



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Formation en ergothérapie

Morgane MAYOUD

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

**Enjeux éthiques de l'ergothérapie auprès des personnes
âgées ayant des troubles neurocognitifs pouvant entraîner
des conduites à risques en institution.**

Sous la direction de Mr Sylvain LUMINI, Mme Anaïs
GIRAUDIER et Mme Géraldine DESPRES

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Anaïs Giraudier, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils, et son accompagnement si précieux tout au long de ce mémoire. Je remercie également Madame Géraldine Desprès et Madame Sophie Albuquerque pour leur contribution.

Je remercie aussi chaleureusement Monsieur Sylvain Lumini, mon référent professionnel, d'avoir accepté de m'accompagner, pour sa bienveillance, son partage d'expérience ainsi que pour tout le temps qu'il m'a accordé.

Je souhaite aussi remercier tous les ergothérapeutes qui m'ont accordé de leur temps pour participer à mes entretiens, que ce soit pour l'enquête exploratoire ou la recherche.

J'exprime ma sincère reconnaissance envers l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement durant ces trois ans de formation.

Je remercie aussi mon groupe mémoire pour l'entraide et les moments de partage que nous avons eus durant plus d'un an.

J'adresse aussi une pensée pour toutes les ergothérapeutes qui m'ont accueillie en stage, et qui m'ont permis de me construire en tant que future ergothérapeute.

Je remercie ma famille pour son soutien sans faille dans tous mes projets, et notamment durant les trois années de formation, merci pour votre amour et votre bienveillance.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion pour ces trois belles années passées ensemble. Plus particulièrement Amandine, Claire, Manon, Claire, Lucile, Garance et Ysée pour tous ces beaux moments passés ensemble, merci.

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte.....	1
1.2	Explicitation du thème.....	2
1.3	Résonnance du thème.....	3
1.3.1	Question socialement vive.....	3
1.3.2	Intérêts - Utilité.....	4
1.3.3	Enjeux.....	4
1.4	Revue de littérature.....	5
1.4.1	Mots clés et équation de recherche.....	5
1.4.2	Champs disciplinaires et bases de données.....	5
1.4.3	Critères d'inclusion et exclusion.....	6
1.4.4	Tableau de calcul des banques de données.....	6
1.4.5	Analyse de la revue de littérature.....	6
1.4.6	Problématisation pratique.....	12
1.5	Enquête exploratoire.....	14
1.5.1	Objectifs généraux.....	14
1.5.2	Objectifs spécifiques.....	14
1.5.3	Population ciblée et sites d'exploration.....	15
1.5.4	Outil de recueil de données.....	16
1.5.5	Construction de l'outil de recueil de données.....	17
1.5.6	Analyse des données recueillies.....	17
1.5.7	Résultats de l'enquête exploratoire.....	17
1.5.8	Confrontation des résultats avec la revue de littérature et problématisation pratique enrichie.....	21
1.6	Question initiale de recherche.....	23
1.6.1	Le respect de la liberté individuelle.....	23

1.6.2	Les symptômes comportementaux et psychologiques des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs.....	26
1.6.3	Problématisation théorique	27
1.7	Question et objet de recherche	28
2	Matériel et méthode.....	29
2.1	Choix de la méthode de recherche	29
2.2	Population ciblée et sites d'exploration.....	29
2.3	Outil théorisé de recueil de données	30
2.3.1	Choix de l'outil	30
2.3.2	Anticipation des biais et stratégies pour les atténuer	31
2.3.3	Construction de l'outil théorisé de recueil des données	32
2.4	Méthodologie de la recherche.....	33
2.4.1	Test du dispositif de recherche	33
2.4.2	Déroulement de la recherche	33
2.4.3	Traitement et analyse des données	34
3	Résultats.....	34
3.1	Analyse descriptive	34
3.2	Analyse textuelle.....	35
3.3	Ressentis des participants sur leur rôle et leur place dans l'équipe	41
3.4	La prédominance du principe d'autonomie	44
4	Discussion.....	47
4.1	Interprétation des résultats	48
4.2	Critique sur le dispositif de recherche	51
4.3	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	53
4.4	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	54
4.5	Perspectives de recherche	55
4.6	Conclusion	55

Références bibliographiques	56
Annexes.....	60
Annexe 1 – Tableau de synthèse de la revue de littérature	60
Annexe 2 - Matrice d’entretien de l’enquête exploratoire, revue après l’entretien test.....	65
Annexe 3 - Grille d’analyse des données des entretiens	67
Annexe 4 – Matrice théorique	71
Annexe 5 – Matrice d’entretien de la recherche.....	72
Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des participants à l’entretien.....	74
Annexe 7 : Grille d’analyse des données des entretiens de la recherche	75

1 Introduction

1.1 Contexte

Dans leur pratique, les ergothérapeutes prennent part à des réflexions et des prises de décision en lien avec les personnes qu'ils accompagnent. De plus, ceux-ci se placent dans une approche centrée sur la personne où l'objectif est de permettre au bénéficiaire de réaliser toutes les occupations auxquelles il veut participer. En théorie, leurs pratiques s'appuient sur la collaboration avec l'utilisateur et le respect des valeurs, expériences subjectives et volontés de leurs usagers (1).

Néanmoins, en pratique, les usagers peuvent leur faire part de volontés de participer à des occupations, ou avoir des comportements, qui peuvent leur paraître dangereux pour la santé et la sécurité des bénéficiaires ; ou encore pouvant être considérés comme immoraux ou illicites par les institutions et la société. Ces volontés ou ces comportements peuvent provenir de leur état de santé et de leurs facultés mentales ou cognitives qui altéreraient leurs capacités à prendre des décisions rationnelles. Par exemple, pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs, leurs capacités à raisonner, émettre un jugement peuvent être questionnées. Ces situations peuvent mettre en tension les valeurs de l'ergothérapeute qui sont le respect des personnes, de leur bien-être, leur dignité humaine et d'une qualité de vie satisfaisante (2).

Concernant le raisonnement clinique et la pratique des ergothérapeutes qui y sont confrontés, certains questionnements émergent :

- Jusqu'où laisser la liberté de décision, d'action de la personne face à certains comportements perturbateurs ou certaines conduites à risque pour sa santé ou sa sécurité ?
- Dans une approche centrée sur la personne, où se placer entre le respect des volontés de la personne et son autonomie, sachant que ses capacités de jugement et de raisonnement sont considérées comme altérées ?
- Comment juger de l'autonomie décisionnelle d'une personne dont les troubles cognitifs fluctuent ou débutent ?
- Dans leur pratique, comment les ergothérapeutes font-ils face à ces dilemmes ?

Un point de rupture apparaît entre la volonté de faire ce qui est le mieux pour la personne, sa santé et sa sécurité et la nécessité de respecter les libertés de chacun.

Une problématique professionnelle découle de ces interrogations :

Quel est le processus décisionnel de l'ergothérapeute face aux volontés d'une personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs et dont les facultés de jugement sont altérées ?

1.2 Explication du thème

Le thème de recherche s'articulera autour du processus décisionnel de l'ergothérapeute face aux volontés d'une personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs et dont les facultés de jugement sont altérées.

Ce thème fait appel à plusieurs champs disciplinaires :

- Santé et ergothérapie : L'ergothérapie a pour but de permettre la participation des personnes aux occupations qu'ils veulent réaliser (1).
- Ethique et juridique : Concerne les dilemmes éthiques, les réflexions qui divisent la société, le respect des droits des personnes et des lois.
- Philosophie : Connaissance de sa place et ses décisions dans la société, s'ouvrir à des questionnements.
- Psychologie : Etude des comportements des individus, des mécanismes mentaux et des interactions entre les individus.

Une explicitation des termes du thème permettra de mieux les comprendre.

D'après Higgs et al., le raisonnement clinique ou la pratique de prise de décision, correspondant au processus décisionnel, est la manière de penser et de décider guidant notre intervention. Le processus décisionnel dans le raisonnement clinique, en santé, dépend de multiples facteurs à analyser afin d'adapter ses actions auprès des personnes (3).

De plus, d'après le DSM-V¹, un trouble neurocognitif est « *une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité.* » (4).

Selon le CNRTL², la faculté de volonté est la « *décision ou détermination ferme de l'individu d'accomplir ou de faire accomplir quelque chose* » (5).

Concernant les personnes dont les facultés de jugement sont altérées, nous nous intéresserons à celles dont l'état cognitif ne permet pas de prendre une décision rationnelle. Celles qui ne sont pas ou plus en mesure de veiller sur leurs propres intérêts qu'elles soient sous tutelles ou non. Cela peut concerner ou non les personnes âgées atteintes de maladies neurocognitives (6).

¹ DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition

² CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

1.3 Résonnance du thème

1.3.1 Question socialement vive

Cet objet d'étude est une question socialement vive. En effet, plusieurs écrits récents d'expériences d'ergothérapeutes font état de ces enjeux éthiques.

M.J. Drolet, en 2020, à propos des enjeux éthiques dans la pratique en ergothérapie, recensait que les ergothérapeutes peuvent faire face à des conflits et loyautés. Elle met en évidence quatre défis éthiques auxquels font face les ergothérapeutes dans leur pratique. Elle recense des loyautés envers eux-mêmes et leurs valeurs, des loyautés envers les autres en lien avec leurs valeurs humanistes ou encore des conflits envers les institutions et leur politique (7).

De plus, dans une autre étude portant sur les perceptions des ergothérapeutes sur les enjeux éthiques de la pratique de leur profession, datant de 2016, elle explique que peu d'études évoquent les situations susceptibles de compromettre l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie. Les résultats de son étude qualitative montrent que plusieurs de leurs valeurs peuvent se retrouver compromises en pratique comme l'autonomie des patients, la dignité humaine ou encore la justice sociale. Elle ajoute également qu'une recherche supplémentaire visant à « *documenter les barrières et les facilitateurs à une pratique conforme aux valeurs serait souhaitable* » (2).

Ensuite, la question se pose déjà à propos de l'évaluation médicale de la personne âgée. Y. Barrak et N. Léger-Riopel évoquent une situation où un proche d'une personne âgée remarque une difficulté chez elle et peut alors vouloir la soumettre à des évaluations médicales. La personne âgée peut refuser ces évaluations. Ils se posent alors la question, « *doit-on respecter son autodétermination et son autonomie ou doit-on, au nom de la protection de sa personne, l'obliger à se soumettre aux évaluations médicales ?* » (8). Cet enjeu éthique est déjà établi dans le médical mais peut aussi s'assimiler à la pratique en ergothérapie.

En outre, en 2009, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, l'HAS³ a établi des recommandations concernant « *la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* ». L'un des objectifs de ces recommandations est de promouvoir les techniques de soin non médicamenteuses (9). Plusieurs auteurs et chercheurs s'intéressent également au droit et aux questions éthiques concernant la maladie d'Alzheimer. Pour illustrer cela, F. Gzil a publié un article sur les questions éthiques et juridiques de la

³ HAS : Haute Autorité de Santé

maladie d'Alzheimer (10) et A. Vignon-Barrault a rédigé un article nommé « *La prise en charge des malades Alzheimer : Entre protection et autonomie* » paru en 2021 (11).

Enfin, au niveau des politiques nationales, le respect de l'autonomie est étudié. En 2019, une concertation « Grand âge et autonomie » a eu lieu en vue d'un projet de loi (12).

Une recherche sur cette thématique semble pertinente afin de faire état de la place des ergothérapeutes dans ce contexte où le respect des droits et de l'autonomie de ce public évolue.

1.3.2 Intérêts - Utilité

Cette présente recherche servira de point d'appui à de nombreux professionnels en santé, notamment les ergothérapeutes. En effet, après l'ANFE⁴, en 2021, la France comptait 14 548 ergothérapeutes (13). C'est-à-dire autant de personnes qui peuvent se retrouver face à ces situations de dilemmes éthiques. Comme évoqué précédemment, des études font état de la présence de ces enjeux éthiques dans la pratique de l'ergothérapie. Cet objet d'étude permettrait de réaliser un état des lieux sur les pratiques des ergothérapeutes dans ce domaine.

Il aurait une utilité et un intérêt auprès de la population des ergothérapeutes français mais aussi pour les personnes accompagnées et concernées par ces enjeux. En effet, d'après l'HAS, « *même si la prévalence exacte de la maladie d'Alzheimer reste discutée en France, tout le monde s'accorde sur une augmentation significative du nombre de cas dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population* ». Elle attend un million de cas dans les cinq ans (14). Cette problématique concerne donc un grand nombre de personnes et ce nombre tend à augmenter dans les années à venir.

Ces chiffres montrent l'intérêt et l'utilité de ce travail pour l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs.

1.3.3 Enjeux

Ce thème représente un enjeu pour améliorer la pratique éthique des ergothérapeutes en France. Il soulève également la question de la garantie du respect des personnes et l'assurance de leur bien-être avec une qualité de vie satisfaisante, valeurs chères à la pratique de l'ergothérapie. L'identité professionnelle des ergothérapeutes est ainsi concernée par le respect de leurs valeurs personnelles et celles de leur profession. Pour finir, ce thème s'inscrit dans une perspective de respect des volontés des personnes accompagnées tout en s'assurant de leur santé.

⁴ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

Il permettrait également de s'intéresser à certains dilemmes éthiques auxquels les professionnels sont confrontés. Des conflits de valeur entre le principe d'autonomie de la personne et celui de la sécurité qui peuvent le mettre en tension quotidiennement.

1.4 Revue de littérature

Afin de faire un état des lieux de la recherche, des savoirs et pratiques professionnelles, une revue de littérature va être construite.

1.4.1 Mots clés et équation de recherche

Voici les mots clés sont choisis pour réaliser des recherches pertinentes :

- « Ergothérapie »
- « Processus décisionnel, prise de décision »
- « Gériatrie, personnes âgées avec troubles neurocognitifs, maladie d'Alzheimer, démence »

Le choix de ces mots clés s'argumente par le fait que l'on s'intéresse au processus décisionnel des ergothérapeutes, auprès de la population des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ; la maladie d'Alzheimer est également choisie car c'est le trouble neurocognitif qui concerne le plus de personnes âgées (15).

Ces mots clés permettent de construire les équations de recherche suivantes.

En français : ergothérap* ET (« troubles neurocognitifs » OU « maladie d'Alzheimer » OU démence) ET (« personne âgée » OU gériatrie) ET (« prise de décision » OU « processus décisionnel »)

En anglais : “occupational therap*” AND (“cognitive disorders” OR dementia OR “Alzheimer’s disease”) AND (elderly OR “aged people” OR “geriatric patients”) AND (“decision making” OR “decision making process”)

1.4.2 Champs disciplinaires et bases de données

L'équation de recherche s'inscrira dans les bases de données figurantes dans le tableau suivant.

Champs disciplinaires	Bases de données
Santé	PUBMED, SCIENCEDIRECT
Ethique, sciences humaines et sociales	CAIRN
Psychologie	PSYCHINFO, PSYChArticles
Philosophie, ergothérapie, éthique	Google SCHOLAR, Summon

Les bases de données ont été choisies en fonction des champs disciplinaires qui se rapportent au thème. Ce sont des bases de données reconnues pour recenser des écrits pertinents sur le champ disciplinaire auquel elles sont rattachées. Elles permettront de sélectionner des écrits de différents niveaux de preuve.

1.4.3 Critères d'inclusion et exclusion

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de sélectionner certains articles.

Tout d'abord, les articles doivent être écrit en français ou en anglais car l'équipe de recherche ne parle pas d'autres langues. On ne s'intéressera qu'aux articles dont la date de publication se trouve entre 2007 et 2022, sur une période de 15 ans, car l'HAS a écrit des recommandations sur la gestion des troubles du comportement depuis 2009. Cela permettra de ne pas retenir d'écrits trop anciens mais en lien avec la rédaction de ces recommandations. Les études scientifiques seront favorisées à la littérature grise.

1.4.4 Tableau de calcul des banques de données

A l'issue des recherches dans les bases de données, le tableau de résultats suivants apparaît.

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
1 725	Cairn	320	65	0	0
	Pubmed	168	143	32	5
	Google scholar	63	34	18	4
	Summon	177	43	2	3
	Science direct	67	1	1	1
	Psychinfos-Psycharticles	930	4	0	0

1.4.5 Analyse de la revue de littérature

Un tableau de synthèse des références bibliographiques sélectionnées se trouve en annexe 1.

Ces références bibliographiques permettent de construire une revue de littérature comprenant treize articles de nature scientifiques et professionnels. Ces données proviennent majoritairement de littérature scientifique et quelques écrits proviennent de littérature grise.

➤ **L'éthique dans les prises de décision en ergothérapie**

Les articles corroborent sur le ressenti des ergothérapeutes sur la **difficulté**, dans leur pratique, de **prendre une décision** lorsqu'elle relève de **l'éthique**. En effet, les ergothérapeutes peuvent être **confrontés à des décisions qui questionnent l'éthique**. L'article de R. Landan et S. Werner évoque un exemple de ces questionnements éthiques : « *l'utilisation du GPS pour les personnes atteintes de démences* » (16). Des comportements dits à risque pour les personnes avec des troubles neurocognitifs sont la déambulation et l'errance. Afin de pallier ce risque et de « *protéger* » ces personnes, l'entourage peut utiliser des GPS permettant de localiser la personne. Pourtant, ce contrôle peut exposer les personnes atteintes de troubles neurocognitifs à un risque d'abus et peut soulever certaines questions éthiques, notamment concernant l'atteinte de la vie privée et du consentement. C. Greber, dans un chapitre du livre *Illuminating the dark side of occupation*, écrit sur la difficulté des ergothérapeutes de déterminer dans quelle mesure une occupation est bénéfique pour la santé, la maintien ou la compromet (17). Cela entraîne la difficulté pour ces professionnels de décider de la meilleure façon de se positionner. De plus, l'article de A. Freeman et al. (18) et la thèse d'A. Lapointe (19) corroborent le fait que **l'institution** peut **influencer** la prise de décision des ergothérapeutes. Par exemple, leurs décisions peuvent être mises en tension face aux contraintes de l'institution. Ces documents se complètent avec ceux de C. Greber qui explique que les ergothérapeutes doivent se conformer « *aux exigences des organisations patronales, à la déontologie professionnelle et aux attentes morales et légales de la communauté* » (17). De plus, il explique que les valeurs sociétales, sécurité ou autonomie, qui sous-tendent les prises de décision éthiques, en constantes évolutions, compliquent ces décisions.

A. Lapointe décrit également un « *sentiment d'impuissance* » de la part des ergothérapeutes travaillant dans un **contexte médical** avec une vision « *paternaliste* » et prônant une « **culture de la sécurité** », allant à l'encontre de l'autonomie décisionnelle des personnes âgées (19). L'article de A. Freeman et al. décrit que leurs décisions reflètent l'objectif de « **faire au mieux** », malgré les contraintes (18).

Dans les études, les ergothérapeutes utilisent certaines ressources pour prendre des décisions. L'article de S. VanderKaay et al. (20) rejoint l'article de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario sur la **prise de décision réfléchi**e dans la pratique de l'ergothérapie (21). En effet, celui de S. VanderKaay et al. évoque que l'ergothérapeute est au centre de plusieurs facteurs comme la liste de contrôle fondamental, demander aux autres et faire ce qui est bon, et c'est ce qui l'aide à prendre des décisions éthiques (20). Quand à celui de l'Ordre des

ergothérapeutes de l'Ontario, ils expliquent les différents principes que doivent suivre les ergothérapeutes afin de prendre des décisions « *réfléchies* » (21).

Ces articles corroborent le fait que les ergothérapeutes font face à des prises de décision éthiques et qu'il est primordial de réaliser d'autres études pour les aider à prendre des décisions réfléchies. Ils soulignent également le manque de formation à la prise de décision éthique (19–21).

Ces études ont pour la majorité été réalisées au Canada, avec des ergothérapeutes canadiens. Qu'en pensent les ergothérapeutes français ? Est-ce qu'ils ressentent un manque d'études et de documentations sur le sujet ? Est-ce qu'ils se sentent en difficulté dans leur pratique ? Les enjeux éthiques sont-ils les mêmes ?

De plus, les outils proposés permettent-ils de respecter l'autonomie dans toutes les situations ? Et notamment face à des occupations qui nous semblent illicites, compromettantes pour la santé ou la sécurité ?

➤ **Faire face aux difficultés de travailler avec des personnes qui ont des comportements jugés à problèmes**

Ces dilemmes éthiques ont souvent lieu lorsque les professionnels travaillent avec des personnes dont leurs troubles vont faire apparaître des comportements dit « à problèmes » ou « perturbateurs ». Par exemple, les personnes âgées avec des troubles neurocognitifs. Certains articles évoquent même le terme de « *défi* ». Dans leur pratique, les ergothérapeutes peuvent être **amenés à accompagner des personnes dont les facultés de jugement et de discernement sont altérées**. Cela peut davantage compliquer leur processus décisionnel.

C. Greber évoque ce défi des ergothérapeutes travaillant avec des usagers qui choisissent des occupations illicites, immorales ou compromettant leur santé ou leur sécurité. En effet, les ergothérapeutes sont **limités dans la façon dont ils doivent interpréter les occupations malsaines, immorales ou illégales** (17). Face à cela, les auteurs auxquels C. Greber fait référence recensent plusieurs aspects du **raisonnement clinique** : les aspects scientifiques, narratifs, pragmatiques, éthiques et le raisonnement interactif permettent de raisonner et prendre des décisions concernant la voie à choisir. D'après cet auteur, le raisonnement professionnel en ergothérapie nécessite de faire des investigations, récupérer des informations, rechercher et ainsi prendre des décisions appropriées. Une question se pose sur la pratique, les ergothérapeutes utilisent-ils ces aspects du raisonnement clinique ? A quelles contraintes, limites font-ils face dans leur pratique ?

Il note également l'importance de **comprendre la motivation à l'occupation** (17). En effet, il peut être important de **comprendre pourquoi** la personne âgée avec des troubles neurocognitifs va agir et avoir des comportements qui peuvent lui nuire ou nuire à autrui.

De plus, concernant les personnes âgées avec des troubles neurocognitifs, F. Gzil dans un chapitre du livre, *Gérontologie et société*, décrit qu'il faudrait « *rechercher leur consentement et respecter leur liberté de choix* » et protéger les personnes vulnérables, celles dont « *la capacité d'autonomie est fragilisé* » (10). Ces écrits se complètent avec la thèse d'A. Lapointe sur le Consentement Libre et Eclairé (CLEC) (19). Notamment, sur le fait que, dans leurs prises de décision, les **ergothérapeutes tendent à respecter la volonté** des personnes qu'ils accompagnent, et de pratiquer un modèle de décision partagé avec l'utilisateur. Ils aspirent aussi à adopter des **décisions équilibrées** avec la personne ainsi que sa famille, basées sur le partenariat (19). Ces études étant réalisées au Canada, on peut se demander si c'est aussi le cas en France.

Aussi, pour une personne âgée avec des troubles neurocognitifs dont les capacités de discernement sont altérées et peuvent fluctuer, des **outils** ont été recensés **pour évaluer l'aptitude de la personne à gérer sa personne** et ses biens. D. Giroux, a réalisé une thèse sur l'évaluation de l'aptitude des personnes âgées à gérer leur personne et leurs biens. Elle présente un **modèle de prise de décision** pour soutenir l'évaluation « Le Processus d'Évaluation de l'Aptitude (PÉA) » et un outil « L'Outil d'Évaluation de l'Aptitude (OÉA) » (22). Il s'agit d'outils prometteurs mais il existe peu d'études sur le sujet et des recherches méritent de développer le sujet. Ceci fait écho au résultat de l'étude sur le **CLEC** qui recense un manque de formation continue des professionnels de santé concernant le processus d'obtention et de respect du CLEC (19). Des questions se posent sur la pratique, en France, des ergothérapeutes concernant le respect du CLEC. Mais aussi sur la manière, les outils qu'utilisent les ergothérapeutes afin de prendre des décisions lorsque les facultés de jugement de la personne sont altérées.

➤ **Evaluer les capacités de jugement et d'esprit critique**

Afin de faciliter les prises de décision des ergothérapeutes, on peut se demander si évaluer les capacités de jugement et d'esprit critique des personnes peut être un moyen afin de respecter leurs volontés ?

Par exemple, le respect du CLEC serait un moyen afin d'être davantage assuré de respecter les volontés de la personne. Mais d'après la recherche de A. Lapointe, sur les perceptions des

ergothérapeutes dans la pratique, le respect du CLEC ne va pas toujours de soi dans la pratique en raison de « *nombreuses barrières qui surviennent à plusieurs niveaux* » (19).

