nous pouvons donc situer de nouveaux apports à cette enquête exploratoire. Tout d'abord, de nouvelles données sur l'approche spécifique ergothérapique ont été relevées :

- La mise en lumière de manque d'évaluations et de moyens au sujet de l'autodétermination,
- Identification de nouveaux facteurs barrières et confirmation de ceux retrouvés dans la revue de littérature.

❖ Limites :

Dans un second temps, nous pouvons également situer les limites de notre enquête exploratoire.

- Nous avons finalement récolté peu de moyens et d'évaluations spécifiques à l'ergothérapie sur ce sujet.

❖ Biais :

Enfin, nous pouvons souligner les biais induits lors de notre enquête :

- D'influence durant les entretiens, reformulation de certaines questions. Induire des réponses sans faire exprès,
- Nous pouvons également nous poser la question au sujet d'un biais méthodologique. En effet, le fait que nous ayons eu peu de réponses au sujet des moyens spécifiques à l'ergothérapie a peut-être été induit par la formulation de notre question à ce sujet.

1.7 La question initiale de recherche

Suite à cette enquête exploratoire, nous pouvons faire émerger différents questionnements :

- Quel apport possède l'autodétermination et l'autonomie sur la qualité de vie des résidents ?
- Comment favoriser l'autodétermination des résidents au sein de leur environnement de résidence (EHPAD) ?
- Sur quels outils les ergothérapeutes et professionnels peuvent-ils s'appuyer pour favoriser cette autodétermination ?
- Comment surmonter les contraintes liées à l'environnement des professionnels ?
- Quel rôle joue l'environnement de la personne dans la favorisation de son autonomie ?
- Quel apport possède l'autonomie sur la qualité de vie ?

Nous en arrivons donc à la question initiale de recherche suivante :

Question initiale de recherche : Dans quelle mesure l'autonomie et la qualité de vie du résident peuvent-ils être favorisés par les professionnels de la santé en tenant compte de son environnement ?

1.8 Le cadre de référence

Nous allons désormais nous intéresser aux concepts émergents de notre question initiale de recherche. Nous nous intéresserons donc à l'autonomie, à la contrainte, à la santé et au bien-être.

1.8.1 L'autonomie

Le concept d'autonomie sera défini sous le champ des sciences humaines, des sciences de l'occupations et de l'éthique.

Nous pouvons tout d'abord nous intéresser à la racine grecque du mot. Selon N. Warchol, il vient de *autos* qui signifie « soi » et *nomos* qui signifie « loi ou gouvernement ». *Autonomos* signifie donc « qui se régit par ses propres lois » (47).

❖ Sciences humaines

Pour explorer le champs des **sciences humaines**, nous nous appuyerons sur le travail de M. Pluss (48). Selon lui, l'autonomie se définit de la manière suivante dans le domaine social : « La capacité à gérer sa vie quotidienne : gérer son logement, son administratif, son argent, son

hygiène personnelle, pouvoir se rendre sur ses lieux d'activité, à ses rendez-vous, etc. » (48) (Pages 21 à 24). Il s'agit donc selon lui essentiellement de compétences concrètes et pratiques de gestion. L'auteur met en lumière également la différence entre l'autonomie et l'autodétermination (également employé dans ce mémoire) qui se définit par la capacité à décider de sa vie sans influences externes indues.

Nous pouvons mettre ces écrits en rapport avec les écrits de Kant sur l'autonomie. L'auteur définit l'autonomie comme étant la « propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi » (49). C'est selon lui prendre en compte à la fois ses choix et les lois universelles. En l'occurrence, Kant l'appelle « l'autonomie de la volonté ». Ce concept est mis en opposition avec le concept « d'hétéronomie » qui est le fait à l'inverse que la volonté cherche sa loi par un objet extérieur à lui : la société, la volonté d'autrui etc.

Emmanuel Kant parle également d'autonomie exécutionnelle et décisionnelle. L'une désignant le fait de se déplacer seul et de réaliser seul les activités de la vie de tous les jours. En revanche, la deuxième expression désigne davantage le fait de prendre des décisions et de réaliser des choix. Josée Grenier et Marlène Simard parlent également de l'autonomie comme de la capacité à prendre des décisions et réaliser des choix (50).

Selon Michel Pluss, l'autonomie est la capacité d'une personne à gérer sa vie quotidienne quand l'autodétermination est « la capacité d'une personne à « décider de son destin ou de sa vie sans influences externes indues » (48). Il est selon lui une autre définition de « l'empowerment », tiré de l'anglais, qui peut également être traduit comme « pouvoir d'agir ». Selon l'auteur, l'autodétermination demande un certain nombre de conditions minimales à sa réalisation, tel qu'une certaine confiance en soi, une expérience personnelle positive de l'autonomie, de bonnes habiletés sociales, une capacité à se mobiliser dans un projet et un environnement soutenant et autonomisant (48).

Le cadre professionnel de la personne fait donc parti des conditions minimales à l'autodétermination. Dans un cadre médical, selon le même auteur, respecter l'autodétermination du patient demande au professionnel de se frustrer, d'accepter les choix et les solutions choisies par les patients, tout en s'inscrivant dans une relation partenariale et surtout non-paternaliste (48).

❖ **Sciences occupationnelles**

Enfin, afin d'explorer le champs des **sciences de l'occupation**, nous nous appuyerons sur le livre de Sylvie Meyer, *De l'activité à la participation* (51). Tout d'abord Sylvie Meyer différencie bien l'autonomie de l'indépendance fonctionnelle. Selon Sylvie Meyer : « Serait alors autonome dans une activité, la personne qui la réalise d'une manière qu'elle juge satisfaisante, sans l'aide de tiers » (51). L'auteure rapproche également sa définition de celle de Reed et Sanderson : « L'autonomie est la capacité d'agir conformément à sa propre volonté » (52). Il réside donc une notion de choix et de contrôle. Sylvie Meyer énonce également que selon Creek, il existe également une autonomie de pensée (53). De plus, si nous mettons en comparaison l'autonomie avec l'indépendance selon C. Rogers, la première serait alors une condition de la suivante (54).

Est compris également, dans la définition des sciences occupationnelles, la notion d'autodétermination. Celle-ci est définie par Wehmeyer et Sands en 1996 comme la capacité d'une personne à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées (55). L'autodétermination possède également une représentation sur la pyramide de Maslow, qui correspond au besoin d'estime et au besoin d'accomplissement (Voir Annexe 8 p. 92) (56).

❖ **Ethique**

Enfin, sous le champ disciplinaire de **l'éthique** P. Le Coz annonce que l'autonomie est l'un des quatre piliers de l'éthique avec la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice (57). Selon F. Gizl « Le comité consultatif national d'éthique relève 3 niveaux d'autonomie : d'action, de pensée et de volonté » (58).

Au sujet de l'autonomie d'action, il consiste en la capacité de se déplacer dans l'espace à l'aide des forces dont le corps est doté (57). De plus, cette autonomie d'action nécessite, selon P. Le Coz une « adaptation aux situations de la vie ordinaire qui permet à l'agent de subvenir à ses besoins » (57).

Au sujet de l'autonomie de pensées, ce dernier la définit comme la capacité d'exercer son esprit critique et de pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Dans le domaine médical, il rapproche cette notion du fait que le patient puisse être en mesure d'exercer son

esprit critique en acquérant les connaissances de bases sur sa maladie, ainsi il pourra participer à une délibération étayée.

Au sujet de l'autonomie de volonté, selon P. Le Coz, il fait le lien entre l'autonomie d'action et celle de pensée. Elle représente la faculté de prendre des initiatives et de décider par soi-même.

Au regard des comparaisons des différents champs disciplinaire, nous pouvons remarquer que **l'autonomie** possède des définitions très différentes. En effet, parfois elle constitue une condition de l'indépendance fonctionnelle quand parfois l'indépendance est comprise dans le concept. Donc sur quelle définition se centrer ? Comprenons-nous l'autonomie d'action qui se rapproche de la notion d'indépendance fonctionnelle au sein de notre concept ?

Concernant notre sujet, nous pouvons nous demander *comment l'ergothérapeute peut prendre en compte la **quête d'autonomie** du résident, notamment quand il souffre de troubles cognitifs et de risques sécuritaires liés aux déplacements sans avoir à passer par une contention ?*

1.8.2 La qualité de vie

Selon M. Formarier, la qualité de vie est un concept récent né aux Etats-Unis dans les années soixante (59). Il a ensuite été intégré comme un concept médico-social. Nous l'explorerons à travers le prisme de la santé publique et des sciences de l'occupation.

❖ Santé publique

Tout d'abord sous le regard du champ disciplinaire de la santé publique, la qualité de vie est dans un premier temps rapproché du concept du bien-être dans le sens médical. De ce fait, A. Klein les considère comme des variables de la santé (60). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (61,62). Elle représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses Selon M. Forsé et S. Langlois, le bien-être est le reflet de la santé mentale et sociale (63). De ce fait, un bien-être déficient pourra être considéré comme pathologique, d'où le terme de « pathologie sociale » employé par les auteurs. Dans ce cas, la personne voit l'ensemble de sa vie quotidienne affectée. Les auteurs disent d'ailleurs que « le bien-être s'inscrit dans un contexte social, politique, économique et géographique. » (63). Les auteurs soulignent également le fait qu'il existe plusieurs niveaux de définition du bien-être. Ces définitions,

contradictoires, s'opposent entre « les facteurs objectifs de bien-être » et « la perception subjective du bien-être ».

Selon la santé publique, nous pouvons donc identifier plusieurs facteurs de la qualité de vie. Tout d'abord, ceux rattachés au bien-être, qui comprend selon Marie-Caroline Laï des facteurs subjectifs : L'autosatisfaction, le bien-être ressenti (64). Elle indique aussi que les facteurs objectifs du bien-être sont « le manque d'intégration, le manque d'appartenance sociale ou encore le manque de reconnaissance. ».

Par ailleurs, le World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) définit la qualité de vie comme la perception qu'une personne a de sa vie, dans son contexte culturel et environnemental, mis en relation avec ses objectifs et ses attentes (65).

Et selon l'OMS, les facteurs de la qualité de vie sont dépendants de (66) : L'état physique, l'état psychologique, du niveau de dépendance, des rapports sociaux, de l'environnement et de la spiritualité, de la religion ou des croyances personnelles. Ces différentes catégories se retrouvent dans un outil développé par l'OMS : Le WHOQOL²: Mesurer la Qualité de Vie (67).

Cet outil interroge ces différentes catégories avec :

- 1) le **domaine physique** (évaluation de la douleur, de l'inconfort, de l'énergie, de la fatigue, du sommeil et du repos.)
- 2) la **composante psychologique**, (sentiments positifs et négatifs, estime de soi, image que l'on a de son corps et de son apparence, mais aussi capacités se rapportant au domaine cognitif avec la pensée, l'apprentissage, la mémoire et la concentration.)
- 3) le **niveau d'indépendance** (évaluation de la mobilité, de la capacité à travailler, de la dépendance à des médicaments, et aussi des performances dans les activités de la vie quotidienne.
- 4) les **rapports sociaux** (relations personnelles, soutien social et activité sexuelle.)
- 5) **L'environnement** possède également une grande importance : On évalue en effet plusieurs domaines en lien avec celui-ci comme : La sûreté et sécurité physique de la personne, l'environnement domestique, les ressources financières, la disponibilité et la qualité des soins de santé et des services sociaux, la possibilité d'acquérir de nouvelles informations et

² WHOQOL: World Health Organization Quality Of Life

compétences, la participation aux activités récréatives et de loisirs et les possibilités de les pratiquer, l'environnement physique (pollution, bruit, sentiment d'appartenance, but et force) et enfin la possibilité d'accessibilité aux transports.

6) Pour terminer, l'outil évalue aussi **la spiritualité, la religion et les croyances personnelles**. Cela consiste à situer si ces croyances ont un impact positif ou négatif sur la qualité de vie de la personne.

❖ Sciences occupationnelles

A présent, nous allons nous intéresser au concept de la qualité de vie sous le jour des sciences occupationnelles.

Les prémisses de ce concept seraient nées d'une étude de Deborah Dougherty en 1985. Elle met en avant un lien existant entre la qualité de vie et l'estime de soi dans le journal *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* (68).

Selon M. Levasseur, D. St-Cyr Tribble et J. Desrosiers la qualité de vie se définit par une évaluation subjective des circonstances de vie d'un individu, compte tenu de ses valeurs (69). Selon les auteures, la, la qualité de vie en sciences de l'occupation ne se limite pas à la satisfaction et au bien-être ressenti sur plusieurs niveaux, il inclut aussi la notion d'occupation significantes et valorisantes, notion qui n'est pas abordée dans le champ de la santé publique.

Les auteures précisent également que le concept de qualité de vie est souvent associé à plusieurs concepts apparentés, notamment « le bien-être » général (69).

Selon elles, cette définition propose aux ergothérapeutes d'élargir leurs objectifs d'intervention. Elle permet également de se décentrer de la notion de réalisation de l'activité de la vie quotidienne et d'offrir des pistes d'intervention pour amélioration de la qualité de vie (69).

Au regard des différents champs disciplinaires consultés, nous pouvons remarquer que le concept de qualité de vie possède des critères qui sont communs entre les disciplines, bien que la définition de ce concept ne fasse pas consensus. Notre sujet semble alors se rapprocher de la qualité de vie au sens occupationnel, avec la notion de niveau d'autonomisation de la personne.

Donc comment rester éthique en tant qu'ergothérapeute et favoriser le bien-être du résident ?

1.8.3 L'environnement

Nous explorerons ce concept sous le jour de la santé publique et des sciences de l'occupation.

❖ Santé publique

Dans un premier temps, nous verrons ce concept selon le champ disciplinaire de la santé publique. Pour cela, nous nous intéresserons au modèle de Bronfenbrenner selon G. Absil, C.Vandoorne, M. Demarteau (70). Selon eux, Bronfenbrenner considère l'environnement sous une approche éco-systémique qui classe celui-ci sous quatre catégories : Le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Ces taxonomies sont représentées de manière imbriquée les unes dans les autres (Voir Annexe 9 p. 93).

- Le microsystème représente l'environnement qui entretient une relation immédiate avec la personne.
- Le mésosystème comprend le système précédent, tout en assurant (ou non) la cohérence du contexte de vie de la personne.
- Il en va de même pour l'exosystème, qui englobe également le système des forces extérieures ayant une forte répercussion sur le microsystème (politiques, règlements, programmes éducatifs, supports financiers etc.).
- Enfin, le macrosystème est le système des forces éloignées ayant des influences subtiles et à long terme sur le microsystème (valeur culture, contexte historique etc.) (70).

❖ Sciences occupationnelles

Dans un second temps, le concept sera investigué selon le domaine des sciences de l'occupation. Le concept d'environnement est très inscrit dans la profession de l'ergothérapeute, et possède donc des définitions diverses, correspondant aux différentes composantes du système.

Tout d'abord, Sylvie Meyer évoque l'environnement comme un espace physique. Il peut être de ce fait naturel ou construit. Selon S. Meyer, dans le langage courant, l'environnement renvoie au milieu physique naturel dans lequel les organismes vivants évoluent et représente un enjeu politique majeur pour sa préservation. L'environnement sociétal peut être décomposé par l'environnement social, culturel et institutionnel (51).

L'environnement social ou humain selon A. Fisher et A. Marterella représente les autres personnes ou les animaux (de compagnie ou d'assistance) qui gravitent autour de la personne (71). Il comprend, de ce fait, les caractéristiques d'autrui mais aussi leurs attentes et la

signifiante personnelle de ces attentes pour la personne. Selon E. Townsend et H. Polatajko, l'environnement social est complexe, dynamique et multidimensionnel (72).

Selon elles, l'environnement culturel est une sous-catégorie de l'environnement social : Il comprend les habitudes de la personne qui donne une signifiante à la vie et qui transparaît dans ses actions. De ce fait, l'environnement culturel est étroitement lié à la signifiante des occupations pour la personne. Selon les deux auteures, l'environnement culturel provient de plusieurs critères : De la collectivité, le pays, le genre, l'âge, la taille, la couleur de peau, les expériences passées, l'éducation religieuse, les relations sociales, les obligations et les responsabilités des individus, le tout dans un contexte particulier (72).

L'environnement institutionnel est également décrit par E. Townsend et H. Polatajko (72). Il représente les structures formelles et informelles qui « promeuvent un ordre social et une société adéquatement gouvernée et organisée » (exemple des législations ou des politiques institutionnelles). Les auteures ajoutent que ce sont des institutions hautement indépendantes qui reflètent les valeurs, les idéaux et la répartition des pouvoirs ainsi que les ressources d'une société. L'environnement institutionnel est difficile à prendre en compte car imperceptiblement intégré à l'expérience quotidienne (72).

Ensuite, le concept d'environnement est abordé selon E. Trouvé comme un synonyme d'espace privé (habitat, de logement) (73). Il constitue, dans ce sens, un axe majeur de travail en ce qui concerne le traitement des problématiques liées à la vieillesse. E. Trouvé range l'environnement physique dans différentes catégories : L'environnement comme espace collectif ou partagé (les biens communs dont l'aménagement appartient aux acteurs de l'habitat), l'environnement comme espace public (comme les aménagements urbains ou les transports, dont l'aménagement appartient à la politique locale) et enfin, l'environnement comme espace professionnel (73). E. Townsend et H. Polatajko font également référence à la notion d'environnement physique mais évoquent également un autre type d'environnement : L'environnement temporel (72). L'environnement temporel peut-être lui organisé ou non, il peut également être qualifié comme « Nombres d'occupations réalisées sur un temps défini » (72).

Après avoir présenté les différentes définitions de l'environnement selon les sciences de l'occupation, il reste intéressant de s'intéresser aux modèles spécifiques à l'ergothérapie qui représentent l'environnement. Selon L. Letts, P. Rigby et D. Stewart, il existe deux modèles selon lesquels se représenter l'environnement. Tout d'abord le modèle biomédical, qui

représente l'environnement et la personne comme deux entités séparées, selon ce modèle, les facteurs de risque dans l'environnement peuvent contribuer aux problèmes de la personne (74). Le second modèle est le modèle social (ou écologique), où la personne et l'environnement sont considérés comme étant en interaction. De plus, il y a différents facteurs de l'environnement qui influencent la santé : Des facteurs physiques, sociaux, institutionnels, culturel, sociétaux etc., comme nous avons vu précédemment.

Selon E. Trouvé, l'environnement nécessiterait d'être analysé et considéré sous forme d'environnement dit « écologique ». Il peut alors constituer à la fois un obstacle, mais aussi être un facilitateur pour permettre aux individus de se réaliser au quotidien (73). Dans ce contexte, l'environnement « écologique » permet aux ergothérapeutes de mettre en évidence la complexité d'une relation multidimensionnelle et transactionnelle entre la personne et son environnement. Cette approche « écologique » s'inscrit très bien dans les démarches possédant une dynamique ré-adaptatives et participative et possède un intérêt dans l'accompagnement des personnes vulnérables. En effet l'approche « écologique » tient compte de l'interdépendance des ressources de ces personnes et de leur adaptabilité à leur environnement. L'environnement est également une notion intégrée au modèle conceptuel du MOHO (*Model Of Human Occupation* ou Modèle de l'Occupation Humaine en français) de G. Kielhofner (Voir Annexe 10 p. 94) (75).

L'environnement est également une notion abordée dans le modèle du MTO (Modèle Transactionnel de l'Occupation) de A. Fisher et A. Marterella sous deux différentes catégories : L'environnement physique et l'environnement social ou humain (Voir Annexe 11 p. 95) (71).

Enfin, au regard de la consultation des différents champs disciplinaires sur le concept d'environnement, nous pouvons observer que l'environnement ne possède pas la même définition au regard du champ disciplinaire de la santé publique ou des sciences de l'occupation. Cependant, les deux champs disciplinaires sont en accord pour définir l'environnement comme un système dont les critères divergent, en fonction de la définition. Nous observons que **l'environnement**, selon le champ disciplinaire des sciences de l'occupation, comprend de nombreux aspects. De ce fait, à quelle sous-catégorie selon les sciences de l'occupation nous intéressons-nous ? En effet, notre sujet semble se rapprocher de l'environnement social selon le Modèle transactionnel de l'occupation (71).

Nous pouvons alors nous demander, *comment en tant qu'ergothérapeute, nous pouvons composer et interagir avec l'environnement social du résident ?*

1.8.4 Recontextualisation théorique

Nous allons désormais mettre en lien les éléments théoriques qui ont émergé de ces recherches avec notre sujet. L'objectif sera d'aboutir à une question de recherche.

A l'aide de notre étayage théorique, et à ce stade de la recherche, nous pouvons aboutir à la construction d'une matrice théorique (Voir Annexe 12 p. 96).

Tout d'abord, concernant **l'autonomie**, nous allons notamment nous intéresser à **l'autonomie d'action** selon le champ disciplinaire de l'éthique. Or la question des troubles cognitifs et des risques sécuritaires a été évoqué lors de l'enquête exploratoire par les ergothérapeutes comment venant à l'encontre de cette autonomie d'action. En effet, de trop grandes difficultés aboutissent souvent à la mise en place d'une contention physique ou médicamenteuse. Cette contention constitue donc une barrière à l'autonomie du résident car est un frein au contrôle de ses actes, de soi et de son environnement. Ensuite, il est intéressant de situer ce que peut proposer l'ergothérapeute en prévention de la mise en place d'une contention, notamment auprès de **l'environnement social** avec qui le résident est au contact. Le terme environnement social sera donc emprunté au modèle transactionnel de l'occupation selon A. Fisher et A. Marterella (71). D'ailleurs, si nous comparons notre matrice théorique avec les résultats de l'enquête exploratoire nous relevons que les ergothérapeutes rapportaient devoir se plier à leur environnement institutionnel qui va à l'encontre de cette autonomie. Or cette notion d'environnement social est comprise dans l'environnement institutionnel. Enfin, nous nous intéresserons à l'impact de l'autonomie sur la **qualité de vie** du résident selon le champ disciplinaire occupationnel.

1.9 La question et l'objet de recherche

Nous allons désormais présenter notre question et notre objet de recherche.

1.9.1 La question de recherche

A l'aide de ce nouvel étayage conceptuel et de notre problématisation théorique, nous pouvons relever une nouvelle question de recherche :

Question de recherche :

Comment l'ergothérapeute agit sur l'environnement social du résident en EHPAD souffrant de troubles cognitifs, dans l'optique d'agir sur son autonomie de déplacement et sa qualité de vie en toute sécurité ?

1.9.2 L'objet de recherche

Nous allons désormais aborder notre objet de recherche. Il représente ce que nous allons observer dans notre recherche :

Objet de recherche :

L'action préventive de l'ergothérapeute sur l'environnement social du résident, présentant des troubles cognitifs et se déplaçant.

2 Matériel et Méthode

L'argumentation de nos choix stratégiques va désormais être détaillée. Pour cela, nous nous centrerons notamment sur les écrits de L. Van Campenhoudt, J. Marquet et R. Quivy (45).

2.1 Le Choix de la méthode de recherche

Nous allons désormais déterminer le choix du type et la nature de la méthode de recherche.