Cependant, concernant l'évaluation de la capacité de prise de décision, deux articles se complètent, celui de B. Palmer et A. Harmell. (23) ainsi que celui de M. Trachsel et N. Biller-Andorno (24). Selon la recherche de ces premiers, l'importance n'est pas de savoir ce qu'une personne a décidé mais le processus qui lui a permis d'arriver à ce choix. L'article de B. Palmer et A. Harmell. explique aussi que même s'il a été déterminé qu'une personne est dans l'incapacité de décider pour elle-même, les efforts doivent être maintenus pour **l'impliquer dans les décisions dans la mesure du possible** et ses capacités doivent être réévaluées (23). De plus, selon M. Trachsel et N. Biller-Andorno cette évaluation doit se faire en collaboration avec les proches (24).

Enfin, les propos de F. Gzil appuient cela en ajoutant que le fait qu'elle puisse rencontrer des difficultés pour pourvoir seule à ses intérêts, pour prendre des décisions, voire pour dire ce qui est important à ses yeux **ne justifie pas de la protéger à l'excès, ou de prendre des décisions au mépris de ce qu'elle peut exprimer** (25). De plus, selon lui, les personnes en difficultés cognitives ne sont pas incapables, mais « *autrement capables* », elles restent en mesure de témoigner de leurs préférences et de leurs volontés (25).

De plus, dans un autre livre, F. Gzil explique qu'il existe plusieurs difficultés lorsqu'on est amené à travailler avec des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer. Notamment le fait qu'elles peuvent *exprimer « des préférences qui paraissent contradictoires avec leurs intérêts »* (26). Dans ces cas-là, il explique que certains auteurs estiment qu'il faut « *privilégier le principe de bienfaisance sur le principe d'autonomie* ». Selon eux, **avoir la responsabilité de personnes vulnérables impose de veiller à leur sécurité** avant de se préoccuper du respect de leur liberté (26).

Dans ce chapitre, F. Gzil soulève des questions que l'on pourrait également se poser. C'est-à-dire « *Comment faire respecter les préférences des patients ? Quel niveau de risque peut-on laisser courir à des personnes vulnérables ? Jusqu'à quand y a-t-il un sens à parler d'un consentement libre et éclairé ?* » (26).

Dans les pratiques, les ergothérapeutes évaluent-ils les capacités des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs afin d'axer leurs interventions et leurs prises de décision ?

Cette évaluation pourrait-elle permettre de prendre des décisions plus justes ?

➤ **Faire au mieux pour la prise de décision**

Certains articles et études présentent des notions permettant aux ergothérapeutes et autres professionnels de santé de **faire au mieux** dans leurs prises de décision.

Par exemple, concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'étude de E. Bertrand et al. montre l'importance de **prendre en compte les symptômes comportementaux et psychologiques** (SCPD) lors de l'évaluation de la capacité de prise de décision (27). De plus, selon eux, « *la réduction des SCPD peut conduire à une meilleure prise de décision chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'à des améliorations de la qualité de vie des patients et des soignants* » (27). Cela amène à se questionner : en quoi les stratégies visant à réduire les troubles du comportement peuvent conduire à de meilleures capacités décisionnelles pour les patients atteints de démence ?

De plus, dans un chapitre de son livre, F. Gzil s'appuie sur les travaux d'Appelbaum et Dworkin pour écrire des théories sur le respect des décisions des personnes âgées avec une maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées. Il note également la difficulté de trouver des outils consensuels. Dans un autre article, il explique que « *La **planification anticipée** consiste pour une personne à indiquer à l'avance comment elle voudrait que l'on prenne soin d'elle si elle n'était plus en mesure d'exprimer ses choix et ses souhaits* », cela permettrait de faciliter les prises de décision futures et garantir le respect des volontés de la personne (25).

L'article de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ottawa complète ces données en ramenant ces idées à la pratique de l'ergothérapie (21). En effet, pour prendre des décisions et afin d'avoir un niveau suffisant de « conscience » dans le processus décisionnel, le thérapeute doit : « *connaître les faits et facteurs contributifs ; connaître les normes, les directives, les règles, les valeurs et les principes impliqués ; **identifier les options offertes** ; pouvoir expliquer et évaluer la décision prise* » (21).

Au niveau des décisions qui peuvent être plus délicates, F. Gzil rappelle qu'il faut constamment penser à « protéger sans diminuer », mais aussi à « respecter sans négliger » (25). C'est-à-dire, **trouver le juste milieu entre le respect de l'autonomie et la sécurité** sans tomber dans l'une des extrémités, ce qui pourrait s'avérer délétère pour la personne.

De plus, l'article de B. Palmer et A. Harmell (23) et le chapitre de C. Greber (17) se rejoignent. En effet, pour B. Palmer et A. Harmell « *des efforts actifs doivent être maintenus pour impliquer la personne dans les décisions de traitement dans la mesure du possible* » (23). Pour C. Greber, la gestion des occupations qui peuvent nous sembler immorales, illicites ou pouvant nuire à la

personne ou à autrui doit reposer sur la **compréhension des raisons** pour lesquelles la personne choisit ces occupations (17). Enfin, le **raisonnement éthique** permettrait aux cliniciens de considérer non seulement ce qui est fondé sur des preuves, ce que le client pourrait vouloir ou ce qui pourrait être possible dans le contexte de l'organisation, mais aussi ce qu'il convient de faire d'un point de vue éthique (17).

Mais ces réflexions sont-elles partagées en pratique ? La réflexion éthique est-elle pratiquée par les ergothérapeutes ? Comment se mettent en place les décisions concernant la gestion des comportements dits à risque des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs ?

1.4.6 Problématisation pratique

La **gestion des conduites à risque des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs** est une question qui nécessite des précisions pour les professionnels. L'HAS a d'ailleurs réalisé des recommandations concernant leur prise en charge (9).

De plus, le terme de « *processus décisionnel* » entraîne l'évocation de notions liées à l'éthique et à la **volonté de prendre la décision la plus juste**. Comme pour les ergothérapeutes qui ont la volonté de **faire respecter les droits** des personnes âgées. Ceci en lien avec des écrits récents comme le rapport des Défenseurs des droits « *Les droits fondamentaux des personnes âgées en EHPAD*⁵ », paru en 2021. Comme expliqué dans le rapport, il existe un cadre juridique contraignant qui offre une protection élevée aux personnes âgées accueillies en EHPAD. Néanmoins, d'après les Défenseurs des droits, l'effectivité de ces droits n'est pas assurée. Ce rapport précise ainsi les droits des personnes accueillies en EHPAD, notamment le respect de la dignité, d'aller et venir librement, au libre choix, ect (28). Il soulève également le besoin de réfléchir aux enjeux éthiques qui peuvent être en lien avec l'accompagnement de personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs, et dont les capacités de jugement sont altérées. D'ailleurs, le rapport sur les réflexions éthiques concernant le principe de l'autonomie du patient de 2017 évoquait déjà ce point (29).

Enfin, ce thème résonne avec la Charte éthique « Accompagnement Grand Age » rédigée en 2021 avec les dix principes permettant d'enrichir les pratiques des professionnels au quotidien. En lien avec l'objet d'étude, trois sont retenus. Le premier : « *Reconnaître chaque personne dans son humanité et sa citoyenneté, dans son inaliénable dignité et dans son identité singulière* ». Le troisième « *Être à l'écoute de ce que la personne sait, comprend et exprime. L'informer de façon loyale, adaptée et respecter ses décisions* ». Le dernier s'applique

⁵ EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Adultes Dépendants

directement à ce sujet : « *Prendre des décisions contextualisées, réfléchies et concertées, en s'efforçant de concilier l'intérêt des individus et celui de la collectivité* » (30).

A la suite de l'état des lieux des articles et ressources existants sur ce sujet, des questionnements persistent.

La plupart des études ayant été réalisées à l'étranger, notamment au Canada, des questions se pose sur les réflexions en France à propos des enjeux éthiques dans la pratique de l'ergothérapie.

De plus, comment les ergothérapeutes peuvent-ils rendre leur raisonnement clinique et leurs prises de décisions qui en découlent plus justes ?

En pratique, les ergothérapeutes parviennent-ils à respecter les volontés des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs ? Qu'en pensent les usagers ?

Lorsqu'ils sont face à des personnes dont les facultés décisionnelles sont altérées, les ergothérapeutes peuvent douter de la fiabilité des affirmations de l'utilisateur qu'ils accompagnent. Comment évaluer les facultés de raisonnement, d'esprit critique et de jugement des personnes dont les capacités cognitives fluctuent ?

Si ces personnes participent ou ont la volonté de participer à des occupations illicites, immorales ou allant contre leur sécurité et leur santé, comment doit s'orienter leur processus décisionnel ?

Notamment auprès des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs, comment sont gérés les conduites dites à risque ? Et au niveau des équipes ? Des institutions ?

Dans la pratique, comment s'assurer de la sécurité de la personne ou de ses proches, sans enfreindre ses volontés et son consentement ?

Comment respecter les principes d'autonomie de l'éthique face à des occupations qui peuvent sembler illicites, immorales, compromettantes pour la personne ou son entourage ?

Quel est le rôle et la place de l'ergothérapeute dans la gestion des conduites à risque des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ?

Ces questionnements nous amènent à préciser le thème à l'issue de cet état des lieux.

Le processus décisionnel de l'ergothérapeute lorsque l'altération des capacités de jugement d'une personne âgée, ayant des troubles neurocognitifs, entraîne des conduites à risque.

1.5 Enquête exploratoire

Suite à l'établissement de ce thème, une enquête exploratoire va être construite et réalisée auprès des ergothérapeutes. Cette enquête permettra la confrontation de données apportées par la littérature avec un état des lieux des pratiques des ergothérapeutes.

1.5.1 Objectifs généraux

Les objectifs généraux de cette enquête exploratoire sont de :

- Confronter la revue de littérature aux pratiques des ergothérapeutes.
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche.
- Jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche en pratique.
- Réaliser un état des lieux des pratiques sur une question où il y a peu de données actuelles.

1.5.2 Objectifs spécifiques

Des objectifs spécifiques sont également établis afin de mener à bien cette enquête :

- Identifier les comportements jugés à risque auxquels sont confrontés les ergothérapeutes travaillant avec des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs.
- Déterminer de quelle(s) manière(s) les comportements à risque sont abordés au sein des structures.
- Percevoir si les professionnels « souffrent » de la gestion des comportements à risque au sein de leur équipe, de leur institution.
- Discerner si la gestion des comportements à risque est débattue.
- Décrire les moyens d'intervention de l'ergothérapeute pour évaluer les facultés de raisonnement, d'esprit critique et de jugement des personnes dont les facultés cognitives fluctuent.
- Identifier si, dans sa pratique ou ses prises de décision auprès des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs, l'ergothérapeute est confronté à des conflits dans ses valeurs.
- Décrire le respect des expressions et des décisions de ces personnes.
- Identifier le rôle des ergothérapeutes dans la gestion des comportements à risque des personnes.

1.5.3 Population ciblée et sites d'exploration

L'enquête s'adresse aux ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé en France au contact de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs qui altèrent leurs capacités de jugement, de raisonnement et esprit critique. Ces troubles entraînant des comportements jugés à risque. Ces ergothérapeutes doivent avoir travaillé avec cette population pendant au moins 6 mois, durant les 5 dernières années, afin d'avoir acquis assez d'expériences pratiques dans le domaine tout en évitant des souvenirs pouvant être altérés par le temps. Les ergothérapeutes choisis doivent travailler ou avoir travaillé en France afin d'étudier les pratiques des ergothérapeutes sur le territoire et de recueillir un plus large panel de pratiques.

Les sites d'exploration où seront recherchés les participants, ergothérapeutes, sont les :

- Unités d'Hébergement Renforcées (UHR),
- Unités Spécifiques Alzheimer (USA) ou Unités de Vie Alzheimer (UVA) ou Unités de Vie Protégées (UVP) en EHPAD,
- Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD,
- Unités Cognitivo-Comportementales (UCC),
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

En effet, d'après l'HAS, « *les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unité spécifique Alzheimer ou apparentée en EHPAD, pôle d'activités et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée* » accueillent des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (31). Des ergothérapeutes travaillant en USLD sont également recherchés car ces structures peuvent accueillir des personnes avec un « *syndrome démentiel* » à 72,3% (32). Pour finir, l'enquête s'adresse aux ergothérapeutes travaillant en UCC, celles-ci accueillent majoritairement des « *déments, valides, en situation de crise se manifestant par des troubles du comportement perturbateurs* » (33).

Ces ergothérapeutes seront contactés par mail. Leurs contacts seront issus des ressources de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, de groupes sur les réseaux sociaux ainsi que de réseaux personnels.

Au regard de la Loi Jardé concernant la recherche biomédicale, cette enquête porte sur les pratiques professionnelles. Elle n'a pas d'impact sur les usagers. Lorsque « *La recherche implique des personnes mais n'est pas réalisée sur des personnes* », la loi Jardé ne s'applique pas pour les usagers (34). Cependant, cette enquête est réalisée auprès d'individus : les ergothérapeutes. Cela implique de prendre en compte leurs sentiments, de veiller à éviter tout

désagrément pour leur personne ou leur santé mentale, notamment dans le cas ici de questions à enjeux éthiques. L'impact de l'enquête sur les personnes interrogées sera pris en compte lors de l'élaboration de l'outil de recueil de données. Le consentement des personnes interrogées sera questionné avant l'enquête et une fiche de consentement sera signée.

1.5.4 Outil de recueil de données

➤ **Choix de l'outil**

Une méthode qualitative avec un recueil de données via des entretiens semi-directifs est choisie. En effet, selon JM. De Ketele et X. Roegiers, cet outil permettra de récolter des données plus riches et fiables, notamment en explorant davantage sur le ressenti, la perception des ergothérapeutes (35). La méthode qualitative permettra aussi de savoir ce que les professionnels font et pensent en profondeur, et de manière spontanée à travers les entretiens. Les réponses à des questions pouvant relever de l'éthique, pourront également être davantage développées.

➤ **Biais et moyens pour les contrôler**

L'utilisation de cet outil présente des inconvénients comme le fait que l'enquête ne sera pas généralisable, l'échantillon étant faible. La formulation des questions devra aussi être soignée afin de recueillir des réponses bénéfiques pour la recherche. De plus, utiliser cet outil requiert de connaître les biais auxquels on pourra être confronté afin de les éviter (36).

Tableau des biais et des moyens utilisés pour les atténuer

Biais	Moyens utilisés pour les atténuer
Biais méthodologique	Prendre le temps de construire la matrice, la faire vérifier, formuler des questions neutres. Faire un entretien test avant de commencer les entretiens.
Biais de subjectivité	Définir les termes utilisés, formulation neutre des questions, faire vérifier la matrice.
Biais de sélection	Réaliser des entretiens avec des personnes qui ont travaillé dans des lieux différents pour diversifier les expériences.
Biais affectif	Formulation des questions neutre, être consciente de son état affectif.
Biais de confirmation	Se remettre en question, poser des questions autres que celles qui confortent nos points de vue initiaux. Faire un entretien test avant de commencer les entretiens.

Biais de désirabilité sociale	Multiplier les entretiens, offrir un cadre bienveillant qui empêche la personne de se sentir coupable.
-------------------------------	--

1.5.5 Construction de l’outil de recueil de données

➤ Déroulement de l’enquête

Tout d’abord, la construction de l’outil de recueil de données débute par l’élaboration d’une matrice de questionnement permettant de répondre aux objectifs de l’enquête. Celle-ci est modifiée et validée par les référents de la recherche.

Ensuite, afin de tester la validité du dispositif, l’enquête est testée auprès d’un ergothérapeute. Dans le même temps, des ergothérapeutes pouvant potentiellement participer à un entretien sont contactés par mail. Un rendez-vous est convenu en visioconférence lorsque les ergothérapeutes répondent positivement aux mails et confirment qu’ils entrent dans les critères de la population choisie pour l’enquête. Trois entretiens sont réalisés, tous en visioconférence. Enfin, ces entretiens sont retranscrits et les données sont analysées et interprétées via une analyse thématique (37).

➤ Test de faisabilité et de validité du dispositif d’enquête

Un entretien test permettant de valider le dispositif d’enquête est réalisé. La passation de cet entretien ainsi que l’analyse des réponses permettent la modification de l’ordre de questions dans la matrice afin de faciliter les futurs entretiens. La nouvelle matrice de questionnement se trouve en Annexe 2.

1.5.6 Analyse des données recueillies

Les entretiens sont retranscrits dans des documents Word®. Les données recueillies sont ensuite présentées et analysées dans un tableau d’analyse par thématiques (cf. Annexe 3).

1.5.7 Résultats de l’enquête exploratoire

❖ Caractéristiques des participants

Les trois participantes à l’enquête exploratoire sont des femmes ergothérapeutes. Elles interviennent dans des structures différentes, dans des régions différentes de France métropolitaine. La population qu’elles rencontrent dans leur pratique sont des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs légers à modérés en EHPAD avec PASA, et majeurs en UVP et USLD.

La participante E1, âgée de 38 ans, travaille à temps plein dans un hôpital avec des interventions ponctuelles en USLD.

La participante E2, âgée de 28 ans, travaille en temps complet dans une entreprise d'économie sociale et solidaire spécialisée en gérontologie et intervient en tant que thérapeute itinérante un jour par semaine dans diverses structures, dont une UVP.

La participante E3 est jeune diplômée de 2021, a 24 ans et travaille en temps complet dans un centre hospitalier à orientation gériatrique et intervient en SSR gériatrique, en médecine et en EHPAD avec un PASA et en UVP.

❖ **Les comportements susceptibles de nuire à la personne ou à autrui rencontrés**

Le principal comportement désigné comme à risque par les ergothérapeutes est les déambulations (E1 ligne 14 ; E2 lignes 37-41 ; E3 lignes 20-21), pour les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs et anosognosiques, qui risquent de chuter ou encore de sortir et se perdre. Deux ergothérapeutes évoquent également des comportements agressifs envers les autres résidents ou les soignants (E1 1.16-17 ; E3 1.38). L'une d'elle a également évoqué d'autres comportements pouvant gêner les autres résidents comme le fait d'entrer dans les chambres des autres et de déplacer des objets (E1 1.31). Enfin, une autre décrit la question de la sexualité, du désir sexuel qui peut amener des questionnements chez les soignants et être considérée comme problématique, notamment concernant la question du consentement de l'autre et de sa protection (E2 1.29 – 35).

❖ **Gestion des comportements à risque au sein des institutions**

Les ergothérapeutes recensent des outils, des techniques utilisées au quotidien afin de prévenir les comportements jugés à risque. Par exemple, le fait de limiter l'accès à des objets ou à des lieux pouvant entraîner un danger comme les médicaments, l'ascenseur (E1 1.26-27, 1.59-61, 1.63), la mise en place d'activités pour apaiser les personnes comme les stimulations sensorielles (E1 1.75-76, E3 1.63-64). Mais aussi la mise en place de protocoles personnalisés à certaines personnes comme la ritualisation de leurs journées (E1 1.75), de thérapies non médicamenteuses personnalisées et réfléchies en équipe (E2 1.274-277) ou encore de contentions plus ou moins temporaires (E3 1.58).

De plus, une institution a également mis en place une formation à « l'humanité » pour les professionnels (E1 1.54-57). Cette même institution a l'appui d'un hôpital de référence pour résoudre les situations difficiles (E1 1.67-70).

Toutes ces ergothérapeutes disposent, dans leurs institutions, de réunions pluriprofessionnelles afin de faire le point sur les comportements qui leur posent questions et réfléchir ensemble aux solutions qui peuvent être mises en place (E1 1.91-94 ; E2 1.59-60 ; E3 1.43-46). Deux d'entre elles évoquent également la notion de transmissions écrites réalisées afin d'informer tous les professionnels (E2 1.60-61 ; E3 1.51). Une ergothérapeute détaille davantage ce thème en expliquant que la première réponse des professionnels à un comportement considéré comme à problème est l'affolement (E2 1.55 – 56) avec une tendance à éviter que la personne aille vers ce comportement (E2 1.93). Puis, la situation problématique va être traitée en réunion, mais elle note un « *manque d'outils pour arriver à observer, prendre du recul, analyser, collectivement les critères d'un danger imminent ou pas, ce qu'on projette comme danger, ce qui est possible* » (E2 1.66-68) entraînant davantage de débats d'opinion dans les réunions (E2 1.64).

❖ Tensions, débats au sein des équipes, des institutions

Les trois ergothérapeutes convergent sur le fait que les professionnels ne sont pas toujours d'accords entre eux avec les décisions prises (E1 1.80-84 ; E2 1.240-241 ; E3 1.55). L'une d'entre elle évoque la mise en place de contentions qui peut entraîner des débats où les professionnels ne sont pas tous d'accords (E3 1.56). Doivent-ils laisser la personne déambuler quitte à ce qu'elle chute et se mette en danger ou mettre en place une contention (E3 1.57) ? L'exemple de la contention est aussi utilisé par une autre participante pour expliquer que des enjeux, des visions plus générales, liées à la culture, la politique, la religion viennent s'insérer, de manière invisible à l'intérieur des débats (E2 1.72-74). D'autres enjeux peuvent s'insérer dans les prises de décisions liées à l'institution ou à la direction. Ceux-là sont davantage en rapport avec la famille, les responsabilités juridiques entraînant une politique de protection (E2 1.106-109). Enfin, E2 évoque des tensions dans l'environnement de la personne avec une surveillance accrue où tout le monde se focalise sur le danger (E2 1.89-92).

❖ Respect des volontés des personnes

Concernant le respect des volontés des personnes, les propos des trois ergothérapeutes se recoupent sur le fait qu'elles sont plus ou moins respectées.

Premièrement, les professionnels de santé font du mieux qu'ils peuvent en essayant de proposer des activités, des approches permettant de garantir le respect de la liberté des choix des personnes (E1 1.131, 1.138-139, 1.142 ; E2 1.265, 1.301 – 307 ; E3 1.110, 1.115, 1.122, 1.125).

Deuxièmement, deux ergothérapeutes notent des limites à cela liées à l'institution, au manque de temps, de disponibilités en termes d'accompagnement, d'énergie (E1 1.45, 1.46, 1.50, 1.42-43, 1.136, 1.145-146 ; E2 1.271-272, 1.284-288).

Enfin, deux participantes évoquent la difficulté de respecter les décisions des personnes liées à la fluctuance de leurs troubles, ou lorsque leurs envies entrent en contradiction avec d'autres besoins, le plus souvent des besoins de sécurité (E2 1.269, 1.292 ; E3 1.112-114).

❖ **Questionnements, tensions internes de l'ergothérapeute**

Les ergothérapeutes peuvent rencontrer chacune des tensions dans leur pratique. Ces tensions sont différentes pour chacune. E1 explique que ces tensions peuvent être liées fréquemment au manque de temps, d'argent, de matériel, de personnel et au fait que cela a un impact sur les résidents (1.116-118). Elle explique que pour pallier cela, elle « fait ce qu'elle peut » (1.123).

Deux participantes expliquent que leurs tensions peuvent provenir des décisions qui sont prises en réunion, notamment concernant la mise en place de contention car l'idée de priver quelqu'un de liberté est difficile (E2 1.176-187, E3 1.89-90). L'une des deux explique que dans ces cas-là, elle intervient en réunion pour revenir sur les décisions prises en disant que cela lui pose problème (E3 1.101-103). L'autre explique qu'elle va choisir de suivre la décision autoritaire dans une stratégie de collaboration professionnelle (E2 1.310-313). Elle se questionne beaucoup sur les enjeux, les jugements de valeur ainsi que ses propres valeurs qu'elle projette qui peuvent se jouer lors des prises de décision en équipe (E2 1.141-142, 1.196-197). Elle a l'impression que ce sont davantage les opinions et les valeurs personnelles qui prédominent dans les débats, plus que de réfléchir ensemble sur des critères objectifs et déplore un manque d'outils, de documentations et de recommandations afin de mieux appréhender les situations problématiques (E2 1.99-100, 1.200-201, 1.205-206, 1.212, 1.214, 1.216). Elle ajoute qu'elle ressent des tensions par exemple lorsqu'on laisse sous-entendre que, « *parce que l'on a des troubles cognitifs, on n'a pas forcément le droit d'avoir une vie sexuelle* » (E2 1.159-160), mais aussi sur la question de comment on peut arrêter de penser à la place de l'autre et recueillir le plus possible son consentement afin de laisser la liberté individuelle (E2 1.162-167). Enfin, elle préférerait davantage mélanger les regards, les critères de raisonnement afin de prendre la décision la plus respectueuse pour la personne, sa liberté et sa sécurisation (E2 1.326-328).

❖ **Evaluation des capacités de jugement des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs en institution**

Les ergothérapeutes n'utilisent pas forcément de bilans auprès des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs. Une participante essaye d'utiliser des bilans validés comme la MOCA ou le BREF (E1 1.97 – 99). Les trois vont davantage utiliser l'observation de la personne, de son comportement, le recueil d'informations auprès des autres professionnels, comme la neuropsychologue qui réalise des bilans ou les aides-soignants davantage dans le quotidien de la personne (E1 1.101 ; E2 1.126, 1.128-129 ; E3 1.69-172). Plus spécifiquement, une ergothérapeute explique qu'elle va rechercher les besoins particuliers, les activités que la personne a envie de faire (E1 1.109) et une autre est en demande d'outils d'évaluations (E2 1.136-138).

❖ **La pratique en ergothérapie dans la gestion des comportements à risques**

Chacune des trois participantes a son point de vue sur la pratique de l'ergothérapeute dans la gestion des comportements à risques mais leurs points de vue se corroborent. En effet, les trois parlent d'un point de vue, d'une vision globale sur la situation, de ce qui a du sens pour la personne, et la notion de se questionner (E1 1.154, 1.165-169 ; E2 1.337 ; E3 1.142, 1.152).

Elles évoquent également l'importance d'être présentes dans les discussions, échanges, débats liés aux situations qui peuvent être considérées comme problématiques et difficiles à gérer pour les soignants (E1 1.161-162, 1.170 ; E2 1.75-76 ; E3 1.145-147, 1. 156-157).

1.5.8 Confrontation des résultats avec la revue de littérature et problématisation pratique enrichie

Les résultats apportés par l'enquête exploratoire sont à nuancer. En effet, cette enquête comporte des limites. L'échantillon des participants est trop faible pour que les résultats soient généralisables. De plus, les données ne sont pas représentatives de toutes les unités où travaillent des ergothérapeutes auprès de cette population car les participantes travaillent en USLD, EHPAD avec PASA et UVP. Il n'y a pas de données sur les UCC et les UHR. Enfin, des biais liés à la passation des entretiens ainsi qu'à l'analyse des résultats ont pu être présents.

En prenant en compte les limites de l'enquête, les données recueillies vont être confrontées avec la revue de littérature.

Premièrement, comme évoqué dans la revue de littérature, les ergothérapeutes sont confrontés à des situations qui leur posent problèmes en lien avec les questionnements que peuvent entraîner l'accompagnement de personnes âgées avec des troubles neurocognitifs. En effet, les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs peuvent s'engager dans des occupations qui

peuvent nuire à elle-même, à autrui ou être considérées comme immorales ou problématiques. Cela entraîne souvent un questionnement éthique ainsi que des débats, partagés avec les autres professionnels de santé. Notamment sur la question de laisser agir la personne comme elle le souhaite, lui laisser la liberté ou l'empêcher de participer à certaines activités pour la protéger ? On se demande comment concilier autonomie, liberté d'agir et sécurité chez une personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs qui se met en danger ?

Ces situations amènent souvent des débats et réflexions dans les équipes autour des situations qui ont posé problème et que mettre en place afin de pallier ces problèmes. L'ergothérapeute est intégré et écouté dans les réflexions et les prises de décision en équipe concernant les moyens d'intervention afin de limiter les comportements jugés à risque et les situations qui posent problèmes. Son avis est pris en compte. Comme évoqué dans la revue de littérature ainsi que dans l'enquête exploratoire, le respect de l'autonomie, de la liberté individuelle, du consentement de la personne est une valeur qui doit être intégrée dans les prises de décision. Les structures font face à des recommandations, des lois qui ont pour but de faire que ces principes soient conservés.

Mais en pratique, il est difficile pour les ergothérapeutes comme pour les professionnels de prendre des décisions, d'inclure dans leurs interventions en permanence ce principe. Celui-ci peut être en conflit avec les contraintes institutionnelles, organisationnelles, liées aux valeurs des personnes mais aussi à la réalité de leurs troubles. La fluctuance de leurs troubles, la difficulté de recueillir leur avis, d'évaluer leur capacité décisionnelle et leur consentement rend la garantie du maintien de ce principe difficile en pratique. Ceci peut alors entraîner des tensions internes chez les ergothérapeutes.

Les prises de décision qui en découlent, concernant les gestions de ces comportements à risques, sont également rendues difficiles et l'ergothérapeute peut parfois être en désaccord avec les positions prises. Le principe de l'autonomie et de respect des volontés des personnes étant une valeur chère aux ergothérapeutes.

Cela amène à d'autres questionnements :

- En quoi l'intervention de l'ergothérapeute en institution peut-elle favoriser le respect de l'autonomie et de la liberté individuelle d'une personne âgée ayant des troubles neurocognitifs altérant ses capacités de jugement ?
- En quoi le maintien de l'autonomie est-il important pour maintenir la qualité de vie des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ?

- Quels peuvent être les moyens d'intervention de l'ergothérapeute pour faire face aux comportements jugés immoraux ou allant envers leur santé, leur sécurité ou celles des autres en institution ?
- Comment juger du bénéfice / risque de laisser la personne agir selon ses besoins ?
- Comment limiter les comportements à risque ?

1.6 Question initiale de recherche

Cette problématisation pratique enrichie amène à formuler la question initiale de recherche suivante :

Comment le respect de la liberté individuelle peut-elle influencer la gestion des comportements à risque engendrés par l'altération des capacités de discernement des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ?

Deux concepts vont être développés : le respect de la liberté d'agir et les comportements à risque engendrés par l'altération des capacités de discernement, dans le contexte de l'accompagnement de la personne âgée avec des troubles neurocognitifs. A la suite de ces concepts, une matrice théorique (cf. Annexe 4) est réalisée dans le but de définir le cadre de recherche.

1.6.1 Le respect de la liberté individuelle

Tout d'abord, selon le dictionnaire du Larousse, la liberté a plusieurs définitions. Par exemple :

- « *Le droit reconnu par la loi dans certains domaines, état de ce qui n'est pas soumis au pouvoir politique, qui ne fait pas l'objet de pressions : La liberté de la presse. »*
- « *Situation de quelqu'un qui se détermine en dehors de toute pression extérieure ou de tout préjugé : Avoir sa liberté de pensée. »*
- « *Possibilité d'agir selon ses propres choix, sans avoir à en référer à une autorité quelconque : On lui laisse trop peu de liberté. » (38).*

Des textes de référence font d'ailleurs du concept de liberté une valeur de la République Française. La république doit protéger les libertés fondamentales mais aussi permettre les droits. En santé, les droits et les libertés sont inscrits dans la convention de l'OMS (39). Selon l'OMS, « *Si les droits de l'homme sont violés ou insuffisamment pris en compte, cela peut avoir des*

conséquences graves pour la santé. ». Il est important de faire valoir le respect des droits et des libertés des hommes en santé (39).

Mais santé et liberté sont marquées par « *l'ambivalence* », selon D. Tabuteau (40). En effet, la santé est selon lui, « *par nature réductrice de liberté* » et « *la protection de la santé limite les comportements que nous nous autorisons* » (40). Mais la santé est également « *source de liberté* » (38). D. Tabuteau explique que la promotion de l'autonomie est un principe fondamental pour les sociétés modernes et qu'elle a pour fondement le principe de dignité de la personne humaine. Le principe de dignité, selon F. Gruat, ne peut se désolidariser du mot « *respect, respect de soi et d'autrui et pas là même du concept de personne* » (41). Il y a plusieurs attribut au concept de dignité :

- « *Il ne peut se substituer au respect de la vie, au respect de soi et de celui d'autrui ;*
- *Le concept de personne est étroitement associé par la valeur absolue, inaliénable, intrinsèque et universalisable chez l'homme par sa nature humaine (nous rencontrons une personne et non une maladie) ;*
- *La reconnaissance de l'autre et de son humanité (phénoménologie de l'esprit) mobilise la conscience et la loi morales dans la relation à l'autre d'où la notion de devoir, de responsabilité sans réciprocité (cette notion est particulièrement importante lors de vulnérabilité et de sollicitude dans la dimension du soin) ;*
- *Enfin, le principe d'autonomie demeure fondamental et reste étroitement lié au respect de la dignité quelle que soit la nature, l'état de la personne ou l'accomplissement de ses actes.* » (41).

Ce concept de dignité rejoint les valeurs portées par les recommandations de pratique pour le respect des droits et libertés des personnes (39). En institution, selon E. Jean, les sources de droits sont multiples (42). Par exemple, le droit à l'intimité et à la vie privée, le droit à la liberté d'aller et venir, ... qui constituent des fondements des libertés fondamentales (42). E. Jean relève qu'il existe parfois des tensions entre des droits qui semblent relever « *d'injonctions paradoxales* » (42).

Les comportements et situations dans lesquelles peuvent se mettre des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs peuvent amener à ce genre de tensions et à des réflexions sur le respect de leurs droits et libertés.

F. Gzil en parle dans un chapitre du livre *Gérontologie et société* (25). En effet, les personnes qui développent un trouble cognitif en vieillissant ont un risque « *accru de voir leurs droits élémentaires bafoués* ». Il a été prôné une approche de la démence « *centrée sur la personne* »

en soulignant le fait de ne pas oublier la personne derrière la maladie (25). De plus, il explique qu'accompagner une personne qui ne peut plus pourvoir ses intérêts seule n'implique pas de la disqualifier ou de l'infantiliser et qu'il faut apprendre à « *protéger sans diminuer* ». Il défend également la notion d'aborder la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées avec le prisme des droits de l'Homme.

Mais l'accompagnement de ces personnes dans une volonté de respect de ses droits et ses libertés amène à des situations délicates en pratique sur le plan éthique comme expliqué dans le Rapport Ethique d'Alzheimer Europe (43). Ils ont réalisé un rapport pour guider les professionnels dans l'accompagnement de ces personnes et des prises de décisions difficiles qui peuvent en découler. Ils expliquent qu'une approche centrée sur la personne bénéficie aux personnes ayant des troubles cognitifs afin de respecter leurs droits humains individuels. Cependant, dans la réalité, la manière dont elle est traduite diffère. En effet, même si le bien-être de la personne peut être considéré comme primordial il peut se voir mis en balance face aux droits d'autres personnes ou aux contraintes de la pratique quotidienne (43). Ce qui peut amener à des situations où il est difficile de déterminer la bonne attitude à adopter. De plus, les professionnels qui entourent la personne peuvent avoir des opinions différentes sur les situations. Le rapport qu'Alzheimer Europe a écrit se veut être une aide dans leurs prises de décision relevant de l'éthique (43). En outre, l'espace Ethique de la région Bourgogne Franche Comté a réalisé une étude sur les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante et fait un état des lieux des situations qui peuvent être rencontrées (44). Ils concluent ce rapport en expliquant que les soignants « *se heurtent à des injonctions* » comme par exemple « *assurer la sécurité tout en n'étant pas coercitif* » (44).

Enfin, ils relèvent un autre point qui est : « *Apprendre à construire une réflexion argumentée donc, apprendre à délibérer avant de prendre une décision difficile, est une nécessité pour l'ensemble des professionnels qui interviennent au service de la personne âgée, particulièrement lorsque celle-ci ne dispose plus de son autonomie et que sa liberté est, de ce fait, réduite.* » (44). A cela s'ajoute l'importance de la délibération en équipe afin de résoudre les situations les plus complexes et singulières.

Pour conclure, la liberté individuelle est un principe à respecter dans l'accompagnement des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. Il arrive qu'il soit remis en cause lors de situations délicates que peuvent rencontrer des professionnels. Dans ces cas-là, cela peut soulever des questionnements, des réflexions et des opinions différentes. Aujourd'hui, des

rapports, des recommandations sont rédigées afin d'aider les professionnels lorsqu'ils rencontrent ces situations. Tout cela dans le but d'aller vers des décisions plus justes, dans une approche centrée sur la personne.

1.6.2 Les symptômes comportementaux et psychologiques des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs

Tout d'abord, le site Santé de la République Française donne une définition de la notion de comportements à risques : ils « *recouvrent les pratiques et les habitudes ou les actions qui mettent les individus en danger vis à vis de maladie ou de problème de santé. Les comportements à risque sont habituellement définis comme risqués sur la base de données épidémiologiques ou d'autres données sociales.* » (45).

L'OMS, elle, définit les termes de troubles du comportements et explique qu'il faut que soient présentes les trois caractéristiques suivantes :

- « *la conduite est inadaptée ou aberrante compte tenu du contexte où elle se produit,*
- *il y a rupture avec le comportement antérieur,*
- *il doit y avoir un retentissement sur les actes de la vie quotidienne.* » (46).

De plus, d'après Proformed, dans le cas de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées, on parle souvent de symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) des démences. Ce sont souvent ces symptômes qui perturbent le plus l'entourage (46).

Ces symptômes sont multiples et variés, ils dépendent de plusieurs facteurs et « *l'évaluation de ces facteurs est préconisées pour construire des prises en soin de ces symptômes* », selon J.M. Dorey et al. (47). Certains sont persistants, d'autres sont épisodiques ou fluctuants. Aussi, les comportements stéréotypés, les propos répétitifs, les troubles du sommeil, les conduites d'opposition et les déambulations sont les SCPD avec le plus fort impact sur l'environnement de la personne. Il est recommandé de rechercher l'étiologie des symptômes et des approches psychosociales sont à privilégier dans les prises en soin (47).

En effet, certains comportements peuvent provenir de comportements réactifs à un mal-être. Par exemple, selon Bourbonnais et Al. « *l'expression de besoins physiques, sociaux ou affectifs, de douleur, ou d'une expérience difficile* » (48).

Ils expliquent également que la vulnérabilité renvoie à un besoin d'être en relation et à un besoin universel d'une relation aidante lorsque l'on se sent vulnérable. Ils développent dans leur article la notion d'approche centrée sur les relations qui, en plus d'être une approche centrée sur la personne, prend en compte les aidants et l'environnement social de la personne. Cette approche

indique qu'il faut « *traiter avec unicité les proches et les soignants.* » (48). De plus, l'un des principes de cette approche est de comprendre le sens des comportements, car il serait d'autant plus efficace dans la gestion des comportements à risques. Il faut d'ailleurs pour cela s'intéresser à l'entourage de la personne et collaborer avec eux.

De plus, comprendre le sens du comportements et des SCPD de la personne renvoie à des propos de M.S. Leglise et C. Coste, qui évoquent les comportements sexuels inappropriés chez les personnes âgées en demandant de « *faire la distinction entre des troubles comportementaux avérés et des conduites jugées taboues avec l'intolérance sociale qu'elles engendrent* » (49). Elles évoquent les enjeux sociaux, moraux et de valeurs qui peuvent être cachés derrière les notions de comportements à risque. Une distinction doit être faite et le sens du comportement doit être recherché.

Enfin, une autre approche est développée par Gineste et Marescotti, « l'humanité » (50). Dans leur article, ils font état des « *comportements d'agitation pathologique* » que peuvent présenter les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs en institutions. En effet, l'un des moyens pour faire face à ces comportements est de les prévenir. Ils ont donc développé un concept, s'inscrivant dans le respect de l'autonomie et du prendre soin, qui est l'humanité. Ils développent ainsi une méthodologie de soin de l'humanité s'inscrivant dans cette même philosophie de soin. Cette pratique permettant, selon eux, de contribuer à améliorer le principe d'autonomie et la relation de soin (50).

Pour conclure, les SCPD que peuvent entraîner les troubles neurocognitifs de la personne âgée en institution ont un retentissement sur l'environnement de ces personnes. Pour les prévenir et les réduire, leur étiologie doit être évaluée. De plus, le sens de ces comportements doit être identifié, tout en tenant compte que des enjeux et des valeurs peuvent perturber le sens donné à ces comportements. En effet, les comportements jugés à risque peuvent être subjectifs selon la culture, la société et les représentations morales. Des approches ont été développées afin de faciliter la gestion de ces troubles comme l'approche centrée sur les relations et l'humanité.

1.6.3 Problématisation théorique

Le développement de ces concepts montre que les libertés individuelles et le respect des droits dans les institutions sont des principes importants à faire valoir en institution. Les SCPD des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs peuvent entraîner des conduites à risque pour leur santé ou leur sécurité ainsi que des comportements jugés à problèmes. L'accompagnement

des personnes ayant ces conduites peut alors mettre à mal le respect des libertés individuelles et des droits, malgré leur importance. Les recherches réalisées ont mis en avant des moyens et approches visant à préserver les libertés malgré les troubles. Par exemple, des approches psycho-sociales, centrées sur la personne et son environnement. Le principe étant de prendre en compte la personne de manière globale et réfléchir, se questionner sur l'étiologie de ses troubles pour mieux les comprendre et les gérer.

Les notions développées se recontextualisent avec les données apportées par l'enquête exploratoire et la revue de littérature.

En effet, ces dernières ont montré que les ergothérapeutes peuvent accompagner des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. Comment la pratique en ergothérapie peut-elle jouer un rôle dans la prévention et la gestion des SCPD des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs ?

Les ergothérapeutes sont engagés dans le respect des volontés et de l'autonomie des personnes. Face à des personnes qui peuvent se mettre en danger, par quels moyens associent-ils le respect des libertés individuelles des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs et la gestion des comportements jugés à risques de ce public en institution ?

En mettant en relation ces concepts on peut se demander : en quoi la compréhension du sens des comportements jugés à risque peut-elle permettre de garantir le respect de la liberté des choix et d'agir des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs ?

De plus, l'enquête exploratoire a montré que les prises de décisions liées aux situations difficiles concernant les comportements à risque sont réalisées en équipe, l'ergothérapeute participe à ces décisions. Cependant des enjeux liés aux personnes, à leurs valeurs, à l'institution sont soulevés dans ces prises de décisions. Alors on se demande : quels outils peuvent permettre une prise de décision en équipe plus juste dans les dilemmes éthiques liés à la conciliation de la liberté individuelle et la sécurité des résidents ? Quel est l'apport de l'ergothérapeute dans ces échanges et prises de décision ?

1.7 Question et objet de recherche

A la suite de cette problématisation théorique, une question de recherche en découle :

Quelle est la place de l'ergothérapeute dans les prises de décisions en équipe liées à la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs en institution ?

L'objet de recherche suivant va être traité dans le cadre de la recherche :

La place de l'ergothérapeute dans les prises de décisions en équipe liées à la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs en institution.

2 Matériel et méthode

La partie suivante présentera la recherche et sa méthodologie.

2.1 Choix de la méthode de recherche

Afin de traiter la question de recherche « *Quelle est la place de l'ergothérapeute dans les prises de décisions en équipe liées à la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs en institution ?* », la méthode de recherche clinique est retenue. Celle-ci semble pertinente afin d'identifier le ressenti des ergothérapeutes sur leur place dans les échanges et prises de décisions dans les équipes en institution. Elle permettra d'explorer les pratiques professionnelles concernant la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. En effet, selon M. Vial, cette méthode porte un regard sur l'individu et permet de comprendre son fonctionnement. Elle privilégie l'humanisme, la subjectivité et la singularité du sujet. Par le biais d'une approche qualitative, elle permet de faire émerger l'expérience vécue des interrogés (51).

2.2 Population ciblée et sites d'exploration

Des critères d'inclusion et d'exclusion permettront de cibler une population avec laquelle la recherche sera conduite.

La population ciblée doit répondre aux critères suivants :

- Être ergothérapeute ayant obtenu son diplôme d'Etat

- Avoir travaillé ou travailler auprès de personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs modérés à majeurs
- En France, depuis plus de six mois et il y a moins de cinq ans
- Présence d'au moins une journée dans l'institution
- Participation à des réunions d'équipe pluriprofessionnelles.

Ces critères ont été choisis afin de sélectionner des ergothérapeutes ayant acquis assez d'expérience dans le domaine, tout en évitant des souvenirs pouvant être erronés par le temps. Le choix d'une journée de présence minimum avec la participation aux réunions est expliqué par le fait que l'ergothérapeute doit être intégré à l'équipe et avoir assez de temps pour connaître le fonctionnement de sa structure.

Les sites d'exploration où sont recherchés les participants, ergothérapeutes, sont les :

- Unités d'Hébergement Renforcées (UHR),
- Unités Spécifiques Alzheimer (USA) ou Unités de Vie Alzheimer (UVA) ou Unités de Vie Protégées (UVP) en EHPAD,
- Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD,
- Unités Cognitivo-Comportementales (UCC),
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

2.3 Outil théorisé de recueil de données

2.3.1 Choix de l'outil

L'outil théorisé de recueil de données devra permettre de recueillir la perception, le vécu des ergothérapeutes de manière libre. Il devra favoriser un échange entre le participant et le chercheur, que ce dernier puisse relancer la conversation et demander davantage de détails au participant. L'entretien est donc privilégié à l'observation ou au questionnaire.

Concernant le type d'entretien, celui-ci devra permettre au participant d'évoquer des thèmes que le chercheur n'aurait pas envisagés. L'entretien directif n'est pas choisi car il limitera au participant des réponses spontanées et un partage de d'expériences libre. L'entretien semi-directif est privilégié à l'entretien libre. Ce dernier ne garantissant pas la pertinence pour la recherche des données que le participant pourra apporter. En effet, l'entretien semi-directif semble le plus approprié pour faciliter le processus de pensée et d'élaboration du participant afin de recueillir les données nécessaires pour la recherche. Il permettra à le chercheur de rebondir sur les réponses du participant et de le guider en gardant des points de repères définis par les thèmes de la recherche.

Cet outil de recueil de données comporte des limites, notamment des biais (explicités dans la partie suivante), que le chercheur devra prendre en compte pour le déroulement de la recherche et l'analyse des résultats. Les entretiens seront aussi difficilement comparables et le participant ne peut pas développer un seul thème comme qu'il doit répondre à d'autres questions (51).

2.3.2 Anticipation des biais et stratégies pour les atténuer

Certains biais peuvent apparaître lors de la construction de la matrice d'entretien ou de la passation des entretiens, ils sont à connaître afin de les anticiper et les atténuer (36).

Un premier biais est méthodologique, lié à des erreurs dans la méthode utilisée. Les biais méthodologiques peuvent être associés à d'autres biais, cognitif, social ou culturel ou encore liés à la personne (biais de subjectivité). Le chercheur devra en tenir compte dans la construction de l'outil de recueil de données, le choix de la population ou encore l'analyse des résultats. Prendre le temps de construire la matrice, utiliser des formulations de questions neutres et définir les termes si besoin permettront d'anticiper les biais méthodologiques et de subjectivité. De même que faire vérifier la matrice par les référents de la recherche et réaliser un entretien test les limiteront.

Concernant les biais de sélection qui pourront apparaître lors de la recherche de participants, le chercheur veillera à réaliser des entretiens avec des personnes qui ont travaillé dans des lieux différents pour diversifier les expériences. Les participants seront contactés pour participer à la recherche et ceux qui répondront positivement seront considérés comme des volontaires. Un biais de volontariat, lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires peuvent différer de celles qui décident de ne pas y participer, sera à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

Multiplier les entretiens permettra d'atténuer ce biais ainsi que le biais de désirabilité sociale. En effet, pour le biais de désirabilité sociale, cela consiste à ce que le participant se montre sous une facette positive. Dans le cas de cette recherche, ce biais peut se manifester avec les questions à propos de la pratique et des enjeux éthiques. Mettre en place un cadre bienveillant et rappeler que l'enquête est anonyme participeront à le limiter.

Concernant le biais affectif, il s'agit de l'influence des états affectifs du chercheur, un travail sur sa posture doit être fait, mettre de côté ses affects afin de garder une place neutre et objective, se mettre en recul.

Un biais de confirmation peut se manifester car les individus ont tendance à privilégier les informations qui confirment leur point de vue. Le chercheur devra se remettre en question, prendre du recul et poser des questions autres que celles qui confirment ses points de vue.

Enfin, avoir réalisé des entretiens lors de l'enquête exploratoire permettra d'avoir acquis une première expérience dans l'atténuation des biais (36).

2.3.3 Construction de l'outil théorisé de recueil des données

L'outil théorisé de recueil des données est construit en prenant en compte les biais identifiés et à anticiper. Une matrice de questionnement (Cf. Annexe 5) est réalisée afin de guider le chercheur lors de la passation des entretiens et d'élaborer un cadre d'écoute et des conditions favorables à la libre expression du sujet. Cette grille d'entretien est construite à partir du tableau de la matrice théorique (Cf. Annexe 4). Elle comporte une première question, pour identifier le profil de l'ergothérapeute interrogé, qui permettra de réaliser l'analyse descriptive. Les deux questions suivantes portent sur l'organisation de l'équipe, du service et de l'institution en général ainsi que leurs moyens d'intervention pour la gestion des SCPD. Cette partie pourra permettre d'observer des similitudes ou des différences selon les services et comprendre leurs fonctionnements. Les questions suivantes porteront sur l'ergothérapeute, sa place, son rôle, ses ressentis dans les échanges et prises de décision en équipe.