2.1.1 Type de l'étude

Notre étude sera exploratoire et explicative, car elle cherchera à caractériser un phénomène. Nous nous appuierons pour cela sur un entretien semi-directif. Selon L. Létrilliart, I. Bourgeois, A. Vega, J. Cittée et M. Lutsman, une recherche exploratoire se caractérise par une approche qui ne repose pas exclusivement sur des hypothèses (76). Elle est utilisée quand le terrain d'étude est peu connu ou qu'au contraire, tellement connu que stéréotypé. Le but de la recherche exploratoire est de générer des idées et potentiellement de nouvelles hypothèses pour d'autres recherches. Cette approche est généralement flexible et non rigide structurée (76).

2.1.2 Nature de l'étude :

Selon l'OMS, ma **méthode** sera **qualitative** afin de découvrir de nouveaux savoirs dans un domaine où les connaissances sont encore pauvres (77). Par cette recherche, nous proposons

donc une régulation de la théorie et un enrichissement des données à ce sujet. Des éléments imprévisibles émergeant des récits des ergothérapeutes pourraient également venir agrémenter notre phénomène étudié au cours de la recherche.

De plus, la recherche tend à caractériser un phénomène de l'ordre de la relation entre l'ergothérapeute et son environnement humain. Aucune hypothèse ne peut donc encore être formulée. La méthode clinique est donc plus adaptée que les méthodes expérimentales et différentielles qui tendent à produire un savoir à partir d'une hypothèse émergeant de l'enquête exploratoire ou qui cherche à différencier les objets d'un même ensemble.

2.1.3 Questionnements éthiques

Dans un premier temps, nous allons porter une réflexion sur la notion de la loi Jardé selon Légifrance (78). Ainsi, la recherche ne provoquera pas de risque pour les résidents de l'EHPAD, car les personnes ne sont pas directement en contact avec nous. Notre objet de recherche étant les ergothérapeutes (le matériel), nous n'émettons pas de risque pour ceux-ci car la recherche s'effectuera sous forme d'entretien. Notre méthode étant clinique, nous n'émettons donc pas d'hypothèse au début de notre recherche.

Ensuite, afin de garantir l'anonymat des participants à l'étude, nous allons également porter la réflexion de l'anonymisation des entretiens. Pour une question éthique et au regard de la loi RGPD (Le règlement général sur la protection des données) selon la Cnil, l'ensemble des mots faisant référence à des lieux ou des personnes pouvant être associés à l'ergothérapeute, à l'établissement ou aux résidents seront censurés durant la retranscription écrites des entretiens (79). De ce fait, l'anonymat des professionnels et les dossiers médicaux évoqués sera préservé.

2.1.4 Attendus des critères issus de la matrice théorique

Nous allons désormais théoriser sur les types de sujets qui pourraient être survolés durant la recherche. Comme notre dispositif de recherche s'est construit à partir de la matrice théorique précédemment formée, nous pouvons voir émerger certains concepts que nous avons explorés dans celle-ci (Voir Annexe 13 p. 100). Les concepts d'autonomie, d'environnement humain et de qualité de vie seront donc abordés à l'aide des questions formées pour l'entretien. De plus, comme nous abordons le domaine de la pratique de l'ergothérapeute, nous pouvons nous attendre à voir également apparaître le concept de la collaboration.

2.1.5 Les objectifs généraux et spécifiques

Nous allons désormais cibler les objectifs généraux et les objectifs spécifiques de notre enquête.

Objectifs généraux :

- Recueillir des données sur la réalité de terrain et sur l'expérience et la pratique des ergothérapeutes.

Objectifs spécifiques :

- Identifier les **interventions réalisées** auprès de l'environnement social.
- Identifier **les éléments qui composent l'environnement social** du résident souffrant de troubles cognitifs.
- Repérer les **différents risques sécuritaires liés au déplacement** du résident souffrant de troubles cognitifs rencontrés.
- Identifier les objectifs **de l'ergothérapeute** auprès de l'environnement social du résident.
- Comprendre la pratique qu'apporte l'ergothérapeute pour l'autonomie de déplacement du résident.
- Comprendre l'apport de l'autonomie de déplacement de la personne sur sa qualité de vie.

2.2 La Population ou matériel

Nous allons désormais déterminer à quel matériel l'étude va se référer et délimiter ses critères d'inclusions et d'exclusion.

2.2.1 Choix argumenté du matériel

Le matériel de cette étude concernera les ergothérapeutes travaillant en EHPAD auprès de résidents souffrants de troubles cognitifs et de risques sécuritaires. Nous avons choisi cette population car il s'agit des professionnels partageant les valeurs et les approches ergothérapeutiques et qui sont au contact des résidents souffrants de troubles cognitifs en EHPAD.

Nous n'avons pas fait de sélection des participants en fonctions de leur sexe ou de leur âge, car nous avons sélectionné à l'aveugle les participants afin que les répondants puissent être aussi représentatifs de la population que possible. Nous ciblerons un minimum de quatre sujets pour participer à cette étude, dont un entretien test. Cela permettra de recroiser les réponses recueillies et à confronter et corroborer nos données.

2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

- ❖ Critères d'inclusion : Être diplômé ergothérapeute avec une expérience en EHPAD significative de plus d'un an.
- ❖ Critères d'exclusion : Ne pas être ergothérapeute. Ne pas travailler auprès de résidents souffrants de troubles cognitifs. Avoir une expérience en EHPAD inférieure à un an.

2.3 Le Cadre d'écoute

Au vu du matériel déterminé auparavant, nous pouvons nous attendre dans notre étude à nous retrouver au contact de professionnels de santé, ergothérapeutes, familiarisés avec la posture d'interdisciplinarité ou de transdisciplinarité. En effet, les professionnels interrogés travailleront tous en institution (EHPAD) et seront donc confrontés au travail d'équipe collaboratif et coopératif au sein de certaines activités.

Du fait de mes expériences professionnelles et mes recherches, nous nous attendons à reconnaître le vocabulaire spécifique du travail d'équipe, et à des concepts spécifiques à la santé.

Des conditions favorables seront mises en place afin de permettre la libre expression des ergothérapeutes participants, en essayant notamment d'interrompre les ergothérapeutes le moins possible. Le cadre idéal aurait été de réaliser les entretiens en présentiel afin de nous apporter de manière plus précise des informations comportementales et temporelles concernant les participants. Le présentiel permettrait également d'agir en faveur d'un cadre contenant et sécurisant. Du fait de nos modalités d'entretiens, nous tenterons de reproduire ces conditions, en demandant aux participants d'activer leurs vidéos et de prévoir un temps d'entretien, sans distractions ni impératifs afin qu'ils soient disponibles.

Certaines difficultés peuvent se présenter durant l'entretien : professionnel répondant qui poserait des questions personnelles ou en dehors du sujet, personne sortant du cadre vidéo selon S. Tétrault et P. Guillez. Pour éviter ces obstacles, nous pouvons réfléchir en amont à des postures adaptées au maintien du cadre et au recentrage sur le sujet (80) (Voir Annexe 14 p. 105).

2.4 Construction du dispositif de recherche

Nous allons désormais expliciter comment s'est construit notre dispositif de recherche.

2.4.1 Les sites d'exploration

L'EHPAD est le site d'exploration de nos recherches. Il s'agit en effet du lieu idéal pour recueillir l'expérience d'ergothérapeutes en contact de résidents âgés. Pour cela, nous contacterons à nouveau l'AFEG (Association Française de Ergothérapeutes en Gériatrie) pour repérer les EHPAD dans lesquels travaillent des ergothérapeutes. Comme une liste n'a pas eu être obtenue de la part de l'AFEG, des secrétariats d'EHPAD en France divers seront appelés, pour savoir si des ergothérapeutes travaillent au sein des établissements et pour rentrer en contact avec eux. Une fois que le contact téléphonique a été passé par l'accueil, nous récupérons les différents mails des ergothérapeutes, pour poursuivre la suite des échanges par courriel.

2.4.2 Les modalités d'accès au terrain

Les entretiens seront réalisés en distanciel via l'outil de communication Zoom. Les participants seront tout de même invités à allumer leurs caméras.

Pour les modalités de participation à l'étude, une autorisation de participation à l'étude sera envoyée aux participants en amont de l'entretien, ainsi qu'une notice d'information par mail (Voir Annexes 15 et 16 p. 106 et 107). Sur ce document se trouvera une autorisation d'enregistrement audio, nécessaire à des fins de traitement des données. Par le mail de contact de chaque ergothérapeute, et à des fins de confidentialité, il sera précisé que l'entièreté de l'entretien sera anonymisé.

2.4.3 Le Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données

Le choix de notre outil théorisé de recueil de données (OTRD) va désormais être argumenté en termes d'avantages et de limites. Nous avons, afin de mener cette recherche choisie d'utiliser un outil de recueil de donnée qui sera l'entretien semi-directif. Plus précisément, il s'agira de l'entretien semi-directif selon J.-Cl. Kaufmann (81). Il a pour avantage de recueillir une perception développée des dires de l'ergothérapeute et qui retranscrira leur expérience et leur pratique. Selon L. Van Campenhoudt, J. Marquet et R. Quivy, l'objectif de l'entretien est de parvenir à une compréhension intime de la pensée et de l'action des sujets (45). L'entretien reste tout de même semi-directif afin de ne pas s'éloigner du sujet et d'obtenir des réponses pertinentes. Selon S. Tétréault et P. Guillez, l'entretien est tout d'abord l'outil le plus justifié pour recueillir ce que l'autre ressent, perçoit et ressent (72). Selon les mêmes auteurs, l'entretien semi-directif représente un intermédiaire entre l'entretien structuré et l'entretien libre (ou non-

directif) (80). Il permet plus de souplesse au sein d'une méthode dite qualitative. Il aborde différents thèmes au cours de l'entretien. La différence avec les autres types d'entretien est que l'ordre des questions reste flexible et s'adapte aux réponses des participants. Cela permet une concentration idéale sur le thème de recherche et permet au répondant d'établir des liens entre différents éléments et d'en approfondir certains. L'entretien semi-directif possède tout de même comme limite d'être très sensible aux biais méthodologiques et aux biais sociaux-affectifs (de désirabilité sociale et affectif) (72).

❖ Pourquoi les autres méthodes ont-elles été écartées ?

La méthode quantitative a été écartée car c'est un outil qui laisse peu de place au développement des réponses et au partage de l'expérience pratique. Selon L. Van Campenhout, J. Marquet et R. Quivy, la principale limite de la méthode est la fiabilité des réponses aux questions pouvant être perçues comme indiscretes ou délicates. Or, dans cette recherche, nous devons collecter des données pouvant être apparentées à des données sensibles (45).

L'observation a également été écarté car selon L. Van Campenhout, J. Marquet et R. Quivy, il existe quelques limites à cette méthode. Tout d'abord, il peut être parfois être difficile d'être accepté dans une équipe en tant qu'observateur. Ensuite, notre présence peut affecter ou perturber la situation observée. Enfin, il peut être difficile de tracer toutes ces observations en temps réel, et la méthode d'analyse reste assez superficielle (45).

2.4.4 L'anticipation de ses biais et les stratégies pour les contrôler/atténuer

Afin d'anticiper les différents biais que nous pourrions rencontrer, nous nous sommes appuyés sur les écrits de S. Tétreault et P. Guillez, mais aussi ceux de Selon S. Larivée, C. Sénéchal, Z. St-Onge et M.R. Sauvé et du CEDIP (80,82,46). C'est grâce à eux que nous définirons les différents biais que nous rencontrerons et que nous identifierons les moyens d'atténuation de ces biais.

Biais du chercheur :

- Biais méthodologique : Il peut consister en une mauvaise formulation des questions, un déroulement du guide d'entretien peu clair (80).

Afin de contrôler ce biais, il convient de formuler des questions simples et de faire relire les questions aux référents du mémoire. Mon vocabulaire sera également adapté au vocabulaire institutionnel afin de favoriser une meilleure compréhension du participant (80).

- Biais de sélection : « Se rapporte aux conditions et aux critères qui ont permis de sélectionner les participants à l'étude. » (80)

Afin d'atténuer ce biais, il convient de sélectionner des participants aussi représentatifs de la population étudiée, sans faire de distinction de sélection en fonction du sexe, de l'âge. L'idéal serait de faire un tirage aléatoire des ergothérapeutes de France métropolitaine travaillant en EHPAD.

- Biais de confirmation d'hypothèse : Il s'agit de la valorisation des résultats positifs au détriment des résultats dits négatifs chez le chercheur (82).

Afin d'atténuer ce biais, il convient d'analyser son rapport implication-distanciation, afin d'analyser son rapport à l'étude. Selon S. Larivée, C. Sénéchal, Z. St-Onge et M.R. Sauvé, il est primordial d'appliquer le critère de réfutabilité, reproduire la recherche afin de confirmer leurs résultats, et de surtout publier les résultats négatifs (82).

- Effet de primauté et l'effet de récence : Selon le CEDIP, il s'agit de donner une importance exagérée à ce qui se passe au début et à la fin du recueil d'information (46).

Afin d'atténuer ce biais, il convient de porter son attention de manière uniforme sur toute la durée de l'entretien à toutes les informations et données livrées au sein de l'entretien (46).

Biais des participants :

- Biais de désirabilité sociale : Selon S. Tétreault et P. Guillez, cela consiste en un comportement qui pousse les individus à se présenter sous un jour favorable et à occulter les informations qui entacheraient leur image professionnelle/ personnelle lors d'un questionnaire ou d'un entretien (80).

Afin d'atténuer ce biais, il est primordial de mettre en confiance le participant et de mettre en place un cadre sécurisant afin qu'il se sente puisse libre de se confier (80).

Biais des deux parties :

- Biais affectif : Selon le CEDIP, il s'agit d'une « déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral. ». Cette déformation possède un impact sur l'écoute ou l'observation lié à la séduction, à la répulsion (46).

Afin d'atténuer ce biais, selon le CEDIP, il convient de prendre conscience de nos états d'âmes et du fait qu'ils puissent interférer avec un recueil de qualité d'informations. Le but est de garder une vision la plus objective possible (46).

2.4.5 La construction de l'outil théorisé de recueil des données

Afin de mener notre entretien semi-directif de manière objectif et cadré, une matrice d'entretien semi-directif a été construite, abordant cinq thématiques (Voir Annexe 13 p. 100) :

- 1) Questions personnelles / Modalités de travail
- 2) Questions sur l'environnement social du résident souffrant de troubles cognitifs
- 3) Questions sur les enjeux sécuritaires des résidents souffrants de troubles cognitifs
- 4) Questions sur l'autonomie du résident souffrants de troubles cognitif
- 5) Questions sur la collaboration que vous pouvez avoir avec l'environnement social du résident souffrant de troubles cognitifs

Ces thèmes auront été choisis spécifiquement pour pouvoir situer et aborder tous les concepts évoqués au sein de ma question de recherche.

2.4.6 Le Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Dans un premier temps, les entretiens seront réalisés à distance à l'aide de l'outil de visioconférence Zoom.

Puis dans un second temps, de la même manière que pour l'enquête exploratoire, les entretiens seront retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ® version 2011. L'outil aura été dans un premier testé auprès d'un ergothérapeute afin de pouvoir réaliser des changements si nécessaire. Suite à cet entretien-test, la formulation des questions a été changée, des questions de relance ont été ajoutées, notamment sur la partie des informations personnelles et sur les modalités de travail.

Il sera donc adopté une analyse descriptive et thématique, avec une analyse verticale puis horizontale.

3 Résultats

Les résultats de notre recherche vont maintenant être présentés. Les résultats seront appuyés sur les retranscriptions des entretiens, qui auront été classés au sein d'un tableau d'analyse thématique (Voir Annexe 17 p. 108).

3.1 Analyse descriptive

Trois ergothérapeutes ont été interrogés durant la recherche. Ils seront nommés respectivement ergothérapeutes E, F et G, dans l'ordre de leur passage d'entretien. Les trois ergothérapeutes sont des femmes, nous emploierons donc le féminin pour qualifier les participantes.

❖ Ergothérapeute E

Tout d'abord, l'ergothérapeute E est une femme de 34 ans (1.32), diplômée en 2012 de l'institut de formation de Lyon (1.45 & 1.271).

Concernant les modalités de travail, l'ergothérapeute travaille à temps plein depuis huit ans au sein d'un EHPAD privé, de type associatif à but non lucratif de quatre-vingt-quinze résidents, dont cinq places sont réservées aux séjours temporaires. Comme pôle particulier, son EHPAD actuel possède un PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) et réalise des accueils de jour (1.1.24-26 & 1.28 & 1.1.463).

La participante possède d'autres expériences professionnelles que l'ergothérapie car elle a déjà travaillé en tant qu'aide-soignante durant ses études. En tant qu'ergothérapeute, la répondante a déjà eu une précédente expérience au sein d'autres EHPAD ainsi qu'en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) pour personnes traumatisés crâniens (1.39-45).

Au niveau personnel, la participante côtoie dans son environnement professionnel une personne de sa famille, la grand-mère de son mari, qui réside au sein de son EHPAD. Un autre membre de sa famille résidait également au sein de l'EHPAD, mais est décédée récemment (1.49-52).

❖ Ergothérapeute F

L'ergothérapeute F est une femme de 33 ans (1.56). Elle est diplômée de 2014 (1.46-49).

Concernant les modalités de travail, la répondante travaille à plein temps depuis un an et demi au sein d'un EHPAD privé (depuis juillet 2021). L'EHPAD accueille cent-dix résidents. Il existe sur son lieu de travail des unités particulières car l'EHPAD possède deux unités protégées et trois unités ouvertes (1.21-32 & 1.42 & 1.46-49 & 1.53). L'ergothérapeute explique avoir un temps (environ trente pourcents) consacré en tant que référente qualité, elle rapproche cette fonction du travail de qualitatif (1.64-78).

Au sujet de ses anciennes expériences, l'ergothérapeute a toujours travaillé dans le domaine de la gériatrie depuis l'obtention de son diplôme (1.47-49 & 1.61-62).

Au niveau personnel la participante possède une grand-mère qui vit dans un autre EHPAD (1.89-96).

❖ Ergothérapeute G

Enfin, l'ergothérapeute G a 28 ans (1.68), et est diplômée de 2016 (1.37-39). Elle travaille actuellement à quarante pourcents au sein d'un EHPAD public, en plus d'autres activités. En effet, en plus de son temps partiel au sein de l'EHPAD, l'ergothérapeute travaille à 10% en collaboration avec une autre ergothérapeute au sein d'une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), à vingt pourcents au sein d'une équipe mobile de gériatrie, là aussi, avec un autre ergothérapeute et enfin, elle complète ses activités avec une activité libérale (1.29-35 & 1.57). La population que l'ergothérapeute côtoie sont des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et vieillissantes (1.49-50).

Au sujet de ses anciennes expériences, la répondante a déjà eu des expériences professionnelles en MAS (Maison Accueil Spécialisé) et en pédiatrie, auprès d'enfants souffrants de troubles dys et de troubles du spectre autistique (1.64-66).

Au niveau personnel, l'ergothérapeute n'a pas de proches vivants en EHPAD (1.69-71)

3.1.1 Comparaison des répondantes

Cette analyse descriptive permet de constater que les profils des participantes sont similaires. L'âge des répondantes ne diffère donc que de quelques années entre la répondante la plus jeune et la plus âgée. Nous observons également que les ergothérapeutes ont des dates de diplômes

proches les unes des autres, avec une expérience en tant qu'ergothérapeute comprise entre sept et onze ans.

En revanche se sont les précédentes expériences qui diffèrent selon les profils, avec des ergothérapeutes qui n'ont expérimenté que la gériatrie et d'autres qui ont d'autres expériences au sein d'autres secteurs. Enfin, au niveau personnel, les participantes ont des expériences liées à des proches très différentes.

3.2 Analyse thématique

Une analyse thématique du contenu des entretiens va maintenant être réalisée. Selon Pierre Paillé et Alex Mucchielli, l'analyse thématique permet le résumé et le traitement d'un corpus de texte, à des dénominations que l'on appelle les « thèmes » (83). Il possède deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation.

Pour notre analyse thématique, les données apportées par les participants seront tout d'abord classées dans un tableau d'analyse thématique à doubles entrées avec les thématiques classifiées par colonne et dont chaque ligne représentera un ergothérapeute (E, F ou G).

Nous répartirons le tableau en quatre thèmes, en plus d'une colonne spécifique aux profils des ergothérapeutes mais que nous aurons déjà exploité lors de l'analyse descriptive.

3.2.1 Analyse verticale

Dans un premier temps, l'analyse thématique va être entamée par une analyse verticale des réponses des participants. Pour cela, les réponses des différents ergothérapeute avec les points de corroboration et de confrontation au sein des discours seront présentés thème par thème.

❖ Thème 1 : Problématiques sécuritaires rencontrées liées aux déplacements des résidents

Nous allons analyser les réponses qui auront été recueillies à propos des problématiques sécuritaires rencontrées par les ergothérapeutes lors des déplacements de leurs résidents souffrants de troubles cognitifs.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont relaté des problématiques sécuritaires quant aux risques de chutes. Différentes raisons sont pour cela exposées.

La première raison concerne la non-utilisation des aides techniques aux déplacements par les résidents ou leur anosognosie ([Ergothérapeute E 1.78-82](#)). De plus, l'ergothérapeute G ajoute

que les familles peuvent parfois induire un certain risque de chute, en assurant à leurs parents qu'ils peuvent marcher sans aide technique ([Ergothérapeute G 1.187-194](#)). L'ergothérapeute E précise que les familles peuvent être aidantes comme pas du tout ([Ergothérapeute E 1.619-622](#)).

La deuxième raison a été évoquée par l'ergothérapeute F et concerne les résidents qui sont sous traitement qui exacerbent les risques de chute ([Ergothérapeute F 1.119-122 & 1.155-159](#)).

La dernière raison est abordée par l'ergothérapeute F, dont les résidents tentent parfois de passer dans des passages étriqués (entre deux fauteuils roulants par exemple) ([Ergothérapeute F 1.527-534](#)).

Dans un second temps, au cours de tous les entretiens, une thématique est apparue par rapport à des problématiques rencontrées par les ergothérapeutes lors de la déambulation de leurs résidents souffrants de troubles cognitifs.

En premier lieu, un risque relaté par tous les ergothérapeutes interrogés a été le risque de fugue. En effet, selon l'ergothérapeute F, ces fugues peuvent être volontaires ou involontaires ([Ergothérapeute F 1.378-382](#)). Par ailleurs, le fait que l'établissement ne possède pas d'unité protégée est également un facteur de risque de fugue pour l'ergothérapeute E ([Ergothérapeute E 1.90-97 & 1.300-304](#)). L'ergothérapeute G corrobore également ce point de vue car elle rencontre également des problématiques avec des résidents qui veulent s'enfuir ou rentrer chez eux ([Ergothérapeute G 1.132-137](#)). En outre, la problématique est revenue chez plusieurs ergothérapeutes concernant l'accès de certains espaces considérés comme dangereux pour les résidents. C'est le cas des issues des secours à l'étage, par laquelle les résidents fuient en appuyant sur le bouton qui ne peut être verrouillé ([Ergothérapeute G 1.181-184 & 1.435](#)). L'ergothérapeute G a déjà rencontré cette difficulté notamment par rapport aux escaliers, situés à côté de l'ascenseur qui sont parfois empruntés par des résidents anosognosiques ([Ergothérapeute G 1.263 & 1.270-272 & 1.423-424 & 1.427-434](#)).