Le cadre d'écoute est aussi réfléchi pour limiter les biais. Un climat de confiance est instauré en rappelant que l'étude est anonyme, que le participant a le droit de ne pas répondre à certaines questions. L'objectif étant de créer un climat facilitant les échanges et la transmission des expériences du professionnel. De plus, au regard de la Loi Jardé concernant la recherche biomédicale, cette recherche porte sur les pratiques professionnelles. Elle n'a pas d'impact sur les usagers donc la loi Jardé ne s'applique pas (34). Néanmoins, cette enquête est réalisée auprès d'ergothérapeutes qui restent des individus. Cela implique de prendre en compte leurs sentiments, de veiller à éviter tout désagrément pour leur personne ou leur santé mentale, notamment dans le cas de questions à enjeux éthiques. L'impact de la recherche sur les personnes interrogées est donc à prendre en compte lors de la construction de l'outil de recueil de données et la passation des entretiens. Enfin, le consentement des personnes interrogées sera questionné avant l'enquête et une fiche de consentement sera signée.

2.4 Méthodologie de la recherche

2.4.1 Test du dispositif de recherche

Après avoir construit le dispositif de recherche, celui-ci est testé auprès d'un ergothérapeute. Cet entretien test permet de revoir certaines questions de la matrice d'entretien. Il a été réalisé en présentiel auprès d'une ergothérapeute travaillant dans un EHPAD avec UVP. Cela n'a pas permis de tester le dispositif en visioconférence, qui est un moyen qui sera mis à disposition pour la passation des entretiens. Mais cela a permis d'analyser le discours verbal et non-verbal de la participante. En effet, la passation de l'entretien a montré certaines redondances dans les réponses ainsi que des réponses qui s'éloignent du sujet principal. Des modifications sont réalisées, notamment au niveau des questions de relance, pour amener à la matrice d'entretien, validée par les référents de la recherche (Cf. Annexe 5). Le chercheur a aussi pu travailler sa posture durant l'entretien et évaluer la pertinence du dispositif pour l'objet de recherche.

2.4.2 Déroulement de la recherche

A la suite de l'entretien test, des ergothérapeutes sont contactés par mail et via les réseaux sociaux afin de toucher des participants travaillants partout en France et varier les données. Cette technique est appelée échantillonnage aléatoire simple, le chercheur contacte les individus concernés et laisse faire le hasard. Ensuite, plusieurs personnes ont répondu volontaires via l'appel à participation sur un réseau social. Un échantillonnage stratifié est alors réalisé pour choisir des participants de chaque site d'exploration afin d'identifier des diversités ou des similitudes entre les sites d'exploration.

Une vérification qu'ils entrent dans les critères de la population choisie pour la recherche est réalisée auprès de ces volontaires. Puis, un rendez-vous est convenu avec ces participants en visioconférence, via l'application Zoom®. Ce moyen de communication permet que des ergothérapeutes ne se trouvant pas dans un périmètre géographique propice à une rencontre en présentiel puissent participer à la recherche. Néanmoins, il présente des limites, notamment pour établir un climat de confiance avec le participant et analyser son discours non verbal.

L'entretien débute par une présentation succincte du chercheur et un rappel du thème de la recherche pour créer un climat de confiance. Le consentement est à nouveau questionné, notamment pour l'enregistrement de l'entretien afin de faciliter la retranscription. L'entretien est réalisé à l'aide du guide d'entretien. Tout au long des échanges, des questions de relances peuvent être posées pour détailler les propos du participant ou l'amener à approfondir sa

réflexion. A la fin des questions, l'entretien est clôturé par des remerciements si le participant n'a rien à ajouter.

Pour cette recherche, cinq participants sont retenus pour prendre part à un entretien en visioconférence.

2.4.3 Traitement et analyse des données

A la suite des entretiens, les échanges ont été retranscrits et les données ont été analysées.

Les entretiens ont été enregistrés via l'enregistrement vocal du téléphone et la retranscription a été réalisée manuellement sur le logiciel Microsoft Word®. Les thèmes ont été choisis à partir des principales données issues des entretiens en lien avec l'objet de la recherche.

Les retranscriptions ont ensuite été analysés pour faire émerger des axes de réflexion enrichissant l'objet de recherche. Ils ont été écoutés et relu plusieurs fois afin de s'imprégner des subtilités de chacun.

Une première analyse descriptive permet de définir les caractéristiques des interrogés, ces données ont été classées dans un tableau disponible en Annexe 6. Dans un second temps, les données ont été classées dans un tableau d'analyse textuelle (Cf. Annexe 7). Une analyse horizontale reprenant les propos intéressants et en lien avec l'objet de recherche pour chaque participant a été effectuée. Dans le même temps, les données sont classées par thèmes en vertical. Cette analyse verticale favorise l'analyse des complémentarités, similitudes, et des différences entre chaque participant selon les thèmes. Ces thèmes ont été choisis lors des relectures des retranscriptions à partir des sujets les plus évoqués. Ils ont aussi été choisis à partir de l'objet de recherche. L'analyse thématique est particulièrement adaptée pour analyser des pratiques.

3 Résultats

La réalisation des tableaux disponibles en Annexes 6 et 7 a permis l'analyse des résultats présentée dans la partie suivante.

3.1 Analyse descriptive

Afin de garantir l'anonymat des participants, ces derniers seront désignés par E1, E2, E3, E4, E5 dans l'ordre de passation des entretiens (E1 correspondant à la première personne

interrogée). L'analyse descriptive suivante a été réalisée à partir du tableau classant les résultats présent en Annexe 6.

Parmi les cinq participants, il y a un homme (E2) et quatre femmes. Trois d'entre eux peuvent être considérés comme jeunes diplômés avec moins de 3 ans d'expérience (E2, E3 et E5). Les deux autres participantes ont dix ans d'écart d'ancienneté du diplôme mais elles présentent au minimum 10 ans d'expérience en gériatrie.

Les cinq sites d'exploration différents sont représentés même si certains participants ont ou avaient le même domaine d'exercice. Cela pourra permettre d'analyser si les regards et ressentis des ergothérapeutes se rejoignent ou divergent sur certains thèmes et d'observer un lien ou non en fonction du lieu d'exercice. En revanche, certains participants étant les seuls représentants de leur lieu d'exercice, ce sera trop peu pour généraliser les résultats qui vont suivre. Aucun des participants ne travaille à temps plein dans les services des sites d'exploration (E1 : environ 0.20ETP, E2 : 0.50ETP, E3 : 0.50ETP, E4 : 1ETP partagé entre les différentes unités de l'EHPAD, E5 : 0.6ETP partagé dans les différentes unités de l'EHPAD).

Deux des jeunes diplômées ont eu leur diplôme la même année et ont été formées dans le même institut de formation (E3 et E5). Cette information n'a pas été questionnée par le chercheur, les participants pour lesquels leur institut de formation est connu ont eux-mêmes fait part de leur école au cours de la discussion. Ceci explique pourquoi les lieux de formation d'E1 et E4 sont manquants.

3.2 Analyse textuelle

La grille d'analyse des données des entretiens de la recherche (Cf. Annexe 7) a permis de classer les données en 5 sous-thèmes prédominants. Ces thèmes portent sur :

- L'organisation du service
- Les missions des ergothérapeutes au sein du service
- La place des ergothérapeutes au sein de l'équipe
- Les ressentis des participants sur leur rôle et leur place dans l'équipe
- La prédominance du principe d'autonomie

❖ L'organisation du service

Premièrement, les établissements de tous les participants utilisent des **logiciels** pour que les professionnels se transmettent les informations, à l'écrit (E1 1.59, E2 1.86, E3 1.74, E4 1.53, 1.86).

Deuxièmement, pour la gestion des SCPD dans l'institution, certains participants évoquent **des prises en soin groupales en proposant des activités**. Les ergothérapeutes E1 (1.14, 1.17) et E4 (1.33-36) travaillant en PASA participent à ces ateliers en collaboration avec un autre professionnel. Mettre en place des ateliers de groupe est un projet pour l'ergothérapeute E5 travaillant en USA. L'ergothérapeute E3 **ne réalise pas d'atelier**, E2 explique que **c'est l'animatrice qui prend des personnes en activité pour diminuer les troubles** à l'UVP. A l'UCC, d'autres professionnels réalisaient des activités mais il n'y prenait pas part (1.55-56).

Concernant le temps alloué aux réunions dans les unités, il y a **les relèves quotidiennes** entre les soignants pour parler des résidents. Dans certains services, une **relève hebdomadaire est dédiée : aux USA** pour E5 (1.7), aux troubles comportementaux de l'USLD pour E3 (1.51-53), dans l'établissement d'E4 il y a un staff hebdomadaire pour chaque unité PASA, UVP, UHR (1.27). E1 explique que les **thérapies non médicamenteuses et les troubles comportementaux peuvent être évoqués** en relève mais aussi lors des réunions sur le projet de vie de la personne où tous les professionnels peuvent participer (1.78-79, 1.106-109). Une autre réunion a lieu toutes les 6 semaines pour faire le bilan de tous les résidents et adapter leur prise en soin (1.45-49). Dans la structure où travaille E2, des réunions ponctuelles peuvent avoir lieu pour les événements marquants (1.141). E2 explique qu'en théorie une réunion par mois devrait concerner les chutes et une autre les contentions, en pratique ce n'était pas toujours le cas (1.90-92). L'ergothérapeute E5 participe également aux réunions de décisions concernant les entrées et sorties de l'unité avec la psychologue, la médecin coordinatrice, la cadre et la psychomotricienne (1.9-11).

Concernant les autres modes de transmission entre les professionnels, les **échanges informels** sont les plus utilisés, notamment pour parler de la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques (E1 1.220-225, E2 1.116, E3 1.58, E4 1.80, E5 1.87-88).

❖ **Missions des ergothérapeutes au sein du service**

Le second thème apparu au cours de ces entretiens est les missions des ergothérapeutes dans ces services. C'est-à-dire les missions pouvant leur être attribuées par leur fiche de poste, l'institution ainsi que les rôles que se donnent les ergothérapeutes selon ce qui est important pour eux.

Les participants E1, E4, travaillant au PASA, mettent en place des **activités de groupes en collaboration avec d'autres professionnels** pour travailler sur le maintien des capacités physiques ou encore cognitives (E1 1.15, 1.25, 1.26, E4 1.8-10). La mise en place de ces activités

est un projet pour la participante E5 travaillant en USA (1.58-59). Pour l'ergothérapeute E2, en UVP, il est arrivé qu'il conduise des activités de groupe avec le neuropsychologue (1.11). Mais selon lui, « *dans les unités fermées j'intervenais très peu sauf pour du **positionnement*** » (1.23), ou pour les « *aides techniques* » (1.10).

Ce rôle est d'ailleurs évoqué par d'autres participants. Les ergothérapeutes E3 et E5 évoquent directement, entre autres, la gestion du matériel, le positionnement faisant partie de leur missions (E3 1.13-15, E5 1.8).

Les ergothérapeutes E2, E4 et E5 réalisent également **des bilans d'autonomie** (E2 1.17, E4 1.160 E5 1.21). En effet, selon E2, le but est de rendre la personne plus autonome dans ses activités de la vie quotidienne (1.17). Les participants E4 et E5 font le lien de ces bilans d'autonomie avec **le travail auprès de l'équipe soignante**. E4 réalise les bilans d'autonomie pour si besoin, adapter pour rendre la personne autonome et faciliter le travail des soignants (1.110-111, 1.162-165). Pour E5, elle se sert de ses bilans d'autonomie pour ensuite « *expliquer aux équipes les capacités préservées des personnes et les rassurer* » (1.23-25).

Le **rôle auprès de l'équipe est évoqué par tous les participants**. La participante E3, travaillant en USLD explique que l'ergothérapeute apporte ses « *connaissances théoriques* » (1.81) dans le domaine neurocognitif : « *telle démence peut amener des troubles du comportement* » (1.82), ces connaissances lui sont apportées par sa formation en ergothérapie. La participante E5 fait des **formations** à ce sujet-là en collaboration avec la psychologue, sur les troubles du comportement et comment s'adresser aux résidents (1.26-27). Enfin, E4 explique même faire le lien entre tous les professionnels (1.134).

Un autre point également évoqué surtout par la participante E5, travaillant en USA et première ergothérapeute de la structure est **l'aménagement de l'environnement** (1.37). L'aménagement de la chambre du résident ou encore des pièces communes, qui selon elle, poussait à la « *désorientation du résident* » (1.37). Cette idée converge avec la gestion de l'environnement physique notamment matériel évoquée par les autres participants (E2 1.19, E4 1.10-11).

Les participants se rejoignent sur la **participation aux réunions** d'équipe pluriprofessionnelles. Au sein de l'équipe, l'ergothérapeute a également pour mission d'être le **référént contention** (E1 1.51, E2 1.33, E4 1.129, E5 1.121) et parfois même référént chute (E2 1.33).

Concernant leur rôle dans la gestion des SCPD, les participantes E1 (1.34), E3 (1.81), E4 (1.110-111) et E5 (1.23-25) font surtout le lien avec le **travail en équipe**.

Notamment au cours des échanges, des réunions : apporter **une vision plus globale** aux équipes, « *susciter les débats* » (E1 1.164-174) pour les amener à se poser des questions et réfléchir aux solutions ensemble.

D'après E3, « *je me sers de mes capacités en méthodologie de projet pour prendre tous les éléments et réfléchir à comment réduire les troubles* » (1.40-43). Elle utilise le **raisonnement de la méthodologie de projet et ses capacités relationnelles** afin d'apporter des solutions.

Pour E4, elle essaye de réfléchir à la **cause** du comportement à risque et comment faire pour que celui-ci soit moins risqué. Ceci en lien avec les autres professionnels (1.110-111). Elle fait, par ailleurs, le lien avec les familles, pour « *trouver la solution pour que le stress n'arrive pas* » (1.120). Elle a aussi mis en place des **activités flash** pour aider les soignants en cas de comportements qui peuvent poser problèmes (1.63-64).

Pour E5, c'est à travers **l'aménagement de l'environnement** et la **formation** des équipes en s'appuyant notamment sur la **validation**, qu'elle participe à la réduction des symptômes comportementaux et psychologiques (1.37, 1.50-51).

Enfin, d'après E2, « *sur les troubles comportementaux, en tant qu'ergo, moi, non* » (1.48), il considère qu'il **n'intervenait pas sur la réduction des troubles** ni en UVP, ni en UCC. Selon lui, « *quand tu es à 50%, tu n'as pas forcément le temps de mettre beaucoup de choses en place* » (1.50). Il explique également : « *nous, en tant qu'ergo, les troubles comportementaux, on essaie d'intervenir dessus mais ce sont beaucoup les médicaments qui vont faire effet. On n'a pas forcément de gros potentiel d'intervention dans le sens où si la personne n'adhère pas à ce que tu fais, ça va être compliqué de trouver des moyens d'intervenir. On est quand même assez limités dans nos compétences et on ne peut pas développer vraiment énormément de choses. Après soit ça sera par des moyens, entre guillemets, aides techniques, soit ça sera sur du travail plus cognitif et là, à ce moment-là, on travaille en collaboration avec d'autres professionnels. Pas forcément que nous.* » (1.72-79).

❖ **Place des ergothérapeutes au sein de l'équipe**

Les missions des ergothérapeutes intègrent une majeure partie du temps un lien avec les autres professionnels. La place des ergothérapeutes au sein des équipes est un thème identifié.

L'ergothérapeute participe aux **relèves des soignants ainsi qu'aux réunions d'équipe et discussions d'adaptations de la prise en soin** (E2 1.131-132, E3 1.27), **de recherches de la cause** des troubles du comportement. Les participantes E4 (1.190) et E5 (1.209-213) font part

d'un besoin des équipes que l'ergothérapeute soit présente à certaines réunions. D'après E4, « à l'UHR, une fois par mois ils avancent la réunion pour que je puisse y aller » (L190). La participante E5 a participé à une réunion annuelle définissant les lignes directrices des décisions avec la médecin coordinatrice, la cadre, la psychologue et la psychomotricienne (l.209-213).

Pour chacun des participants, l'ergothérapeute est **intégré aux décisions des équipes**. Mais pour certaines participantes, la vision de l'ergothérapeute, sa plus-value dans les décisions est davantage mise en valeur.

Ces participantes associent cela avec la **reconnaissance qu'elles ont pu obtenir** au sein de l'équipe. E4 explique que cela dépend de l'attitude de chacun et que pour être reconnu, il faut avoir des termes techniques, savoir affirmer ce qu'on pense et pourquoi on fait ça, « parfois les gens ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie, c'est à nous de leur montrer » (l.342-346). Elle dit aussi : « Moi, dès le départ, je leur ai dit, je ne suis pas une réparatrice de fauteuil. J'adapte mais je ne répare pas » (l.145-147). Elle explique réaliser également des passages quotidiens dans le service ce qui permet aux équipes de savoir qu'ils pourront la solliciter à ce moment-là (l.80). La participante E1 explique également que les équipes avaient l'habitude de lui envoyer un mail sur le logiciel pour la solliciter (l.65-68). E3 se sent reconnue car les équipes connaissent ses compétences et interventions et la sollicitent si besoin, que ce soit pendant les relèves ou en informel « dans les couloirs » (l.16-18). E5 expose que maintenant les équipes l'associent bien, elles savent ses tâches et ses rôles, elles savent qu'elles peuvent compter sur elle quand il y a un problème, elle a pu créer un lien de confiance qui lui permet d'avoir des résultats (l.165-168). Les quatre participantes s'accordent sur le fait que la **présence auprès des équipes**, établir un **lien de confiance** et que les équipes **connaissent les compétences** de l'ergothérapeute leur permettent d'être davantage **intégrées et sollicitées**.

Au sein des échanges et des réunions, les participantes évoquent différentes notions des spécificités qu'apporte l'ergothérapeute au sein de l'équipe.

Les participants convergent sur le fait que les décisions se prennent en équipe et que ce sont **les spécificités de chaque profession qui s'ajoutent** pour prendre des décisions au plus justes. Pour E1, l'ergothérapeute apporte davantage de solutions pratico-pratiques sur la vie quotidienne et « on tente et si ça marche, les équipes s'en saisissent et refont » (l.149-150). E2, travaillant en UVP et UCC, explique que ses échanges avec les équipes portaient surtout sur les appareillages, les aides techniques, l'environnement du patient, moins sur les troubles comportementaux et que l'ergothérapeute apportait son point de vue sur ces aspects-là (l.133). Selon lui, « personne d'autre ne gérait ça » (l.151-155) donc on se tournait forcément vers lui

pour cela. Pour E3, en tant qu'ergothérapeute elle donne une temporalité dans les objectifs, ce qui n'est pas trop réalisé par les autres professionnels, essayer d'autres solutions avant d'aller directement à l'aide technique par exemple (1.92). Elle participe aux discussions d'équipe sur la recherche des causes des troubles, et dit essayer d'amener à l'équipe une vision qui prône l'autonomie et le respect des activités significatives pour la personne (1.242-243, 1.246). E4, explique apporter un regard plus extérieur, plus global, mais que ce qu'apporte l'ergothérapeute dépend du tempérament de chacun et de la place qu'elle s'est faite (1.139). E5 rapporte aussi qu'au sein des USA, les résidents rencontrent des privations de liberté, et qu'en tant qu'ergothérapeute elle essaye de favoriser les occupations qui plaisent aux résidents pour maintenir leur qualité de vie (1.106-109, 1.111-115).

Même si les visions que les participants apportent au sein des échanges dans les équipes peuvent différer, **les participants se rejoignent sur leur rôle auprès des soignants**. Par exemple, E1 raconte qu'elle « *amène de la lumière sur les comportements, expliquer que ce n'est pas qu'il ne veut pas faire, que cela vient de sa pathologie* » (1.34-41) et ce, à chaque discussion. C'est aussi montrer aux équipes que l'environnement qu'on propose peut avoir un impact sur les troubles. E5 réalise d'ailleurs des formations sur ces sujets-là (1.57-59).

Plusieurs participants mettent également en valeur le fait que **les soignants apportent leur vision, au plus proche du quotidien** des résidents. E1 explique que l'ergothérapeute procure des solutions aux aides-soignants mais que les aides-soignants lui amènent aussi des informations (1.149-150). E2, dit que les aides-soignants ont l'expérience auprès du résident et que les paramédicaux et les cadres ont les connaissances médicales (1.264-265).

On constate que l'ergothérapeute permet de faire un **lien important entre l'entourage du résident**, que ce soient les aides-soignants en permanence au contact du résident, les cadres ou la famille. Notamment à propos de la **contention**, E1 se donne le rôle de montrer aux équipes et aux cadres « *tout ce qu'on peut faire avant d'y arriver* » (1.51). E2 dit faire le lien entre le médecin et les soignants (1.192). Il explique que des tensions peuvent également émaner au sujet des contentions, il explique cela par des formations différentes entraînant des compréhensions différentes du sujet. E4 raconte : « *c'est à moi de faire comprendre aux familles ou aux équipes pourquoi on les laisse déambuler* » (1.277-278). Les participants ont également de l'autonomie concernant ce sujet, selon E5, c'est elle qui décide et c'est le médecin coordinateur qui signe la prescription (1.124).

Dans l'ensemble, tous les professionnels des équipes sont conviés aux prises de décisions. L'ergothérapeute apporte sa vision allant davantage vers l'autonomie de la personne. Il fait aussi le lien entre l'entourage de la personne. Il peut être plus ou moins reconnu auprès des familles et des équipes, mais la place qu'il a prise, sa proximité avec les équipes, le lien de confiance qu'il a établi lui permet d'être reconnu et intégré.

3.3 Ressentis des participants sur leur rôle et leur place dans l'équipe

Tous les participants convergent sur l'**intérêt du travail en équipe (E1, E2, E3, E4, E5)**. E1 précise que dans sa structure, le fait d'avoir des professions différentes est intéressant afin d'avoir toutes les visions pour prendre au mieux les décisions (1.85-87). Les professionnels peuvent avoir des visions différentes de la même personne, les échanges permettent alors de trouver des solutions ensemble. Les diversités de points de vue sont une richesse selon elle. Le travail en équipe n'est donc pas forcément un frein car les décisions sont prises en équipe avec les accords de tous. E5 explique également que des valeurs d'entraide émanent de ce travail en équipe où en cas de tensions des résidents dans l'USA, les rôles des professionnels se mélangent et les paramédicaux apportent leur aide aux aides-soignants (1.323-326).

Comme le déclare E1, l'ergothérapeute, dans ces institutions, **ne prend pas part seul aux décisions, il se concerta avec l'équipe**. Mais **son avis est pris en compte** dans les décisions ce qui est facilitateur. Cela lui permet également d'acquérir de la part d'autres professionnels des connaissances qui lui manquent (E4 L145-149, E5 1.144-145).

Les participants notent tout de même des **limites** de ce travail en équipe. E2 dit : « *à l'UCC, on est vraiment sollicité pour tout et rien mais pas pour des thérapies quoi, c'est ça qui peut être un peu navrant* » (1.241-242). A l'UCC, le participant ne se sent pas inclus dans les prises de décision liées aux SCPD, ni dans les moyens permettant de les diminuer. Une autre participante (E3) évoque le fait que les autres professionnels peuvent avoir tendance à beaucoup se reposer sur elle dans certains domaines, ce qui lui rajoute une charge de travail (1.126-127). Même si elle ajoute que cela est aussi un point positif car ils n'hésitent pas à la contacter directement pour la solliciter (1.123-124). Elle explique un deuxième point : « *des fois tu n'es pas trop entendu et malheureusement c'est l'autonomie du patient qui en joue, c'est super frustrant* » (1.178-180). Cette ergothérapeute ne se sent pas toujours suivie dans ses points de vue et sa valeur de l'autonomie.

D'autres participants soulèvent des **facilitateurs qui, selon eux, limitent ces freins**. E1 en nomme certains : « *que tout le monde ai compris que la personne peut être différente selon avec*

qui elle est » (1.206), « *que chacun ait de l'humilité* » (1.211-213), c'est-à-dire que ce n'est pas grave de se tromper mais il faut aller dans le même sens pour s'entraider. E2 reprend cette notion, selon lui, le travail d'équipe est facilité dans ses services car « *tout le monde a le même objectif que la personne soit bien* » (1.303-304). Pour E5, dans l'ensemble, elle ressent que les professionnels de son équipe sont souvent en accord ce qui est facilitateur (1.288). De plus, elle a mis en place des projets en collaboration avec d'autres professionnels et les équipes ressentent un changement positif, elles se sentent soutenues et la soutiennent également ce qui permet d'être dans une dynamique positive facilitatrice (1.352-355).

Selon eux, les **échanges informels** sont essentiels pour mener à bien ce travail en équipe (E1, E2, E3, E4, E5). E1 explique que les transmissions logicielles n'étant pas toujours lues, elle préfère aller voir directement les personnes pour leur faire part de ses informations (1.69-71). Aller dans le service parfois sans but est, selon elle, un très bon moyen pour recueillir les informations, notamment liées à la gestion des SCPD. Enfin, pour favoriser le travail en équipe, il est important selon E1, de prendre en compte les aides-soignants, ne pas leur imposer son point de vue, mais le montrer en proposant des solutions (1.311-313).

Les 5 participants notent des freins lors de la transmission de leurs informations, dans leurs échanges, dans leur pratique pour la gestion des SCPD (E1, E2, E3, E4, E5).

Ces freins peuvent, tout d'abord, être liés **aux diversités entre les professions**. C'est-à-dire en lien avec des **formations différentes entraînant des points de vue, des pratiques, des connaissances différentes**. C'est intéressant pour faire évoluer leurs pratiques mais cela peut entraîner des tensions ou des « *vexations* » (1.145-149) selon E3. E1 explique que les formations forment différemment, notamment pour la contention, et que cela est à prendre en compte dans les échanges (1.270-271). E3 complète cela en expliquant que « *laisser la personne déambuler ce n'est pas encore assez démocratisé et ancré* » (1.210), c'est quelque chose, selon elle, qui n'est pas en commun dans toutes les formations, les professionnels ont des visions différentes à propos de la déambulation et de la contention (1.216-218). E4 rejoint ce fait, elle dit qu'il peut y avoir des tensions dans l'équipe lorsque les professionnels ne voient pas le résident de la même façon (1.229-231). E4 et E5 prennent l'exemple des aides-soignants qui sont en permanence avec le résident et que « *ce n'est pas facile* » (E5 1.147), ils « *peuvent avoir trop le nez dans le guidon et ne plus voir les choses* » (E4 1.223). Même si E5 ajoute que les équipes sont aussi une aide car elles apportent leur expérience de la personne (1.160-163). Dans ces différences entre les professionnels, la légitimité auprès du résident, de la famille et même au niveau du grade de la fonction publique est différente. Les aides-soignants n'ont pas le même

niveau que les ergothérapeutes selon E1 et ces derniers ont plus de « valeur » (E1 1.283-285) auprès des familles. Pour finir, E1 dit que l'utilisation de termes techniques peut être un frein dans la relation avec les soignants (1.325).

Un autre élément se rejoint entre tous les participants concernant leur ressenti sur leur place et leur rôle dans le service est **le fonctionnement des équipes et des institutions**. E2 dit devoir « *s'adapter au fonctionnement du service et à ses approches prédominantes* » (1.284) et pouvoir ressentir des « *contradictions avec l'institution* » (1.298-302) lorsqu'il peut avoir la volonté de réaliser de nouveaux projets et que l'institution ne veut pas, que ce n'est pas l'objectif de l'unité ou qu'ils n'ont pas les financements. D'après E4, le week-end il n'y a pas de personnels intermédiaires entre le médecin et les infirmiers, ce qui peut créer des tensions (1.256-257). Elle prend l'exemple d'un conflit ayant eu lieu à propos de la gestion de la souffrance des personnes, le décès peut être source de tension. Ces tensions peuvent alors perturber tout le service. Elle évoque aussi l'exemple de lorsque les encadrants choisissent de faire entrer dans les unités des personnes que l'équipe ne trouve pas adaptées, si trop de temps de soin leur est demandé, ils n'auront pas assez de temps d'accompagnement ensuite (1.257). Le fait qu'il n'y ai pas de cadre en rééducation entraine selon elle plus de libertés mais aussi des dérives qui ne sont pas freinées (1.287-290). Ces points peuvent mettre à mal l'équipe.

Selon la participante E1, son ressenti est que son travail peut être **facilité** « *selon la liberté qu'on nous laisse à travailler en équipe* » (1.190-195), si on leur laisse assez de temps informels ou que des temps formels sont mis en place et si toute l'équipe au sens large est partie prenante des projets et du travail en équipe. E5 complémente en disant que dans son équipe ils communiquent beaucoup, ils ont des échanges construits ce qui leur permet d'avoir des accompagnements adaptés (1.126-127). Le fait que l'équipe soignante soit toujours la même permet une pérennisation des actions mises en place. La confiance du médecin coordinateur est relevée par E3 et E5 comme un facilitateur (E3 1.118-120, E5 1.126-127). E3 ajoute qu'être la seule ergothérapeute lui permet d'être plus écoutée (1.118-120).

Enfin, le **manque de temps** dont dispose l'ergothérapeute est relevé par 2 participants (E2 et E4). E2 explique qu'il n'a pas de temps pour les thérapies non médicamenteuses : « *à 50%, tu n'as pas forcément le temps de mettre beaucoup de choses en place* » (1.50). E4 souligne aussi le manque de matériel et de budget comme des limitateurs (1.221, 1.334-335).

Néanmoins, des **facilitateurs liés à la personne** sont donnés par plusieurs participants (E1, E3, E4, E5). Par exemple, E3 évoque des intérêts personnels et des recherches dans le domaine de

la gestion des troubles du comportement, le fait qu'en tant qu'ergothérapeute « *on a plusieurs casquettes, des fois c'est compliqué de savoir jouer avec ces casquettes mais ça aide car on a plusieurs visions* » (1.46-48, 1.132). E4 explique que ses facilitateurs sont liés à son expérience dans le domaine, savoir accepter les remarques et ne pas avoir réponse à tout, d'avoir des stagiaires afin de remettre en question sa pratique professionnelle (1.169-170). Enfin, le fait « *d'accepter la personne telle qu'elle est* » (1.169-170) et « *ne pas avoir d'objectif de performance* » (1.172). Ces propos se regroupent avec ceux d'E5 qui explique qu'avoir la vision « *occupationnelle l'aide à prendre de la distance face aux nouvelles occupations du résident* » (1.134), « *pour moi la déambulation n'est pas un problème* » (1.136-137). Cette vision l'aide dans sa pratique auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. Elle explique qu'en tant que jeune diplômée, il était difficile pour elle de se sentir légitime auprès des équipes et que le fait d'avoir appris à les connaître, passer du temps avec elles, l'a aidé (1.160-163).

Ces aspects se rejoignent avec le dernier thème qui est **l'importance d'être reconnu** pour avoir sa place dans l'équipe. Selon E1 « *ce n'est pas seulement en expliquant notre métier mais être présent dans les galères et rassurer* » (1.72-75). E4 dit que cela vient de son attitude et de savoir mettre en valeur ce que font les équipes (1.195-199). Elle explique moins ressentir sa place à l'UVP car ce sont des équipes qui n'ont pas l'habitude d'avoir des intervenants et ces derniers ont donc besoin de faire leur place (1.180-185). Alors qu'au PASA et à l'UHR elle a le sentiment que « *ça ne leur viendrait pas à l'idée de ne pas demander l'avis à l'ergo* » (1.187).

3.4 La prédominance du principe d'autonomie

Pour les cinq participants, leur vision prédominante est de toujours **voir en priorité le résident**. D'après E1 : « *tout part du résident* » (1.244), elle dit qu'il faut s'adapter à son histoire de vie et que « *souvent les troubles comportementaux sont liés à l'ennui et au fait qu'ils soient empêchés de faire des choses* » (1.252-254). E2 soulève le terme d'approche centrée sur la personne qui prédomine, voir comment elle vit les choses et ce qu'on peut faire pour l'aider (1.274-276). E4, elle, explique qu'il n'y pas d'objectif de performance mais des « *objectifs de plaisir* » (1.172). E3 et E5 complètent ces propos en expliquant que ce qui prime c'est ce qui est significatif pour la personne, E5 dit « *j'accepte toutes leurs occupations qui leur sont propres* » (1.138-140). E3 et E5, ayant été dans le même IFE, se rejoignent sur le fait que si le comportement est significatif pour la personne, si c'est une occupation à laquelle la personne choisit de participer alors il faut la laisser (E3 1.221, E5 1.342-345). Cette vision peut être davantage spécifique à l'ergothérapeute, E5 a souligné qu'accepter toutes les occupations qui

sont propres aux personnes « *peut être parfois compliqué pour une IDE ou une AS ou autre* » (l. 138-140).

Un autre point est appuyé par la participante E1 comme une spécificité : **voir la personne dans son environnement**. Elle explique qu'il faut « *faire en sorte que leur environnement corresponde à leurs attentes, le plus possible, dans les limites de de l'institution* » (l.255-257). Elle amène la vision du résident dans son système et que son environnement influe sur les troubles comportementaux. Elle prend l'exemple du bilan NPI (bilan des troubles du comportement) dont elle a pu voir que le score dépend du lieu où on le fait passer : « *au PASA et en unité il est différent* » (l.297-298). Ceci se rejoint avec les propos d'E5 : elle prend le temps **d'aménager l'environnement** des résidents pour limiter les troubles comportementaux.

De plus, dans le cas de réflexions, d'échanges qui peuvent concerner des enjeux, parfois éthiques, entre laisser la personne participer à ses occupations ou veiller à sa sécurité. Les ergothérapeutes, notamment E1 et E4 ayant le plus d'expérience, se complètent sur le choix de **prendre des risques et de laisser un maximum de liberté aux résidents**. E1 dit : « *Pour ma part, la vie est un risque. Mais moi je suis très liberté, j'ai du mal avec les restrictions.* » (l.238). C'est une vision qu'elle apporte et elle note que les autres professionnels se tournent également vers cette approche à l'UVP : « *les professionnels ont bien compris de laisser la liberté et c'est chouette* » (l.98). Dans ce sens, elle dit que « *chacun donne ses astuces pour comprendre ce qu'aime la personne, et lui laisser de la liberté* » (l.90-92). Pour limiter les troubles, l'approche non-médicamenteuse est incluse dans la prise en soin. Mais selon elle, « *apaisé ne veut pas dire assis sur son fauteuil à rien faire, il a le droit de s'exprimer et au contraire ça veut dire qu'il y a de la vie* » (l.214-216). E5 complète ces propos, avec le cas d'une personne ayant un risque de suicide, les professionnels ont l'obligation de veiller à la sécurité, cela entraîne alors des privations dans certaines occupations, notamment à l'USA. Dans le but de limiter ces privations d'occupations, les professionnels ont réfléchi ensemble, et lui ont aménagé un planning personnalisé (l.264). Dans le cas de deux résidents ayant un comportement inapproprié avec la vie en communauté, E5 explique qu'ils ont essayé de pallier ce comportement, plutôt que de les en empêcher (l.306-307). L'ergothérapeute et la psychologue ont pris le temps **d'analyser la situation en globalité**, de comprendre leur ressenti, et ont ensuite proposé une solution qui puisse convenir à tous en prenant en compte les besoins des résidents (l.317-318). L'ergothérapeute a alors apporté une solution liée à l'environnement physique et elles ont conseillé les équipes sur la relation dans ces situations.

Cette participante ajoute « *bien sûr, faire attention à ce qu'il ne soit pas en danger mais il a aussi le côté : ce n'est pas grave* » (1.343-348).

Cela se regroupe avec E3 qui explique **qu'elle laisse la liberté à la personne de refuser les soins** « *si le patient ne veut pas me voir, on se voit demain* » (1.158-161). Selon elle, cette vision est plus spécifique aux paramédicaux et n'est pas toujours partagée par les aides-soignants et IDE. E1 rapporte également que les formations des professionnels et ainsi leurs points de vue différent des autres professionnels : « *les formations peuvent formater différemment par rapport à ça* » (1.261-263), en parlant du sujet des contentions.

En effet, ces questions se posent aussi au sujet des **contentions**. L'ergothérapeute prend une place importante dans ces réflexions liées aux contentions, il est parfois même le référent des contentions et un acteur privilégié dans les débats à ce sujet. Tous les participants corroborent sur la vision, l'approche que porte l'ergothérapeute dans les échanges sur les contentions (E1, E2, E3, E4, E5). Ils préfèrent en mettre le moins possible. Ceci provient du fait que les participants priorisent l'autonomie et le bien-être du patient. Selon E2, dans les réunions contentions, le rôle de l'ergothérapeute « *c'est de préserver l'autonomie* » (1.177). Des confrontations de points de vue entre les professionnels peuvent avoir lieu à ce sujet. Selon E3, « *tous les jours, on me demande de mettre des contentions, je me bats vraiment au quotidien* » (1.191-194), ces demandes proviennent de tous professionnels de l'équipe. Elle explique ceci par des « *réflexions différentes par rapport à l'autonomie et aux déplacements* » (1.169). L'ergothérapeute ayant **davantage la volonté de préserver l'autonomie et les soignants voyant plutôt la facilité, le gain de temps**. Elle explique qu'en USLD, les patients sont « *lourds* » à accompagner et que cela fatigue les équipes (1.183-185). Le temps leur ai également compté donc ils recherchent davantage la facilité. Elle ajoute que la contention pour les empêcher de déambuler leur permet d' « *être tranquilles, pas de risque de chute, pas besoin de le relever et de vérifier les problèmes cutanés* » (1.207-209). C'est une vision qui diffère de l'ergothérapeute qui **préfère laisser la personne déambuler si elle n'a pas de risque de se mettre en danger**. E4 converge avec ceci en expliquant que « *parfois les équipes préfèrent qu'ils ne déambulent plus* » (1.279), elle explique que non ce n'est pas la solution pour tous. Néanmoins, elle nuance ses propos en expliquant qu'elle « *préfère quelqu'un qui déambule en fauteuil mais qui est contentonné, que quelqu'un qui va tomber tout le temps et un jour va être bloqué à vie au lit* » (1.275-277).

Ce qui prime chez l'ergothérapeute, selon ces participants, est **l'autonomie**. D'après E4, si « *la personne capable d'aller aux WC seule alors l'encourager et l'aider à ce qu'elle puisse*

continuer à y aller » (1.99-103). Le but est l'autonomie du résident, même minimale, « *il faut les faire participer* » (1.151-153), cela leur permet ensuite de se faire comprendre. Elle explique que dans l'UHR, **le service laisse davantage de libertés aux personnes et que ceci est permis par une cadre qui l'accepte** (1.328-329). En outre, dans le cas où les résidents prennent trop de libertés et vont jusqu'au manque de respect, dû à leur démence. Elle leur explique, et leur rappelle les règles. C'est un comportement qu'elle accepte en tant qu'ergothérapeute mais elle souligne qu'elle « *comprend qu'on ne puisse pas faire ça toute la journée pendant 12h* », en faisant le lien avec les aides-soignants qui sont en permanence au contact des résidents et font davantage face aux troubles (1.304-315). Ces propos se rejoignent avec E3 et E5 qui appliquent la **validation** quand elles peuvent, même si elles n'y sont pas formées. Dans l'unité d'E3, cette vision est commune avec certains autres professionnels (1.328). Pour E5, elle se sert de la validation comme une « *clé pour transmettre sa vision aux soignants* » (1.330), cela lui « *permet de faire le lien avec l'occupation, les sciences de l'occupation et montrer qu'il faut que le soignant fasse un point sur lui-même et abaisse ses critères, ses objectifs* » (1.332-336) et de « *faire le lien avec occupations significatives pour la personne, ce qu'il aime, son mode de vie* » (1.341-342). Elle-même a « *descendu son niveau d'attente, en lien avec leurs centres d'intérêt, leurs occupations* » (1.349-350).

Par rapport aux équipes, E4 explique qu'« *en général, quand ils ont le temps, les soignants ont la même vision que nous* » (1.321-324). Mais que le manque de temps : « *13 min pour la toilette* » les oblige à faire à la place des résidents. L'ergothérapeute priorise l'autonomie de la personne mais selon plusieurs participantes, même si les équipes ont la même vision, les soignants peuvent davantage faire face à **des contraintes temporelles** les limitant dans l'envie de prioriser l'autonomie.

Enfin, E3 apporte un nouvel élément, elle explique qu'ils se rappellent tous les jours entre professionnels qu'ils sont chez les résidents, **sur leur lieu de vie**, cela leur permet d'amener une vision différente à leur pratique (1.227-229).

4 Discussion

Après l'analyse et la présentation des résultats de la recherche, la partie suivante permettra de les discuter et les mettre en lien avec les recherches antérieures. Le dispositif de recherche sera critiqué.

4.1 Interprétation des résultats

L'enquête exploratoire et la revue de littérature ont révélé que les ergothérapeutes, comme les autres professionnels travaillant dans ces institutions, peuvent être confrontés à des situations qui peuvent rendre difficile leur accompagnement des personnes. Ces situations pouvant poser problème sont en lien avec les SCPD des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. Ces symptômes entraînent leur participation à des occupations pouvant être considérées comme nuisible à leur santé, leur sécurité ou bien à celle d'autrui. Les valeurs de l'ergothérapeute sont portées sur l'autonomie de la personne, le respect de ses libertés individuelles et de son consentement.

C'est pourquoi face à des personnes qui peuvent avoir des comportements jugés à risque et engendrés par l'altération de leurs capacités de jugement et de discernement, l'ergothérapeute peut ressentir des tensions internes et des conflits entre ses valeurs. Doit-il respecter la liberté individuelle ou assurer la sécurité ?

Les recherches menées pendant la revue de littérature ont montré que les ergothérapeutes devaient faire face à des enjeux éthiques, tels que celui-ci dans leur pratique. Aller vers le respect des libertés des personnes et de leur autonomie est un moyen dont les ergothérapeutes se servent pour prendre des décisions au plus juste.

De plus, l'enquête exploratoire réalisée pour faire l'état des lieux du sujet sur le terrain a permis de voir que ces prises de décision relevaient de délibérations collégiales, en équipe.

La recherche menée ici avait ainsi pour but de **comprendre la place de l'ergothérapeute dans les prises de décisions en équipe liées à la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs en institution.**

Les résultats de la recherche relèvent que les ergothérapeutes travaillant en institution auprès de personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs participent et sont inclus dans les prises de décisions, réflexions et échanges en équipe, liés aux résidents. Concernant les prises de décisions et échanges liés à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques, il semblerait que cette inclusion soit nuancée.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il semblerait que certains facteurs favorisent l'inclusion et la participation de l'ergothérapeute dans les échanges, contrairement à d'autres qui peuvent les limiter.

Tout d'abord, comme évoqué dans la revue de littérature et l'enquête exploratoire, l'organisation des services semble exercer une influence. Certains services accordent davantage

d'importance à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques et notamment aux interventions non médicamenteuses permettant de les réduire. Ces services proposent alors moins de temps formels comme des réunions pour réfléchir à limiter ces troubles. Cependant, tous les participants à la recherche semble s'accorder sur le fait que les échanges informels entre les professionnels de l'équipe sont les plus utilisés pour parler des troubles comportementaux.

De plus, il semblerait que les missions des ergothérapeutes dans les services diffèrent. Selon leur temps passé dans la structure, le rôle qui leur est attribué et le rôle qu'ils prennent eux-mêmes, la recherche a montré que les ergothérapeutes semblent ne pas tenir la même place dans les moyens d'interventions pour prévenir et diminuer les troubles comportementaux. La recherche a montré que les participants s'accordent sur leur rôle dans le positionnement, les aides techniques et parfois la mise en place d'activités. Peu importe leur service, ils semblent se rejoindre sur leur objectif de rendre les personnes plus autonome et de veiller à leur bien-être. Les ergothérapeutes semblent également pouvoir être source de conseils et servir d'intermédiaires aux équipes soignantes, en vue de préserver l'autonomie des résidents.

Il semblerait que certains ergothérapeutes conseillent également les équipes dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques, à travers des formations notamment. Cette participation facilitant davantage son inclusion dans les échanges, entre les professionnels, pour apporter des moyens d'intervention afin de gérer les troubles. Les équipes mettent aussi en place des contentions pour certaines personnes afin de gérer les troubles. Les ergothérapeutes sont tous inclus dans les prises de décisions liées à la contention. D'ailleurs, un ergothérapeute ayant participé à la recherche et ayant travaillé partiellement en UCC et en UVP a néanmoins ressenti qu'il n'intervenait pas dans les réductions des troubles. Selon lui, car il n'avait pas le temps de mettre des choses en place et que les ergothérapeutes étaient assez limités dans leurs compétences.

Pour tous ceux qui semblent intervenir dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques, ils reconnaissent que le travail en équipe est indispensable. Tous les professionnels médicaux comme paramédicaux semblent apporter leurs points de vue et leurs connaissances. En première ligne, les aides-soignants, qui sont eux au plus proche des résidents.

Ce travail avec l'équipe est aussi nécessaire pour que ses points de vue et propositions puissent être transférés auprès des résidents comme des professionnels les accompagnant. En effet, les ergothérapeutes semblent proposer des solutions, une vision, spécifiques dans les échanges et discussions autour de la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques.

Par exemple, l'ergothérapeute semble apporter une vision globale, prenant en compte l'environnement de la personne. En effet, celui-ci influence les troubles comportementaux des personnes. Ils font également partie des professionnels qui apportent leurs connaissances théoriques et médicales qui peuvent ainsi mettre en lumière les comportements et les expliquer. En effet, le principal moyen pour intervenir sur les symptômes comportementaux et psychologiques est de comprendre leur étiologie. La vision globale de l'ergothérapeute lui permettrait donc d'avoir les compétences pour comprendre l'étiologie des troubles. Être au plus proche de l'entourage du patient, de la famille, comprendre la signification des occupations pour la personne sont des moyens que certains participants semblent se saisir. De plus, comme expliqué, le respect de l'autonomie, du bien-être et des libertés des personnes sont des valeurs chères aux ergothérapeutes. Ces valeurs semblent se ressentir dans leurs échanges auprès des professionnels de santé, des encadrants ainsi que des familles. Leur objectif est de permettre au résident de participer aux occupations qu'il souhaite, de manière autonome. D'ailleurs, la revue de littérature a montré que, ces dernières années, les autorités comme l'HAS, les comités d'éthique et de patient mettent de plus en plus en avant le respect des libertés et des droits des personnes ayant des capacités de jugement et de discernement altérées par leur pathologie. Les ergothérapeutes semblent donc vouloir s'inscrire dans cette dynamique.

Nous avons vu que le travail en équipe était souvent indispensable pour être en concordance totale avec le patient, mais il peut s'avérer parfois être une limite. En effet, la recherche a montré certaines limites et facteurs influençant leur travail dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques. Les objectifs d'autonomie, de bien-être et de respect de la personne portés par l'ergothérapeute semblent se rejoindre en théorie avec les équipes avec lesquelles ils travaillent. Cependant, en pratique, ces valeurs semblent être moins présentes dans certaines professions. Ceci semble s'expliquer par des manques de temps et de moyens mais aussi des formations différentes. Cela pouvant entraîner des points de vue, des pratiques et des connaissances différents, à la fois intéressants pour varier les visions mais pouvant entraîner des tensions dans les équipes. Pour faire valoir ses points de vue, les participants à la recherche travaillant fréquemment auprès des équipes, leur apportant des solutions et ayant établi une relation de confiance dans la gestion des troubles semblent être davantage écoutés pour apporter leur vision.

En outre, le fonctionnement différent entre les équipes, les institutions et les cadres semble influencer la place et l'apport de l'ergothérapeute dans les échanges en équipe sur la gestion des troubles. Par exemple, si les équipes ont davantage de liberté pour échanger ensemble, que

ce soit en temps formels et informels. Les participantes à la recherche soulignent l'importance d'être reconnues en tant qu'ergothérapeute afin d'avoir leur place dans l'équipe.

Concernant les dilemmes entre le respect de l'autonomie, de la liberté et la sécurité, la recherche semble montrer que les ergothérapeutes se placent davantage vers la liberté du résident à participer à ses occupations, même si celles-ci peuvent paraître éloignée de la société. Les participants à la recherche ont pris l'exemple de la contention pour exprimer leurs points de vue. Les données relevées sur cette thématique semblent montrer que tous les professionnels ne sont pas du même avis à propos des contentions, la sécurité et le choix d'être « plus tranquille » semble être favorisé dans les prises de décisions d'autres professionnels. La revue de littérature avait d'ailleurs montré qu'une culture de la sécurité avec une vision paternaliste prédomine dans la société et les institutions. L'ergothérapeute semble donc devoir faire face à cette contrainte pour apporter ses points de vue à ce sujet.

La revue de littérature avait montré que le raisonnement pour prendre des décisions au plus justes était de prendre la situation en globalité, de faire des investigations et aller chercher les informations. La recherche appuie ces propos, car en pratique, les ergothérapeutes tendent à procéder à ce raisonnement. Ils cherchent à comprendre l'étiologie des troubles, les motivations à l'occupation, et se basent sur l'approche centrée sur la personne comme vu dans la revue de littérature. Cependant, la recherche a montré qu'ils n'utilisaient pas d'outils pour faciliter leurs prises de décisions.

En outre, les recherches menées pour la revue de littérature avaient suggéré de faire diminuer les troubles pour mieux intégrer les usagers dans les prises de décision. En pratique, les ergothérapeutes ne participent pas tous au même niveau à la réduction des troubles. Certains s'impliquent davantage que d'autres. Enfin, la revue de littérature a prouvé que l'intégration des usagers dans les décisions, le respect de leur consentement et de leurs libertés permet de faire valoir leurs droits. Ce principe est inscrit dans les lois et recommandations de bonne pratique pour les personnes vulnérables.

4.2 Critique sur le dispositif de recherche

Le dispositif de recherche mis en place comporte des points forts et points faibles qui limitent l'interprétation des résultats de la recherche.