Par ailleurs, selon l'ergothérapeute G, certains résidents deviennent agressifs à l'encontre des professionnels lorsque l'on n'accède pas à leur demande de sortie ([Ergothérapeute G 1.164-168](#)).

En second lieu, la deuxième difficulté est donc le risque d'hétéro-agression du résident, envers les autres résidents ou le personnel. Selon l'ergothérapeute E, ce risque peut être exacerbé par les troubles du comportement du résident ([Ergothérapeute E 1.156-167](#)). L'ergothérapeute G a elle aussi observé une possible agressivité d'un résident. L'ergothérapeute F a évoqué le fait

que les résidents parfois se trompaient de chambre, ce qui pouvait provoquer de l'agressivité, car chaque résident pense qu'il s'agit de sa propre chambre (Ergothérapeute F 1.370-376). C'est également arrivé à deux résidents de l'ergothérapeute G, où l'un des deux résidents a fait tomber l'autre du lit par énervement (Ergothérapeute G 1.277-284). L'ergothérapeute E nous parle également de cette erreur que peuvent faire les résidents, mais n'évoque pas d'hétéro-agression pour cette raison (Ergothérapeute E 1.298-300).

Ces exemples illustrent la difficulté que rencontrent certains résidents pour trouver leur étage. L'ergothérapeute G évoque cette difficulté notamment par l'utilisation de l'ascenseur par ses résidents avec l'exemple des résidents qui prennent l'ascenseur, qui se trompent d'étages et descendent au rez-de chaussée (Ergothérapeute G 1.130-131).

De plus, l'ergothérapeute G relate un épuisement possible du résident, lors d'une déambulation malade, c'est le cas par exemple dans le syndrome de Korsakoff (Ergothérapeute G 1.603-608).

Les ergothérapeutes ont également évoqué les risques que provoquent la mise en place d'une contention. Tout d'abord avec les risques psychiques, d'après l'ergothérapeute E et F, d'après l'ergothérapeute F, il faut faire attention au syndrome de glissement (Ergothérapeute E 1.113-119 & Ergothérapeute F 1.235-245). De plus, l'ergothérapeute F souligne le fait que la contention physique provoque de la désadaptation psychomotrice (Ergothérapeute F 1.350-357).

Enfin, quelques problématiques isolées sont revenues, comme la demande en hausse des familles pour mettre leurs aînés sous contention. L'ergothérapeute E a remarqué que cette demande a été accrue depuis le COVID-19 (Ergothérapeute E 1.113-119).

L'ergothérapeute G a soulevé un point intéressant auquel pouvaient être confrontés ses résidents pouvant se déplacer. En effet, il est arrivé que des résidents, en période de crise, veuillent mettre fin à leurs jours en passant par la fenêtre (Ergothérapeute G 1.447-450).

❖ **Thème 2 : Interactions et interventions de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social du résident**

Ensuite, nous analyserons les données qui auront été recueillies à propos de l'intervention de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social au sujet des problématiques sécuritaires. Pour cela, nous classifions l'environnement social en trois catégories : les employés, la famille et les animaux.

Au niveau des salariés

Dans un premier temps, nous allons repérer les interventions que réalise l'ergothérapeute auprès des autres professionnels de l'établissement.

Avec le médecin coordonnateur, l'ergothérapeute E met en place avec le médecin coordonnateur des réunions d'analyse des chutes. En effet, dans son établissement, dès qu'une chute se produit, une fiche de chute est remplie par les infirmiers, avec des informations précises sur le contexte de chute. Cette réunion permet à l'ergothérapeute et au médecin de réfléchir à des adaptations des activités de la vie quotidienne des résidents (changement d'horaire de soin ou de repas). L'ergothérapeute E intervient donc auprès de la cadre et de l'équipe de soin pour proposer ces adaptations ([Ergothérapeute E 1.100-107 & 1.217-228](#)).

Auprès des soignants, l'ergothérapeute E a mis en place une fiche adressée aux soignants répertoriant tous les résidents qui ont des contentions ([Ergothérapeute E 1.108-111](#)). Plusieurs ergothérapeutes mettent en place des interventions de formation du personnel soignant au niveau de la manutention, sur l'utilisation des aides techniques ou sur la guidance de la personne lors de la marche. C'est le cas des trois ergothérapeutes ([Ergothérapeute E 1.263-268 & 1.274-278 & 1.537-546](#) & [Ergothérapeute F 1.199-206 & 1.288-293](#) & [Ergothérapeute G 1.238-254 & 1.322-326 & 1.339-342](#)). Il y a donc une formation ayant pour but de sécuriser le résident et le personnel. L'ergothérapeute F réalise également d'autres formations sur un sujet différent : les facteurs de risques de chute ([Ergothérapeute F 1.189-197 & 1.211](#)). Les professionnels de l'équipe de l'ergothérapeute E n'hésitent pas à revenir vers elle lors de doutes ou de questions, témoignant d'une relation de confiance qui s'est créée avec l'équipe ([Ergothérapeute E 1.263-268 & 1.274-278 & 1.537-546](#)). Pour cela, la répondante explique que son temps plein a été aidant pour faire le lien avec les équipes ([Ergothérapeute E 1.282-293](#)). L'ergothérapeute G intervient elle aussi auprès de l'équipe pour répondre aux problématiques rencontrées, elle ressent cependant que cette intervention est limitée par ses modalités de travail à 40% ([Ergothérapeute G 1.367-372](#)). La relation de confiance établie par l'ergothérapeute E et l'équipe soignante lui permet ensuite d'agir auprès d'eux et de leur faire comprendre quelles sont les envies des résidents et pourquoi il est important de les respecter. La participante dit faire également le lien entre l'histoire de vie de la personne, ses habitudes et l'équipe soignante. ([Ergothérapeute E 1.337-342 & 1.349-353 & 1.573-582](#)). Nous retrouvons cette approche dans le discours de l'ergothérapeute F, pour demander aux équipes de laisser la personne faire un maximum seule quand elle le peut ([Ergothérapeute F 1.307-316](#)). Les équipes sont ensuite des

soutiens de l'ergothérapeute E, pour qu'elle aussi participe au rappel de l'utilisation des aides techniques aux résidents ([Ergothérapeute E 1.435-438](#)).

L'ergothérapeute F réalise quant à elle un « relais » avec une soignante appelée « maîtresse de maison », qui dirige une unité de soignants, celle-ci l'aide notamment à transmettre les formations de l'ergothérapeute aux nouveaux employés ([Ergothérapeute F 1.216-231](#)). Un autre relais est effectué entre l'ergothérapeute G et l'animatrice, qui prend la relève de certaines activités de l'ergothérapeute ([Ergothérapeute G 1.566-570](#)).

L'ergothérapeute E agit également auprès du personnel d'accueil pour leur transmettre l'histoire de vie de la personne et leur expliquer la raison du comportement de certains résidents ([Ergothérapeute E 1.566-573](#)). Au niveau du personnel administratif, l'ergothérapeute G a déjà réalisé une inversion de chambres, dans l'objectif de donner plus de repères à une personne désorientée et éviter les conflits entre deux résidents ([Ergothérapeute G 1.354-367](#)).

L'ergothérapeute G agit avec la psychologue pour guider les personnes désorientées qui sont descendues au rez-de-chaussée ([Ergothérapeute G 1.125-129 & 1.138-141](#)). La répondante agit également avec l'agent technique du centre afin de « bonifier » l'environnement architectural déjà présent et donner des repères aux personnes déambulantes, l'agent technique ne peut d'ailleurs pas réaliser de modifications sans la présence de l'ergothérapeute ([Ergothérapeute G 1.1501-156 & 1.558-563 & 1.575-594](#)).

Au niveau des aidants personnels

Dans un second temps, nous allons repérer les interventions que réalise l'ergothérapeute auprès des aidants personnels du résident.

L'ergothérapeute E réalise de l'information auprès des proches, afin qu'ils comprennent l'approche de l'établissement. Il arrive que la répondante s'appuie sur les proches comme des aidants, afin de faire passer certaines consignes aux résidents par leur intermédiaire ([Ergothérapeute E 1.229-243 & 1.257-260 & 1.619-626](#)). Pour la répondante, le lien avec la famille permet à l'ergothérapeute de recueillir des informations sur les habitudes de vie, d'autant plus quand le résident n'est plus capable de s'exprimer ([Ergothérapeute E 1.499-510](#)). Pour l'ergothérapeute G, ce recueil d'informations permet de donner au résident des repères plus efficaces et signifiants dans son environnement architectural, elle donne pour cela l'exemple d'un ancien jardinier, pour lequel elle a disposé un tuyau d'arrosage sur sa porte afin

qu'il repère sa chambre ([Ergothérapeute G 1.306-312 & 1.312-318 & 1.321-322](#)). La répondante propose également des activités selon le discours des familles ([Ergothérapeute G 1.536-542](#)).

Au contraire, l'ergothérapeute F énonce avoir peu de lien avec la famille au sein de cet EHPAD ([Ergothérapeute F 1.259-261](#)). Quand ils sont en contact, c'est en présence du médecin et du cadre pour expliquer les risques encourus par un résident s'il ne met pas de contention ou de l'explication de l'utilisation des aides techniques au déplacement ([Ergothérapeute F 1.263-270 & 1.584-587 & 1.603-619](#)). C'est le cas également de l'ergothérapeute G qui expliquait pourquoi les aides techniques sont installées en intervenant avec la psychologue ou l'animatrice ([Ergothérapeute G 1.201-213](#)).

Au niveau des animaux

Enfin, les interactions de l'ergothérapeute avec les animaux de l'environnement des résidents vont être abordées. Tout d'abord, l'ergothérapeute G, quant à elle possède de vrais animaux au sein de son EHPAD, comme les poules à l'extérieur, qu'elle utilise pour donner du sens aux déplacements des résidents ([Ergothérapeute G 1.90-92 & 1.342-349](#)). Elle précise qu'elle n'a pas le droit aux animaux en intérieur à cause des restrictions hospitalières ([Ergothérapeute G 1.92-93](#)).

En outre, bien que les animaux aient été compris au sein de notre sujet sous la définition d'environnement social, il est ressorti de plusieurs ergothérapeutes des informations arrivants à la frontière de notre sujet. Il est ressorti en effet à plusieurs reprises la notion de faux animaux ou poupées utilisés en tant que médiation. L'ergothérapeute F possède au sein de son établissement « Paro le Phoque » et relate un effet apaisant, même chez certaines personnes avec une activité psychomotrice très forte, ce n'est cependant pas elle qui a mis le phoque en place, mais la psychomotricienne ([Ergothérapeute F 1.487-491 & 1.505-512 & 1.535-543](#)). L'ergothérapeute E, quant à elle a mis en place de faux chats thérapeutiques et des poupons d'empathie, qui sont désormais acceptés et utilisés par l'équipe, et dont elle décrit les mêmes effets apaisants ([Ergothérapeute E 1.192-196 & 1.200-209](#)). Cependant, la professionnelle précise que ce genre de médiation ne marche pas avec tous les résidents ([Ergothérapeute E 1.174-190](#)).

❖ **Thème 3 : Notion d'autonomie du résident dans ses déplacements**

Ensuite, tous les éléments évoqués par les ergothérapeutes quant à la notion d'autonomie du résident dans ses déplacements vont être abordés.

Dans un premier temps, la notion d'autonomie est une notion intégrée dans la pratique des trois ergothérapeutes ([Ergothérapeute E 1.331-333](#) & [Ergothérapeute G 1.342](#)). Selon l'ergothérapeute F, cette autonomie va consister en le fait de laisser la personne faire un maximum seule tout ce qu'elle peut faire ([Ergothérapeute F 1.303-306](#)). Pour l'ergothérapeute G, le concept de l'autonomie s'illustre par l'initiative d'un résident à réaliser une envie ([Ergothérapeute G 1.460-465](#) & [1.492-494](#) & [1.497-503](#)).

Dans un second temps, il y a une notion qui revient dans le discours de tous les ergothérapeutes, il s'agit de la contention. A ce sujet, l'ergothérapeute E nous dit que la contention vient en dernier recours, quand les moyens préalables n'ont pas fonctionné ([Ergothérapeute E 1.111-113](#)). En outre, la politique de son établissement se positionne plutôt contre les contentions, et pour laisser la liberté de déplacement aux résidents avec la conscience des risques, la répondante veille d'ailleurs à ce qu'il n'y ait pas trop de contentions ([Ergothérapeute E 1.128-131](#) & [1.451-453](#)). Dans ce cadre-là, au sein de l'établissement de l'ergothérapeute E, une contention est mise en place dans le cas où la personne chute tous les jours. Elle donne comme exemple un résident qui a méconnaissance de sa capacité physique et qui essaye de se lever malgré sa fragilité et qui chute ([Ergothérapeute E 1.446-451](#)). Pour l'ergothérapeute F, le sujet de la mise en place d'une contention est étudié au cas par cas, quand les chutes sont elles aussi très fréquentes. Elle rajoute que la question de la question morale est prise en compte, afin d'éviter notamment un syndrome de glissement ([Ergothérapeute F 1.235-245](#)). Dans l'équipe soignante de l'ergothérapeute G, la contention est mise en place quand il y a mise en danger du résident ou d'autres personnes ([Ergothérapeute G 1.386-395](#)).

L'ergothérapeute F est la seule ergothérapeute à aborder la problématique des levées des personnes qui sont sous contention (qui sont censées être levées pour marcher toutes les deux heures). En effet, les soignants prennent en soin beaucoup de résidents à la fois et ne peuvent de ce fait avoir le temps de les lever ([Ergothérapeute F 1.645-654](#)).

La notion de respect des envies des résidents va être abordé. En effet, l'ergothérapeute E souligne le fait qu'une personne ayant des troubles cognitifs va avoir des envies moins pertinentes. De ce fait, la limite de l'autonomie des résidents va se situer dans la mise en danger du résident ou dans la réalisation d'une activité dépourvue de sens signifiant ([Ergothérapeute E](#)

1.365-381). L'ergothérapeute G rajoute que la capacité d'initiative de la personne va être réduite avec les troubles cognitifs ou psychiatriques (Ergothérapeute G 1.460-465 & 1.492-494 & 1.497-503). De ce fait, pour permettre l'autonomie de la personne, elle essaye « d'initier l'envie » de la personne, ou présenter des activités, pour que la personne puisse plus tard les réclamer puisqu'elle les aura déjà vues (Ergothérapeute G 1.477-482 & 1.510-522 & 1.525-528).

L'ergothérapeute E souligne que l'équipe soignante souhaite sécuriser les résidents au maximum et ont parfois du mal de ce fait à respecter leurs envie qui peut aller à l'encontre de cela (Ergothérapeute E 1.333-337).

L'ergothérapeute F et G évoquent la notion de déplacement des personnes atteintes de troubles cognitifs en fauteuil roulant et expliquent permettre à ces résidents de se déplacer à l'aide de manière de déplacement adapté (exemple du déplacement podal) pour leur faciliter l'accès aux déplacements (Ergothérapeute F 1.244-352 & Ergothérapeute G 1.265-268). L'ergothérapeute G souligne également l'important de la guidance verbale pour leur permettre une certaine autonomie (Ergothérapeute G 1.332-335)

Il existe tout de même une contrainte institutionnelle quant aux heures de repas, de coucher, d'après l'ergothérapeute E (Ergothérapeute E 1.381-387). Mais l'environnement structural peut rester soutenant selon l'ergothérapeute G (Ergothérapeute G 1.507-510).

Enfin, au niveau de l'effet de l'autonomie sur la qualité de vie des résidents, l'ergothérapeute E énonce que l'autonomisation du résident permet de lui laisser du pouvoir sur sa vie (Ergothérapeute E 1.474-48). L'ergothérapeute F souligne même une valorisation de la personne à la réalisation de ses envies quand elle possède les capacités cognitives nécessaires à la compréhension de la réalisation de ses actes (Ergothérapeute F 1.550-558 & 1.565-568). Chez les résidents souffrants de troubles cognitifs, ces envies vont être exprimées, mais il s'agira de besoins plus primaires (Ergothérapeute E 1.480-487 & 1.490-494). L'ergothérapeute F explique observer par ailleurs une baisse de l'agitation et des troubles du comportement du résident quand celui-ci peut se rendre où il le souhaite (Ergothérapeute F 1.550-558 & 1.565-568). Selon l'ergothérapeute G, l'autonomie possède un rapport positif sur la personne car cela veut dire qu'elle peut réaliser plus d'activités (Ergothérapeute G 1.597-602).

❖ **Thème 4 : Prise en soin mises en place par d'autres professionnels ou au niveau de l'équipe au sujet des risques sécuritaires et de l'environnement social**

Enfin, nous analyserons les données qui auront été recueillies à propos des interventions qui sont faites à l'échelle de l'équipe ou par d'autres éléments de l'environnement social au sujet des risques sécuritaires. En effet, comme nous nous intéressons à l'environnement social du résident, il est intéressant de comprendre la pratique à l'échelle de l'équipe et à l'échelle individuelle de chaque professionnel au niveau des risques sécuritaires, afin de mieux pouvoir collaborer avec eux en tant qu'ergothérapeute.

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux approches réalisées en équipe ou les actions qui sont non spécifiques à l'ergothérapie au sein des EHPAD.

Lors d'une présence d'un risque de fugue fréquent, le résident est réorienté au sein d'un autre EHPAD possédant une unité protégée ([Ergothérapeute E 1.314-316](#)). Dans l'EHPAD de l'ergothérapeute G, les professionnels proposent aux résidents une sortie à l'extérieur (campagne), quand ceux-ci ne sont plus satisfaits de juste sortir dans le jardin ([Ergothérapeute G 1.171-175 & 1.528-533](#)).

Il existe également l'organisation de réunions formelles, où les risques sécuritaires des résidents sont abordés. Par exemple, l'équipe médicale de l'ergothérapeute E organise des projets personnalisés d'accompagnement (PPA) lorsque la personne n'arrive plus à exprimer ses envies ([Ergothérapeute E 1.494-499](#)). C'est le cas également au sein de l'EHPAD de l'ergothérapeute F, où des réunions « staffs » sont organisées une fois par semaine pour discuter notamment du sujet des chutes, des contentions ou des entrées en unité protégée ([Ergothérapeute F 1.277-281](#)). L'entrée en unité protégée se discute alors lorsque le patient se trompe régulièrement de chambre ou quand il fouille dans les affaires d'autres résidents ([Ergothérapeute F 1.396-405](#)). Au sein de l'unité protégée de l'ergothérapeute F, les chambres des résidents sont donc systématiques verrouillées, afin de pallier aux déambulations des résidents ([Ergothérapeute F 1.367-368](#)).

De manière générale, ce sont finalement tous les professionnels qui sont vigilants, selon l'ergothérapeute F, qui prend notamment en soin des résidents présentant des symptômes de freezing, où chaque professionnel a le rôle de sécuriser et d'accompagner le résident à s'asseoir en cas de troubles de la marche ([Ergothérapeute F 1.173-180](#)). De plus, les équipes soignantes de l'ergothérapeute G sont faites de telle manière à ce qu'il y ait toujours un soignant connu par le résident afin de lui donner un repère ([Ergothérapeute G 1.81-84](#)). L'équipe prend le temps

également avec la personne pour qu'elle puisse prendre des repères spatiaux ([Ergothérapeute G 1.294-300](#)).

Dans un second temps, les approches de l'équipe auprès de la famille vont être analysées. Pour les ergothérapeutes E et F, ce sont les responsables des soins (cadre de santé et médecin coordonnateur) qui sont en lien avec la famille à l'entrée du résident. Ils expliquent alors l'approche de l'établissement à la famille ([Ergothérapeute E 1.124-128](#) & [Ergothérapeute F 1.255-256](#)). Ensuite, au cours de la prise en soins, en plus de l'ergothérapeute, c'est aussi toute l'équipe qui réalise un recueil d'informations des habitudes de vie auprès de la famille ([Ergothérapeute E 1.392-398](#)).

La famille est elle aussi impliquée dans l'aide à la prise de repères des résidents. En effet, il arrive que certaines familles amènent le chien d'un résident, pour donner des repères quand le résident est agité et angoissé ([Ergothérapeute G 1.98-100](#)). Au sein de l'EHPAD de l'ergothérapeute E, la famille est impliquée en termes de prévention, car participe à l'alerte de l'équipe soignante quand elle se trouve auprès du résident en cas de mise en danger. ([Ergothérapeute E 1.254-257](#)).

Les actions des professionnels isolés sont également pratiquées au sujet des risques sécuritaires. Par exemple, selon l'ergothérapeute E, ce sont les infirmiers qui sont avertis les premiers en cas de chute et qui annoncent cette chute à la famille ([Ergothérapeute E 1.137-143](#)). Au sein de l'établissement de l'ergothérapeute G, le médecin, à l'entrée d'un résident, adopte une démarche pour retirer tous les médicaments provoquant des risques de chute, comme les neuroleptiques, puis les réinsère petit à petit, en fonction des besoins ([Ergothérapeute G 1.407-412](#) & [1.416-418](#)).

Enfin, une zoothérapeute intervient au sein de l'établissement de l'ergothérapeute F ([Ergothérapeute F 1.104](#)). Pour l'ergothérapeute G, c'est une médiatrice animale qui se rend sur l'EHPAD, et qui utilise des chiens, des souris et des hamsters pour faire bouger les résidents ([Ergothérapeute G 1.89-90](#) & [1.105-110](#) & [1.115-116](#)).

3.2.2 Analyse horizontale

Nous allons, dans un second temps continuer notre analyse thématique par une analyse horizontale des réponses de chaque ergothérapeute.

❖ Ergothérapeute E

Tout d'abord, les réponses de l'ergothérapeute E vont être analysées.

Nous remarquons que la politique d'établissement de la professionnelle vise une politique « Zéro contentions », ou en ultime recours, si les moyens préalables n'ont pas fonctionné (1.111-113 & 1.128-131). Nous voyons que cela a un impact sur la pratique de l'ergothérapeute car elle reste très vigilante à ce qu'il n'y ait pas trop de contentions en place en même temps (1.451-453). Cette approche est notamment expliquée aux proches, qui sont, d'après la professionnelle, plus demandeurs de la mise en place de contentions depuis le début de la pandémie de COVID-19 (1.229-243 & 1.257-260 & 1.619-626).

Au niveau de ses interactions auprès de l'environnement social, nous pouvons alors supposer que les huit ans d'expérience de l'ergothérapeute au sein de l'EHPAD ont pu aider pour construire un lien de confiance avec les équipes soignantes. Elle énonce également que son temps plein au sein de l'établissement est aidant pour cette création de lien (1.282-293). En effet, l'ergothérapeute décrit les équipes soignantes dans la crainte de respecter les envies des résidents, car ils souhaitent sécuriser le résident au maximum (1.333-337). Avec cette confiance accordée, elle peut ainsi leur faire des propositions d'adaptation d'activité, pour limiter les risques sécuritaires (1.217-228). Cela permet la mise en place d'une collaboration, avec une prise de relais par les équipes des informations données par l'ergothérapeute (1.435-438). L'ergothérapeute, quant à elle, met des moyens à disposition des soignants, comme les fiches explicatives des profils de résidents avec contentions à destination des professionnels (1.108-111). Les équipes soignantes sont également plus enclin à venir vers l'ergothérapeute en cas de questions ou de problématiques sécuritaires à résoudre (1.263-268 & 1.274-278 & 1.537-546).