Tout d'abord, la passation d'entretiens semi-directifs permet au participant de s'exprimer de manière libre et de lui laisser davantage de liberté et de flexibilité dans ses réponses. Celui-ci

permet de laisser place aux échanges et d'élargir la vision avec des données qui n'étaient pas ciblées par le chercheur.

Cependant, la matrice de questions des entretiens a plutôt fait ressortir la place de l'ergothérapeute dans l'équipe de manière générale. Le chercheur s'est beaucoup appuyé sur les questions de relance afin de recentrer les participants sur le sujet de la gestion des troubles comportementaux et psychologiques. Ces questions de relance peuvent influencer les réponses du participant, ce qui peut entraîner des biais de confirmation. En outre, après analyse et interprétation des résultats, le chercheur a observé que peu d'éléments ont été apportés sur les moyens utilisés en équipe pour prendre des décisions au plus juste.

La passation des entretiens en visioconférence a permis de toucher des ergothérapeutes provenant de régions différentes de France Métropolitaine mais c'est aussi une limite de la recherche. Le cadre d'écoute et la mise en place d'une relation de confiance ont été limités et le discours non verbal des participants n'a pas pu être analysé. Des biais ont donc pu apparaître.

Concernant la taille de l'échantillon, le nombre d'ergothérapeutes ayant participé aux entretiens n'est pas suffisant pour pouvoir transférer les données à toutes les pratiques. La saturation des données n'est pas atteinte mais certains points ont été relevés par les cinq participants. Cela peut donc appuyer une certaine généralité entre les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs en institution. De plus, si l'on classe les participants par unités (EHPAD avec PASA, UVP, USA, UCC, UHR, USLD), les données ne sont pas généralisables, dues la trop petite taille de l'échantillon travaillant dans chaque unité. Des données sur les diversités entre les services ont pu être légèrement apportées mais celles-ci ne sont pas généralisables.

Concernant le profil des participants, des jeunes diplômés et des ergothérapeutes avec plus de dix ans d'expériences ont participé à la recherche. Ceci n'est cependant pas suffisant pour en décrire des spécificités. Un biais de sélection peut aussi être apporté, des ergothérapeutes ont été contactés, seuls les participants les plus motivés à contribuer à la recherche ont répondu à ce premier contact.

La recherche s'intéressait également à la place des ergothérapeutes dans l'équipe ainsi qu'à leur ressenti sur cette place. Ce dernier pouvait faire apparaître des questionnements de l'ordre des valeurs éthiques. Malgré l'installation d'un cadre d'écoute bienveillant et de non-jugement, le chercheur est conscient que des biais de désirabilité sociale ont pu apparaître. En effet, la recherche questionnant les pratiques des ergothérapeutes, les participants ont pu vouloir

montrer une facette positive de leurs pratiques. Les questions portant sur les enjeux éthiques ont également pu manifester ces biais car les participants ont pu répondre ce qui paraît être « le mieux vu » dans la société. Les réponses ont donc pu être biaisées et les pratiques et points de vue des participants embellis.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Les biais du dispositif de recherche limitent donc les résultats et l'apport dans la pratique professionnelle est donc à nuancer.

La revue de littérature a montré que l'ergothérapeute, comme les autres professionnels, peut faire face à des difficultés lorsqu'il travaille auprès des personnes ayant des capacités de jugement et de discernement altérées. En effet, l'altération de ces capacités peut entraîner des conduites à risque. Ces conduites entraînent des enjeux et des réflexions sur les moyens pour limiter des comportements pouvant nuire à la santé et à la sécurité des résidents, tout en respectant les libertés de chacun. Les recherches ont montré que ces réflexions entraînent des débats et échanges en équipe auxquels les ergothérapeutes sont conviés.

Les résultats de la recherche montrent que les ergothérapeutes semblent donc avoir une place nuancée dans les équipes pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs en institutions. En se basant sur l'échantillon de la recherche, il semblerait que des ergothérapeutes aient une place plus importante que d'autres. Ils contribuent à la gestion des troubles comportementaux à travers leurs missions en tant qu'ergothérapeutes mais, pour la plupart, ne ressentent pas intervenir directement sur les troubles. L'inclusion dans les échanges, prises de décision et moyens d'intervention semble liée à la place qui est attribuée à l'ergothérapeute dans l'institution, la place que celui-ci prend lui-même ainsi qu'à l'institution et l'équipe dans leur globalité.

Un participant, travaillant en UCC, n'est pas du tout inclus dans les réunions liées à la gestion des troubles. Il explique cela par un temps de présence trop faible pour y participer. Leur implication dans les moyens d'intervention et réunions est aussi influencée par un manque de temps ajouter ce domaine à leurs missions.

Aujourd'hui, la place des ergothérapeutes dans ce domaine est nuancée car elle dépend de chacun, de l'équipe ainsi que de l'institution. Les valeurs des ergothérapeutes tournées vers l'autonomie et le respect des libertés individuelles lui permettent de prendre une place privilégiée pour le respect des libertés de chacun. Pour préserver l'autonomie, les libertés et le bien-être des résidents, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la gestion des symptômes

comportementaux et psychologiques. Les équipes soignantes ayant travaillé avec un ergothérapeute qui s'est saisi de cette place en ont d'ailleurs observé des bénéfices.

4.4 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche peut apporter des propositions pour les pratiques des ergothérapeutes.

Depuis plusieurs années, les autorités comme l'HAS, l'ANESM et les institutions elles-mêmes tendent vers les mêmes valeurs que portent les ergothérapeutes : le respect des libertés, du consentement, de l'autonomie. C'est pourquoi l'ergothérapeute a sa place dans les discussions et les projets ayant ces objectifs.

Les ergothérapeutes peuvent se former aux thérapies non-médicamenteuses, méthodes et approches pour eux-aussi améliorer leur pratique dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs. La revue de littérature et les recherches ont montré que la validation, de l'approche centrée sur la personne, de l'humanité ou encore de l'approche Montessori sont des approches centrées sur le bien-être de la personne et le respect de ses libertés. Ces moyens permettent de limiter les troubles et ainsi favoriser le bien-être des personnes dans leur accompagnement.

Les ergothérapeutes peuvent également faire valoir leurs spécificités grâce à leurs compétences en analyse de situation en globalité en prenant en compte l'environnement des personnes. Ce champ de pratique leur permet de comprendre l'étiologie des troubles afin de mieux les comprendre, comprendre leur signification pour la personne et ainsi les accepter. L'acceptation des occupations des personnes, quelles qu'elles soient, est un moyen pour faire face aux tensions internes qui peuvent subvenir en accompagnant ce public. Comprendre la personne, ses motivations, son histoire de vie et son environnement sont d'ailleurs des éléments prouvés qui permettent le raisonnement en cas de dilemmes relevant de l'éthique.

Cette vision et approche-là, l'ergothérapeute peut la transférer auprès des soignants et des familles des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs en institution. En effet, au sein des institutions et des équipes, il semble avoir un rôle de lien entre les éléments qui interagissent autour du résident : que ce soit l'environnement physique, social, les éléments liés à la personne ou à ses occupations.

L'ergothérapeute peut donc être un acteur privilégié dans la recherche de solution pour prévenir et limiter les troubles comportementaux des personnes âgées ayant des capacités de jugement et de discernement altérées.

Pour faire valoir ces compétences, l'ergothérapeute peut chercher des appuis dans les équipes professionnelles avec qui il pourra collaborer pour mener des projets ou plaider pour le respect de l'autonomie et des libertés. Se faire une place de spécialiste dans l'équipe pour être reconnu en tant que tel. Cela peut passer par l'établissement de liens de confiance avec l'équipe, montrer qu'il peut proposer des solutions et soutenir les équipes.

4.5 Perspectives de recherche

Il serait intéressant de poursuivre cette recherche pour mieux comprendre les phénomènes qui se jouent autour de la personne au sein des institutions. Mais aussi pouvoir généraliser les résultats pour chaque unité accueillant des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs et mieux discerner les diversités entre les unités.

Des recherches sur la perception des autres professionnels sur la place des ergothérapeutes dans ce domaine seraient intéressantes afin d'avoir leur point de vue. Cela permettrait d'enrichir l'objet de cette recherche et donner des clés aux ergothérapeutes pour favoriser leur inclusion dans ce domaine.

Enfin, il serait intéressant de se questionner sur les pratiques des professionnels se rendant au domicile des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs. Est-ce qu'ils font face au même phénomène qu'en institution ? Quels sont leurs problématiques ?

4.6 Conclusion

Pour conclure, ce travail de recherche a permis de faire l'état des lieux des pratiques des ergothérapeutes travaillant auprès de personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs.

La recherche a permis d'identifier la place des ergothérapeutes dans ce domaine, qui semble nuancée. Des éléments liés à la personne, aux équipes et à l'institution qui favorisent cette inclusion ont été mis en évidence. Les ergothérapeutes peuvent se saisir de ces éléments afin de prendre une place encore plus importante dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques, que ce soit dans les échanges avec les professionnels ou la mise en place de moyens d'intervention. En effet, les troubles et conduites à risque que peuvent engendrer ces symptômes peuvent rendre difficile l'accompagnement de ces personnes et impliquer des enjeux éthiques. En s'impliquant dans ce domaine, les ergothérapeutes pourront participer à plaider pour le respect de l'autonomie, du bien-être et des libertés individuelles de ces personnes.

Références bibliographiques

1. WFOT. La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. 2010.
2. Drolet MJ, Maclure J. Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *approchesind.* 9 nov 2016;3(2):166-96.
3. Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. *Clinical Reasoning in the Health Professions E-Book.* Elsevier Health Sciences; 2008. 519 p.
4. HAS. Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/complement/ATAXIES/html/N11793.html?fbclid=IwAR3kOzi2CmDWDZTDTUx0iiHfCWFNz8bCQRooOYmzlDLkgEqCVUKebUguyLM>
5. VOLONTÉ : Définition de VOLONTÉ [Internet]. [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/volont%C3%A9>
6. La nécessité d'une altération des facultés mentales ou corporelles - La réglementation sur la protection juridique : Tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice | adultes-vulnerables.fr [Internet]. [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.adultes-vulnerables.fr/fiche-reglementation-tutelle/principes-generaux/la-necessite-dune-altération-des-facultés-mentales>
7. Drolet MJ. Conflits de loyautés multiples en ergothérapie. :27.
8. Barrak Y, Léger-Riopel N. Peut-on concilier réalité et enjeux éthiques, juridiques et scientifiques dans le processus d'évaluation médicale de l'inaptitude des personnes âgées? *Revue du Barreau canadien.* 2017;95(2):413.
9. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_7_droit_savoir_decider-revue.pdf
10. Gzil F. Alzheimer : questions éthiques et juridiques. *Gérontologie et société.* 2009;32 / 128-129(1-2):41-55.
11. Vignon-Barrault A. La prise en charge des malades Alzheimer : Entre protection et autonomie. *Revue de droit sanitaire et social RDSS.* juin 2021;(n° 3):pp.486-499.
12. Bourguignon R. Grand âge, le temps d'agir. :228.
13. La profession – ANFE [Internet]. [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
14. Isabelle LP. Haute Autorité de santé. 2018;
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. 2009 mai [cité 15 févr 2023] p. 44. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

16. Landau R, Werner S. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *Int Psychogeriatr.* mars 2012;24(3):358-66.
17. Greber C. Challenges for occupational therapists working with clients who choose illicit, immoral or health-compromising occupations. In: *Illuminating the Dark Side of Occupation* [Internet]. 2020 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429266256-13/challenges-occupational-therapists-working-clients-choose-illicit-immoral-health-compromising-occupations-craig-greber>
18. Freeman AR, McWilliam CL, MacKinnon JR, DeLuca S, Rappolt SG. Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science & Medicine.* 1 oct 2009;69(7):1063-71.
19. Lapointe A. Les enjeux éthiques relatifs à l'obtention et au respect du consentement libre, éclairé et continu : perceptions d'ergothérapeutes francophones du Québec travaillant auprès de personnes âgées [Internet]. 2016 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://depo.e.uqtr.ca/id/eprint/7887/>
20. VanderKaay S, Letts L, Jung B, Moll SE. Doing what's right: A grounded theory of ethical decision-making in occupational therapy. *Scand J Occup Ther.* févr 2020;27(2):98-111.
21. Ordre des ergothérapeutes de l'Ottawa. *La prise de décision réfléchie dans la pratique de l'ergothérapie.* 2012.
22. Giroux D. L'évaluation de l'aptitude à gérer ses biens et sa personne chez une clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs. 2011.
23. Palmer BW, Harmell AL. Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Arch Clin Neuropsychol.* sept 2016;31(6):530-40.
24. Trachsel M, Biller-Andorno N. Cognitive Fluctuations as a Challenge for the Assessment of Decision-Making Capacity in Patients With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2022]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1533317514539377>
25. Gzil F. Maladie d'Alzheimer et droits de l'Homme. *Gérontologie et société.* 2017;39 / 154(3):9-17.
26. Gzil F. Chapitre 2. Respecter une autonomie fragilisée par la maladie. In: *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009 [cité 5 oct 2022]. p. 163-212. (Partage du savoir). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-maladie-d-alzheimer-problemes-philosophiques--9782130573302-p-163.htm>
27. Bertrand E, van Duinkerken E, Landeira-Fernandez J, Dourado MCN, Santos RL, Laks J, et al. Behavioral and Psychological Symptoms Impact Clinical Competence in Alzheimer's Disease. *Front Aging Neurosci.* 2017;9:182.
28. Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur:

- <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-EHPAD-num-29.04.21.pdf>
29. Bracconi M, Hervé C, Pirnay P. Ethical reflections on the principle of patient autonomy. *East Mediterr Health J.* 1 déc 2017;23(12):845-9.
 30. Espace de réflexion éthique d'Île-de-France, Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives, Ministère chargé de l'Autonomie. Charte éthique et accompagnement grand âge [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/2021_charte_ethique_grand-age_web.pdf
 31. ANESM. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social [Internet]. 2009 [cité 31 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/accompagnement_etablissement_medico_social.pdf
 32. Jeandel C, Guerin O. RAPPORT de MISSION [Internet]. 2021 [cité 31 déc 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf
 33. Noblet-Dick M, Balandier C, Demoures G, Drunat O, Strubel D, Voisin T. Description of cognitive-behavioral specialized units in France: results of a national investigation. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* juin 2013;11(2):151-6.
 34. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution.
 35. De Ketele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations - Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. De Boeck supérieur. 2015.
 36. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
 37. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2012 [cité 4 mai 2023]. p. 231-314. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>
 38. République française. Les valeurs de la République [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.reseau-canope.fr/les-valeurs-de-la-republique/liberte.html>
 39. OMS. Santé et droits de l'homme [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
 40. Tabuteau D. Santé et liberté. *Pouvoirs.* 2009;130(3):97-111.
 41. Gruat F. Dignité. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 22 janv 2023]. p. 156-8. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-156.htm>

42. Jean É. Le droit à l'intimité et à la vie privée de la personne âgée ou handicapée adulte en établissement médico-social. In: L'intimité menacée ? [Internet]. Toulouse: Érès; 2019 [cité 22 janv 2023]. p. 77-84. (L'âge et la vie - Prendre soin des personnes âgées et des autres). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-intimite-menacee--9782749262567-p-77.htm>
43. Alzheimer Europe. Dilemmes éthiques rencontrés par les professionnels impliqués dans le soin et l'accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs en maison de retraite et à l'hôpital [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.enseignerlethique.be/sites/all/themes/ethique/img/03421%20Alzheimer%20Europe%20Ethics%20report%202015%2C%20French.pdf>
44. Espace éthique Bourgogne Franche Comté. Les problématiques éthiques liées à la personne âgée dépendante [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: http://www.erebfc.fr/userfiles/files/RAPPORT_2015_Observatoire_ProblA_matiques_A_thiques_PA_dA_pendante.pdf
45. Comportement à risque [Internet]. Santé.fr. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/comportement-risque>
46. Buzz A, Duviella A. Les troubles du comportement des personnes âgées [Internet]. Proformed. 2018 [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.proformed.fr/actualites/les-troubles-du-comportement-des-personnes-agees/>
47. Dorey JM. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans les troubles neurocognitifs de la personne âgée. 2019;
48. Bourbonnais A, Auclair I, Lalonde MH. Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : l'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. Recherche en soins infirmiers. 2020;143(4):92-105.
49. Leglise MS, Montpellier C, Coste C. LES COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS CHEZ LES SUJETS ÂGÉS ET LEURS ACCOMPAGNEMENTS.
50. Gineste Y, Marescotti R, Pellissier J. L'humanité dans les soins. Recherche en soins infirmiers. 2008;94(3):42-55.
51. Eymard C. Initiation à la recherche en soins et santé. Editions Lamarre. 2003. 130 p.

Annexes

Annexe 1 – Tableau de synthèse de la revue de littérature

Sources	Thème / objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
<p>1. Doing what's right: A grounded theory of ethical decision-making in occupational therapy Scandinavian Journal of Occupational Therapy via Pubmed 2018</p>	<p>Processus décisionnel dans le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Faire progresser la compréhension du processus par lequel les ergothérapeutes prennent des décisions.</p>	Ergothérapeutes	Qualitative (18 entretiens semi-structurés)	Approche constructiviste	Ethique, processus décisionnel, ergothérapie	<p>Prisme de décision éthique a été construit : modèle théorique établi. Ergothérapeute au centre de plusieurs facteurs : liste de contrôle fondamental, demande aux autres, faire ce qui est bien.</p>	<p>Qu'est-ce qu'une prise de décision éthique ? A quel point les facteurs personnels jouent-ils un rôle dans la prise de décision ? Comment aider les ergothérapeutes à rendre leurs prises de décision justifiées ?</p>
<p>2. Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can Social science and medicine 2009</p>	<p>Mise en œuvre par les professionnels de santé de leurs obligations de rendre compte : Faire du mieux qu'ils peuvent</p>	Ergothérapeutes Canadiens	Qualitative (21 entrevues)		Ethique, ergothérapie	<p>Éléments imbriqués qui soulignent la difficulté de la prise de décision. Ergothérapeutes doivent faire face aux contraintes de l'institution et cela peut impacter la garantie de services de qualité pour la personne.</p>	<p>En France ? L'institution a-t-elle un impact sur la considération d'occupations immorales, illicites ? Est-ce que l'institution ou d'autres éléments ont un poids sur la prise de décision des ergothérapeutes face à des personnes qui choisissent des</p>

							occupations illicites ou immorales ?
3. Challenges for occupational therapists working with clients who choose illicit, immoral, or health-compromising occupations. Taylor and Francis group 2021	Le défi pour les ergothérapeutes de travailler avec des personnes qui choisissent des occupations illicites, immorales ou compromettant leur santé. Evoque les différents types de raisonnement : narratif, pragmatique, éthique, client-centré, professionnel	Ergothérapeutes	Chapitre de livre. S'appuie sur d'autres références, auteurs, ...		Ergothérapie	Auteurs ont identifié 5 aspects du raisonnement clinique : scientifique, narratif, pragmatique, éthique, et le raisonnement interactif. Description de chacun des raisonnements. Raisonnement professionnel en ergothérapie nécessite de faire des investigations, récupérer des informations, rechercher et cela permettra de prendre des décisions appropriées. Importance de comprendre la motivation à l'occupation.	Et avec des personnes dont les capacités décisionnelles sont altérées ?
4. La prise de décision réfléchie dans la pratique de l'ergothérapie Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario 2012	Réalisation d'un outil pour les ergothérapeutes canadiens pour aider à la prise de décision « réfléchie ». Pour permettre une pratique responsable et fondée sur les principes.	Ergothérapeutes canadiens	Guide de l'outil	S'appuie sur les guides de déontologie, les modèles de pratique en ergothérapie	Ergothérapie Déontologie	Afin d'avoir un niveau suffisant de « conscience » dans le processus décisionnel, le thérapeute doit : connaître les faits et facteurs contributifs ; connaître les normes, les directives, les règles, les valeurs et les principes impliqués ; identifier les options offertes ; pouvoir expliquer et évaluer la décision prise	S'applique dans toutes les situations ?
5. Les enjeux éthiques relatifs à l'obtention et au respect du consentement libre, éclairé et continu : perceptions d'ergothérapeutes	Consentement libre, éclairé et continu (CLEC) chez les personnes âgées. Documenter les enjeux éthiques en ergothérapie relatifs à l'obtention et au	Ergothérapeutes francophones travaillant au Québec	Qualitative	Définition du CLEC	Ergothérapie Ethique	Processus d'obtention et de respect du CLEC de personnes âgées ne va pas toujours de soi pour les ergothérapeutes en raison de nombreuses barrières qui surviennent à plusieurs niveaux. Tb cognitifs, environnement, ...	Comment le vivent les personnes âgées ? Quelles sont les bonnes pratiques ?

francophones du Québec travaillant auprès de personnes âgées 2016	respect du CLÉC de personnes âgées, de décrire la compréhension qu'ont les ergothérapeutes du CLÉC, leur façon de l'obtenir ainsi que les barrières et facilitateurs rencontrés lors de ce processus					Plus précisément, des situations de dilemme et de détresse éthiques ont été soulevées. Les ergothérapeutes à l'étude mentionnent vivre un sentiment d'impuissance face au contexte médical actuel qui prône une culture de sécurité. Manque de formation.	
6. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice 2012	Aspects éthiques de l'utilisation de GPS pour suivre les personnes atteintes de démences : discussion et examen plus approfondi sur les préoccupations éthiques.	Professionnels, famille, personnes âgées cognitivement intactes Israël	Mixte : questionnaire et entretiens		Professionnels de santé	Liste de recommandations.	Réalisée en Israël. Limites pour l'application en France. Echantillons de convenance
7. Assessment of Healthcare Decision-making Capacity 2016	Évaluation de la capacité de prise de décision en matière de soins de santé	Psychologues, neuropsychologues et autres professionnels de santé	Revue de littérature	Capacité de consentement	Psychologie	Une détermination de l'incapacité à décider des soins de santé ne devrait pas être la fin du processus. Même lorsqu'il est déterminé qu'une personne manque actuellement de capacité décisionnelle en matière de soins de santé, des efforts actifs doivent être maintenus pour l'impliquer dans les décisions de traitement dans la mesure du possible, y compris la réévaluation de la capacité à mesure que les situations ou l'état mental de la personne peuvent s'améliorer.	