Au niveau de l'environnement social et administratif, le fait que l'EHPAD n'ait pas d'unité protégée au sein de son établissement, fait que les résidents sont réorientés en cas de problématiques sécuritaires de fugues trop grandes (1.314-316).

❖ Ergothérapeute F

A présent, les réponses de l'ergothérapeute F vont être analysées.

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la définition faite par l'ergothérapeute de l'autonomie se rapproche davantage de l'indépendance. En effet, selon elle, cette autonomie consiste en le fait de laisser la personne réaliser un maximum seule tout ce qu'elle peut faire

(1.303-306). Selon notre matrice théorique, l'autonomie fait plutôt appel à la notion d'auto-gouvernance, de faire ses propres choix.

Ensuite, il reste intéressant de noter que la professionnelle possède sur son temps de travail, trente pourcent de temps dédiée en tant que référente qualité (1.61-62 & 1.64-78). Nous pouvons donc nous attendre à ce que l'ergothérapeute connaisse des notions administratives sur le sujet des contentions, grâce à sa fonction. En effet, la répondante évoque la difficulté que rencontrent les équipes soignantes à lever les résidents sous contention toutes les deux heures (1.645-654).

Enfin, nous remarquons que la professionnelle dit avoir peu de contacts auprès de la famille de ces derniers au sein de son EHPAD actuel (1.259-261). Mais finalement, cette même personne nous a cité plusieurs situations dans laquelle elle se retrouvait en lien avec les proches. Une des deux interventions concerne la formation aux aides techniques et la deuxième, une intervention conjointe avec d'autres professionnels (médecin, cadre), sur le sujet des contentions (1.263-270 & 1.603-619). De ce fait, la plupart des interventions de l'ergothérapeute sur l'environnement social se situent surtout auprès des soignants, en termes de formation, de prévention des risques et de justification des envies des résidents (1.199-206 & 1.216-231 & 1.288-293 & 1.307-316).

❖ Ergothérapeute G

Enfin, nous analyserons les réponses de l'ergothérapeute G.

L'ergothérapeute G, contrairement aux autres répondantes possède une expérience plus diversifiée, dans d'autres secteurs que la gériatrie (1.29-35 & 1.57). En revanche, son arrivée au sein de cet EHPAD est plus récente. La population de son établissement est particulière, car elle inclut des personnes âgées souffrants de troubles psychiatriques (1.49-50).

Les problématiques que rencontre la professionnelle concernent principalement l'environnement architectural, plus que les autres participantes. En effet, il a été évoqué davantage de mises en danger des résidents à cause de leur environnement physique (cages d'escaliers, issues de secours, erreur d'étage ou de chambre) (1.130-131 & 1.181-184 & 1.270-272 & 1.435). De ce fait, nous pouvons remarquer que, plus que les autres ergothérapeutes, les actions de la professionnelle se centrent beaucoup sur l'adaptation de l'environnement pour donner des repères aux résidents et éviter ces mises en danger. L'ergothérapeute possède une part de pratique où elle agit directement sur l'environnement, mais également avec l'aide de l'environnement social. Ces adaptations se font alors en collaboration avec eux (agent technique

qui réalise des adaptations sur préconisation (1.306-312 & 1.312-318 & 1.321-322), proches qui donnent des informations pour adapter l'environnement plus justement (1.501-156 & 1.558-563 & 1.575-59), psychologue).

La professionnelle est revenue plusieurs fois sur la notion de « provoquer l'envie », notamment grâce aux informations recueillies auprès des proches du résident (1.477-482 & 1.510-522 & 1.525-528). La répondante est d'ailleurs la seule ergothérapeute possédant de vrais animaux vivant dans la structure (poules). Elle s'en sert alors pour provoquer l'envie de se déplacer et initier une forme d'autonomie (1.90-92 & 1.342-349).

4 Discussion des données

Enfin, dans cette partie discussion, nous allons revenir sur l'ensemble de notre recherche, avec un regard critique sur la méthodologie et sur nos résultats.

4.1 Interprétation des résultats

Une interprétation et une synthétisation des résultats vont être présenté.

Nous nous sommes tout d'abord intéressés à la question de l'autonomie et de l'autodétermination, pour enfin se spécialiser sur le sujet de l'autonomie de la personne âgée lors de ses déplacements, notamment en présence de risques sécuritaires et de troubles cognitifs.

4.1.1 Revue de littérature

Durant cette recherche, la revue de littérature nous a permis de cerner le sujet de l'autodétermination des résidents en EHPAD. Elle montre que l'autodétermination des personnes âgées en EHPAD n'est pas idéale. Ceci s'explique par la présence de plusieurs barrières, tout d'abord, organisationnelle, puis relationnelle. Cette dernière s'explique notamment par une divergence de logique entre le résident qui se trouve dans « une logique de service » et le soignant se trouve lui dans « une logique de soins ». Cette « logique de soin » des soignants est exacerbée par l'obligation de sécurité. Les études montrent pourtant que l'autodétermination possède des bienfaits sur la qualité de vie et la santé des personnes âgées.

La revue de littérature montre également que l'évolution des styles de pratique en EHPAD est lente et exige notamment une véritable préoccupation de la part du personnel et des administrateurs des établissements à tous les niveaux (39).

4.1.2 Recherche

❖ **Problématiques sécuritaires liées aux déplacements du résident**

Nous retrouvons tout d'abord une première problématique concernant les risques de chute, que ce soit par anosognosie du résident, par la non-utilisation de ses aides techniques, mais aussi à cause des traitements médicamenteux exacerbant les troubles de l'équilibre. Il arrive également que le résident se déplace dans des endroits étroits.

Ensuite, il existe tous les risques liés à la déambulation du résident. Il y a tout d'abord les risques de fugues du résident, volontaires ou involontaires. Il a été évoqué ensuite les mises en danger à cause de l'environnement (issues de secours, escaliers ou passage au milieu d'un espace étriqué). L'anosognosie du résident a également été évoqué comme un facteur de risque.

Enfin, il est ressorti la notion d'hétéro-agressivité des résidents soit envers les autres résidents, ou les professionnels, exacerbée par les troubles du comportement.

❖ **Actions de l'ergothérapeutes auprès de l'environnement social au sujet des risques sécuritaires**

Nous avons recueilli le fait que l'ergothérapeute réalisait de l'information et des formations. Tout d'abord auprès des proches du résident, où l'ergothérapeute réalise de l'éducation thérapeutique et explique l'utilisation spécifique des aides technique. Ensuite auprès des soignants, afin de leur transmettre l'histoire de vie de la personne, mais aussi pour réaliser des formations de prévention et d'utilisation des aides techniques lors des manutention. D'autres éléments isolés de l'environnement social ont aussi été formés sur différents sujets.

L'ergothérapeute réalise également du recueil d'informations auprès des soignants et de la famille, pour recueillir les habitudes de vie et les loisirs de la personne, notamment dans les cas où elle ne peut plus s'exprimer.

Enfin, l'ergothérapeute agit en collaboration avec l'équipe, ou avec des acteurs isolés, pour permettre un environnement adapté et prendre en soin le résident.

4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche

Pour rappel, durant cette recherche, nous nous sommes intéressés à **l'action préventive de l'ergothérapeute sur l'environnement social du résident, présentant des troubles cognitifs et se déplaçant.**

Nous nous sommes posé la question de recherche suivante : « **Comment l'ergothérapeute agit sur l'environnement social du résident en EHPAD souffrant de troubles cognitifs, dans l'optique d'agir sur son autonomie de déplacement et sa qualité de vie en toute sécurité?** »

La recherche montre tout d'abord que les risques de chutes, les fugues et les hétéro-agressions sont les principales problématiques sécuritaires rencontrées par les résidents.

Au niveau de l'environnement social, la famille, les soignants et les animaux sont les principaux éléments de l'environnement social sur lesquels les ergothérapeutes agissent.

Les moyens utilisés font appels principalement à la communication. En effet, pour favoriser la sécurité du résident lors de ses déplacements, l'ergothérapeute réalise des actions d'informations, de formation et réalise du recueil d'informations. Le professionnel peut-être également amené à collaborer avec d'autres pour prendre en soin un résident conjointement ou pour adapter l'environnement. Il apporte, auprès de l'environnement social, ses compétences en termes d'occupation, d'aides techniques et en prévention des risques. Toutes ces démarches sont présentes pour prévenir de la mise en place d'une contention sur le long terme.

L'ergothérapeute appartient à une dynamique d'équipe, où les champs disciplinaires peuvent être amenés à se chevaucher, mais où chacun œuvre pour la santé de la personne âgée. Il utilise son approche spécifique et ses compétences, afin de permettre, avec une prise de risques contrôlée, l'autonomie du résident dans ses déplacements et une promotion de la qualité de vie de ceux-ci.

4.3 Critique et limites du dispositif

Cette étude ayant pour but d'initiation à la recherche, nous pouvons critiquer certains éléments de notre prospection et relever ses limites.

❖ Limites méthodologique

Dans un premier temps, au cours de notre étude, nous ne sommes pas arrivés à saturation des données afin de respecter nos modalités d'évaluation. Pour cela, il aurait été souhaitable d'interroger au moins dix ergothérapeutes supplémentaires, afin de comprendre le phénomène dans toutes ses dimensions. Nous intéresser notamment à des profils différents de ceux déjà obtenus (exemple des hommes ergothérapeutes en EHPAD) pourrait donner un aperçu plus représentatif de la population des ergothérapeutes travaillant en gériatrie. En effet, les profils de professionnels interrogés sont similaires en termes d'âge, de sexe et d'années d'expérience.

De plus, lors de notre recherche, ce sont des ergothérapeutes possédant peu d'années d'expériences (moins de quinze ans) qui ont été interrogés, ce qui implique un biais méthodologique.

Nous pouvons également soulever un biais méthodologique survenu durant la construction de l'outil de recueil de données de l'enquête exploratoire. En effet, les questions concernant les moyens employés par les ergothérapeutes pour permettre l'autodétermination d'un résident utilisaient le terme « mis en place » qui fait appel aux moyens matériels, ce qui a occulté une partie des moyens informels que pouvaient utiliser les professionnels.

Enfin, nous ne pouvons nier l'impact de la passation des entretiens en distanciel, qui n'a pas été le moyen idéal d'instaurer un climat de confiance.

❖ **Limites théoriques**

Dans un second temps, nous nous sommes également confrontés à une limite théorique. En effet, étant donné nos modalités d'évaluation, nous n'avons pas pu explorer plus de deux ou trois concepts théoriques. De ce fait, au cours de la recherche il apparaît que le concept de « la collaboration » aurait été intéressant à explorer.

Il est également regrettable qu'il ne soit pas ressorti de données sur un élément de l'environnement social en particulier : les autres résidents de l'établissement. En effet, bien que cités à l'oral comme faisant partie de celui-ci, il n'est pas apparu d'informations concernant les actions de l'ergothérapeute sur les autres résidents en tant que ressources.

4.4 Apports, et intérêts pour la pratique professionnelle

La portée de nos résultats concernant la pratique professionnelle va maintenant être analysée.

Nos résultats peuvent être transférables à de nombreux autres contextes de prises en soin de la personne âgée, autre que l'EHPAD. Notamment dans le cadre de nouveaux dispositifs émergents de maintien et de prise en soin de la personne âgée à domicile, avec la venue des projets et dispositifs type « EHPAD hors les murs ».

Nous pouvons également envisager une transférabilité des résultats auprès d'une population moins grabataire telle que les personnes âgées ne souffrants pas de troubles cognitifs, mais souffrants d'autres problématiques liées à leur déplacement.

Cette recherche appuie l'importance de l'évolution et de l'actualisation de la pratique ergothérapeutique en termes de prévention des risques liés à l'activité physique du secteur sanitaire et social (PRAP 2S) et justifie la nécessité de l'émergence de formations. Notamment celle, Geste et Activation de la Personne Agée (GAPA), peut être porteuse dans cette démarche d'autonomisation aux déplacements.

Elle montre également l'importance de l'action de déplacement sur la santé physique et morale des personnes âgées de manière générale. Nous retrouvons derrière cette initiative de déplacement une notion de plaisir, d'envie en lien avec l'objectif de la personne. Cette recherche permet alors de justifier de l'importance du mouvements et de la liberté dans la vie, d'un individu atteint de troubles cognitifs ou non.

4.5 Prospectives de recherches

Cette recherche a adopté une approche globale afin de cerner la pratique de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social des résidents. Bien que nous nous soyons centrés sur le sujet des problématiques sécuritaires liées au déplacements des résidents, des études approfondies pourraient être réalisées sur les interactions ou la collaboration de l'ergothérapeute auprès d'un élément spécifique de l'environnement social. Ainsi, collecter de nouvelles données sur le sujet de la stimulation entre résidents serait une ouverture envisageable de mon sujet. Nous aimerions savoir comment l'ergothérapeute peut intervenir auprès de cet élément de l'environnement afin de favoriser l'autonomie de déplacement d'une personne âgée. Il pourrait être intéressant également d'approfondir spécifiquement une problématique sécuritaire rencontrée chez plusieurs ergothérapeutes, afin de constituer un recueil exhaustif des moyens employés par les ergothérapeutes afin de répondre à ces difficultés.

Si nous en revenons aux résultats de notre recherche, une étude quantitative pourrait donner suite à notre sujet, afin de permettre une généralisation des résultats de recherche.

Nous pourrions porter notre attention à considérer l'impact de l'approche de la politique d'établissement dans la mise en place des contentions physiques et médicamenteuses.

Nous touchons du doigt également des éléments qui restent à la frontière de mon sujet, tels que « Paro le Phoque » ou le poupon d'empathie que nous avons inclus au sein de notre environnement social, car les résidents considéraient comme en faisant partie. Ces médiations sont finalement un moyen d'apaiser le résident mais viennent également questionner notre

réflexion éthique. Nous pourrions donc recueillir l'adhésion des ergothérapeutes à ce genre de médiation.

Enfin, nous aimerions que des recherches soient portées sur la relation qu'il y a entre la prévention des troubles musculosquelettiques chez les professionnels d'un établissement et la mise en place de contentions physiques ou médicamenteuses chez les résidents.

4.6 Projection professionnelle

En tant que future professionnelle, cette recherche ne fait que renforcer mon envie de travailler auprès d'une population âgée. Mon objectif serait alors de préserver leur justice occupationnelle et de respecter de leur autonomie. J'espère pouvoir leur garantir, selon les moyens qui sont mis à ma disposition, une qualité de vie descente.

5 Bibliographie

1. Unapei. [Online]. Available from: <https://www.unapei.org/actions/autodetermination-concept-pratique/>.
2. Légifrance. Légifrance. [Online].; 2004. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000309649/>.
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Seniors.; 2019. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>.
4. Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proche. [Online].; 2021. Available from: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>.
5. WFOT. WFOT. [Online].; 2010.
6. Tronto JC. Du care. Revue du MAUSS. 2008;; p. 243 à 265.
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge.; 2018. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>.
8. Charret L, Samson ST. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. Contraste. 2017;(45).
9. Commissaire aux droits de l'homme. Le droit des personnes handicapées. [Online].; 2012. Available from: <https://rm.coe.int/16806dab9c>.
10. Gimenez M. [Online].; 2020. Available from: <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/02/GIMENEZ-Margaux-b264f87e.pdf>.
11. Haute Autorité de Santé. [Online].; 2004. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite.
12. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. Health and Social Care. 2004.

13. Institut national de la statistique et des études économiques. [Online].; 2020. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>.
14. Haute Autorité de Santé. [Online].; 2020. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf.
15. Inserm. [Online].; 2014. Available from: <https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2014/11/DP-Expertise-Chutes-VDEF-20112014.pdf>.
16. Haute Autorité de Santé. [Online].; 2017. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794240/fr/les-personnes-agees-en-etablissement-de-sante.
17. Agence Régionale de la Santé. [Online].; 2018.
18. Castanet V. Les fossoyeurs Fayard , editor.; 2022.
19. France info. Maltraitance dans les Ehpad : le groupe Orpea dans la tourmente. 2022 Janv 25.
20. Inserm. Le MeSH bilingue. [Online]. Available from: <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>.
21. Pubmed. Pubmed. [Online]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
22. ScienceDirect. ScienceDirect. [Online]. Available from: <https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/>.
23. Cain.info. Cain.info. [Online]. Available from: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/Accueil_Revues.php.
24. Wiley. Wiley Online Library. [Online]. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.lama.univ-amu.fr/>.
25. PsycInfo A. APA PsycInfo. [Online]. Available from: <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>.
26. OT Seeker. OT Seeker. [Online]. Available from: <http://www.otseeker.com/>.

27. Scholar G. Google Scholar. [Online]. Available from: https://scholar.google.com/schhp?hl=fr&as_sdt=0,5&inst=12471285359224865129.
28. Scimago Journal & Country Rank. Scimago Journal & Country Rank. [Online]. Available from: <https://www.scimagojr.com/journalrank.php>.
29. Palmer J, Parker V, Berlowitz D, Snow AL, Hartmann C. Resident Choice: A Nursing Home Staff Perspective on Tensions and Resolutions. *Geriatric Nursing*. 2017.
30. Schenel R, Ozanne A, Strang S, Henoch I. To make and execute decisions throughout life: A person-centred model that facilitates self-determination in residential care, developed through participatory research. *Applied Nursing Research*. 2020.
31. Ladiesse M, Léonarda T, Birmelé B. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. *Éthique et santé*. 2020 Septembre; 17: p. 147-154.
32. LégiFrance. [Online].; 2020. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313/>.
33. Phelan A. Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. *Risk Manag Healthcare Policy*. 2015.
34. Bölenius K, Lämås K, Sandman PO, Lindkvist M, Edvardsson D. Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients - a cross-sectional study. *BMC Geriatric*. 2019.
35. Eyers I, Arber S, Luff R, Young E, Ellmers T. Rhetoric and reality of daily life in English care homes: the role of organised activities. *International Journal of Ageing and Later Life*. 2012;; p. 53-78.
36. Jonsson H. Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home. *Scandinavian Journal of Occupational Therap*. 2002.
37. Hammar-Ottvall I, Dahlin-Ivanoff S, Wilhelmson K, Eklund K. Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination. *BMC Geriatric*. 2014.

38. Byrne H, MacLean D. Quality of life: Perceptions of residential care. *Journal of Clinical Nursing practice*. 2008.
39. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Practice style in the nursing home: dimensions for assessment and quality improvement. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;(23): p. 376–386.
40. Lefève C. Logique du choix ou logique du soin ? *Santé Éducation*. 2014;; p. 30-32.
41. Mol A. Ce que soigner veut dire Mines Pd, editor. Paris; 2009.
42. Maltais D, Delisle MA. Caractéristiques organisationnelles et occupation du temps des personnes âgées vivants en résidences privées. *Revue canadienne de service social*. 2004; 21(1): p. 39-66.
43. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. [Online].; 2022. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>.
44. Banque des territoires. Dépendance - Le taux de personnes en Ehpad atteintes de troubles cognitifs continue de progresser et atteint 57%. [Online].; 2018. Available from: <https://www.banquedesterritoires.fr/le-taux-de-personnes-en-ehpad-atteintes-de-troubles-cognitifs-continue-de-progresser-et-atteint-57>.
45. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 6th ed. Colin A, editor.; 2022.
46. CEDIP.; 2014 [cited 2023 Avril. Available from: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf.
47. Warchol N. Les concepts en sciences infirmières. 2nd ed. Infirmiers AdReS, editor.; 2012.
48. Pluss M. Facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie et l'autodétermination des usagers. *Pratiques en santé mentale*. 2016: p. 21 à 24.
49. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Les Échos du Maquis ed.; 1785.

50. Grenier J, Simard M. Une éthique pour l'autonomie : Travail social et empowerment au Québec. *Le sociographe*. 2011 Février;(35): p. 74 à 80.
51. Meyer S. *De l'activité à la participation*. 1st ed. Louvain-la-Neuve: DeBoeck Supérieur; 2013.
52. Reed K, Sanderson S. *Concepts of occupational therapy*. 1st ed. Baltimore , editor.: Williams et Wilkins; 1983.
53. Jennifer Creek ALP. *Contemporary Issues in Occupational Therapy: Reasoning and Reflection*; 2007.
54. Rogers C. *The spirit of the independence: The evolution of the philosophie*. *American journal of occupational therapy*. 1982.
55. Wehmeyer , Sands. *Self-Determination across the life span : independence and choice for people with disabilities* Baltimore , editor.: Paul H. Brookes; 1996.
56. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4): p. 370–396.
57. Le C, Pierre. Éthique : pourquoi respecter l'autonomie du patient ? *Cancer(s) et psy(s)*. 2020 Janvier: p. 147 à 158.
58. Comité consultatif national d'éthique. *Refus de traitement et autonomie de la personne: Avis du Comité consultatif national d'éthique. Droit, déontologie et soin*. 2005 Décembre.
59. Monique Formarier LJ. *Les concepts en sciences infirmières*. 2nd ed. Infirmiers AdReS, editor.; 2012.
60. Klein. A. *Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? Bien-être ou être bien*. 2012: p. 11-44.
61. Organisation Mondiale de la Santé. [Online].; 2012 [cited 2023. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327882/9789289024273-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

62. Organisation Mondiale de la Santé. [Online].; 2021 [cited 2023]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352137>.
63. Forsé M, Langlois S. Sociologie du bien-être . L'année sociologique. 2014.
64. Lai MC. Pourquoi introduire une approche de recherche en sciences humaines et sociales dans les programmes de recherche en santé ? Médecine Palliative. 2020 Décembre: p. 329-335.
65. World Health Organization Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 1993 Avril.
66. Organisation Mondiale de la Santé. Quelle qualite de vie ? Forum mondial de la Sante. 1996.
67. Organisation Mondiale de la Santé. Organisation Mondiale de la Santé. [Online].; 2012. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
68. Dougherty D. The Effect of the Environment on the Self-Esteem of Older Persons. Physical & Occupational Therapy In Geriatrics. 1985; 4(1): p. 21-32.
69. Levasseur M, St-Cyr Tribble D, Desrosiers J. Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2006 Juin; 73(3).
70. Absil G, C.Vandoorne , Demarteau M. Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Available from: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>.
71. Fisher A, Marterella A. Powerful Practice: A model for authentic occupational therapy; 2019.
72. Townsend EA, Polatajko HJ. Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes; 2013.

73. Trouvé E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités ANFE , editor. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2016.
74. Letts L, Rigby P, Stewart D. Using Environments to Enable Occupational Performance incorporated S, editor.; 2003.
75. Kielhofner G. Model of Human Occupation. 4th ed. Wilkins LW, editor.; 2008.
76. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche. Exercer la revue française de médecine générale. 2009; 20(88).
77. Organisation Mondiale de la Santé. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2nd ed. Manille; 2003.
78. Légifrance. Légifrance. [Online].; 2012 [cited 2023. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587/>.
79. CNIL. Le règlement général sur la protection des données. [Online].; 2018. Available from: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>.
80. Tétreault S, Guillez P. Guide pratique de recherche en réadaptation ANFE , editor.: de boek solal.
81. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif Nathan , editor.; 1996.
82. Larivée S, Sénéchal C, St-Onge Z, Sauvé MR. Le biais de confirmation en recherche. Revue de Psychoéducation. 2019; 48(1).
83. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales Colin A, editor.; 2012.