8. Chapitre 2 - Respecter une autonomie fragilisée par la maladie Fabrice Gzil 2009	Enjeux de respecter l'autonomie fragilisée par la maladie d'Alzheimer pour les personnes qui en prennent soin	Professionnels de santé	Réflexions de presses universitaires, revue de littérature	Autonomie, respect de l'autonomie, Appelbaum, Dworkin	Philosophie, éthique, sciences humaines et sociales	S'appuie sur les travaux d'Appelbaum et Dworkin pour écrire théories sur le respect des décisions des personnes âgées avec MAA	Lors des situations de comportements jugés à risque ?
9. Capacité de discernement et autonomie du patient, une préoccupation centrale dans le soin au patient Catherine Bollondi, Laurence de Chambrier, Gregory Crombeke, Marie Hensler, Rita Manghi, Madeleine Mirabaul	Eclaire les notions de capacité de discernement et d'autonomie dans les situations fréquentes et complexes	Thérapeutes suisses	Réflexions en groupe	Capacité de discernement et autonomie	Ethique	Capacité de discernement : capacité à comprendre une situation donnée et choix qui s'offrent et finalement décider Une personne peut ne pas avoir sa capacité de discernement mais garder et exprimer son autonomie.	
10. Cognitive fluctuations as a challenge for the assessment of decision-making capacity in patients with dementia	Traite de la capacité de prise de décision (DMC) : l'importance de son évaluation, les fluctuations cognitives dans différentes formes de démences, le défi de l'évaluation des DMC et des suggestions pour l'évaluation DMC des patients ayant des fluctuations cognitives.	Médecins	Article fait partie de l'étude "Decision-making incapacity at the end of life and its assessment in Switzerland" financé au sein du Programme National de Recherche.	Capacité de prise de décision Relativité décisionnelle	Médecine	Question n'est pas de savoir ce qu'une personne a décidé mais comment elle est arrivée à ce choix. L'attribution de l'incapacité ne s'applique qu'à une tâche ou décision spécifique et qu'à un moment précis dans le temps. Le médecin évaluateur qui invoque l'incapacité doit prouver son hypothèse pour la tâche ou la décision en question. Collaboration avec les proches. Traiter le problème médical sous-jacent responsable des fluctuations cognitives.	
11. Behavior and psychological	Etudie les relations entre les symptômes	Personnes avec	Etude avec évaluations de la	Prise de décision clinique	Psychologie	Importance de prendre en compte les SCPD lors de l'évaluation de la capacité de prise de décision,	Quel impact sur la prise de décision ?

symptoms impact clinical competence in Alzheimer's disease 2017	comportementaux de la MA et la capacité de prise de décision clinique	démence s	capacité à consentir (outil MacArthur)	Symptômes psychocomportementaux		en particulier la compétence clinique, dans la MA. La réduction des SCPD peut conduire à une meilleure prise de décision chez les patients atteints de MA, ainsi qu'à des améliorations de la qualité de vie des patients et des soignants	
12. Maladie d'Alzheimer et droits de l'homme Fabrice Gzil Gérontologie et société 2017	Croise deux problématiques : les difficultés cognitives que peuvent rencontrer les personnes atteintes de MAA et le respect des droits et libertés	Personnes avec MAA	Article de revue Revue de littérature	Droits de l'Homme, citoyenneté	Ethique, anthropologie, philosophie	Le fait qu'elle puisse rencontrer des difficultés pour pourvoir seule à ses intérêts, pour prendre des décisions, voire pour dire ce qui est important à ses yeux ne justifie pas de la protéger à l'excès, ou de prendre des décisions au mépris de ce qu'elle peut exprimer.	Et dans la pratique ?
13. L'évaluation de l'aptitude à gérer ses biens et sa personne chez une clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs 2011	Etude pour recenser les outils d'évaluation pour aider à prononcer sur l'aptitude des personnes âgées à gérer leur personne et leurs biens et élaborer un modèle de prise de décision.	Ergothérapeutes	Revue de littérature, enquête exploratoire à l'aide de différents articles		Ergothérapie, éthique	Recenser les outils disponibles pour l'évaluation de l'aptitude des personnes âgées à gérer leur personne et leurs biens : peu d'études : besoin de développer les recherches Elaboration d'un modèle de prise de décision pour soutenir l'évaluation : Le Processus d'Évaluation de l'Aptitude (PÉA) et l'Outil d'Évaluation de l'Aptitude (OÉA) s'avèrent des outils prometteurs	Résultats non généralisables car thèse exploratoire pour documenter

Annexe 2 - Matrice d'entretien de l'enquête exploratoire, revue après l'entretien test

N Questions	Sous-thèmes	Question de relation	Objectifs
1	Comportements à risque = susceptibles de nuire à soi ou à autrui	<p>Vous arrive-t-il de rencontrer des situations où la personne veut s'engager dans des occupations susceptibles de nuire à elle ou à autrui (comportements à risque) ?</p> <p>Occupations pouvant aller envers sa santé, sécurité, immorales ou illicites ?</p> <p>Un ou plusieurs exemples pour exprimer ses propos.</p>	Identifier si les ergothérapeutes sont confrontés à des personnes ayant des comportements à risque.
2	Gestion des comportements à risque.	<p>De quelle(s) manière(s), par quel(s) moyen(s) ces comportements à risque sont abordés au sein de la structure où vous travaillez ?</p>	Identifier de quelle(s) manière(s) les comportements à risque sont abordés au sein des structures.
3	Gestion des comportements à risque au sein des institutions, tensions	<p>Selon vous, la gestion des comportements à risque entraîne-t-elle des tensions au sein des équipes professionnelles ? De l'institution ?</p> <p>Des débats ?</p>	Identifier si les professionnels « souffrent » de la gestion des comportements à risque au sein de leur équipe, de leur institution. Identifier si la gestion des comportements à risque est débattue.
4	Evaluation des capacités de jugement	<p>Dans votre pratique, de quelle(s) manière(s) évaluez-vous les capacités de jugement, de raisonnement et d'esprit critique des personnes dont les facultés cognitives fluctuent ?</p> <p>Est-ce que vous l'évaluez de la même manière au début de l'apparition des symptômes et au moment ils sont installés, diagnostic posé ?</p> <p>Est-ce que certains contextes favorisent votre évaluation ?</p>	Décrire les moyens d'intervention de l'ergothérapeute pour évaluer les facultés de raisonnement, d'esprit critique et de jugement des personnes dont les facultés cognitives fluctuent.

5	Ethique, pratique en ergothérapie	<p>Dans votre pratique, vous arrive-t-il de ressentir des tensions (internes à vous), des conflits entre vos valeurs ? Si oui, par quels moyens faites-vous y fasse ?</p> <p>Pourriez-vous les qualifier de dilemmes éthiques ?</p>	<p>Identifier si l'ergothérapeute est confronté à des conflits entre ses valeurs dans sa pratique ou ses prises de décision auprès des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs.</p> <p>Identifier les moyens des ergothérapeutes pour faire face à ces conflits.</p>
6	Respect des décisions des personnes	<p>D'après la Charte éthique et accompagnement grand âge, le 3ème principe s'intitule : « Être à l'écoute de ce que la personne sait et de ce qu'elle exprime. L'informer de façon honnête, adaptée et respecter ses décisions. »</p> <p>Selon vous, les envies et les décisions des personnes sont-elles respectées dans l'institution ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Si oui, comment ?</p>	<p>Décrire le respect des expressions et des décisions de ces personnes.</p>
7	Respect des décisions des personnes	<p>Même question : dans votre pratique ? Pourquoi ? Comment ?</p>	<p>Décrire le respect des expressions et des décisions de ces personnes.</p>
8	Pratique en ergothérapie Gestion des comportements à risque	<p>Selon vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des comportements à risque de ces personnes ?</p> <p>Différents selon les stades des troubles ?</p>	<p>Identifier le rôle des ergothérapeutes dans la gestion des comportements à risque des personnes.</p>

Annexe 3 - Grille d'analyse des données des entretiens

Sous-thèmes	Entretien E1	Entretien E2	Entretien E3
Caractéristiques du participant	Ergothérapeute, femme, en USLD, TNC modérés plutôt que majeurs.	Ergothérapeute, femme, intervient en UVP, TNC majeurs	Ergothérapeute, femme, EHPAD avec PASA (tb légers à modérés) et UVP (majeurs)
Comportements susceptibles de nuire à la personne ou à autrui rencontrés	L14 : Déambulants → L22 comportements pas adaptés vis-à-vis des voitures, se perdre L16 – 17 : comportements agressifs vis-à-vis personnel ou autres résidents L31 : résidents qui entrent dans les chambres, déplacent des objets des autres résidents	L29-35 : question de la sexualité, désir sexuel qu'il projette sur une dame, question du consentement de l'autre, protection de l'autre → L37 amène beaucoup de questionnements éthiques L37 – 41 : désir de sortie « fugue », car anosognosie et risque chute et se perdre	L18 : PASA : rare qu'elles se mettent dans ces situations L20 – 21 : UVP : déambulation et risque de chute, fracture, L27 : ne prennent pas le déambulateur, L32 : dehors sans chaussages adaptés L38 : coups entre résidents ou envers soignants
Gestion des comportements à risque au sein des institutions	L26 : outils de sécurité L26-27 : limitent l'accès aux médicaments L54-57 : pour le quotidien, formation des professionnels : humanité L59-61 : mise en danger, institution bricole : empêcher l'accès en mettant du matériel devant L63 : code pour l'ascenseur L67-70 : Situations compliquées : appui d'un hôpital de référence : proposent protocoles de prise en soin L7 : exemple ritualisation de la journée, L75-76 : stimulations sensorielles L91 - 94 : Réponse immédiate puis réponses avec équipe pour mettre des protocoles et possibilité de ressources ailleurs	L55-56 : d'abord par l'affolement, précipitation des équipes, L65 : décharge émotionnelle L59 – 60 : remonté en transmission, réunion L60 – 61 : transmission écrite L63 – 64 : traité en transmission à l'oral, en réunion, mais sans vraiment avoir d'outil je pense collectivement L64 : débat d'opinion L66 – 68 : manque d'outils pour arriver à observer, prendre du recul, analyser, collectivement les critères d'un danger imminent ou pas, ce qu'on projette comme danger, ce qui est possible. L93 : tendance à éviter que la personne aille vers le comportement, évitement L 274 – L277 : thérapies non médicamenteuses personnalisées avec solution proposées collectivement et testées	L43 – 45 : font le point en relève en pluriprofessionnels, essayent de trouver des solutions L46 Avis des personnes extérieures à la situation L47 et réflexion L48 L50 : essayent des choses L51 : transmissions écrites pour informer tout le monde L58 : contentions temporaires L63 – 64 : contenir ou occuper la personne

<p>Tensions, débats au sein des institutions, des équipes.</p>	<p>L80-83 : cercles d'équipes Equipe soignante : Pas toujours d'accords, opinions et points de vue différents L84 : même si prise de décision réfléchie en équipe, décision pas forcément respectée par tous L85 : discussions et disputes dans le groupe Equipe paramédicaux : L87 peuvent animer le débat, poser les termes</p>	<p>L89 – 90 : tensions dans l'environnement de la personne : L91 – 92 : devient une obsession, tout le monde se focalise sur le danger, surveillance accrue L106-109 : tensions liées à l'institution, la direction : enjeux en rapport avec la famille, responsabilités juridiques ou peur humaniste ? Enjeu de se protéger L116 : EHPAD doit montrer que tout est sécurisé L172-174 : A travers les débats viennent s'insérer de manière transversale des visions culturelles, des visions politiques, des visions religieuses invisibles L240 – 241 : à la fin de la réunion le débat continue</p>	<p>L55 : pas de tensions mais pas tout le temps d'accords sur les solutions apportées L56 : notamment mise en place contention L57 : débats : laisser la personne déambuler quitte à ce qu'elle tombe et se mette en danger ou contention L63 : écoute l'avis de tout le monde et parfois pas vraiment de solutions</p>
<p>Respect des volontés des personnes</p>	<p>L45 : limites institutionnelles, L46 : freins en termes de disponibilités d'accompagnement, L50 : manque de temps L131 : dans la mesure du possible L133 : difficile quand on ne peut pas accéder aux souhaits des résidents : L42 – 43 : Monsieur qui aimerait aller ramasser des prunes → pas de jardin dans l'institution, L136 : pas de soignant pour aller avec lui L138-139 : essaient d'accompagner dans leurs souhaits de sortir L142 : proposer temps de relaxation L145-146 : « parfois ils sont maltraitants » : pas de temps, pas de disponibilité</p>	<p>L262 : dérive qu'on a tous collectivement L265 : d'abord attentif à respecter ça L265 – 268 : après la réunion, personnes vont continuer dans leur décision L269 : personne âgée avec TNC peut être fluctuante dans ses envies, comportements, état L71 – 272 : on va oublier si elle sait vraiment, si on respecte ses envies L284 – 288 : tendance à retourner vers le protocole TNMP sans réévaluer avec la situation → manque d'énergie, temps L292 : chaque jour s'adapter car les troubles fluctuent L301 – 307 : sensibilité à analyser signes de stress, de problèmes mais pas de là à vérifier si on respecte ce dont la personne a envie</p>	<p>L 109 « c'est une bonne question », PASA globalement respecté L110 : n'impose pas l'activité, laisse le choix L112 – 114 : UVP plus compliqué de respecter leurs envies quand leurs envies rentrent en contradiction avec d'autres besoins qui sont le besoin de sécurité souvent. C'est souvent celui qui est mis en opposition. L115 : les tiennent informer L116 – 118 : C'est plus la personne qui est notre contact premier mais ça va être l'entourage. Donc oui on perd de vue l'envie et les besoins de la personne qui est en face de nous pour respecter l'envie et les besoins des personnes autour. L122 : propose des activités qui correspond à leur besoin et L125 les force jamais à faire des activités qu'ils n'ont pas envie</p>

<p>Questionnement, tensions internes de l'ergothérapeute</p>	<p>L116-117 : très fréquent, manque de temps, argent, matériel, personnel L118 : difficile car impact sur les résidents L123 : « c'est super compliqué » « je fais ce que je peux »</p>	<p>L99 – 100 : « démunie sur ces outils-là » et de comprendre comment on peut mieux appréhender ces situations ou mieux trouver de réponse L141 – 142 : oui, doit se questionner sur les valeurs qu'elle projette L145 : trop progressiste ? L159 – 160 : tension avec l'idée de laisser sous-entendre que, parce qu'on a des troubles cognitifs, on n'a pas forcément le droit d'avoir d'avis une vie sexuelle L161 : questionner la morale, ce qui peut être possible L162 – 163 : comment on peut justement arrêter de penser à la place de l'autre personne ? L164-167 : comment aller récupérer le plus possible son consentement, recueillir sa liberté, laisser la liberté individuelle L176 – 187 : Question de la contention, questionner les bénéfiques – risques L196 – 197 : questionnement sur les jugements de valeur en priorité L200- 201 : c'est un peu « honteux » de dire oui à de la contention Impression que ce sont L205 – 206 les opinions et les valeurs qui prédominent plus que 205 réfléchir ensemble sur des critères objectifs L212 : manque de documentations, L214 : critères sur lesquels on peut se baser collectivement, pas de jugements de valeurs L216 : plus des débats d'opinion L232 : manque de méthodologie d'éthique L310 – 312 : choix de suivre la décision autoritaire quand pas d'accord, L313 : va plutôt</p>	<p>L89 – 90 : question de la contention, priver de liberté quelqu'un ce n'est pas forcément ce qu'on a envie de faire L92 : discuter avec la psychologue L97 – 98 : passe du temps avec les personnes pour gérer ses problèmes internes L101 – 103 : intervient en réunion pour revenir sur les décisions prises en disant que ça lui pose problème</p>
--	---	--	--

		questionner dans une stratégie de collaboration professionnelle et d'éviter le rejet et l'isolement L321 L326 – 328 : préférerait venir mélanger les regards et les et les critères d'évaluation, les critères de raisonnement pour arriver à la situation à une prise de décision la plus respectueuse possible pour la personne, sa liberté et sa sécurisation	
Evaluation des capacités de jugement des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs en institution	L97 : essaye utiliser bilans validés L98 : MOCA, L99 : BREF L101 : psy a des outils spécifiques L102-103 : mises en situations écologiques L109 : recherche des besoins particuliers, activités qu'elle a envie	L126 : s'oriente vers évaluation neuropsych L128-129 : observations comportementales, non-verbal, réactions L135 : état au cours de la journée L136 – 138 : « preneuse d'outils d'évaluations »	L68 : pas le temps de faire des bilans L69 : observations au quotidien, L70 : parler aux personnes, L72 : demander aux soignants comment ça se passe quand on n'est pas là et que y a moins de présence et d'activités
La pratique en ergothérapie dans la gestion des comportements à risques	L154 : souhait de la personne fil conducteur PEC L161 - 162 : maillon de la chaîne, permet clé de lecture comportements à risque L165 – 169 : angle de vue sur ce qui a du sens pour la personne, significatif, signifiant pour elle, quelles activités pour réduire le risque ? L170 : en discutant à plusieurs professionnels	L75 – 76 : discuter collectivement pour se mettre d'accord, pour casser des représentations ou prendre des décisions communes L337 : amène du questionnement, pas être dans l'affirmation L341 : questionner la notion de vérifier ce que veut la personne L349 – 350 : chercher des hypothèses et aller vérifier en allant chercher les expertises des différentes personnes L356 : réunir les avis et faire en sorte de créer un espace de regards croisés	L142 : point de vue plus global et holistique L143 : si beaucoup présent : essayer de préparer l'environnement L145 – 147 : quand moins là souvent : présence dans débats et réunions, apporter point de vue extérieur à la situation L152 : je pense que c'est cette vision qui nous permet de proposer des nouvelles solutions L156 – 157 : réunion de toutes les propositions de chacun qui permet d'avoir des solutions donc c'est le point de vue global de la situation je pense

Annexe 4 – Matrice théorique

Concepts	Variables / Attributs principaux	Indicateurs
Liberté individuelle	Valeur fondamentale	Importances de respecter les droits et les libertés dans le soin
		Importance du respect de la dignité
		Personnes âgées avec troubles neurocognitifs peuvent voir leurs droits bafoués en institution
	Questionnements éthiques, dilemmes	Situations délicates pour les professionnels
		Prises de décision difficiles
		Dilemmes éthiques liberté et sécurité des résidents
	Vers le respect de la liberté	Approche centrée sur la personne
		Aller vers des décisions plus justes
		Délibérer en équipe
Symptômes comportementaux et psychologiques des personnes âgées avec des troubles neurocognitifs	Conduite inadaptée compte tenu du contexte	Rechercher l'étiologie, évaluer
		Distinction conduites à risques et conduites jugées inappropriées
		Perturbent l'entourage
	Comportements réactifs	Mal-être de la personne
		Termes rendent pathologiques les comportements
		Valeurs, enjeux entrent en jeu
	Moyens pour les prévenir	Comprendre le sens des comportements et personnaliser les actions
		Approche centrée sur les relations
		Humanité

Annexe 5 – Matrice d’entretien de la recherche

Questions	Sous-thèmes	Question	Objectifs
1	Profil de l’ergothérapeute interrogé.e	<p>Pouvez-vous vous présenter et me présenter le contexte dans lequel vous intervenez auprès de personnes âgées atteintes de TNC modérés à majeurs ?</p> <p><i>Diplômé.e depuis combien de temps ? Age ?</i></p> <p><i>Depuis combien de temps dans la structure ?</i></p> <p><i>Temps de présence dans l’institution ?</i></p> <p><i>Temps de travail direct (auprès des personnes âgées) et temps de travail indirect (échanges avec les autres professionnels, réunions, ...)</i></p>	Identifier le profil et le contexte d’intervention de l’ergothérapeute.
2	Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques	<p>Quels sont vos moyens d’intervention pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques au sein de l’institution ?</p> <p><i>En équipe, en ergothérapie. Moyens directs, temps de travail indirects ?</i></p>	Identifier les moyens d’interventions pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques en institution
3	Organisation des transmissions des informations entre les professionnels.	<p>Comment s’organisent la transmission des informations entre les professionnels au sein de l’institution / de l’unité ? <i>Lesquels sont spécifiques à la gestion des troubles comportementaux et psychologiques ?</i></p> <p><i>Staff ? Réunions ponctuelles (comment se décide la tenue d’une réunion ?) ou régulières (à quelle fréquence ?) ?</i></p> <p><i>Transmissions ? Relèves ?</i></p> <p><i>Echanges interstitiels ? Informels ?</i></p> <p><i>Si plusieurs moyens de transmission, faire préciser pour chaque : Quels professionnels participent à ces réunions ? Quels professionnels ne participent pas à ces réunions ?</i></p> <p><i>L’ergothérapeute est-il/elle toujours invité à participer à ces réunions ?</i></p> <p><i>Qui anime la réunion ? Est-ce que tout le monde prend part aux décisions ? Aux délibérations ? Est-ce que certains professionnels participent plus que d’autres ?</i></p>	Identifier le fonctionnement, le contexte, des transmissions d’informations entre les professionnels.

4	L'ergothérapeute dans les réunions et prises de décision au sein de l'équipe.	<p>Selon vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans ces discussions et prises de décisions ? Liées, ou non, à la gestion des comportements à risque ?</p> <p><i>Que pensez-vous apporter vous ? Quelle place pensez-vous prendre ? Quels moyens d'échanges avec les autres professionnels ?</i></p>	Identifier le rôle de l'ergothérapeute dans les discussions et prises de décisions liées ou non à la gestion des comportements à risque
5	Ressenti de l'ergothérapeute sur sa place dans les discussions et prises de décisions liées à la gestion des comportements à risque	<p>Quel est votre ressenti concernant ce rôle / cette place ?</p> <p><i>Comment parvenez-vous à transmettre vos informations / votre vision ? Identifiez-vous des facilitateurs ? Identifiez-vous des freins et limitateurs pour transmettre, partager vos informations / votre vision ?</i></p> <p><i>Selon vous, est-il pertinent que l'ergothérapeute apporte son point de vue dans les prises de décisions et les échanges ? Est-il légitime ? Pensez-vous que cela entre dans le champ de compétences des ergothérapeutes ?</i></p>	Identifier le ressenti de l'ergothérapeute concernant son rôle / sa place dans les discussions et prises de décisions liées, ou non, à la gestion des comportements à risque.
6	Les prises de décisions et échanges entre les professionnels	<p>Pouvez-vous me parler de ce qui peut se jouer dans les prises de décisions, les délibérations, les échanges entre les professionnels ?</p> <p><i>Y a -t-il des tensions ? Confrontations de point de vue ? Points de vue qui se corroborent ? Entre quels professionnels ? Des débats ?</i></p> <p><i>Et concernant la ou les décision(s) finale(s) ?</i></p> <p><i>Et après la réunion ?</i></p> <p><i>Concernant les réflexions, les prises de décision où le principe de liberté et autonomie du résident et protection de sa personne se confrontent ?</i></p> <p><i>Et dans le cas de désaccords à propos de conduites jugées inappropriées par la société, la structure, les professionnels, la famille de la personne ? Ou qui peuvent perturber l'entourage ?</i></p>	Identifier ce qui se joue dans les prises de décisions et délibérations des professionnels en réunion.
7	L'ergothérapeute dans les réunions et prises de décision	<p>Sur quelle(s) approche(s), concept(s), représentation(s), vision(s) pensez-vous que se jouent vos prises de décisions, vos points de vue et votre discours ?</p> <p><i>Et lorsqu'il y a des désaccords pouvant relever de l'éthique ?</i></p> <p><i>Pensez-vous que la notion de respect des droits et des libertés des personnes influent vos prises de décisions et échanges ? Du respect de la dignité ?</i></p> <p><i>Approche(s), concept(s), représentation(s), vision(s) différent(es) des autres professionnels ?</i></p>	Identifier les approche(s), concept(s), représentation(s), vision(s) de l'ergothérapeute au cours de ses discours et prises de décisions lors des réunions.
<p>Questions de relance : C'est-à-dire ? Pouvez-vous expliciter ? Pouvez-vous me donner un ou plusieurs exemples pour étayer votre propos ?</p>			

Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des participants à l'entretien

Dénomination	Genre	Année d'obtention du diplôme d'état	Lieu d'exercice auprès des personnes âgées avec troubles neurocognitifs (TNC) modérés à majeurs	Exercice actuel
E1	Femme	2000	Depuis 2010 : 0.9ETP sur hôpital gériatrique et EHPAD dont : - PASA (0.10-0.20 ETP) -UVP (quelques interventions)	En formation de cadre de santé depuis septembre
E2	Homme	2021, Berck-sur-mer	Expériences : - USA (0.50ETP), presque un an - UCC (0.25ETP), 6 mois	Travaille en SSR gériatrique actuellement
E3	Femme	2022, La Garde	Depuis juillet 2022 : temps plein hôpital gériatrique avec SSR, EHPAD dont environ 0.50ETP à l'USLD	
E4	Femme	1990	Expérience depuis 10 ans en EHPAD	
			Depuis 7 ans : temps plein dans un EHPAD avec PASA, UVP, UHR	
E5	Femme	2022, La Garde	Depuis octobre : - 0.60 ETP dans un EHPAD avec USA - 0.40 ETP dans un IME	

Annexe 7 : Grille d'analyse des données des entretiens de la recherche

Sous-thèmes	E1	E2	E3	E4	E5
Caractéristiques des participants	Femme, DE en 2000 Depuis 2010 : 90ETP sur hôpital gériatrique et EHPAD avec PASA (10-20ETP) et UVP (quelques interventions) En formation de cadre de santé depuis septembre	Homme, DE en 2021, IFE de Berck Expérience de presque un an en USA (50 ETP) et 6 mois en UCC (25 ETP) 24 ans	Femme, DE en 2022, IFE La Garde Hôpital gériatrique avec SSR, USLD, EHPAD USLD prend environ 50 ETP	Femme, DE en 1990 Environ depuis 10 ans en EHPAD. Depuis 7 ans dans EHPAD avec PASA, UVP et UHR (temps plein)	Femme, DE en 2022 40% IME et depuis octobre 60% EHPAD, 90 résidents sur 8 étages, dont 2 étages USA
Organisation du service	PASA : L14, L17 : PEC groupe → ateliers en fonction de ce qu'ils aimaient faire L45-49 : réunion toutes les 6 semaines pendant une journée pour faire le bilan de tous les résidents : faire le point et adapter la PEC et les activités L43 : projet de vie de la personne → L78-79 : permet de parler des problématiques avec la personne (dans les relèves aussi, pas de réunion TNM) → L106-109 : réunion ouverte à tous dans les faits, pas tout le monde n'y va (selon si sont concernés) L59 : logiciel DPI L80-84 : pluriprofessionnels avec psy, psychomot, APA, diététicienne, ASG et AMP	UVP : L25 : cognitif → neuropsychologue → ou séances binômes de professionnels L34-36 : gestion des contentions avec MEDCO et validation en équipe L43 : intégration de la famille de la personne L55 – 56 : animatrice qui prend la personne en activité pour faire diminuer les troubles, L64 : présente les après-midis UCC : L70-71 : contention utilisée beaucoup pour gérer les troubles + sorties L86 : Logiciel de transmission L90-92 : en théorie une réunion par mois pour parler des chutes, pas été comme ça en pratique L101 : thérapies non médicamenteuses en développement L108 : devaient avoir des formations en TNM	L22 : discussions en équipe pour connaître l'origine des troubles → L23 : équipe : médecin, cadre, IDE, AS, ASH, kinés, ergo, psy, diététicienne, assistante sociale + L26 : avec la famille si besoin L51-53 : relève une fois par semaine pour parler des troubles → 1h-1h30 (2 à 3 fois + que relèves quotidiennes) + en temps informels (autre moitié du temps) L58 L74 : logiciel	L21-22 : Gestion SMPC par psy, neuropsych, ASG, art-thérapeute, musicothérapeute, danseuse → activités L27 : staffs hebdomadaires ergo va à tous ceux du PASA mais pas tous pour UVP et UHR ou sur demande) → L33-36 : PASA tous les intervenants, UVP tous + ASH et UHR pas ASH → L41 : résident par résident : adaptation PEC L90 : tout le monde donne son avis L92-95 : Réu PASA dure 3/4 d'heure 3 fois par semaine, voire + Une réunion d'1h30, une fois par mois, où invitent personnel long séjour : psychologue vient en plus pour qu'il puisse donner son avis sur les effets que ça a eu dans les services	L7 : USA : 2 soignants en permanence L9-11 : réunions pour déterminer entrées et sorties USA : psy, medco, cadre, psychomot → entrées décisions entre eux et sortie accord famille L34 : intervenants qui interviennent fréquemment + psychomot intervient plus L45 : en prototype : mise en place Dorma Kaba L67, L70-71 : sorties et repas thérapeutiques pour faire sortir les résidents et les apaiser L74-77 : relèves quotidiennes, jeudi relève dédiée USA : cadre, medco, ergo, psychomot, AS, IDE → permet de demander avis AS, IDE sur sorties et entrées → L202 : choix avec bien-être des résidents en 1 ^{er}