Annexes :**Annexe n°1 : Tableau de résultat des bases de données**

Le tableau de résultats de nos bases de données est le suivant :

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Langue de l'équation	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus	
38 195	PubMed (21)	Français (équation n°1)	NA ³	NA	NA	1	
		Anglais (équation n°2)	28	28	0	7	
	EM - Premium (22)	Français (équation n°1)	1	NA	0	0	
		Anglais (équation n°1)	599	NA	0	0	
	Cairn (23)	Français (équation n°1)	189	0	0	0	
		Anglais (équation n°2)	31	0	0	0	
	Wiley Online Library (24)	Français (équation n°1)	0	NA	0	0	
		Anglais (équation n°2)	11413	NA	0	3	
	Google scholar (27)	Français (équation n°1)	63	NA	0	1	
		Anglais (équation n°2)	25800	NA	0	9	
	Psychinfo (25)	Français (équation n°1)	0	0	0	0	
		Anglais (équation n°2)	10	0	0	0	
	OT Seeker (26)	Français	NA	NA	NA	0	
		Anglais (équation n°3)	24	5	NA	0	
	Total			38158	33	0	21

³ NA : Non applicable

Annexe n°2 : Tableau de revue de littérature

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
To make and execute decisions throughout life: A person-centred model that facilitates self-determination in residential care, developed through participatory research (30)	Article scientifique	Création modèle qui facilite l'autodétermination dans les soins en EHPAD	2020 / Applied Nursing Research	Cinq entretiens avec le personnel, un avec les résidents et un avec les gestionnaires de différents établissements de santé.	Qualitatif. Modèle de recherche participative utilisant l'enquête appréciative dans des discussions de groupe avec le personnel, les résidents et les responsables des soins.	Entretiens et comparaisons entre les entretiens	Santé Ethique Sociologie Travail social	Le personnel soignant a tendance à négliger les préférences des personnes âgées en faveur de leur pratiques. Les clefs de l'autodétermination serait selon eux: La considération des personnes âgées comme compétentes; la mise en place de la relation de confiance avec le personnel et l'écoute active de ceux-ci; donner l'opportunité de mener des actions significatives; leur rendre le pouvoir de leur vie; planifier avec eux leur fin de vie.	Limite : Etude faite en Suède. Difficulté à mettre en place ce modèle auprès de personnes avec un déficit cognitif
Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy (33)	Article scientifique	Les abus de traitement et la maltraitance en EHPAD en Irlande	2015 / Risk Management Healthcare Policy	Centré sur les personnes âgées en EHPAD et sur le personnel	Revue de littérature	∅	Santé. Ethique Sociologie Management Travail social	Les études sur la prévalence de la maltraitance dans les foyers de soins sont rares et ont tendance à se concentrer sur la perpétration d'abus par le personnel. Les commentaires sur les abus dans les maisons de retraite remontent aux années 1960 et 1970.	Limite : Etude se centre sur l'Irlande ; Sujet non abordé : L'autodétermination des personnes âgées

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
Facilitating choice and control for older people in long-term care (12)	Article scientifique	Comparaison de l'autonomie décisionnelle des personnes à domicile et en maison de retraite recevant des soins.	2004 / Health and Social Care	214 résidents de maisons de retraite & 44 personnes âgées à domicile en Irlande. Exclusion des personnes âgées atteintes de démences	Quantitative : Comparative study	Statistique	Santé Ethique Sociologie Management Travail social	Autonomie décisionnelle moins élevée en EHPAD. Le manque de personnel et l'organisation institutionnelle empêche l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dans les EHPAD. Davantage atteinte à la vie privée. Au contraire, les personnes recevant des soins à domicile, ne possèdent moins choix et de contrôle sur leur vie que celles en institution (Soins effectués par des personnes différentes, à horaires fixes, activités prévues à l'avance).	Limite : Vieille étude. Exclusion des personnes âgées atteintes de démence. Ne parle des sources possible de ce manque d'autonomie décisionnelle observée chez toutes les personnes âgées.
Quality of life: Perceptions of residential care (38)	Article scientifique	L'influence des aidants issus du soin ou non sur la satisfaction sur la qualité de vie des personnes âgées	2008 / International journal of nursing practice	Résidents de maisons de retraite	Qualitative. Des résidents de maisons de retraite en Australie ont participé à l'élaboration de l'outil d'étude. En Australie (n=185) et en Nouvelle-Zélande (n=44)	Vérification de la fiabilité des question par la moyenne de Cronbach ; Déviation standard ; Statistique ; Test de Scheffé	Management Santé Travail social	La présence de personnel soignant dans les EHPAD a un impact positif sur la qualité de vie perçue des personnes âgées dans leur vie quotidienne. La présence de personnel non soignant dans les maisons de repos a à l'inverse un impact négatif.	Limite : Biais de la présence du personnel soignant lors de la complétion du questionnaire.

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
Resident Choice: A Nursing Home Staff Perspective on Tensions and Resolutions (29)	Article scientifique	La réalisation des choix des résidents des centres de vie communautaire (Community Living Centers) aux Etats-Unis	2017 / Geriatric Nursing	26 membres du personnel (personnel infirmier, les thérapeutes en réadaptation, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, les aumôniers, le personnel d'animation, le personnel d'entretien et le personnel administratif, Les cadres supérieurs), américains.	Méthode qualitative avec entretiens semi-structurés	Analyse de Données. Analyse thématique inductive des données d'entretien. Utilisation d'un livre de code et de définitions . La méthode comparative constante	Santé. Ethique Sociologie Management Travail social	La réalisation des vœux des personnes âgées n'est pas optimale. Tensions interpersonnelles entre résidents et le personnel lié à la différence de logique entre les deux. Les résidents se situent sur une logique de service et les soignants sur un logique de soin. Des tensions organisationnelles concernant les routines et les politiques de l'établissement. Ensuite les besoins fondamentaux d'un résident, rentre parfois en concurrence avec la réalisation du choix du résident	Question non abordé : Retranscription seulement indirect des choix des résidents. Limite : Peu de personnel interrogé à chaque site. Seulement 2 sites de recherche.
Rhetoric and reality of daily life in English care homes: the role of organized activities (35)	Article scientifique	L'organisation des AVQ ⁴ des personnes âgées dans les EHPAD	2012 / International Journal of Ageing and Later Life	10 EHPAD dans le Sud-Est de l'Angleterre. (Un total de 145 résidents).	Méthode mixte	Pourcentages. Recensements de données. Observations directes	Santé Ethique Management Socio-professionnel	La réalisation des activités de la vie quotidienne des personnes âgées est très dépendante de l'organisation du personnel soignant.	

⁴ Les AVQ : Les Activités de la vie quotidienne (ou Activities of Daily Living / ADL en anglais)

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients - a cross-sectional study (34)	Article scientifique	Le lien entre la qualité de vie et l'autodétermination des personnes âgées recevant des soins à domicile en Suède	2019 / BMC Geriatric	134 adultes de + de 65 ans interrogés recevant des soins à domicile	Méthode quantitative. Etude transversale	Test du chi carré et test U de Mann-Whitney	Santé Ethique Socio-professionnel	Il y a une relation positive entre l'autodétermination et la qualité de vie des personnes âgées recevant des soins à domicile	Approfondissement des recherches, de quel lien est cette relation ? Se centre sur la Suède uniquement. Besoin de développer un modèle favorisant l'autodétermination des personnes à domicile
Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination (37)	Article scientifique	Exploration des expériences d'autodétermination lors du développement de la dépendance dans les AVQ chez les personnes âgées de 80 ans et plus vivant dans la communauté.	2014 / BMC Geriatric	11 personnes âgées de 84-95 ans qui commencent à développer une dépendance dans les activités quotidiennes. Ils ont été sélectionnés parmi 459 personnes âgées de + de 80 ans.	Méthode qualitative	Entretiens	Santé Ethique Socio-professionnel.	Les résultats montrent qu'il est nécessaire d'adopter une approche centrée sur la personne, qui met l'accent sur les préférences et les besoins des personnes âgées, afin d'améliorer leurs possibilités d'exercer leur autodétermination. Des sentiments de frustration peuvent apparaître, lorsque le changement d'activité entraîne une réduction des possibilités de gouverner le corps vieillissant. L'autodétermination possède une dimension relationnelle, ce qui signifie que la relation entre la personne qui reçoit l'aide et celle qui l'offre influence la possibilité d'exercer l'autodétermination.	

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
Practice style in the nursing home: dimensions for assessment and quality improvement (39)	Article scientifique	Le nécessaire pour l'amélioration des styles de pratiques dans les EHPAD	2008 / International journal of geriatric psychiatry	Des soignants d'EHPAD	Méthode mixte	Entretiens	Socio-professionnel	L'amélioration des styles de pratique dans les EHPAD est lent et exige des connaissances, de la communication, de la souplesse, de la compréhension et une véritable préoccupation de la part du personnel et des administrateurs des maisons de soins infirmiers à tous les niveaux.	
Caractéristiques organisationnelles et occupation du temps des personnes âgées vivants en résidences privées. (42)	Article scientifique	La nature des occupations réalisées par les personnes âgées en résidence sénior et l'importance du contrôle environnemental	2004 / Revue canadienne de service social	108 questions posées à 351 personnes âgées habitant dans une résidence sénior. 98 questions fermées et ouvertes posées à 43 intervenants.	Méthode quantitative. Etude transversale	Test du chi carré de Pearson. Formulations d'hypothèses de recherches	Santé Ethique	Les activités réalisées par les personnes âgées sont davantage actives quand le contrôle environnemental est ressenti comme étant moyen ou élevé.	Etude qui se centre sur les personnes âgées en résidence seniors, mais n'inclue pas les personnes âgées en EHPAD

Titre	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Date/Source	Population	Méthode	Approche théorique utilisée	Discipline	Principaux résultats	Question, dimension non abordé
Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home (36)	Article scientifique	L'influence de l'environnement sur les occupations des résidents en EHPAD.	2002 / Scandinavian Journal of Occupational Therapy	10 résidents d'EHPAD	Méthode qualitative	Entretiens	Santé Ethique	Les intérêts des personnes âgées restent inchangés malgré l'entrée en maison de retraite. Leur maintien leur permet également de maintenir leur identité. L'attente de l'aide du soignant est perçue comme une contrainte à l'autonomie décisionnelle. Peu de confiance des résidents à l'égard des employés temporaire au sujet de l'argent. La surdité, la dysphasie, les troubles cognitifs des résidents de l'EHPAD sont une difficulté à la communication entre les résidents, qui, de ce fait tissent moins de contacts sociaux.	Population sans dysfonctionnements cognitifs
Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement (31)	Ecrit professionnel	Personnes âgées d'EHPAD	Septembre 2020 / Éthique et santé	Ø	Ø	Ø	Santé Ethique Management	Le COVID-19 a privé les personnes âgées d'EHPAD de leur liberté de se déplacer, en psychogériatrie et dans les unités d'hébergement renforcées (UHR). C'est une problématique qui était déjà préexistante. La restriction de la liberté de circuler résulte souvent de l'obligation de sécurité qui pèse sur les établissements de soins ou d'accueil	N'est pas appuyée de données probantes mais de vécu professionnel et de lois.

Annexe n°3 : Matrice d'entretien semi-directif de l'enquête exploratoire

Question inaugurale : Etes-vous familier-ère avec le concept d'autodétermination ?

→ Rapprocher du concept de l'autonomie décisionnelle si concept non connu

N° de question	Sous-thème	Objectifs	Question de relation
Contexte et valeurs de l'ergothérapeute			
Introduction	Milieu professionnel de l'ergothérapeute	Identifier les patients pris en soins. Identifier le milieu professionnel côtoyé	Pouvez-vous brièvement m'expliquer dans quel contexte professionnel vous travaillez ?
1. Intégration de l'autodétermination dans la pratique ergothérapique			
1.1	Place de l'autodétermination dans la pratique	Identifier la valeur de l'autodétermination de l'ergothérapeute pour le résident.	Quelle place donnez-vous à l'autodétermination dans votre pratique ? <u>Question de relance</u> : Que représente l'autodétermination pour votre pratique ?
2. Bienfaits de l'autodétermination sur le résident			
2.1	Bienfaits de l'autodétermination	Identifier les apports de l'autodétermination identifiés par l'ergothérapeute.	Qu'apporte selon vous l'autodétermination dans les domaines de la santé et sur la qualité de vie des résidents ?
3. Les différents facteurs influant sur l'autodétermination du résident			
3.1	Facteurs barrières	Identifier les facteurs barrière à l'autodétermination du résident	Quels sont selon vous les facteurs barrières à l'autodétermination des résidents ? <u>Question de relance</u> : Quelles difficultés avez-vous ressenti afin de permettre l'autodétermination d'un résident ?

3.2	Facteurs favorisants	Identifier les facteurs favorisant à l'autodétermination du résident	Quels sont selon vous les facteurs favorisants à l'autodétermination des résidents ?
4. Les moyens mis en place par l'ergothérapeute			
3.1	Moyens mis en place	Identifier la démarche habituelle de l'ergothérapeute pour répondre à ces problématiques	Avez-vous mis en place des moyens pour répondre à ces problématiques en lien avec l'autodétermination ? <u>Question de relance</u> : Si oui : Quels moyens avez-vous pu mettre en place ?
5. Evaluation de ces moyens par l'ergothérapeute			
4.1	Evaluation subjective	Connaître la vision des ergothérapeute sur l'efficacité de leur moyens	Avez-vous trouvé que ces moyens ont été efficaces ? <u>Question de relance</u> : Comment évalueriez-vous l'efficacité de ces liens sociaux ?
4.2	Outils pour mesurer l'autodétermination	Identifier des outils utilisés pour évaluer l'autodétermination	Avez-vous utilisé d'outils pour évaluer l'évolution de leur autodétermination ? <u>Question de relance</u> : Si oui : Lesquels ?
6. Ouverture			
4.3	Surmonter les freins énoncés	Identifier les ressources en tant qu'ergothérapeute pour surmonter les freins	(Si des difficultés ont été énoncées plus tôt) Comment avez-vous pu surmonter les difficultés / les barrières énoncées plus tôt en tant qu'ergothérapeute ? <u>Question de relance</u> : Quelles ont été vos ressources personnelles / professionnelles ?
7. Etayer la matrice théorique			
5.1	D'autres écrits concernant le sujet	Etayer la matrice théorique	Avez-vous des idées de lectures à me suggérer qui pourraient concerner mon sujet de mémoire ?

Annexe n°4 : Autorisations de participation à l'enquête exploratoire exemple

Version n°1 du 09/11/2022

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

« L'autodétermination des résidents en EHPAD »

GRILLOT Emma, [REDACTED] investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « L'autodétermination des résidents en EHPAD » en collaboration avec l'investigateur secondaire DESPRES Géraldine, [REDACTED]

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

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « L'autodétermination des résidents en EHPAD ».

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

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Nom Prénom :

Signature :

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

Investigateur principal

Nom Prénom : Emma GRILLOT

Signature : Lu, compris et approuvé

Annexe n°5 : Autorisations d'enregistrement exemple



Autorisation de prise et de diffusion audio-enregistrées

(Pour une personne majeure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

L'entretien avec un étudiant en ergothérapie dans le cadre d'une évaluation pour les étudiants en ergothérapie qui sera diffusée uniquement au sein de l'IFE Aix Marseille. Tous les renseignements obtenus lors de cet entretien seront confidentiels et anonymes, ne seront pas diffusés à l'extérieur de la formation ergothérapie de Aix-Marseille.

OU

L'entretien avec un étudiant en ergothérapie dans le cadre d'une évaluation pour les étudiants en ergothérapie qui sera diffusée éventuellement pour des actions d'informations et d'éducatives sur la promotion de la santé. Néanmoins, tous les renseignements obtenus lors de cet entretien seront confidentiels et anonymes.

OU

L'entretien avec un étudiant en ergothérapie dans le cadre d'une évaluation pour les étudiants en ergothérapie qui sera diffusée éventuellement pour des actions d'informations et d'éducatives sur la promotion de la santé. Je ne souhaite pas garder l'anonymat, mon nom et mes coordonnées professionnelles pourront être cités dans l'enregistrement.

Fait à :

Le :

(Signature)¹

Annexe n°6 : Tableau de synthèse des résultats de l'enquête exploratoire

Thématiques /Ergothérapeutes	Ergo A	Ergo B	Ergo C	Ergo D
L'autodétermination est-il un concept connu ?	Oui	Non	Non, non employé	Non
Place de l'autodétermination dans les pratiques	Sensibilisé à la bienveillance Essaye au maximum de le prendre en compte	Besoin de l'accord du résident pour réaliser n'importe quelle activité	100% en adhésion, de manière permanente	50%, compromis entre le souhait des personnes et les contraintes médicales
Bienfaits de l'autodétermination sur le résident	Personne + Apaisée et + engagée Relation de confiance +	Adhésion au plan de soin	Santé psychique Raviver le désir de vivre et de réaliser des projets Donner une utilité/ un rôle Restaurer l'estime de soi Impact positif sur l'aspect moteur	Bien-être Valorisation Meilleure adhésion au plan de soin Meilleure qualité de vie
Aspects négatifs	Difficulté de faire comprendre auprès de certains soignants	Limite n'a pas la possibilité de faire les choix de manière éclairé (compréhension ou raisonnement)	Ø	Prise de risque que la personne peut prendre
Facteurs barrières	Contraintes institutionnelles Cela dépend des soignants Manque de temps Volonté de la famille Troubles cognitifs (on demande préférentiellement à la tutelle)	Barrières du professionnel (le positionnement du professionnel sur le soin) et de l'institution (contraintes temporelles, organisationnelles, volume de personnel disponible). Troubles cognitifs	Contraintes de collectivité de La sécurité Troubles cognitifs ou de la communication	Enjeux sécuritaires Troubles cognitifs et psychiatrique Manque de moyens financiers, humains Manque de solutions

Facteurs favorisants	Plan d'accompagnement de fin de vie Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)	Transparence du professionnel Ne pas décevoir en donnant de faux espoirs -> Exercer de son influence (et non pas de manipulation). Informar la personne	L'équipe pluridisciplinaire	PAP
Moyens mis en place ?	Plan d'accompagnement de fin de vie Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) Communication	Pour diminuer ou ralentir le déclin des personnes âgées.	Communication avec le résident et avec l'équipe	Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) Dialogue Table de pictogrammes
Evaluations à ce sujet ?	Pas d'outil spécifique en ergothérapie. MMSE -> Pour décider si la personne peut effectuer ses propres choix Evaluation du bien-être, de la qualité de vie	Evaluation des capacités de la personne Evaluation des dangers Bilans subjectif (AVQ) Recueil du sens que la personne met dans ses occupations	Observation	Non, pas d'évaluations spécifiques
Le professionnel a-t-il réussi à surmonter ses difficultés ?	Prendre du temps lors de réunion en équipe. Mais parfois difficile de passer outre.	Non, pas possible pour les contraintes collectives	Pas toutes. Aide de l'équipe pluridisciplinaire	Non, pas toutes. Aide de la famille parfois

Annexe n°7 : Tableau d'analyse thématique de l'enquête exploratoire

Ergothérapeutes \ Thématiques	Caractéristiques des participants	Intégration de l'Autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute	Barrières rencontrées	Ressources identifiées	Environnement de travail	Outils/Evaluations
Ergothérapeute A	Femme ergothérapeute, dans un EHPAD privé à mi-temps. Présence de 80 résidents. (1.42-52)	<p>Le terme est dans un premier temps un concept assez vague (1.5-6).</p> <p>Pour elle, cela représente ensuite que le résident puisse prendre un maximum de décisions (1.13-14)</p> <p>Souhaite respecter le souhait réel du résident même si cela va à l'encontre de la volonté d'autonomisation de l'ergothérapeute. (1.36-39)</p> <p>Questionnement éthique sur le respect de la volonté du patient au dépend le maintien de l'autonomie de marche. (1.42-44)</p>	<p>Devoir réaliser une action rapidement et ne pas se remettre en question semble inhiber le choix du résident (1.20-21)</p> <p>Des résidents autonome veulent qu'on réalise des actions de la vie quotidienne à leur place (1.34-35)</p> <p>L'équipe soignante doit aller vite et répondre à un certain rendement (1.58-60 & 1.81-83)</p> <p>L'ergothérapeute rencontre des difficultés pour faire comprendre l'intérêt de favoriser l'autodétermination aux soignants (1.60-63 & 1.77-81)</p> <p>Les troubles cognitifs de la personne, par le manque de cohérence, font que leur avis est moins pris en compte, au profit de ce que dit leur tuteur ou le médecin (1.96-101 & 105-107)</p>	<p>L'ergo a pu bénéficier d'une formation de sensibilisation à la bientraitance / bienveillance. (1.15-16 & 1.262-265)</p> <p>Certains soignants qui prennent le temps lors des toilettes (1.84-86)</p> <p>Présence d'une psychologue qui mettrait en place des plans d'accompagnement de fin de vie, mais elle a en partie arrêté car le sujet était trop compliqué à aborder avec les patients, efficacité limitées cependant car les informations apportées n'étaient pas toujours utilisées. (1.155-166)</p>	<p>L'ergo pense qu'en théorie, l'équipe essaye de respecter les choix du résident, mais qu'en pratique cela est plus compliqué (1.22-24)</p> <p>L'équipe soignante doit aller vite et répondre à un certain rendement (1.58-60)</p> <p>Certains soignants prennent le temps durant</p>	<p>Présence d'une psychologue qui mettrait en place des plans d'accompagnement de fin de vie, mais elle a en partie arrêté car le sujet était trop compliqué à aborder avec les patients. (1.155-166)</p> <p>Des projets d'accompagnement personnalisés (PAP permette à l'équipe de discuter de la volonté des résidents, cependant tous ne sont pas capable d'élaborer, toutefois c'est un</p>

		<p>L'autodétermination est considérée en permettant que la personne puisse participer un minimum (1.57-58)</p> <p>L'ergo énonce comme bienfaits de l'autodétermination que la personne gagne en engagement et en motivation et qu'elle soit plus apaisée (1.67-69)</p> <p>Avec l'équipe, a participé à enlever les contentions de nombreux résidents (1.139-142).</p> <p>L'ergothérapeute soulève le dilemme éthique de la question de la contention des patients pour leur sécurité mais sans leur avis (1.146-147)</p>	<p>La loi vient apporter également des obligations en lien avec la notion de tutelle (1.108-109)</p> <p>L'ergothérapeute relève le fait que les familles soient une barrière au changement de secteur (1.114-120 & 1.123-125)</p> <p>La famille préfère parfois que le résident ait des contentions alors qu'elle n'est pas préconisée (1.126-130)</p> <p>Le manque de temps fait qu'il est difficile de réfléchir à certaines situations (1.259-262)</p>	<p>Des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) permette à l'équipe de discuter de la volonté des résidents, cependant tous ne sont pas capable d'élaborer, toutefois c'est un moyen qui a été jugé comme efficace (1.168-175 & 1.199 & 201-206)</p> <p>Attention particulière de l'ergothérapeute par rapport aux autres personnels de l'institution et l'équipe administrative sur les souhaits de la personne (1.237-241)</p>	<p>la toilette, d'autres ne le feront pas (1.84-86)</p> <p>Présence d'un médecin gériatre sensibilité aux risques des contentions. (1.134-139)</p> <p>Présence d'une psychologue (1.159)</p>	<p>moyen qui a été jugé comme efficace (1.168-175 & 1.199)</p> <p>Utilisation du MMS pour évaluer l'aspect cognitif et savoir si la personne est capable de prendre une décision (1.212-219)</p> <p>Communication orale de l'ergothérapeute avec le patient pour savoir s'il est cohérent et pour l'écouter (1.226-231)</p>
--	--	--	---	--	--	---

Ergothérapeutes \ Thématiques	Caractéristiques des participants	Intégration de l'Autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute	Barrières rencontrées	Ressources identifiées	Environnement de travail	Outils/Evaluations
Ergothérapeute B	Homme ergothérapeute, travaille en libéral et intervient dans différentes structures un EHPAD et à domicile. (1.15-16)	<p>N'est pas familier avec le concept d'autodétermination, cependant après explication rapproche ce terme de celui de l'autonomie et dit le prendre en compte à haut degré dans sa pratique (1.4 & 1.51-56 & 1.60-62)</p> <p>L'ergothérapie étant qualifiée comme une thérapie active, l'ergothérapeute dit qu'il y a besoin de l'accord du résident constamment car c'est lui qui va réaliser l'activité. (1.64-71)</p> <p>L'autodétermination pour lui entraîne chez le résident une participation et une adhésion au plan de</p>	<p>Le résident pour s'autodéterminer, doit avoir la capacité de réaliser des choix de manière éclairée. (1.134-135)</p> <p>Les difficultés de compréhension ou de raisonnement empêchent le patient de réaliser son choix de manière éclairée (1.146-149)</p> <p>Comme facteurs barrières à l'autodétermination du résident, il existe ceux de l'ergothérapeute et celles de l'institution. (1.153-157)</p> <p>Pour les contraintes en tant qu'ergothérapeute, elles comprennent notre positionnement de soignant face aux choix de la personnes qui vont avoir un impact sur sa santé, qui amène souvent à la pose de contention lorsque le patient présente des risques de chutes et des troubles cognitifs (qui n'est selon lui, pas une bonne chose non plus car cela va poser encore</p>	<p>La transparence est pour l'ergothérapeute un préalable essentiel à l'autodétermination. Cela comprend le fait de ne pas laisser transparaître d'espoirs mensongers au résident (1.79-85)</p> <p>L'ergothérapeute différencie l'influence que peut avoir le thérapeute sur les choix du résident, qui passe par la transparence du professionnel par rapport à de la manipulation, qui laisserait entrevoir des idées potentiellement fausses. La transparence permettrait alors à la personne de pouvoir prendre en compte les</p>		<p>En tant que professionnel de santé, l'ergothérapeute essaye d'influencer le résident pour qu'il réalise des choix positifs pour sa santé. (1.129-130)</p> <p>L'ergothérapeute se sert d'une méthodologie rigoureuse : L'évaluation sur le plan cognitif et fonctionnel avec identification des dangers (1.234-237 & 1.250-251)</p> <p>Utilisation d'outils tel que le bilan des</p>

	<p>soin sur le plan de la santé (1.78-79)</p> <p>En tant que professionnel de santé, l'ergothérapeute essaye d'influencer le résident pour qu'il réalise des choix positifs pour sa santé. Selon lui, l'ergothérapeute fait partie des personnes éclairées influenceuses (1.129-130 & 1.252-253)</p> <p>Communication avec les autres professionnels afin de leur expliquer comment la personne âgée peut participer (1.350-353)</p>	<p>d'autres problèmes) (1.161-168 & 1.183-195)</p> <p>Au niveau des contraintes institutionnelles, les soignants sont soumis à des contraintes temporelles, organisationnelles et humaines, qui est selon lui une problématique non spécifique des EHPAD, mais présente aussi lors du maintien de la personne à domicile (1.207-218)</p> <p>La vie en collectivité entraîne des contraintes (1.369-374)</p>	<p>paramètres d'un choix (1.90-114 & 1.121-123)</p>	<p>capacités fonctionnelles, des ADL (Activities of Daily Living ou Activités de la Vie Quotidienne⁵ et des IADL⁶, l'objectif va alors être réussi si l'activité finale a été réussie (1.262-268 & 1.277-284 & 1.300-301 & 1.347-349).</p>
--	--	---	---	--

⁵ ADL : Activities of Daily Living ou Activités de la Vie Quotidienne en français (AVQ)

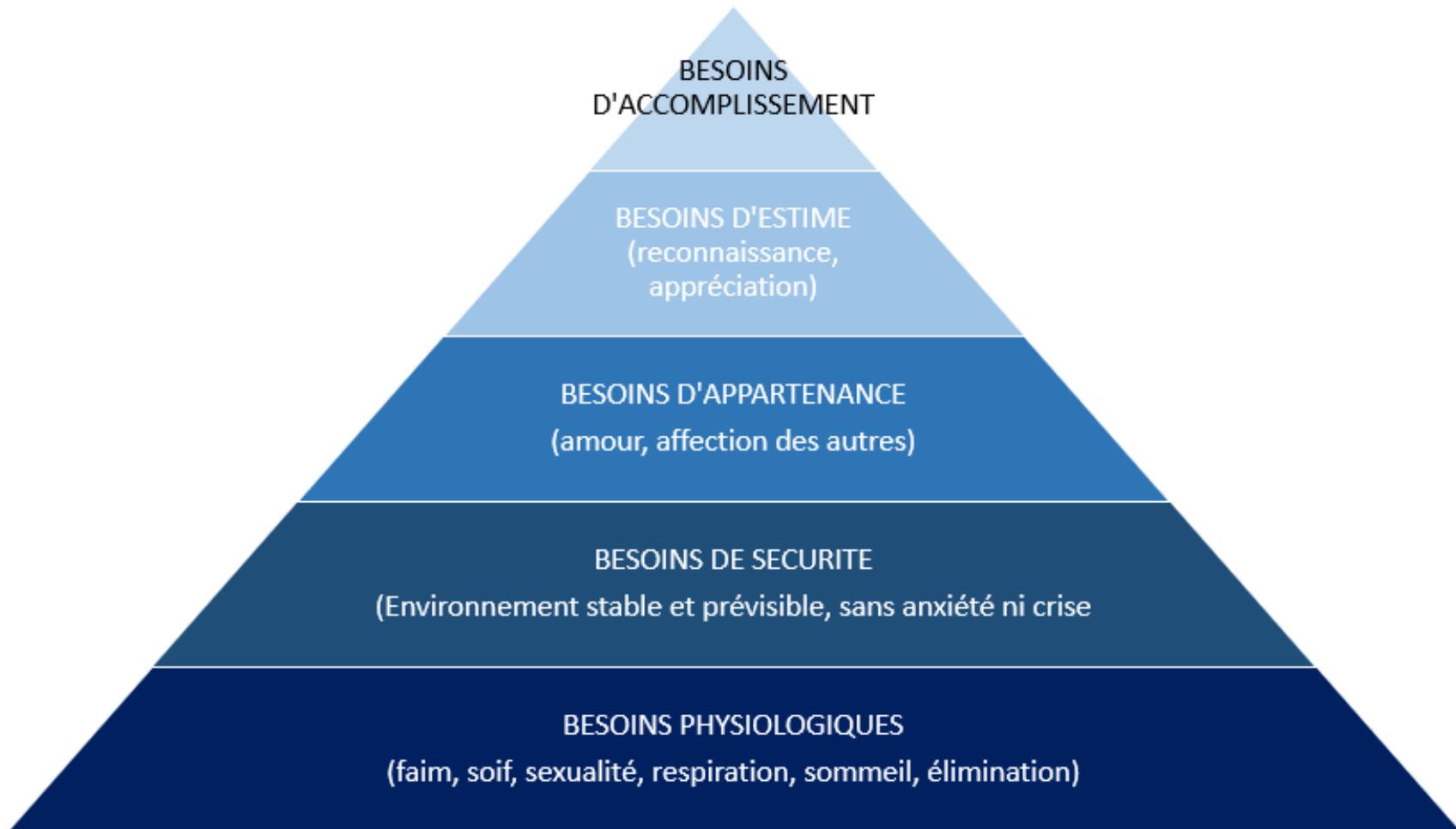
⁶ IADL : Instrumental Activities of Daily Living ou Activités instrumentales de la vie quotidienne en français (IAVQ)

Ergothérapeutes \ Thématiques	Caractéristiques des participants	Intégration de l'Autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute	Barrières rencontrées	Ressources identifiées	Environnement de travail	Outils/Evaluations
Ergothérapeute C	Femme ergothérapeute, travaille en EHPAD depuis 9 ans à mi-temps (complétée avec une activité libérale et des activités de formation). (1.15-23)	<p>Le terme d'autodétermination n'est pas employé par l'ergothérapeute (1.4-7)</p> <p>Considération à 100% du concept d'autodétermination et d'autonomie. Ce concept est pris en compte pour définir l'accompagnement, le type de séance et les projets du patient (1.32-41)</p> <p>L'ergothérapeute aimerait laisser les résidents réaliser de petites actions (comme laisser choisir le menu, faire le ménage de leur chambre s'ils le faisaient auparavant).</p>	<p>Difficulté liées aux règles de communauté comme le fait de respecter la liberté de tous les résidents (« ma liberté commence où s'arrête celle des autres » (1.41-50)</p> <p>Evocation des difficultés pour répondre aux contraintes sécuritaires, au niveau des risques de chute et pour composer avec toutes les personnes qui gravitent autour du résident (la famille et l'équipe de l'EHPAD) (1.56-63)</p> <p>L'ergothérapeute rencontre un dilemme éthique par rapport au respect de la volonté du résident au détriment de ses repas. (1.69-87)</p> <p>L'ergothérapeute explicite que les troubles cognitifs des résidents rendent compliqué la communication (1.95-99)</p>	<p>Selon l'ergothérapeute, laisser les résidents réaliser de simples actions posséderait des bienfaits au niveau de l'estime d'eux-mêmes, en leur donnant un sentiment d'utilité. Cela serait également bon sur le plan psychique, cognitif ainsi que sur l'aspect moteur (1.151-159 & 1.163-168).</p> <p>Le fait de réfléchir avec l'équipe pluridisciplinaire d'une situation pour favoriser certaines choses chez les résidents (1.174-179)</p>	Présence dans cet EHPAD de 80 résidents. Pas de présence de PASA (1.15-23)	<p>Mise en place d'un contrat avec une résidente (en équipe) afin qu'elle descende davantage le midi pour le repas, cependant l'efficacité de ce contrat reste limitée, car la personne finit par le pas vouloir respecter ce contrat (1.77-79 & 1.82-86)</p> <p>Mise en place de séances de discussion et d'explication avec les résidents pour parler des tenants et des aboutissants d'un choix et de ce qu'il va être</p>

		<p>Permet aux résidents de faire des choix dans la mesure où cela n'impacte pas sur leur santé (1.245-249)</p>	<p>L'ergothérapeute évoque le cadre de l'EHPAD comme un frein pour l'autodétermination des résidents qui se retrouvent dépossédés de tous les petits choix du quotidien (gestion de traitement, des rendez-vous) qui entraîne une perte d'autonomie et d'indépendance. (1.127-144)</p> <p>La compréhension des collègues de travail de l'intérêt laisser faire le résident réaliser de simples tâches est limitée, pour une question de responsabilité (exemple du ménage, qui pourrait mal être fait par les résidents). (1.146-151)</p>			<p>possible de mettre en place ou au contraire de ce qu'il ne va pas être possible de faire afin d'aider la personne à se positionner.</p> <p>Inclusion d'autres personnels si besoin d'un avis externe.</p> <p>L'ergothérapeute juge ce moyen efficace (1.193-212 & 1.218-219)</p> <p>Pas de mise en place d'outils pour évaluer l'évolution de l'autonomie du résident mais de l'observation (1.225-226)</p>
--	--	--	---	--	--	--

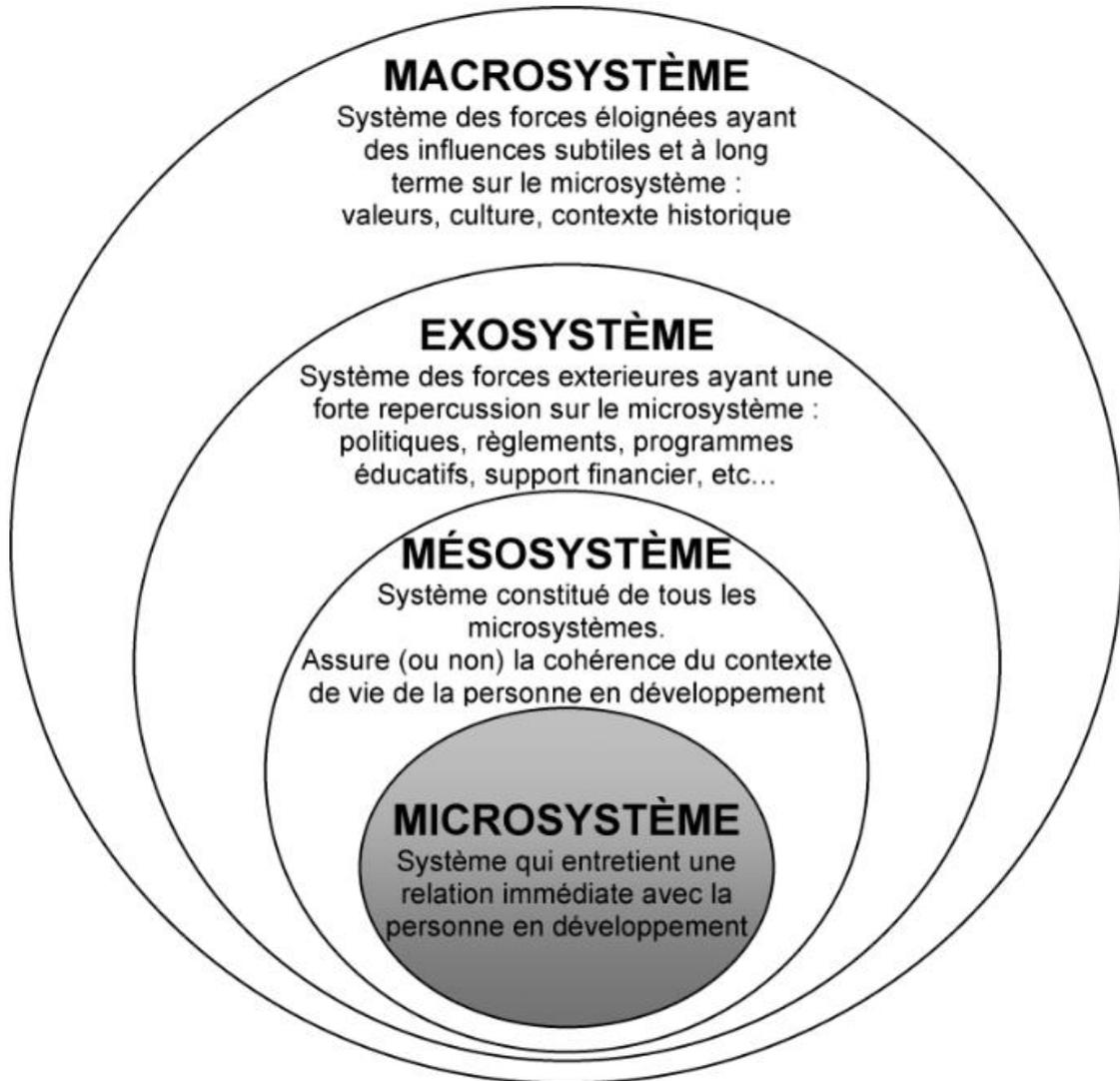
Ergothérapeutes \ Thématiques	Caractéristiques des participants	Intégration de l'Autodétermination dans la pratique de l'ergothérapeute	Barrières rencontrées	Ressources identifiées	Environnement de travail	Outils/Evaluations
Ergothérapeute D	<p>Homme ergothérapeute, travaille à mi-temps sur un EHPAD. Les activités principales de l'ergothérapeute se centrent sur la mise en place de matériel, de l'accompagnement des personnes ayant des risques de chute et du travail administratif. (1.13-17 & 1.23).</p>	<p>L'ergothérapeute dit intégrer l'autodétermination à 50 %, car il doit à la fois faire la jonction entre les objectifs des résidents (qui comprennent leur volonté) et leur contraintes médicales. (1.26-28 & 1.40-43).</p> <p>Volonté de l'ergothérapeute de trouver des moyens de communiquer avec les résidents ne pouvant plus le faire. (1.143-144)</p> <p>Dans le cadre de troubles cognitifs, l'ergothérapeute essaye d'identifier les habitudes de vie des résidents (1.173-177)</p>	<p>L'ergothérapeute évoque des contraintes de type médicales et notamment sur le sujet des risques de chutes (1.57-58).</p> <p>Les résidents refusent parfois des propositions qui permettraient d'éviter des risques de chute (comme le refus d'utiliser une aide technique) et certaines problématiques de santé (1.71-73 & 1.76-87)</p> <p>Des troubles cognitifs ou psychiatriques empêchent le recueil du consentement éclairé du résident. (1.83-85)</p> <p>L'ergothérapeute relève des freins institutionnels sur le plan des moyens financiers et humains et du manque de solutions (1.85-86 & 1.97-99)</p> <p>L'ergothérapeute explicite que le manque de personnel a un impact sur la mise en place de contention chez les résidents, car le</p>	<p>L'autodétermination permet une meilleure adhésion au projet de soin et aux propositions qui leur sont faites ainsi qu'une meilleure qualité de vie (1.62-64)</p> <p>Le dialogue, les conseils de vie de l'établissement et les commissions repas sont des ressources à l'autodétermination des résidents. (1.127-131)</p> <p>Une table de pictogramme peut permettre la communication avec les résidents et d'exprimer leurs désirs et besoins. L'efficacité est cependant discutée car cela n'a pas été efficace avec tous les</p>	<p>L'EHPAD accueille 84 résidents, dont une dizaine de résidents présents en Unité de Vie Protégé. (1.13-17 & 1.23).</p> <p>Présence d'un médecin coordinateur, d'une responsable d'animation, d'une infirmière coordinatrice, d'un psychomotricien ainsi que d'une équipe soignante (1.118-121)</p>	<p>Des Plans d'Accompagnement Personnalisés sont mis en place, pour faire un point sur la situation globale de la personne et chercher une implication de la part du résident et de la famille (1.114-116)</p> <p>L'ergothérapeute dit ne pas user d'outils pour évaluer l'évolution de l'autonomie chez le résident (1.159)</p>

			personnel n'est plus en nombre suffisant afin de réaliser la surveillance dont auraient besoin les résidents. (1.107-111)	résidents, mais surtout avec ceux qui avaient des capacités cognitives conservées (1.136 & 1.139-144 & 1.151-156).		
--	--	--	---	--	--	--

Annexe n°8 : Pyramide de Maslow (56)

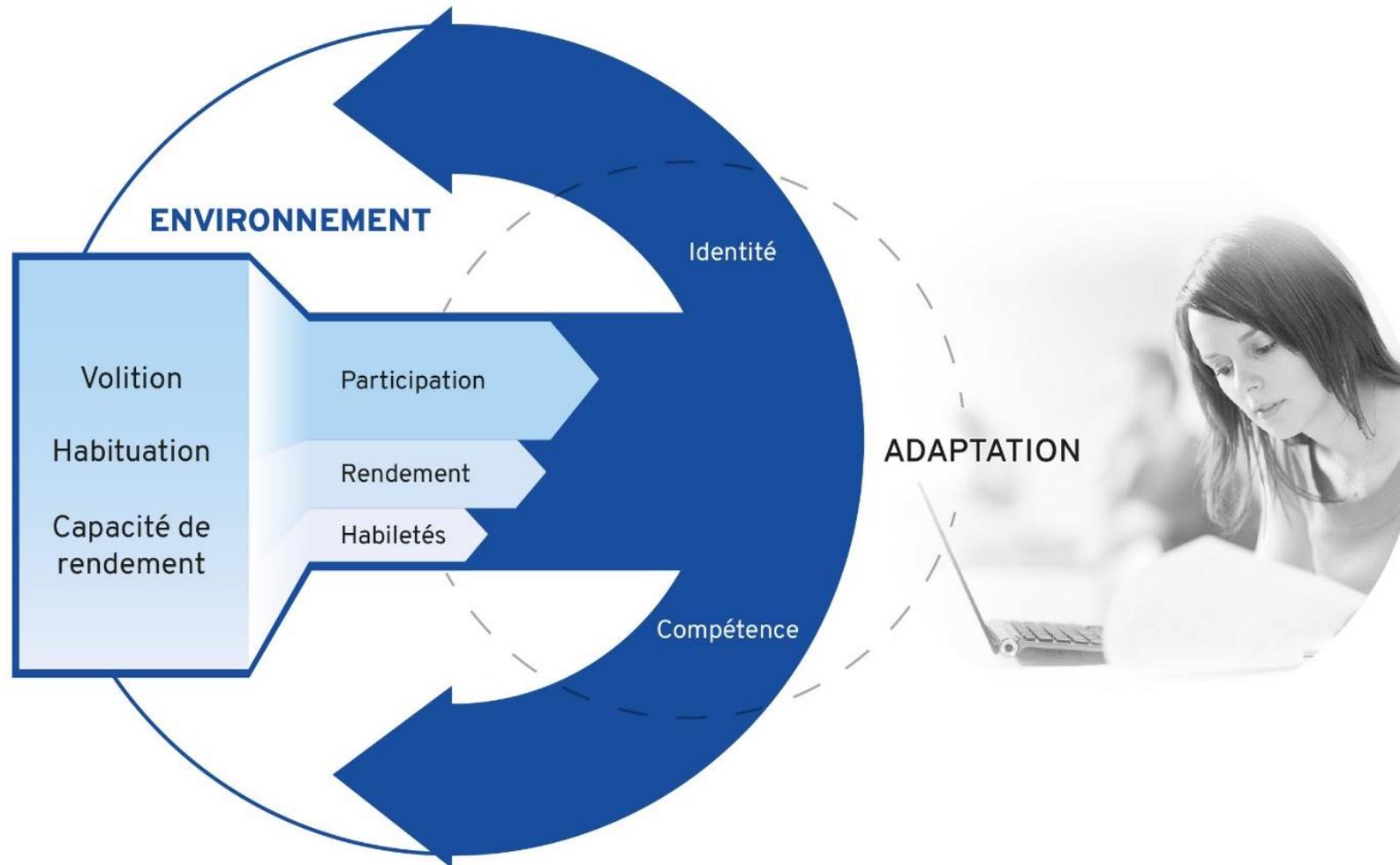
Annexe n°9 : Modèle de Bronfenbrenner

Selon G.Absil, C. Vandoorne, M. Demarteau (70).



Annexe n°10 : Modèle de l'Occupation Humaine

Selon le modèle de G. Kielhofner dans *Model of Human Occupation* (75).