	<p>UVP : + de liberté : ex repas L117-120 : les interpro aiment être aux réunions tous ensemble pour vision globale mais équipes préfèrent pas tous pour que ce soit moins long L220,225 : échanges en équipe pour avis et trouver solutions pour que ça se passe mieux → rôle de l'équipe est de faire remonter les difficultés</p>	<p>L114 : TNM pas au cœur du projet → L125 : animatrice, neuropsych et medco se réunissaient L116 : discussions informelles sur les TNM L141 : réunions ponctuelles équipe complète pour les événements marquants avec parfois la famille UCC : personnes formées aux TNM</p>		<p>→ effets sur l'autonomie, le comportement L53 : logiciel pour transmettre informations PASA : L62 : ASG fil conducteur et fait activités avec intervenant L68 : PASA de nuit L85 : psychologue qui est là que pour l'UVP, PASA, UHR → peut être appelée si problème, montée en pression L87 : petites unités (10, 14 17 résidents) L26 »-265 : UVP : équipe où ils sont volontaires → équipe soudée L272 : politique de contention le moins possible, en respectant décision des familles</p>	<p>L86 : logiciel de transmission L87-88 : partage même bureau avec psychomot et psy → échanges informels L92-93 : étages USA toujours les mêmes → autres étages soignants pas forcément titulaires L97-100 : point contention et chute une fois par mois → tout le monde → analyse et adaptation</p>
<p>Missions des ergothérapeutes au sein du service</p>	<p>L15, L25, L26 : inter sur activités du PASA + inter avec autres professionnels sur création activité travail activité physique, cognitif L34 : travail avec l'équipe, rôle auprès de l'équipe L51 : pilote contention physique L164-174 : idéal d'avoir professions différentes → apport dans la réflexivité, suscite le débat → se poser les questions → adaptation</p>	<p>UVP : L9 : j'intervenais surtout pour des problèmes de positionnement L10 : aides techniques L11 : pas forcément de travail cognitif → L17 plus du maintien cognitif L17 : rendre la personne plus autonome dans les AVQ L19 : mettre en place des choses, aides techniques, mnésiques L20 : aider les soignants L23 : dans les unités fermées j'intervenais très peu sauf pour</p>	<p>L13-115 : positionnement, matériel, motricité, mobilisation, stimulation sensorielle + tb cognitifs ou comportementaux L40-43 : se sert des compétences en capacité relationnelle, méthodologie de projet → prendre tous les éléments et réfléchir à comment réduire les troubles L44, L46 : appareillage, positionnement L81 : apporter nos connaissances théoriques domaine cognitif et neuro</p>	<p>L8-10 : Travail fonctions cognitives : 3h PASA, 3h UVP, 3h bimensuel UHR L31 : participe staffs, mais pas tous tout le temps sinon trop de temps passé en réunion L62 : fait des activités avec ASG (PASA) L63-64 : mise en place activités flash L110-111 : faire le lien entre pourquoi il y a un comportement à risque ? Et est-ce qu'on peut faire que ce comportement à risque, soit moins risqué ?</p>	<p>L8 : matériel et autres L10 : participe aux réunions L15 : aménagement chambre résident → qu'il puisse emmener le + de choses qui créent des repères et le désoriente pas L21 : bilans d'autonomie → L23-25 pour ensuite expliquer aux équipes et les rassurer L26-27 : fait des formations aux équipes avec la psy sur les troubles du comportement,</p>

		<p>L24 : du positionnement, des évaluations AVQ L33 : référent chutes et contentions L40 : équilibre L42 : posture, chaussage L48 : pas de moyens d'interventions sur les troubles comportementaux L50 : à 50%, tu n'as pas forcément le temps de mettre beaucoup de choses en place L72-79 : en tant qu'ergo, les troubles comportementaux : on essaie d'intervenir dessus mais c'est beaucoup les médicaments qui vont faire effet. Pas forcément de gros potentiel d'intervention, si la personne n'adhère pas à ce que tu fais, ça va être compliqué de trouver des moyens d'intervenir. Limités dans nos compétences, on ne peut pas développer vraiment énormément de choses. Sinon « aides techniques » ou travail cognitif en collaboration avec d'autres professionnels. L189 : évaluation validité contention toutes les semaines L219 : UCC : pas d'inter sur cognitif et comportemental L227 : UCC : presque pas de réunions UCC : L236-237 : le cœur de la prise en charge, c'est l'aspect cognitif et comportemental de la personne</p>	<p>→ L82 telle démente peut amener des troubles du comportement → L88 : connaissances de l'école L89-91, L95 : utilise le raisonnement de la méthodologie de projet L101 : positionnement L231 : validation</p>	<p>L119 : trouver la solution avec les familles → L120 : trouver la solution pour que le stress n'arrive pas L129 : contention L134 : faire du lien entre tous les pros L148 : adapter, c'est mon rôle → but = autonomie → L160 : bilans d'autonomie → pas l'habillement car mettent vêtements qu'elle puisse pas retirer seule : société on ne peut pas laisser qqn être déshabillé dans les couloirs L162-165</p>	<p>comment s'adresser aux résidents L37 : aménagement de l'environnement + L50-51 : formation des équipes → s'appuie sur la validation</p>
--	--	--	--	---	---

<p style="text-align: center;">Place des ergothérapeutes au sein de l'équipe</p>	<p>L34-L41 : amener de la lumière sur les comportements, expliquer que ce n'est pas qu'il ne veut pas faire, c'est la pathologie → à chaque discussion Montrer que l'environnement qu'on propose peut agir sur le comportement. L51 : contention : montrer tout ce qu'on peut faire avant d'y arriver L64 : participe aux relèves, transmissions L65-L68 : équipes habitude d'envoyer mail sur logiciel quand question L125-134 : chaque pro amène sa vision et ergo amène la sienne → apporte solutions + pratico-pratiques → mais des compétences qui sont liées entre les pros L149-150 : pas de choses spécifiques en ergo → c'est vie quotidienne et on tente et si ça marche les équipes s'en saisissent et refont → à la fois ergo apporte solutions aux AS mais sans AS pas d'infos → va et vient d'infos</p>	<p>L131-132 : participe aux réunions d'équipe et discussions d'adaptation de la PEC L133 : échanges avec équipe sur appareillages et AT, moins sur les troubles comportementaux L151 – 155, L161 : apport point de vue AT, environnement du patient, positionnement → L165 : personne d'autre qui gérait ça → on se tournait forcément vers moi pour ça L192 : lien médecin soignants (contention) L253, 258 : tensions dans l'équipe car non compréhension contention → formations différentes L263 : essai de rester neutre L264-265 : AS ont expérience auprès du résident et paramed et cadres ont les connaissances médicales..</p>	<p>L11-16 : savent les interventions de l'ergo et viennent la voir si besoin → L16-18 : pendant les relèves ou informel dans les couloirs L27 : ergo participe aux discussions en équipe de recherche cause des tb → puis ergo se sert de ses compétences L39 L92 : donne une temporalité dans les objectifs → pas trop fait par les autres professionnels → L108-110 : Exemple : demande de changer directement le fauteuil, l'installation sans passer par l'objectif lui apprendre à se décharger L242-243, L246 : essaye d'amener dans l'équipe la vision autonomie, signifiant, significatif pour la personne → transmissions écrites et à l'oral</p>	<p>L80 : échanges informels → passage dans tous les services, tous les matins L139 : regard plus extérieur, plus global → L145-147 : dépend du tempérament de chacun, dépend de comment l'ergo est accepté dans les services → Moi, dès le départ, je leur ai dit, je ne suis pas une réparatrice de fauteuil. J'adapte mais je ne répare pas L190 : à l'UHR une fois par mois ils avancent la réunion pour que je puisse y aller → L193 besoin + dépend de l'attitude de chacun L277-278 : à moi de faire comprendre aux familles ou aux équipes pourquoi on les laisse déambuler L342-346 ; pour être reconnu, il faut avoir des termes techniques, savoir affirmer ce qu'on pense, pourquoi on fait ça → parfois ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie → à nous de leur montrer</p>	<p>L41 : travaille beaucoup avec la psychomot + formation avec la psy → L57-59 : forment les équipes qui étaient désarmées → puis plus tard mener de nouvelles activités L90-92 : essaye d'aller au – 2 fois par semaine dans chaque unité et discuter avec les soignantes → beaucoup d'échanges avec elles L106-109, L111-115 : bcp de privations de liberté à l'USA → essaye de favoriser les occupations, les activités qui plaisent aux résidents → échanges avec famille L119-120 : rôle dans les choix → chaque corps de métier s'ajoute L121 : contention → freine + L124 : elle qui dit oui ou non et medco signe prescription L165-168 : maintenant elles m'associent bien, savent rôles et tâches, que je ne vais pas leur tourner le dos s'il y a un problème → lien de confiance qui permet d'avoir des résultats L209-213 : même lignée avec medco, cadre, psychomot, psy → grosse</p>
---	---	--	--	---	---

					réunion pour définir les lignes directives → L222 : échanges aussi avec AS et IDE pour avoir leurs avis → L233 : medco prend toujours décision finale L300-301, L302-303 : équipes dépassées par une situation → ergo et psy ont pris le temps de chercher solution pour pallier à la situation
Ressentis des participants sur leur rôle et leur place dans l'équipe	<p>L62-64 : transmissions logiciels pas toujours lues → aime aller voir directement les personnes</p> <p>L69-71 : informel est essentiel dans nos métiers → aller dans le service sans but pour récupérer des informations</p> <p>L72-75 : il faut être reconnu → mais seulement en expliquant notre métier mais être présent dans les « galères » et rassurer</p> <p>L85-87 : beaucoup de professions différentes → intéressants d'avoir toutes les visions → visions différentes de la même personne → discussions entre tous permettent de trouver des solutions → richesse = les différences de point de vue</p> <p>L185 : frein peut être l'humain → besoin relation de confiance</p>	<p>L123 : pas toujours évident d'avoir du temps pour les TNM</p> <p>L182 : pas seuls décideurs → concerter l'équipe + responsabilité des décisions</p> <p>L188 : avis ergo compte dans décisions (contention), évaluation aussi</p> <p>L201 : identifier ses proches dans les prises de décisions (contention) → L206-207 : pas forcément de freins car réflexion en équipe et accord commun</p> <p>L210-211 : prise en compte avis famille : facilitateur + ergo a un rôle à jouer dans décision</p> <p>UCC :</p> <p>L241-242 : on est vraiment sollicité pour tout et rien mais pas pour des thérapies quoi, c'est ça qui peut être un peu navrant</p> <p>L267 : intéressant de travailler en équipe</p>	<p>L46-48 : on a plusieurs casquettes, des fois c'est compliqué de savoir jouer avec ces casquettes mais ça aide car on a plusieurs visions</p> <p>L118-120 : facilitateur : seule ergo donc écoutée + confiance du médecin + échange beaucoup avec</p> <p>L123-124 : ils savent que je peux aider à ce moment-là donc n'attendent pas que le médecin les envoie vers l'ergo → L126-127 : limitateur aussi car se repose beaucoup sur elle et rajoute charge de travail</p> <p>L132 : facilitateur = intérêt personnel et recherches associées</p> <p>L141-143, L145-149, L152 : formations différentes, connaissances différentes et points de vue peuvent différer → intéressant pour évolution</p>	<p>L169-170 : facilitateur, c'est l'expérience qu'on peut avoir et le fait d'accepter la personne telle qu'elle est</p> <p>L172 : ne pas avoir objectif de performance</p> <p>L175-177 : facilitateur : être très adaptable + avoir le psychologue pas loin pour pouvoir nous guider + le travail d'équipe.</p> <p>L180-185 : ressent – sa place à l'UVP → unité récente, pas eu l'habitude d'avoir des intervenants → intervenants ont encore besoin de faire leur place</p> <p>L187 : PASA et UHR ça ne leur viendrait pas à l'idée de ne pas demander l'avis à l'ergo</p> <p>L195-199 : place de l'ergo dépend de son attitude, être à l'écoute mais mettre des limites + savoir mettre</p>	<p>L94-95 : toujours les mêmes pros → + facile d'avoir des échanges construits et prises en soin adaptées</p> <p>L126-127 : on communique énormément et medco nous fait confiance et soutient donc on peut faire beaucoup de choses</p> <p>L134, L136-137 : facilitateur d'avoir le côté occupationnel qui l'aide à prendre de la distance face aux nouvelles occupations du résident, pour moi déambulation pas un problème</p> <p>L323-326 : en cas de tensions dans l'USA entre les résidents → rôles se mélangent et paramed viennent aider AS</p> <p>L144-145 : manque de connaissances sur patho →</p>

	<p>L190-195, 196-198 : dépend de la liberté qu'on nous laisse à travailler en équipe, si on nous laisse temps informels, formels + si toute l'équipe au sens large est partie prenante L206 : que tout le monde ai compris que la personne peut être différente selon avec qui elle est L211-213 : que chacun ait de l'humilité → pas grave de se tromper mais aller dans le même sens L270-271 : formations formatent différemment → le prendre en compte L273-275 : lien avec familles pour AS peut être compliqué → moins formés L281 → ergo n'a pas la même valeur auprès des familles L283-285 L305-307 : AS et ergo peuvent être considérés comme pas même niveau (grades de la fonction publique, pense qu'ergo a + de légitimité) L311-313 : importance de prendre en compte AS, ne pas imposer son point de vue → importance de montrer qu'on est présent, proposer des solutions sans imposer L320-322</p>	<p>L284 : devoir s'adapter au fonctionnement du service et à ses approches prédominantes L298-302 : contradictions avec l'institution : quand volonté de nouveaux projets (institution ne veut pas, pas de finances, pas l'objectif de l'unité, seul) L303-304 : tout le monde même objectif que la personne soit bien</p>	<p>des pratiques perso → parfois tensions, vexations dans l'équipe → savoir se remettre en question L178-180 : des fois tu es pas trop entendu et malheureusement c'est l'autonomie du patient qui en joue, c'est super frustrant L210, L216-218 : laisser la personne déambuler → pas encore assez démocratisé et ancré → pas en commun dans toutes les formations, visions différentes sur la déambulation et la contention</p>	<p>en valeur ce que font les équipes L208 : si on n'a pas un ego surdimensionné il n'y a pas de limiteur → savoir accepter les remarques de chacun et ne pas avoir réponse à tout L211 : gros limiteur est le temps L283 : si t'es pas satisfait des décisions qui peuvent être prises c'est à toi de réfléchir à si tu as toujours ta place là L219 : peut avoir des tensions surtout quand on ne voit pas le résident de la même façon : AS, ASG sont en permanence avec le résident → peuvent avoir trop le nez dans le guidon et ne plus voir les choses L223 L229-231 : tensions quand on réflexions sur sorties unité + L235 : décès = tension → gestion de la souffrance des personnes L236 → L242 : perturbation de tout le service L256-257 : week-end pas de personnel intermédiaire entre médecin et infirmier → peut créer des tensions L257 : tensions quand font entrer des personnes</p>	<p>peut être frein →> aide de l'équipe L147, L150-154 : frein peut être les équipes : bonnes idées mais peut y avoir conflit pcq elles passent 12h avec et pas facile → mais équipes sont aussi une aide L160-163 : difficile en tant que jeune diplômée de se sentir légitime auprès des équipes → bcp appris à les connaître, passer du temps avec et s'adapter à leurs problématiques = aide L171-172 : temps formels pour transmettre c'est bien ++ L288 : dans l'ensemble pense qu'elle est souvent en accord avec l'équipe L352-355 : équipes ressentent le changement et le positif + se sent soutenue et c'est cool</p>
--	--	--	---	--	---

	L325 : utilisation de termes techniques peut aussi être un frein			<p>que l'équipe ne trouve pas adaptées → L260-262 : si trop de temps de soin, pas assez de temps d'accompagnement</p> <p>L287-290 : pas de cadre qui passe en rééducation → + de libertés mais quand dérive pas de stop → L291 : c'est + facile dans les petits services → autres professionnels sont tes garde-fous</p> <p>L293-298 : facilitateur d'avoir des stagiaires pour remettre en question sa pratique professionnelle</p> <p>L324 : encadrement qui laisse des libertés, connaît car a déjà travaillé ça aide beaucoup</p> <p>L334-335 : manque de matériel peut être limitateur → ergo budgétivore car tout passe sous le nom de l'ergo</p>	
La prédominance du principe d'autonomie	<p>L90-92 : que chacun donne ses astuces pour comprendre ce qu'aime la personne, et leur laisser de la liberté → UVP professionnels ont bien compris de laisser la liberté et c'est chouette</p> <p>L98</p> <p>L214 – 216 : apaisé ne veut pas dire assis sur son fauteuil à rien faire, il a le droit de s'exprimer et au</p>	<p>L177 : rôle de l'ergo (préservé l'autonomie) dans les réunions contentions</p> <p>L274-276 : approche centrée sur la personne prédomine, comment elle vit les choses et ce qu'on peut faire pour l'aider</p>	<p>L158-L161 : pour moi, c'est relation thérapeutique avant tout → si patient ne veut pas me voir, on se voit demain → L162-165 : vision plutôt des paramédicaux → soignants, IDE plutôt vision il faut faire les soins</p> <p>L169, L174-L177, L183-L185 : réflexions différentes par rapport à l'autonomie et aux</p>	<p>L99-L103 : privilégier l'autonomie : personne capable d'aller aux WC seule alors l'encourager et l'aider à ce qu'elle puisse continuer à y aller</p> <p>L149 : but c'est l'autonomie du résident, même une toute petite autonomie → les faire participer L151-153 → pr qu'ils arrivent à se faire comprendre</p>	<p>L138-140 : j'accepte toutes leurs occupations qui leur sont propres → peut être parfois compliqué pour une IDE ou une AS ou autre</p> <p>L264 : risque de suicide, obligation de veiller à la sécurité donc privation de certaines occupations → pour limiter la privation d'occupations : réflexion</p>

	<p>contraire ça veut dire qu'il y a de la vie L238 : pour ma part, la vie est un risque L244 : tout part du résident : son histoire de vie → L249 : il faut qu'on s'adapte → L252-254 : adapter car souvent tb comportement sont liés à l'ennui et au fait qu'ils soient empêchés de faire des choses L255-257 : faut faire en sorte que leur environnement corresponde à leurs attentes, le plus possible, dans les limites de de l'institution. Mais moi je suis très liberté, j'ai du mal avec les restrictions. → L260 : formations peuvent formater différemment par rapport à ça (exemple contention L261-263 L294 : c'est le résident dans son système, son environnement L295 → L297-298 : dépend de la situation : NPI PASA et unité sera différend</p>		<p>déplacements → ergo volonté préserver l'autonomie, soignants plutôt facilité, gain de temps → fatigue et patients « lourds » à accompagner L191-194, L196, L200 : tous les jours, demande des autres professionnels de mettre des contentions → je me bats vraiment au quotidien → personnes en capacité de déambuler sans se mettre en danger → ergo vision de la laisser déambuler, équipe vision différente → L207-209 : pour être tranquilles, pas de risque de chute, pas besoin de le relever, vérifier problème cutané L211-213 : c'est bien de marcher, si comportement significatif, un besoin, le laisser L221, L223-224, L225 : ce qui prime : autonomie et ce qui est significatif pour la personne L227-229 : se dit que va chez la personne, c'est un résident → amène vision différente → L239-241 : se le rappellent tous les jours entre professionnels L238 : validation, vision commune entre certains des professionnels</p>	<p>L172 : pas objectif de performance mais objectif de plaisir L275-L277 : je préfère quelqu'un qui déambule en fauteuil mais qui est contentonné, que quelqu'un qui va tomber tout le temps et un jour va être bloqué à vie au lit → L279 : parfois les équipes préfèrent qu'ils déambulent plus → ergo explique que non pas tous L304-315 : vision autonomie et bien-être du résident en priorité → sans tout accepter → n'accepte pas le manque de respect qui n'est pas dû à la démence → va lui expliquer ect → comprend qu'on ne puisse pas faire ça toute la journée pendant 12h L321-324 : en général, quand ils ont le temps, les soignants ont la même vision que nous → mais manque de temps : 13 min pour la toilette donc font à la place de la personne L328-329 : UHR + de liberté car cadre qui accepte</p>	<p>avec l'équipe pour les limiter, planning aménagé L306-307 : comportement inapproprié → ont essayé d'y pallier parce que ne pourraient pas les empêcher → L317-318 : ont recentré, essayé de comprendre leur ressenti et cela a calmé la situation L330 : validation aide beaucoup → + clé pour transmettre vision aux soignants → L332-336 : lui permet de faire le lien avec l'occupation, les sciences de l'occupation et montrer qu'il faut que le soignant fasse un point sur lui-même et abaisse ses critères, ses objectifs → L341-342 : permet aussi de faire le lien avec occupations significantes pour la personne, ce qu'il aime, son mode de vie → L349-350 : descendu mon niveau d'attente, en lien avec leurs centres d'intérêt, leurs occupations L343-348 : bien sûr faire attention à ce qu'il ne soit pas en danger mais il a aussi le côté « c'est pas grave »</p>
--	---	--	---	---	--

Résumé

Les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs présentent des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) qui peuvent entraîner des conduites à risque. Celles-ci, pouvant nuire à leur santé et à leur sécurité, entraînent des enjeux éthiques sur les moyens à mettre en place pour les limiter, tout en respectant les libertés individuelles. Ces réflexions mènent à des discussions en équipe. L'objectif de cette recherche est de comprendre la place de l'ergothérapeute dans ces échanges liés à la gestion des SCPD dans les institutions. Une méthode clinique a été choisie avec la passation d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes travaillant avec ce public. Les données recueillies ont été analysées par thèmes. Cinq entretiens ont été réalisés et ont permis d'identifier que l'inclusion des ergothérapeutes sur ce sujet semble nuancée. Elle semble être liée à la place qui leur est attribuée dans l'institution, leurs missions, et la place qu'ils se sont construits. Pourtant, les valeurs des ergothérapeutes tournées vers l'autonomie et le respect des libertés individuelles, lui permettent de prendre une place privilégiée pour le respect des libertés de chacun. Spécialistes du maintien de l'autonomie et des libertés individuelles, il semble intéressant et important qu'ils fassent valoir leurs compétences dans la gestion des SCPD. **Mots clefs :** ergothérapeutes, personnes âgées, troubles neurocognitifs, conduites à risque, éthique

Abstract

Elderly people with neurocognitive disorders present behavioral and psychological symptoms (BPSD) that can lead to risky behaviors. These ones, which can harm their health and safety, raise ethical issues about the means to put in place to limit them, while respecting individual liberties. These thoughts lead to team discussions. The purpose of this research is to understand the place of the occupational therapist in these exchanges related to the management of BPSD in institutions. A clinical method had been selected with semi-structured interviews with occupational therapists working with this public. The data collected were analyzed by themes. Five interviews were conducted and identified that the inclusion of occupational therapists on this topic seems nuanced. It seems to be linked to the place they are assigned in the institution, their missions, and the place they have constructed for themselves. However, the values of occupational therapists, oriented towards autonomy and respect for individual liberties allow them to take a privileged place for the respect of everyone's liberties. Specialists in maintaining the autonomy, and individual liberties, it seems interesting and important that they assert their skills in the management of BPSD. **Key words:** occupational therapists, elderly people, neurocognitive disorders, risk behaviors, ethics