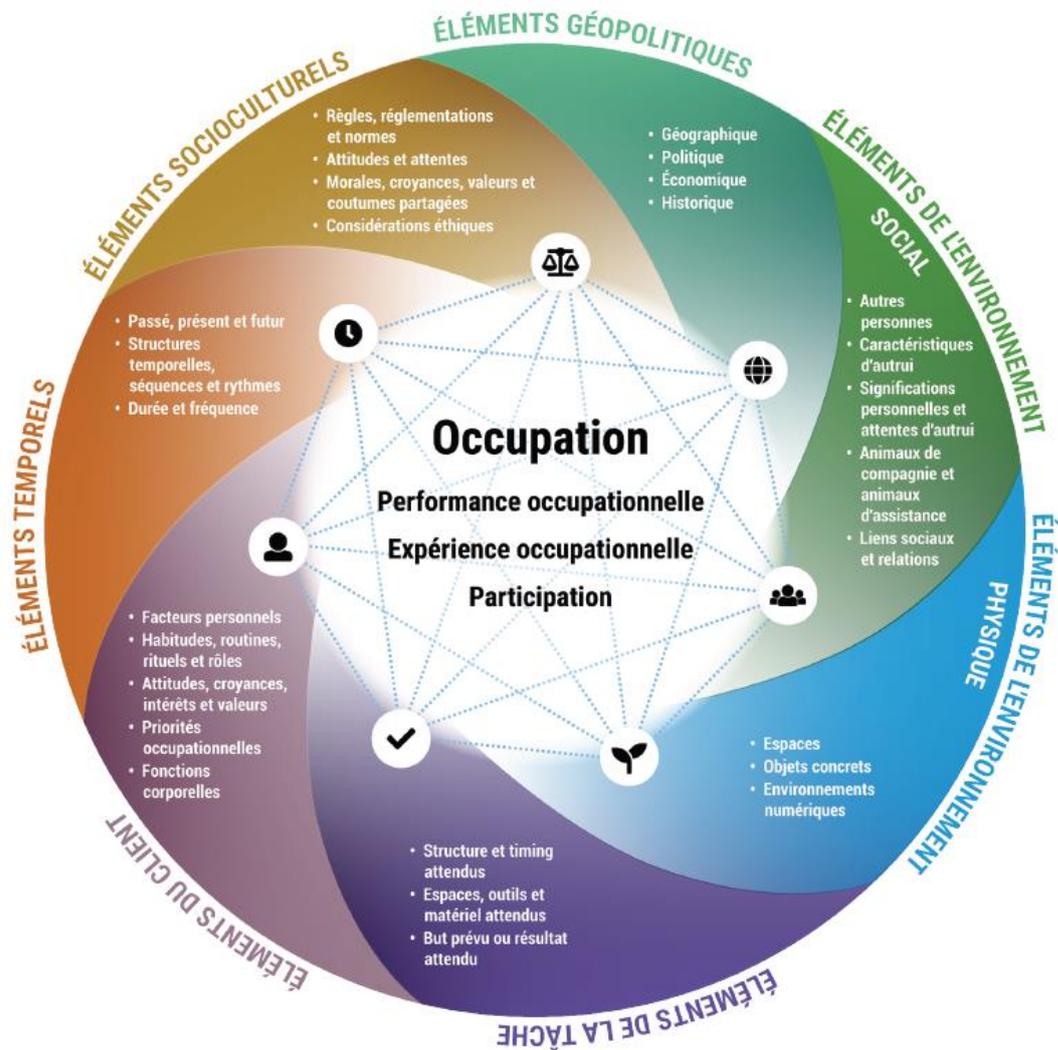


Annexe n°11 : Modèle Transactionnel de l'Occupation

Tiré de l'ouvrage *Powerful Practice* de A. Fisher et A. Marterella (71).



Modèle Transactionnel de l'Occupation



De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

© Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

Annexe n°12 : Matrice théorique

Concepts	Champs disciplinaires	Variables	Indicateurs	Références
AUTONOMIE	Sciences humaines	Autonomie Exécutionnelle	Se déplacer seul	Emmanuel Kant - Fondements de la Métaphysique des mœurs (49)
			Réaliser seul ses activités de la vie de tous les jours	
		Autonomie décisionnelle	Prendre des décisions	Josée Grenier, Marlène Simard - Une éthique pour l'autonomie (50)
			Réaliser des choix	
		Autodétermination	Décider de sa vie	Facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie et l'autodétermination des usagers - Michel Pluss (48)
			Sans influences extérieures	
			Synonyme d'empowerment	
			Indissociable des relations interpersonnelles.	
		Sciences de l'occupation	Occupationnelle	Satisfaction dans l'occupation
	Agir sur son environnement			
	Contrôle de ses actes, de soi et de l'environnement			
	Nécessite de la volition			
	Nécessite des capacités cognitives			
	Considération des états internes et externes			
	Déterminé par les circonstances et par l'environnement			
Ethique	Autonomie physique	Indépendance physique	Dr Le COZ & Comité Consultatif National d'éthique (57,58)	
		Se déplacer dans l'espace au moyen des forces dont son corps est doté		
		Capacité d'adaptation aux situations de vie ordinaire		
	Autonomie de pensée	Exercer son esprit critique		
		Conduire une argumentation cohérente et réfléchie"		
	Autonomie de volonté	Faculté de trancher une alternative		
		Prise d'initiatives		
		Lien entre l'autonomie physique et de pensée		

Concepts	Champs disciplinaires	Variables	Indicateurs	Références
QUALITE DE VIE	Santé publique	Bien-être	Facteurs subjectifs : Autosatisfaction ; Bien-être ressenti	Pourquoi introduire une approche de recherche en sciences humaines et sociales dans les programmes de recherche en santé ? - Lai, Marie-Caroline (64)
			Facteurs objectifs : Manque d'intégration ; Manque d'appartenance sociale; Manque de reconnaissance	
		Etat physique	Douleur et malaise	OMS - Quelle qualite de vie ? Forum mondial de Ia Sante, Volume 17 – 1996 (66)
			Énergie et fatigue	
			Sommeil et repos	
		Etat psychologique	Sentiments positifs	
			Pensée, apprentissage, mémoire et concentration	
			Estime de soi	
			Image corporelle et apparence	
		Niveau de dépendance	Sentiments négatifs	World Heath Organization - WHOQOL User Manual (65)
			Mobilité	
			Performances dans les activités de la vie quotidienne	
			Dépendance à l'égard des médicaments ou des traitements	
		Rapports sociaux	Capacité de travail	
			Relations personnelles	
			Soutien social	
		Environnement	Activité sexuelle	
			Sûreté et sécurité physique	
			Environnement domestique	
			Ressources financières	
			Soins de santé et services sociaux : disponibilité et qualité	
			Des possibilités d'acquérir de nouvelles informations et compétences	
			Participation aux activités récréatives et de loisirs et possibilités de les pratiquer	
Environnement physique (pollution/ bruit/ circulation/ climat)				
Transport				

		Spiritualité/religions/croyances personnelles	Impact positif sur la qualité de vie : Confort, bien-être, sécurité, sens, sentiment d'appartenance, but et force	
			Impact négatif sur la qualité de vie	
	Sciences de l'occupation	Occupationnelle	Permet de participer aux occupations qui font garder espoir	De l'activité à la participation - Sylvie Meyer Page 16 (51)
			Source de motivation	
			Signifiante de la vie	
Vision de la vie (dynamique ?)				
		Niveau d'autonomisation		
		Lien avec l'estime de soi	The Effect of the Environment on the Self-Esteem of Older Persons - Deborah Dougherty (68)	
Concepts	Champs disciplinaires	Variables	Indicateurs	Références
ENVIRONNEMENT	Sciences de l'occupation	Espace privé	Considéré comme un espace psychique singulier qui reflète l'histoire de vie	Agir sur l'environnement pour permettre les activités - Eric Trouvé - P. 107 (73)
			Permet un sentiment de sécurité	
			Permet la performance des individus et supporte l'activité	
			Lieu support de la mémoire, de l'intimité et des liens sociaux	
			Présence de sentiment d'intimité	
			Sources d'obstacles et de ressources	
		Espace public	L'aménagement appartient à la politique locale	
		Espace collectif ou partagé	L'aménagement appartient aux acteurs de l'habitat	
		Culturel	Fait partie de l'environnement social	Habiller à l'occupation - Elizabeth Townsend & Helene Polatajko p 58 à 64 (72)
			Donne une signifiante à la vie	
			Transparaît dans nos actions	
		Institutionnelle	Etroitement lié à la signifiante de nos occupations	
Structures formelles et informelles				
	Qui promeuvent un ordre social et une société adéquatement gouvernée et organisée			

	Hautement indépendantes	
	Reflète les valeurs, les idéaux et la répartition des pouvoirs ainsi que les ressources d'une société	
	Imperceptiblement intégré à l'expérience quotidienne	
Sociétal	Social	De l'activité à la participation - Sylvie Meyer p.178 à 182 (51)
	Culturel	
	Institutionnel	
Physique	Facteurs Naturels	Habiller à l'occupation - Elizabeth Townsend & Helene Polatajko p 58 à 64
	Facteurs Construits	
Temporel	Défini sur : Minutes, heures, journée, semaine, mois, année, vie	Habiller à l'occupation - Elizabeth Townsend & Helene Polatajko p 53 à 65 (72)
	Organisé ou non	
	Nombres d'occupations réalisées sur un temps défini	
	Notion de "patrons occupationnels"	
Social	Autres personnes	Modèle transactionnel de l'occupation - A. Fisher et A. Marterella (71)
	Caractéristiques d'autrui	
	Significations personnelles et attentes d'autrui	
	Animaux de compagnie et animaux d'assistance	
	Liens sociaux et relations	
	Complexe	Habiller à l'occupation - Elizabeth Townsend & Helene Polatajko p.61 (72)
	Multidimensionnel	
Dynamique		
Ecologique	Approche transactionnelle et systémique	Agir sur l'environnement pour permettre les activités - Eric Trouvé p. 2 & p.107 (73)
	La compréhension des demandes/ressources de l'environnement	
	L'environnement et la personne sont en interaction	Using Environments to Enable Occupational Performance - Lori Letts, Patty Rigby et Debra Stewart p.6 (74)
Approche éco-systémique	Microsystème	Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain - G. Absil, C.Vandoorne, M. Demarteau (70)
	Mésosystème	
	Exosystème	
	Macrosystème	

Annexe n°13 : Guide d'entretien semi-directif de recherche**Matrice d'entretien semi-directif**

Introduction du sujet aux participants : Nous allons nous intéresser aux résidents souffrants de troubles cognitifs, et de risques sécuritaires. Le but sera d'identifier la pratique que peut avoir l'ergothérapeute avec l'environnement social de ce résident en prévention d'une mise en place d'une contention physique ou médicamenteuse de celui-ci.

Mes questions se porteront sur différents sujets :

- 1) Questions plutôt personnelles
- 2) Questions sur l'environnement social du résident souffrant de troubles cognitifs
- 3) Questions sur les enjeux sécuritaires des résidents
- 4) Questions sur l'autonomie du résident
- 5) Questions sur les interactions que vous pouvez avoir avec l'environnement social du résident souffrant de troubles cognitifs

Je rappelle que l'entièreté de vos réponses seront anonymisées en termes de personnes et de lieux lors du traitements des informations recueillies.

N° de question	Sous-thème	Objectifs	Question
Contexte et profil de l'ergothérapeute			
Introduction	Milieu professionnel de l'ergothérapeute	Identifier les patients pris en soins. Identifier le milieu professionnel côtoyé	Pouvez-vous brièvement m'expliquer dans quel contexte professionnel vous travaillez ? <u>Question de relance</u> : Combien de résidents sont hébergés au sein de l'établissement ? <u>Question de relance</u> : Est-ce que vous avez des pôles particuliers ? <u>Question de relance</u> : Est un établissement privé ou public
	Pratique de l'ergothérapeute	Temps de travail de l'ergothérapeute	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce milieu ? A temps plein ou à temps partiel ?
	Age de l'ergothérapeute	Préciser le profil de l'ergothérapeute	Quel âge avez-vous ?
	Autres expériences professionnelles	Identifier d'éventuelles autres expériences professionnelles de l'ergothérapeute.	Avez-vous eu d'autres expériences professionnelles que l'ergothérapie ou du domaine de la gériatrie ?

	Rapport personnel à la gériatrie	Préciser le profil de l'ergothérapeute	A titre personnel, possédez-vous des personnes proches qui vivent dans un EHPAD ? Si oui qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique ?
1. Environnement social du résident au sein de l'établissement			
1.1	Environnement social du résident	Identifier l'environnement social du résident	Quelles sont les personnes ou animaux qui selon vous composent l'environnement social du résident ? <u>Question de relance :</u> Est-ce que vous pensez avoir balayé l'ensemble de l'environnement social.
2. Aspects sécuritaires			
2.1	Risques sécuritaires rencontrés chez les résidents souffrants de troubles cognitifs	Identifier les aspects sécuritaires qui posent des problèmes aux ergothérapeutes	Le déplacement d'un résident vous a-t-il déjà posé problème en termes d'enjeux sécuritaires ? <u>Question de relance :</u> De quelle sorte ? <u>Question de relance :</u> Est-ce selon vous, les problématiques d'enjeux liées à l'autonomie, aux déplacements et à la sécurité ont été tous balayés ?
2.2	Moyens mis en place à cette difficulté	Repérer les moyens mis en place pour cette problématique	<u>Si oui</u> , quels moyens ont été mis en place pour répondre à cette problématique ? <u>Question de relance :</u> quelles interventions avez-vous réalisées dans votre intervention quant à l'environnement social de ce résident à ce sujet ? / Et la contention ?

3. Les interactions de l'ergothérapeute			
	Interactions de l'ergothérapeute avec l'environnement social	Repérer comment l'ergothérapeute interagit sur les questions sécuritaires avec l'environnement social	<p>Comment abordez-vous le sujet des déplacements des résidents souffrant de troubles cognitifs avec les personnes autour du résident ?</p> <p><u>Question de relance</u> : Quels sont vos objectifs avec chaque personne avec qui vous intervenez sur les problématiques sécuritaires du résident quant à ses déplacements ?</p> <p>/ Est-ce que cela diffère en fonction du statut de la personne avec qui vous collaborez ?</p>
4. Autonomie des résidents quant au déplacements			
<p><i>L'autonomie</i> vient de la racine grecque « <i>autos</i> » qui signifie « soi » et « <i>nomos</i> » qui signifie « loi ou gouvernement ». <i>Autonomos</i> signifie donc « qui se régit par ses propres lois » (40).</p> <p>Nous nous intéresserons notamment ici à l'autonomie d'action d'une personne, selon le champs disciplinaire de l'éthique.</p>			
4.1	L'autonomie en EHPAD	Comprendre l'intégration du concept au sein de la pratique ergothérapique	Est-ce que l'autonomie est une notion que vous intégrez dans votre pratique ?
4.2	Critères de l'autodétermination	Signification de l'autonomie pour l'ergothérapeute	<p>Comment sait-on qu'un résident est autonome ?</p> <p><u>Question de relance</u> :</p> <p>Comment savoir si un résident fait preuve d'autonomie ?</p>

4.3	Les moyens pour permettre l'autonomie quant aux déplacements des résidents	Identifier les moyens possibles pour permettre l'autodétermination des résidents souffrants de problématiques sécuritaires.	Comment en tant qu'ergothérapeute vous pouvez permettre malgré tout une certaine autonomie aux résidents souffrant de problématiques sécuritaires quant aux déplacements ?
4.4	Autonomie et qualité de vie	Identifier le rapport que fait l'ergothérapeute entre le concept de l'autonomie et de la qualité de vie	Quel rapport peut avoir l'autonomie du résident sur sa qualité de vie ?
5. Ouverture			
5.1		Etayer le sujet	Voulez-vous rajouter quelque chose qui puisse concerner mon sujet ?
	Conclusion		Avez-vous d'autres questions ?

Annexe n°14 : Proposition d'adaptation du cadre en entretien

Selon le *Guide pratique de recherche en réadaptation* de S. Tétreault et P. Guillez (80).

Comportements de la personne interrogée	Propositions de la part de l'interviewer
Pose des questions personnelles ou en dehors du sujet, a des gestes déplacés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mentionner que ces questions ne sont pas en lien avec l'objectif de l'entretien, que les gestes (par exemple à connotation sexuelle) sont inacceptables ■ Souligner que ces informations ne peuvent pas être données dans le cadre de l'entretien, qu'elles n'ajoutent rien à la démarche de recherche ■ Si la personne insiste, préciser que les gestes sont déplacés et que vous devez mettre fin à l'entretien
Se lève et marche dans la pièce	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander à la personne si elle a besoin d'un temps d'arrêt ■ Vérifier son intérêt à poursuivre l'entretien ■ S'assurer qu'elle revienne à la table ou que l'enregistrement puisse se faire si elle continue à se déplacer ■ Différer l'entretien si nécessaire
Quitte subitement la pièce	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêter l'entretien et attendre cinq minutes que la personne revienne ■ Si le délai se prolonge, aller voir si la personne a besoin d'aide ■ Si la personne a quitté les lieux et qu'elle ne revient pas, ramasser votre matériel et quitter à votre tour ■ Écrire à la personne pour vérifier si ce sont vos questions qui ont provoqué son attitude ■ Vérifier si elle conserve un intérêt à poursuivre ou non la démarche

Annexe n°15 : Notice d'information

Version n°1 du 27/03/2023

Notice d'information

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, GRILLOT Emma, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé :

« La pratique collaborative de l'ergothérapeute sur l'environnement social des résidents souffrants de troubles cognitifs lors de problématiques sécuritaires au sujet de leurs déplacements »

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur Mme GRILLOT Emma pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche :

Cerner la pratique collaborative de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social des résidents d'EHPAD souffrants de troubles cognitifs et de risques sécuritaires liés à leurs déplacements (en prévention de la mise en place d'une contention).

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

La méthode de l'étude est qualitative. Chaque participant est interrogé à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif construit à l'avance et validé avec le directeur et le référent professionnel du mémoire. L'entretien dure environ 45 minutes.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Modalités d'entretien en distanciel pour les participants à distance de mon lieu d'étude et de stage.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

**L'investigateur principal de cette étude est Mme GRILLOT Emma.
Cette étude est réalisée dans le cadre du cursus universitaire d'ergothérapie de la Faculté d'Aix-Marseille.**

Annexe n°16 : Autorisation de participation à l'étude et d'enregistrement audio

Version n°1 du 27/03/2023

Formulaire du recueil de consentement**« La pratique collaborative de l'ergothérapeute sur l'environnement social des résidents souffrants de troubles cognitifs lors de problématiques sécuritaires au sujet de leurs déplacements »**

GRILLOT Emma, [REDACTED] investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche en collaboration avec l'investigateur secondaire DESPRES Géraldine, [REDACTED]

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

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée :

« La pratique collaborative de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social des résidents d'EHPAD souffrants de troubles cognitifs et de risques sécuritaires liés à leurs déplacements ».

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

J'accepte que l'audio de mon entretien soit enregistré à des fins de traitement de données

Fait à..... le

Participant à la recherche

Nom Prénom :

Signature :

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

Investigateur principal

Nom Prénom : Emma GRILLOT

Signature :

Annexe n°17 : Tableau d'analyse thématique

Ergothérapeutes / Thématiques	Profil de l'ergothérapeute	Problématiques sécuritaires rencontrées	Interactions et interventions de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social du résident	Notion d'autonomie du résident dans ses déplacements	Prise en soin mises en place par l'équipe des risques sécuritaires
Ergothérapeute E	<p>Ergothérapeute travaillant à plein temps au sein d'un EHPAD de 95 résidents, dont 5 places sont réservées aux séjours temporaires. L'EHPAD possède un PASA et réalise des accueils de jour (1.24-26)</p> <p>L'ergothérapeute travaille depuis 8 ans au sein du même EHPAD. (1.28)</p>	<p>Risque de chute des résidents souffrants de troubles cognitifs, lorsqu'ils n'arrivent plus à utiliser leur aide technique ou quand ils sont inconscients de leurs incapacités. (1.78-82)</p> <p>Possibilité de risque de fugue, car l'EHPAD ne possède pas d'unité protégée et les résidents</p>	<p>Intervention avec le médecin coordonnateur pour analyser tous les mois toutes les chutes du mois avec réflexion autour du contexte pourquoi est arrivé la chute. Mise en place de moyens pour les éviter à l'avenir. (1.100-107)</p> <p>Une fiche est créée répertoriant toutes les personnes qui ont des contentions, fiche qui est transmise aux soignants (1.108-111)</p> <p>Présence de faux chats thérapeutiques pour canaliser les troubles du comportement. L'ergothérapeute trouve que ces chats fonctionnent très bien. Elle observe un apaisement et une réassurance de la personne. Exemple de la dame qui déambule toute la journée, qui s'épuise et qui chute et qui depuis</p>	<p>La contention vient en dernier lieu uniquement si les autres moyens préalables n'ont pas fonctionné. (1.111-113)</p> <p>Politique d'établissement plutôt contre les contentions, les équipes préfèrent laisser la liberté de la personne et avoir conscience des risques. (1.128-131)</p> <p>L'autonomie est une valeur qui est intégré à la pratique de l'ergothérapeute. De ce fait, elle fait tout pour</p>	<p>Explication de l'approche adoptée au niveau des contentions aux familles par la cadre de santé et le médecin coordonnateur (1.124-128)</p> <p>Ce sont les infirmiers qui sont avertis les premiers en cas de chute du résident et ce sont eux qui contactent les famille. (1.137-143)</p>

	<p>L'ergothérapeute a 34 ans. (1.32)</p> <p>L'ergothérapeute a déjà travaillé en tant qu'aide-soignante durant ces études. En tant qu'ergothérapeute, a déjà travaillé en FAM (foyer d'accueil médicalisé) pour traumatisés crâniens. A travaillé dans plusieurs autres EHPAD (1.39-45)</p> <p>Ergothérapeute diplômée de l'institut de formation de Lyon (1.45)</p> <p>La grand-mère de son mari réside au sein de son</p>	<p>déambulent. Au-delà de ça, il y a le risque que les résidents se blesses ou chutent à l'extérieur, notamment sur le sol instable (1.90-97 & 1.300-304)</p> <p>Depuis le COVID-19, les proches sont plus demandeur de la mise en place d'une contention, afin de protéger la personne de tous risques. Le médecin et l'ergothérapeute leur explique ce qu'implique la contention et l'impact sur le</p>	<p>qu'il y a le chat, elle le câline, s'assois et s'apaise.</p> <p>L'ergothérapeute précise que ce genre de médiation ne marche pas avec tous les résidents. (1.174-190)</p> <p>Présence également de poupons thérapeutiques, qui ont le même effet apaisant que le chat thérapeutique (1.192-196)</p> <p>C'est l'ergothérapeute qui a mis en place ces moyens de médiation, jusqu'à ce que l'utilisation de ces médiations rentrent dans les mœurs de l'équipe. L'ergothérapeute explique que le lien était compliqué avec les infirmiers et la sphère du soin au début, mais qu'aujourd'hui, maintenant qu'ils ont vu les résultats. (1.200-209)</p> <p>Proposition de changement d'horaire de prise de soin auprès de la cadre et de l'équipe des soins lorsque l'horaire peut-être à l'origine de la chute. Ce changements sont proposés à l'aide des</p>	<p>que la personne puisse décider librement, et qu'elle puisse décider de ce dont elle a envie. (1.331-333)</p> <p>L'ergothérapeute décrit que l'équipe soignante est dans la crainte de respecter les envies des résidents, car ils vont souhaiter le sécuriser au maximum. (1.333-337)</p> <p>Les personnes qui vont avoir un score au MMS plus bas auront des envies moins pertinentes. Pour l'ergothérapeute, les limites de l'autonomie se situent au niveau de la mise en danger du résident, lorsque le résident souhaite réaliser des activités qui n'ont pas de sens.</p>	<p>La famille peut sonner l'équipe soignante. (1.254-257)</p> <p>Orientation d'un résident vers un secteur protégé s'il veut fuguer de manière fréquente. (1.314-316)</p> <p>L'équipe recueille les informations concernant les habitudes de vie de la personne auprès de la famille. Ils tentent de faire correspondre ensuite un maximum avec les contraintes de l'établissement. (1.392-398)</p>
--	---	---	---	--	---

	<p>EHPAD. Ils étaient même deux grands parents, mais l'un des deux est décédé en décembre 2023 (1.49-52)</p> <p>Ergothérapeute diplômée de 2012 (1.271)</p> <p>L'établissement dans lequel l'ergothérapeute travaille est un établissement privé, associatif, à but non lucratif. (1.463)</p>	<p>moral de la personne (1.113-119)</p> <p>Possibilité d'hétéro-agression entre les résidents, ou envers les salariés exacerbé par les troubles du comportement (1.156-167.)</p> <p>Pour les personnes qui déambulent, il y a le risque qu'elles se trompent de chambre (1.298-300)</p>	<p>fiches de chutes remplies par les infirmiers, soit analysées avec le médecin ou en amont de la réunion d'analyse de chute par l'ergothérapeute. (1.217-228)</p> <p>L'ergothérapeute agit auprès de la famille. Le premier objectif est un objectif d'information pour que la famille comprenne l'approche de l'établissement, ce qui est fait ou n'est pas fait. L'ergothérapeute interagit avec la famille afin de les intégrer comme aidant, et de faire passer certaines consignes par leur intermédiaire. De ce fait, l'ergothérapeute décrit la famille comme aidante et engagée la plupart du temps quand elle est sollicitée. L'ergothérapeute souligne le fait que la famille peut être aidante comme pas du tout. (1.229-243 & 1.257-260 & 1.619-626)</p> <p>Intervention de l'ergothérapeute auprès des personnels soignants pouvant être amenés à effectuer des manutentions sur des formations aux transferts, à la gestion des chutes, à la guidance aux</p>	<p>(1.365-381)</p> <p>L'environnement institutionnel pose des contraintes sur les résidents quant aux heures de repas, les temps pour dormir etc. (1.381-387)</p> <p>Mise en place d'une contention lorsque la personne chute tous les jours. Exemple de la personne qui essaye de se lever de son fauteuil tous les jours mais qui chute (1.446-451)</p> <p>Le nombre de contention au sein de l'établissement oscille entre quatre à sept contentions pour 95 résidents. L'ergothérapeute reste vigilante à ne pas en</p>	<p>Réalisation en équipe de projets personnalisés d'accompagnements (PPA) lorsque la personne n'arrive plus à exprimer ses envies (1.494-499)</p>
--	---	---	--	---	---

			<p>déplacements des résidents et à l'utilisations des différentes aides-techniques. Les professionnels viennent poser des questions quand ils ont des doutes. Tous les nouveaux salariés sont formés. Elle invite les professionnels à l'appeler en cas de problème. (1.263-268 & 1.274-278 & 1.537-546)</p> <p>L'ergothérapeute explique que son plein temps est aidant pour agir auprès des équipes, notamment pour faire le lien avec eux et de répondre à leur problématiques. Lors d'un de ces précédents mi-temps, elle pouvait mettre des choses en place au niveau matériel, mais elle n'avait pas le temps de former les équipes. (1.282-293)</p> <p>Auprès de l'équipe, l'ergothérapeute agit pour leur faire comprendre quelles sont les envies des résidents. Les psychologues agissent également dans ce sens pour être plus proche des envies des résidents. L'ergothérapeute fait également le lien entre l'histoire de vie de la personne et ses habitudes et l'équipe soignante.</p>	<p>mettre trop en place (1.451-453)</p> <p>Laisser de l'autonomie au résident permet de lui laisser du pouvoir sur sa vie. Chez les personnes souffrants de peu de troubles cognitifs, cette autonomie va s'exprimer par un résident qui va demander à un soignant de faire à sa place. Chez les résidents souffrants de troubles cognitifs, ces envies vont être exprimées, mais il s'agira de besoins plus primaires (1.474-476 & 1.480-487 & 1.490-494)</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>(1.337-342 & 1.349-353 & 1.573-582)</p> <p>Intégration des équipes pour qu'elles aussi rappellent aux résidents d'utiliser leurs aides technique au déplacement, afin que son utilisation devienne une habitude (1.435-438)</p> <p>Le recueil d'information de l'ergothérapeute auprès de la famille sert à recueillir les habitudes de vie, les loisirs et les envies du résident qui ne serait plus capable de s'exprimer. (1.499-510)</p> <p>Explication de l'histoire de vie de la personne auprès du personnel d'accueil pour que ceux-ci se retrouvent moins démunis face à un comportement d'une personne. (1.566-573)</p> <p>L'ergothérapeute énonce souvent devoir batailler contre le soin concernant le sujet de la liberté du résident (1.638-639)</p>		
--	--	--	---	--	--

Ergothérapeutes / Thématiques	Profil de l'ergothérapeute	Problématiques sécuritaires rencontrées	Interactions et interventions de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social du résident	Notion d'autonomie du résident dans ses déplacements	Prise en soin mises en place par l'équipe des risques sécuritaires
Ergothérapeute F	<p>L'ergothérapeute travaille au sein d'un EHPAD de 110 lits. L'EHPAD possède deux unités protégées et trois unités ouvertes. Les unités protégées sont principalement occupées par les personnes à risque de fugue ou de déambulation, avec troubles cognitifs. L'ergothérapeute précise que des personnes souffrant de troubles cognitifs sont également</p>	<p>Risques de chutes des résidents quand ceux-ci ont des hallucinations ou qu'ils sont sous l'effet des médicaments. Les chaussures sont également un facteur de chute ainsi que l'environnement (sol mouillé ou inégal) (1.119-122 & 1.155-159)</p> <p>Risque qu'un résident puisse en faire chuter un autre et le blesser</p>	<p>Réalisation de formations auprès des aides-soignants pour leur apprendre quels sont les facteurs de risque de la chute. Apprentissage du guidage de la personne âgée à la marche, afin d'éviter que des soignants ne prennent une personne au bras. (1.189-197 & 1.211)</p> <p>L'ergothérapeute forme les soignants aux positionnement à employer lors de manutentions ou lors de problématiques qu'ils ressentent. Le but est de sécuriser les soignants et les résidents ainsi que de limiter les risques pour les deux (1.199-206 & 1.288-293)</p> <p>L'ergothérapeute réalise un « relais » avec une soignante appelée « maîtresse de maison », qui dirige une unité de soignants, et qui joue un rôle de cadre auprès d'eux. Par exemple la « maîtresse de maison » permet de</p>	<p>Mise en place de la contention quand les chutes de la personne sont très fréquentes. Les équipes jugent au cas par cas l'apport bénéfice-risque. Les équipes prennent en compte la question morale, afin d'éviter notamment un syndrome de glissement. (1.235-245)</p> <p>Pour l'ergothérapeute, l'ergothérapeute essaye de faire que la personne puisse faire un maximum seule, de ce fait, l'ergothérapeute intègre la notion</p>	<p>Intervention d'une zootherapeute (1.104)</p> <p>L'équipe réalise un accompagnement des personnes parkinsoniennes lorsqu'elles font un freezing. Les professionnels aident à sécuriser le patient et débloquent sa marche et l'équipe invitent le résident à s'asseoir. (1.173-180)</p>

	<p>présentes dans les unités ouvertes. (1.21-32)</p> <p>L'établissement est un établissement privé (1.42)</p> <p>Ergothérapeute qui travaille à temps plein au sein de l'établissement depuis un an et demi.</p> <p>L'ergothérapeute travaille dans le domaine de la gériatrie depuis l'obtention de son diplôme d'état en 2014 (1.46-49 & 1.53)</p> <p>L'ergothérapeute a 33 ans. (1.56)</p> <p>Pas d'autres expériences</p>	<p>(1.128-129)</p> <p>Certains résidents peuvent prendre les aides techniques d'autres résidents ou essayer de pousser d'autres résidents au fauteuil (1.140-142)</p> <p>Le manque de déplacement peut provoquer une désadaptation psychomotrice (1.350-357)</p> <p>Les résidents de l'unité protégée ont tendance à se rendre dans toutes les</p>	<p>transmettre la formation de l'ergothérapeute auprès des vacataires ou de faire remonter les problèmes rencontrés par son équipe. (1.216-231)</p> <p>Pas de lien entre l'ergothérapeute et les familles au sein de l'EHPAD actuel. (1.259-261)</p> <p>Intervention de l'ergothérapeute avec le médecin et le cadre auprès de la famille pour expliquer les risques qu'encourt la personne si la personne ne met pas de contention (1.263-270 & 1.603-619)</p> <p>Explications auprès des soignants qu'ils ne vont pas faire à la place de la personne pour permettre son autonomie. Le but étant que la personne puisse faire un maximum seule que se soit uniquement les gestes pour lesquels elle n'arrive pas que le soignant compense. (1.307-316)</p> <p>Intervention au PASA avec l'ASG (assistant de soins en gérontologie), la psychologue et la psychomotricienne (1.462-466)</p>	<p>d'autonomie à sa pratique. (1.303-306)</p> <p>Utilisation des fauteuils roulants où les résidents se déplacent à l'aide de leur pied, facilite davantage l'accès au déplacement que les mains courantes des fauteuils (1.244-352)</p> <p>Baisse de l'agitation, des troubles du comportement et du stress du résident s'il peut se rendre où il veut. Valorisation de la personne quand elle peut faire ce qu'elle veut (1.550-558 & 1.565-568)</p> <p>Soulèvement de la problématique des résidents sous contentions qui doivent</p>	<p>C'est le responsable des soins qui est en lien avec la famille (1.255-256)</p> <p>Discussions des problématiques sécuritaires des résidents lors des réunions « staff », une fois par semaine. Le sujet des chutes et des contentions est notamment abordé (1.277-281)</p> <p>Au sein de l'unité protégée, afin de pallier aux déambulations des résidents dans les chambres des uns, des autres, les chambres sont</p>
--	---	--	--	--	--

	<p>professionnelles que l'ergothérapie ou la gériatrie. (1.61-62)</p> <p>L'ergothérapeute explique être à plein temps sur l'établissement, mais possède un temps en tant que référente qualité (30 %). Elle rapproche cela du travail de qualicien (1.61-62 & 1.64-78)</p> <p>L'ergothérapeute a une grand-mère qui vit dans un autre EHPAD (1.89-96)</p>	<p>chambres. (1.367-368)</p> <p>Possibilité d'hétéro-agressivité entre résidents, notamment quand certains se sont trompés de chambre. (1.370-376)</p> <p>Risque de fugue volontaire ou involontaire (1.378-382)</p> <p>Tentatives de passage de résidents qui déambulent au milieu d'endroit étroit (entre deux fauteuils par exemple) (1.527-534)</p>	<p>Séances de PASA pour la prise en charge de l'anxiété avec d'autres intervenantes du PASA. Utilisation d'une application appelée « Music Care ». (1.474-478)</p> <p>Utilisation de « Paro le phoque » auprès des résidents souffrants d'agitation psychomotrice ou qui sont anxieuses. Effet d'apaisement en fonction des personnes.</p> <p>Exemple d'une dame qui déambule en permanence, à s'épuiser, que le phoque Paro permet d'asseoir quelques minutes (1.487-491 & 1.505-512)</p> <p>Information des familles sur les aides techniques à utiliser lorsqu'ils font marcher leur parents afin de limiter les risques de chutes à leur visite. (1.584-587)</p>	<p>être levés toutes les deux heures pour faire marcher, mais ce qui n'est pas applicable dans la réalité au vu du nombre de résidents pris en soins en même temps par les soignants. (1.645-654)</p>	<p>systématiquement fermées à clef. (1.367-368)</p> <p>L'indication pour l'admission d'une personne d'une unité ouverte au sein d'une unité protégée peut-être le fait qu'elle se trompe de chambre et fouille dans les affaires d'autres personnes. (1.396-405)</p> <p>Introduction de Paro le Phoque par la psychomotricienne (1.535-543)</p>
--	---	---	--	---	---

Ergothérap eutes / Théma tiques	Profil de l'ergothérapeute	Problématiques sécuritaires rencontrées	Interactions et interventions de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social du résident	Notion d'autonomie du résident dans ses déplacements	Prise en soin mises en place par l'équipe des risques sécuritaires
Ergothérapeute G	Ergothérapeute qui travaille en tant que libérale et à temps partiel au sein d'un hôpital public (70%), dont 40% au sein d'un EHPAD, 10% en collaboration avec une ergothérapeute au sein d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) et 20% au sein d'une équipe mobile de gériatrie avec une autre ergothérapeute (1.29-35 & 1.57) Se trouve au sein de cet EHPAD depuis Mars 2022,	Résidents qui prennent l'ascenseur et qui se trompent d'étages (descendent) (1.130-131) Problématiques des résidents qui veulent s'enfuir ou rentrer chez eux. (1.132-137) Si les professionnels n'accèdent pas directement aux demandes des résidents qui veulent fuguer, ceux-ci peuvent	Seuls animaux vivants dans l'EHPAD sont des poules dans le jardin qui permettent de donner du sens aux déplacements des personnes âgées (PA), stimulation de différents gestes pour leur donner à manger. Voir les poules leur permet de calmer leur anxiété quand les résidents ont des petites crises et perdent leurs repères (1.90-92 & 1.342-349) L'environnement architectural (pensé au hasard) fait que quand les résidents sont désorientés, ils descendent et tombent sur les bureaux de la psychologue et de l'ergothérapeute. Ergothérapeute intervient alors avec la psychologue pour les guider. L'ergothérapeute intervient alors pour proposer des occupation (1.125-129 & 1.138-141)	Permettre aux résidents en fauteuils de se déplacer en leur proposant une manière de déplacement adaptée (1.265-268) Réaliser une guidance verbale pour permettre au résident de se déplacer seul, plutôt que d'être passif (1.332-335) Volonté de garder l'autonomie des résidents (1.342) Mise en place d'une contention dans le cas où la personne pourrait se mettre en danger ou pourrait mettre en	Les équipes sont faites de telle manière qu'il y ait toujours une personne repère pour les personnes âgées (1.81-84) Contact des équipes avec la famille (1.85-88) Médiation animale proposée par l'animatrice et une association à l'aide de petits chiens, des souris et de hamsters (1.89-90 & 1.105-110 & 1.115-116)

	<p>donc un peu plus d'un an (1.30)</p> <p>L'ergothérapeute a travaillé au sein de trois EHPAD différents, à temps plein, depuis son diplôme en 2016. (1.37-39)</p> <p>La population concerne des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique et vieillissantes. Il n'y a pas de pôles particuliers au sein de l'EHPAD (1.49-50)</p> <p>D'autres expériences professionnelles en MAS et en pédiatrie auprès des personnes</p>	<p>devenir agressifs (1.164-168)</p> <p>Résidente qui voit le rouge du boîtier de l'issue de secours et qui l'active pour finalement sortir, c'est un boîtier qui ne peut pas être désactivé, car il fait partie de la sécurité (1.181-184 & 1.435)</p> <p>Familles qui des fois ne comprennent pas pourquoi une aide technique est installée et qui disent à leurs aînés, notamment dans</p>	<p>Intervention de l'ergothérapeute avec l'agent technique pour « bonifier » l'environnement et donner des repères aux personnes d'ambulantes. Exemple des portes de WC qui sont parfois enlevé pour que la personne puisse voir les toilettes et s'y rendre. L'agent technique ne peut pas réaliser de modifications sans la présence de l'ergothérapeute. (1.1501-156 & 1.558-563 & 1.575-594)</p> <p>Travail en collaboration avec les proches et la psychologue ou l'animatrice afin de leur faire comprendre pourquoi telle ou telle aide technique est installée. L'ergothérapeute intervient la première, puis la psychologue intervient si l'information n'est pas intégrée. (1.201-213)</p> <p>Formation et information des soignants et des infirmiers au niveau des aides techniques à utiliser en fonction de telles ou telle pathologies. Informations des gestes ou guidances à préférer avec des personnes atteintes de troubles</p>	<p>danger les autres. Il s'agit plus souvent d'une contention au fauteuil. Exemple de l'hétéro-agressivité, du risque suicidaire, ou de la non prise de conscience du danger lors de la marche (prothèse de hanche + troubles cognitifs) (1.386-395).</p> <p>L'ergothérapeute considère que la personne est autonome quand elle prend l'initiative de réaliser une envie. Cette initiative est cependant parfois réduite chez les personnes souffrants de troubles cognitifs et psychiatriques. L'autonomie ne se trouve pas dans le déplacement en lui-même mais dans</p>	<p>Parfois chien d'une résidente amené par la famille, pour donner des repères quand résidente agitée et angoissée (1.98-100)</p> <p>Proposition de sortie à l'extérieur (campagne) quand ils ne sont plus satisfaits de juste sortir dans le jardin. (1.171-175 & 1.528-533)</p> <p>Prendre le temps avec les résidents qui viennent d'arriver pour les guider pour trouver leur chambre et trouver leurs</p>
--	---	---	---	--	--

	<p>souffrants de troubles dys et de troubles du spectre autistique (1.64-66)</p> <p>Ergothérapeute de 28 ans. (1.68)</p> <p>N'a pas de proches vivants eux-mêmes en EHPAD (1.69-71)</p>	<p>des cas de déambulation (1.187-194)</p> <p>Risque de chute que peuvent rencontrer les résidents (chute dans les escaliers qui se trouvent à côté des ascenseurs) (1.263 & 1.270-272 & 1.423-424 & 1.427-434)</p> <p>Agressivité entre résidents dans le cas d'erreur de chambre de l'un d'entre eux. Il est déjà arrivé qu'un résident en fasse tomber un autre du lit par énervement. (1.277-284)</p>	<p>cognitifs ou de désadaptation psychomotrice. Utilisation de mises en situations pour explication du guidage oral. Le guidage oral permet de réaliser moins de manutentions mais est cependant coûteux en énergie car il demande de stimuler en permanence le résident. (1.238-254 & 1.322-326 & 1.339-342)</p> <p>Interactions de l'ergothérapeute avec la famille pour mieux connaître le quotidien de la personne, et pouvoir donner des repaires plus efficaces pour faciliter leurs déplacements. La famille peut être source de conseils face à des problématiques rencontrées. (Ex : Grace à la famille Mettre un tuyau d'arrosage sur la porte de la chambre d'un résident qui aime jardiner pour lui donner des repaires). (1.306-312 & 1.312-318 & 1.321-322)</p> <p>Intervention auprès de l'environnement institutionnel et avec l'accord du résident pour réaliser une inversion de chambres, pour permettre de donner</p>	<p>l'objectif de se déplacement. (1.460-465 & 1.492-494 & 1.497-503)</p> <p>Approche de l'ergothérapeute pour « initier l'envie » de la personne pour ne pas leur imposer des activités. Pour leur donner cette envie, l'ergothérapeute leur présente des activités en fonction de l'histoire de vie de la personne pour que la personne puisse ensuite les réclamer si elle en a envie. (1.477-482 & 1.510-522 & 1.525-528)</p> <p>C'est l'environnement architectural qui permet, selon l'ergothérapeute de garder une certaine autonomie dans les</p>	<p>repaires (1.294-300)</p> <p>Le médecin réalise une démarche à l'entrée des résidents qui consiste à retirer tous les médicaments qui provoquent des risques de chutes chez les résidents (neuroleptiques), puis de les réintroduire si le besoin est. Le but étant de réduire la contention médicamenteuse. (1.407-412 & 1.416-418)</p>
--	---	---	---	--	--

		<p>Les résidents qui ne se rendent pas à l'étage de sa chambre avec l'ascenseur. (1.318-321)</p> <p>Possibilités de tentatives de suicide quand les résidents vont chercher à passer par la fenêtre (1.447-450)</p> <p>Résidents qui marchent sans s'arrêter de manière malade, notamment dans le cas du syndrome de Korsakoff (1.603-608)</p>	<p>plus de repères à la personne pour se déplacer jusqu'à sa chambre (1.354-367)</p> <p>Intervention avec les équipes pour répondre à des problématiques des résidents. Cette intervention est cependant limitée par sur temps de travail à 40%. (1.367-372)</p> <p>L'ergothérapeute propose des activités en fonction des activités appréciées par les résidents selon le discours des familles. (1.536-542)</p> <p>Collaboration entre l'ergothérapeute et l'animatrice, qui prend la relève de certaines activités de l'ergothérapeute (1.566-570)</p>	<p>déplacements malgré les problématiques sécuritaires. (1.507-510)</p> <p>L'autonomie possède un apport positif sur la personne car cela veut dire que les résidents peuvent faire plus de choses au niveau des activités de la vie quotidienne. (1.597-602)</p>	
--	--	--	---	---	--

Résumé :

Introduction : L'autonomie d'action des personnes âgées en EHPAD pose actuellement question, notamment lors de la présence de troubles cognitifs et de risques sécuritaires. Dans ce contexte, les résidents évoluent particulièrement au contact de leur environnement social, sur lequel l'ergothérapeute peut agir. De ce fait, cette recherche portera sur les interactions de l'ergothérapeute en EHPAD auprès de l'environnement social pour favoriser la sécurité lors des déplacements des résidents souffrants de troubles cognitifs. **Méthode** : Il s'agit d'une recherche qualitative, exploratoire et explicative, dont l'outil de recueil de donnée est un entretien semi-directif. **Résultats** : Les trois ergothérapeutes interrogés montrent que les risques de chutes, les fugues et les hétéro-agressions sont les principales problématiques sécuritaires rencontrées. La famille, les soignants et les animaux sont les principaux éléments de l'environnement social sur lesquels les ergothérapeutes agissent en réalisant de l'information, du recueil d'information ou de la collaboration, pour prévenir de la mise en place d'une contention. **Conclusion** : En conclusion, cette recherche réaffirme la place de l'ergothérapeute auprès de l'environnement social du résident et de son apport pour sa qualité de vie.

Mots-clefs : ergothérapie, autonomie, EHPAD, troubles cognitifs, environnement social, risques sécuritaires

Abstract:

Introduction: The autonomy of action of older people in nursing homes currently raises questions, especially when cognitive disorders and safety risks are involved. In this context, the residents evolve particularly in contact with their social environment, on which the occupational therapist can act. Therefore, this research will focus on the interactions of the occupational therapist in nursing homes with the social environment in order to promote safety during the movements of residents suffering from cognitive disorders. **Method**: This is a qualitative, exploratory and explanatory research, whose data collection tool is a semi-directive interview. **Results**: The three occupational therapists interviewed indicate that the risks of falls, runaways and hetero aggressions are the main safety risks encountered. The family, caregivers and animals are the main elements of the social environment on which the occupational therapists act by informing, gathering information or collaborating to prevent the implementation of a restraint. **Conclusion**: In conclusion, this research reaffirms the place of occupational therapists in the resident's social environment and their contribution to their quality of life.

Keywords: occupational therapy, autonomy, nursing home, cognitive disorders, social environment, safety risks